JUAN JARAMILLO ANTILLON

SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL



DR. JUAN JARAMILLO ANTILLON

SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL

EDITORIAL DE LA UNIVERSIDAD DE COSTA RICA



Edición aprobada por la Comisión Editorial de la Universidad de Costa Rica

Primera edición: 1993

Revisión filológica: Maritza Mena C.
Levantado de texto: Marden Vargas
Diagramación electrónica y artes finales: Gabriela Ríos G.
Corrección de pruebas: Cecilia Vega M.
Diseño y arte de portada: Juan Carlos Fallas Z.
Coordinación de producción: Jorge Cuadra R.
Jefe editorial: Gilbert Carazo G.
Dirección editorial y difusión de la investigación (DIEDIN): Mario Murillo R.

(c) Editorial de la Universidad de Costa Rica
Ciudad Universitaria, "Rodrigo Facio"
Apdo. 75-2060, San José, Costa Rica, 1993

614
J37s

Jaramillo Antillón, Juan.
Salud y seguridad social / Juan Jaramillo Antillón.
--1. ed. -- San José, C.R.: Editorial de la Universidad de Costa Rica, 1993.
p.

ISBN 9977-67-226-1

1. Salud pública - Costa Rica. 2 Seguridad social - Costa Rica. I. Título

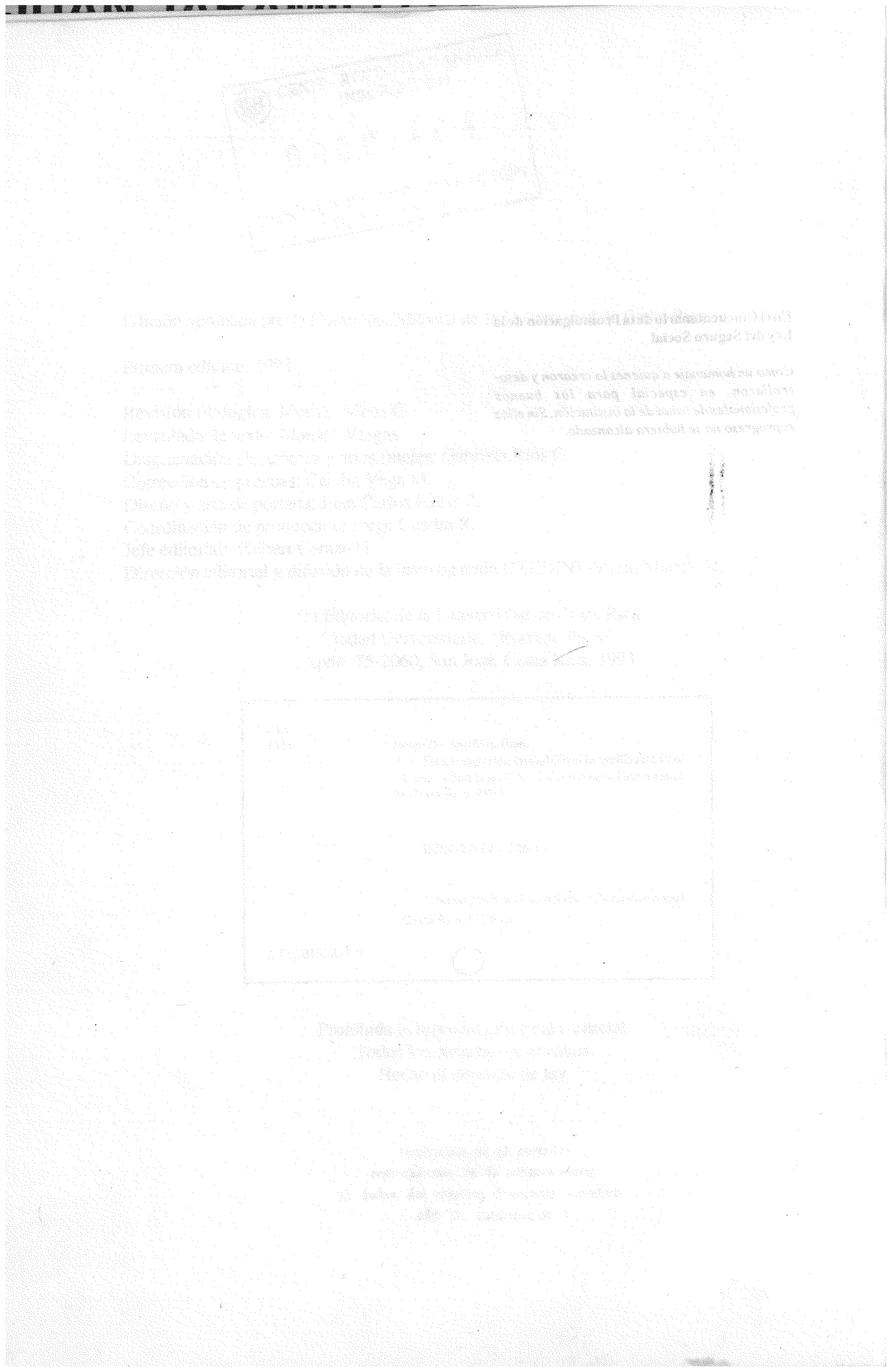
CCC/BUCR-349

Prohibida la reproducción total o parcial
Todos los derechos reservados
Hecho el depósito de ley

Ilustración de la portada:
reproducción de la pintura-mural
El Sukia del maestro Francisco Amighetti
con su autorización

En el Cincuentenario de la Promulgación de la Ley del Seguro Social

Como un homenaje a quienes la crearon y desarrollaron, en especial para los buenos profesionales de salud de la institución. Sin ellos el progreso no se hubiera alcanzado.



COLABORADORES

Licda. Lilliana Picado Espinoza. Directora de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica. Coordinadora de la Licenciatura de Enfermería. Presidenta Junta Directiva del Colegio de Enfermeras. *Capítulo 19.*

Licda. Vanessa Jaramillo Borges de Wolf. Licenciada en Derecho de la Universidad de Costa Rica. Notario Público. Colegio de Abogados de Costa Rica. Práctica Privada. *Capítulos 15-16 y 17.*

Lic. Jorge E. Solano M. Economista. Especialista en Economía Política. Profesor - Investigador de la Escuela de Economía de la Universidad Nacional (UNA). Máster en Economía. *Capítulo 23.*

Dr. Luis B. Villalobos S. Médico. Consultor Especializado en Salud Pública del Instituto Centroamericano de Administración Pública. Director del Programa de Posgrado de Especialidades en Salud Pública de la Universidad de Costa Rica. *Capítulo 23.*

Dr. Juan Jaramillo Antillón. Director Cátedra de Cirugía. Facultad de Medicina y Escuela de Medicina Universidad de Costa Rica. Hospital Dr. Rafael Angel Calderón Guardia. Especialista en Cirugía General. Ex-Ministro de Salud. Director de la obra y autor principal.

COLABORADORES

PREFACIO

A pesar de lo bien que parece estar Costa Rica en el área de la salud pues contamos con indicadores que nos ponen a la par de las naciones más desarrolladas, a ratos tengo la sensación de que nos estamos guiando por espejismos en ciertos aspectos. Nosotros nos enorgullecemos de los índices de salud que poseemos como son: la baja mortalidad tanto infantil como general, la alta esperanza de vida al nacer y de tener muchos hospitales y médicos, así como de lo elevado del porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB) (6,8%) gastado en salud. Sin embargo, cuando los observamos con detenimiento, nos damos cuenta de que hay una notoria diferencia entre la mortalidad infantil de la ciudad o de los centros de población y algunas áreas rurales, donde hay cantones o distritos con cifras de mortalidad de 30 por mil nacidos vivos, comparados con 10 por mil de otros lugares, donde la desnutrición, la parasitosis, la insalubridad y la pobreza aún persisten con todas sus funestas consecuencias.

Además, nuestros servicios de protección de la salud y atención de la enfermedad, que son considerados modelos por imitar por otras naciones, no guardan la consideración entre tener mucho en el país o tenerlo bien distribuido; así como entre una cobertura casi universal que nos permita decir que los servicios que se brindan son de igual calidad.

De acuerdo con el conocimiento que tengo del problema, puedo decir que la relación existente entre la población total y la ocasión para obtener los servicios no es tampoco adecuada, ya que no toda la población tiene servicios que pueden ser catalogados como buenos y accesibles e incluso hay aún a la fecha algunas zonas donde los servicios son mínimos y por ello deficitarios o no los hay del todo.

Otra situación, que comienza a preocupar, es que los gastos del PIB en salud llegaron en 1989 al 6,8% debido a los aumentos anuales del

régimen de Enfermedad y Maternidad de la CCSS, dedicados en su mayoría a la atención del enfermo, pero la realidad es que en las demás instituciones el aporte se ha mantenido estable e incluso el presupuesto del Ministerio de Salud sufrió disminución importante en estos últimos cuatro años.

El acceso a los servicios de salud y la oportunidad de los mismos (prevención, educación, atención médica, etc.) al igual que los de educación, "no deben" estar determinados por la capacidad económica que cada ciudadano tenga.

El estado tiene la obligación de garantizar estos servicios para todos como un principio de igualdad y justicia social, sin menoscabo de que si se tienen medios, se pueda recibir educación o asistencia médica en forma privada.

En una democracia (y esta no es únicamente derecho al voto), deben existir programas de gobierno que no sólo reflejen los compromisos adquiridos durante la campaña política, sino que además cumplan con cubrir las necesidades que la población tiene en diversos campos. Para esto, la planificación es necesaria; una intervención estatal organizada, parcial y bien planificada es conveniente en muchas áreas de la economía, la producción y el campo de servicios. Japón, Corea del Sur, Taiwán, etc., son ejemplo de eso.

Costa Rica debería, si fuera factible, seguir esos modelos. La intervención estatal debe ser revisada y mejorada, hasta donde sea posible en sus resultados positivos y eliminada donde esa intervención no haya producido beneficios, siendo, en ese caso, una carga para nuestra sociedad.

El sistema de salud y seguridad social debe por ello ser sometido a análisis y cambios según los requerimientos modernos de servicios, acordes con nuestra realidad nacional. Y es que, paradójicamente, mientras mejoramos los índices de salud al disminuir la mortalidad y aumentar los años de vida, no solo nos estamos llenando de las enfermedades del anciano, de difícil tratamiento, sino de algo peor, como es la aparición, cada día mayor, de una patología social muy difícil de combatir, representada por el alcoholismo y la drogadicción en nuestra juventud, los delitos sexuales, el embarazo en las adolescentes, el aumento de las madres solteras, los conflictos en los hogares, la agresión psíquica o física a los niños, el homosexualismo y para acabar de agravar la situación, los trastornos ecológicos en nuestro "medio ambiente".

Vemos pues que si bien hemos encaminado adecuadamente en muchos aspectos nuestras medidas para la protección de la salud y la enfermedad física, aún falta mucho por hacer en el campo de esta patología social en la que incluyo la salud mental y que se ha convertido en un serio problema para Costa Rica.

La obtención de "bienestar" debe ser la máxima aspiración del ser humano o de una sociedad, pero, para tener acceso a él, es indispensable

haber alcanzado un buen estado de salud que permita disfrutarlo.

Para que un sistema de servicios de salud de una nación se considere idóneo y equitatito, debe dar lugar a:

1º Ser universal.
2º Existir fácil acceso a esos servicios.
3º Los servicios deben ser de buena calidad.
4º El costo debe ser razonable y acorde con la capacidad de pago del país.

A lo anterior hay que añadir que ya no solo interesa proporcionar adecuada atención médica y contar con las ventajas que genera la seguridad social, sino que la educación general y en salud debe ser reforzada intensamente para ayudar a combatir los problemas de la patología social que están haciendo su aparición en nuestra juventud.

Este libro pretende dar una idea general de los problemas relacionados con la obtención de una buena salud y de la importancia que para una nación tiene el desarrollo adecuado de un sistema de seguridad social como paso previo para lograr el bienestar de todos los ciudadanos.

Se entremezclan hechos generales ya aceptados de estos campos tanto en el país como en otras naciones, con la experiencia adquirida en Costa Rica en salud y seguridad social.

A través de sus capítulos trato de demostrar que lo básico en esta área es realizar esfuerzos encaminados no solo a dar una mayor esperanza de vida para nuestra población, sino a proporcionar una mejor calidad de vida o sea a lograr el bienestar de nuestro pueblo.

Este libro está dedicado no sólo a quienes dieron origen y desarrollaron la Caja Costarricense del Seguro Social, sino también a "todos los buenos trabajadores de la misma" incluyendo a los del Ministerio de Salud, sin distingo de posición, con los que he compartido parte de mi vida y a quienes se debe en mucho los progresos en estos campos.

Este reconocimiento aspira a ser una exaltación para esos trabajadores. Usualmente los homenajes públicos que se hacen a las instituciones por los logros alcanzados en determinados campos, no hacen justicia a aquellos que son verdaderamente la causa del progreso y el cambio, "el ser humano" que en ellas labora.

Mi agradecimiento a las autoridades de las instituciones de salud del país por la información suministrada para la publicación (Caja Costarricense de Seguro Social, Ministerio de Salud, Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados e Instituto Nacional de Seguros). *Para el* Banco Central *y muy especialmente para la* Organización Panamericana de la Salud *y su representante en Costa Rica, el Dr. Raúl Penna, por el aporte secretarial para la elaboración del manuscrito y la lectura y sugerencias hechas a algunos capítulos. A la señora Iris de Ortiz por el eficiente y arduo*

trabajo secretarial realizado. A Don Hernán Cortez, Jefe de Publicaciones de la CCSS, quien colaboró en realizar figuras y cuadros. Finalmente a la Editorial de la Universidad de Costa Rica por la benevolencia en acoger este trabajo para su publicación, a todos sus trabajadores y en especial a don Gilbert Carazo y a su Director el ingeniero Mario Murillo, quienes al igual que ahora, en otras oportunidades me han brindado todo el apoyo en mis publicaciones.

A la señora licenciada Lilliana Picado Espinoza, enfermera profesional y actual Directora de la Escuela de Enfermería, quien me hizo el favor de elaborar el capítulo Papel de la Enfermera en la Salud y la Seguridad Social; *y a la licenciada en Derecho, Vanessa Jaramillo Borges de Wolf, quien realizó los capítulos:* La Salud como Función del Gobierno. Fundamentos Legales en Materia de Salud *y la* Protección de la Salud como Derecho en algunas Constituciones Políticas y su ausencia en la de Costa Rica. *Para ambas mi reconocimiento por el excelente aporte hecho al libro.*

El Dr. Luis B. Villalobos S. y el licenciado Jorge Solano M., han enriquecido el libro con un interesante capítulo sobre Economía y Salud, *donde demuestran cómo no es posible desligar los aspectos económicos de los de salud y que estos tampoco pueden independizarse de los demás factores que contribuyen al bienestar so pena de no poder realizar adecuadamente las políticas en estos campos.*

La felicidad obtenida mediante el bienestar posiblemente sea el hecho más deseable para el ser humano, todas las demás cosas serían entonces solo anheladas como medios para alcanzar ese fin. La felicidad de cada persona es un bien para ella y la felicidad general es, por consiguiente, un bien para la sociedad.

El obtener la felicidad individual es positivo mientras no se entre en conflicto con los intereses de los demás. Aristóteles sostenía que solo viviendo de una manera justa o ética, verdaderamente humana, es decir, ejerciendo las virtudes intelectuales y morales, puede el hombre asegurarse una vida feliz y plena como las circunstancias lo permitan. Creo que lo anterior es aún valedero en la búsqueda del bienestar, ya que con ese código de conducta no entraría jamás en conflicto lo personal con lo general.

Juan Jaramillo Antillón

INTRODUCCION

En los últimos años, ha surgido una verdadera revolución en el campo de la salud; esta consiste en dejar de concebir la salud como un simple fenómeno biológico y aceptar que constituye también un proceso político y social, al ser considerada como un derecho fundamental del ser humano.

De acuerdo con esto, uno de los retos, que enfrentan los gobernantes de los países, es lograr que todos los ciudadanos puedan disfrutar del nivel de salud más alto posible, ya que con ello no solo se contribuye al desarrollo pleno de las potencialidades de los individuos, sino que también se logra consolidar un orden social más justo e igualitario. Lo anterior requiere hacer conciencia, en la población, de que una vida sana se obtiene no sólo por preocuparse por no contraer enfermedades o evitar accidentes, sino que se necesita de un alto sentido de autorresponsabilidad de las personas o de las familias para evitar malos hábitos y tratar de tener una alimentación balanceada, con la esperanza de que el Estado o la empresa privada puedan proporcionar al ciudadano un trabajo digno, que le permita atender sus necesidades y las de su familia.

La salud es consustancial a la vida y constituye la primera y más importante prerrogativa de los individuos, quienes lógicamente, deberían tener justificada aspiración de ser personas sanas y de lograr vivir en un ambiente salubre en buenas condiciones físicas, mentales e incluso sociales. Se puede apreciar ahora que obtener salud no es solo un problema individual, sino que incluso su conocimiento ha dejado de ser algo exclusivo de las ciencias médicas y de sus profesionales, para convertirse en un asunto que concierne a todos; por tal razón posee ya dimensión política, social, económica y legal. Así, su protección constituye, como se dijo, un derecho humano del individuo y de la sociedad en su conjunto. Pero la salud no es un producto que se da, no puede un gobierno o las instituciones de salud y seguridad social ofrecer salud, éstas lo que pueden hacer es "ayudar

a protegerla o recuperla". La salud debe generarse desde adentro ya sea en el propio individuo que se preocupa por obtener este estado, o como una respuesta de la comunidad en crear los mecanismos adecuados para lograr la mejor salud en sus miembros.

Posiblemente, el punto más débil, para hacer ver la importancia de la salud, es que el conocimiento de éste, como tal, tiene un papel mínimo incluso en las Escuelas de Medicina, donde la base de la enseñanza está en el aprendizaje de la patología de las enfermedades y su tratamiento. En razón de esto, la mayoría de los profesores y, por supuesto, los estudiantes, no la reconocen, no la analizan, y ni les preocupa profundizar en su discernimiento. El problema radica en su similitud con el aire, no huele, no se ve, no se siente y es solamente en su ausencia que nos damos cuenta de su existencia.[148]

Si esto sucede en el nivel universitario pues bien se comprende que en la cultura general no existe interés adecuado sobre el tema, pese su importancia.

De hecho, hasta el presente han prevalecido dos tipos de filosofía médica, una que busca tratar adecuadamente las enfermedades, la otra que investiga, en forma cuidadosa, las causas que generan la enfermedad para recomendar cómo evitarlas. En realidad, ambas son indisolubles, por lo tanto el enfoque debe ser bilateral y unísono.

Sin embargo, debe existir un orden de prioridades. Si queremos ponernos al día en estos conceptos, debemos olvidarnos del tratamiento de las enfermedades como base para resolver los problemas de salud. De esta manera, debe ser la protección de la salud la estrategia por estimular, capaz de revolucionar la medicina moderna, haciéndola accesible a todos y dando lugar a una medicina más simple, menos costosa y, sobre todo, más humana, sin que eso signifique descuidar la atención del enfermo o su rehabilitación, que son sumamente importantes y deben tener un lugar adecuado en las acciones de la seguridad social.

Los progresos de Costa Rica en el campo de la salud y la educación ponen en vigencia que estos logros, en países pobres, dependen más de las políticas sociales de sus gobiernos que del nivel de desarrollo económico que posean. En nuestro país, ha existido la tradición de que la política del gobierno debe servir como instrumento para el cambio social, sin éste, la sociedad no podría prosperar adecuadamente y permanecería estática. Por ello, a pesar de nuestras limitaciones económicas a través de los años se han creado instituciones de bien social, del mismo modo, se han desarrollado programas que han dado gran importancia al sector salud.

El paradigma de Costa Rica en el campo de la salud y la seguridad social en el mundo es ser "un país de salud sin riqueza", hecho que se confirma cuando se observa a nuestra pequeña nación colocada entre los primeros treinta países del mundo con más baja mortalidad infantil y mayor esperanza de vida al nacer.[93] *A lo anterior, debe añadirse la universalización*

de los servicios de atención médica, con lo cual, en cuanto a cobertura, ocupamos uno de los primeros lugares en América, con Canadá, país de alto desarrollo, a la cabeza, Costa Rica y Cuba siguiéndola en ese aspecto.

La salud de nuestro pueblo ha mejorado como consecuencia de una serie de medidas tomadas a través de los años en este campo por los diversos gobiernos. Hemos alcanzado casi todas las metas propuestas por la Organización Mundial de la Salud a los países del mundo para el año dos mil. Con ello obtuvimos, como se dijo con anterioridad, índices muy similares a los de los países desarrollados. Estos índices, orgullo de todos los costarricenses, deben mantenerse y acrecentarse.

Reconocemos que la crisis económica, que afecta a todos los países incluyendo el nuestro, está repercutiendo en todo nivel y los servicios de salud no son ajenos a esta situación.

La inflación, con todas sus consecuencias, la inestabilidad de los mercados internacionales para nuestros productos agrícolas, la crisis en la producción, el desempleo, el peso del pago de la deuda externa y las dificultades para abrir nuevos mercados sin lograrlo de manera suficiente, han deteriorado indudablemente el nivel de vida del costarricense y hay incluso sectores importantes que sufren de miseria. Lo anterior no sólo pone en peligro los índices de salud obtenidos, sino que crea además incertidumbre para el futuro en este aspecto.

Sabemos que no es posible mantener buenos indicadores de salud y continuar con la política social seguida hasta el presente, si no se logra sostener y elevar el proceso de creación de riqueza mediante la producción. Se hace entonces necesario reactivar la economía del país para, así, obtener recursos con los cuales continuar ofreciendo adecuadas acciones en el campo social.

Sin embargo, aceptamos que de nada sirve aspirar a un gran desarrollo si la finalidad de éste es únicamente alcanzar un buen indicador económico, ya que tanto o más importante es el logro para la población de una vida socialmente satisfactoria. Unicamente si se consigue un grado general aceptable de salud habrá garantía de que todos los individuos y sus familias podrán disfrutar, en forma adecuada, de los restantes beneficios que produce el desarrollo económico como son: el trabajo, la vivienda, la alimentación, la educación, el deporte, etc. No se puede ni se debe hacer distingo alguno entre desarrollo económico y desarrollo social; el primero es necesario para alcanzar la mayoría de las metas sociales; el segundo es fundamental para lograr casi todos los objetivos económicos. Entre los factores sociales, la protección de la salud y el cuidado de la enfermedad son primordiales. Al presente, el fomento de las actividades económicas constituye la primera preocupación de la sociedad.

Incluso los países más industrializados que hasta hace poco impulsaban al unísono el bienestar social y el económico, en la actualidad, ante el temor de una crisis financiera y con la amenaza del desempleo y los peligros de desorden social, se han desentendido de muchos aspectos del

cuidado de la salud y muestran una preocupación amplia por atraer nuevas industrias y por abrir nuevos mercados para captar divisas. Esto, que parece una lógica preocupación, ha originado una industrialización acelerada y anárquica, sin control adecuado de los problemas de contaminación que crea. La urbanización se expande sin una buena dotación de agua potable y excretas, las emanaciones tóxicas contaminan el ambiente y los ríos. A lo anterior, se añade la promoción por los medios de comunicación de innumerables productos no recomendables para una buena salud, los que constituyen grandes riesgos para la población, en especial para los niños que son influidos fácilmente por la propaganda.

Los gobernantes de los países deberían entender que la obtención de una buena salud para sus habitantes no es sólo un fin en sí mismo, sino que es además un medio indispensable para mejorar el desarrollo económico y social de los pueblos.

Al pretender dar protección para la salud a nuestra población, no sólo buscamos liberar a las personas de enfermedades físicas o mentales, sino, además, ayudarlas a lograr un grado de bienestar general que les permita disfrutar de las oportunidades que les sean accesibles.

Pero, la prestación de estos servicios, que incluye la atención de la enfermedad, no debe estar limitada a grupos de población o a áreas geográficas, sino que debe alcanzar a todos sin discriminación alguna. Este principio de universalidad debe primar, para así cumplir con las metas de verdadera justicia social, en las cuales, el derecho a la protección de la salud es una condición inalienable a todos los ciudadanos de un país.

Pero, debemos entender que la salud de nuestro pueblo no depende de la existencia de consultorios médicos y hospitales, pues aunque son muy importantes no modifican sustancialmente la salud, ya que su principal función es ayudar a recuperarla. Lo que crea y mantiene la salud de una población, aparte de las condiciones de desarrollo económico, de la educación y la oportunidad de una buena nutrición, es la acción dirigida a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades.

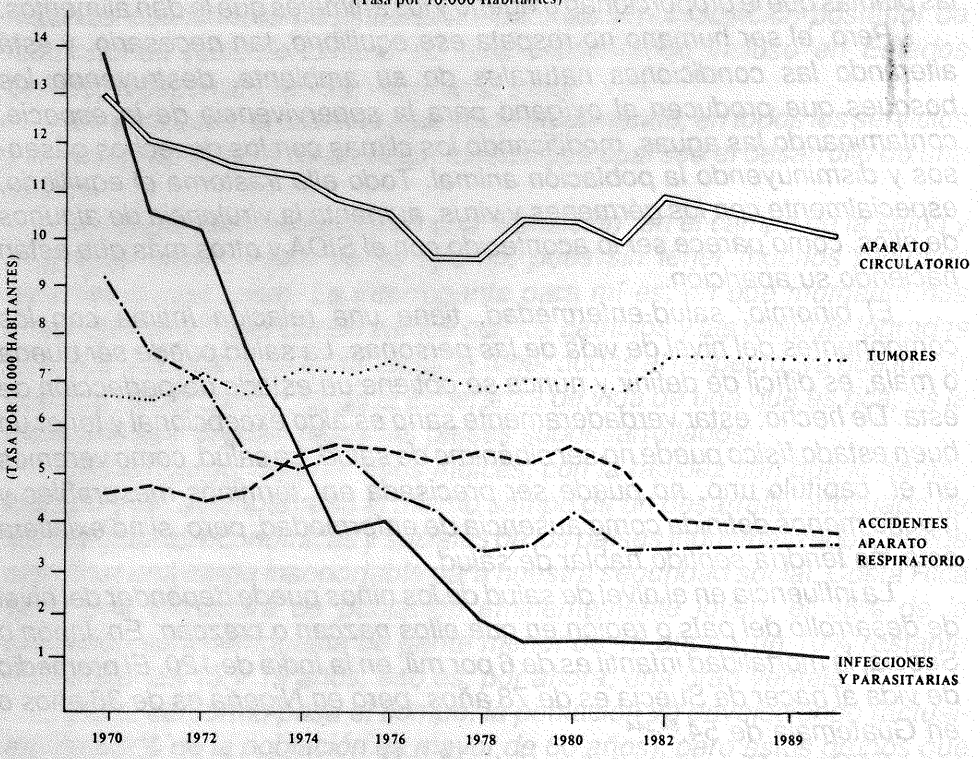
No debemos aceptar que es con más hospitales como se mejorará la salud, pues hay otros factores dignos de tomar en cuenta. Lo anterior muestra que la salud es el resultado de la interacción de agentes socioeconómicos con los biológicos, es decir, del individuo con su medio exterior y los acontecimientos que ahí se presentan.

La salud ocupa ya un lugar muy especial en nuestro desarrollo. Debido a los éxitos obtenidos con nuestras acciones, se ha logrado vencer o controlar la mayoría de las enfermedades de un país pobre. Poseemos la patología de un país desarrollado, pero, inmersos en un Estado económicamente débil y con pocos recursos para solucionar adecuadamente los nuevos problemas que se avecinan, existe la obligación de continuar el control de las antiguas enfermedades para que estas no vuelvan a tener vigencia.

El fenómeno epidemiológico de mayor importancia de nuestro tiempo ha sido el rápido cambio de perfil de salud de nuestra población. Las enfermedades infecciosas, en especial las de la infancia, se han ido venciendo pero, a su vez, adquieren importancia muchas otras de variados orígenes y que aceleradamente afectan a nuestra población que, al envejecer, se vuelve más vulnerable a ellas. (Gráfico 1)

GRAFICO 1

PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE
SEGUN LOS GRANDES GRUPOS DE CAUSAS EN COSTA RICA. 1970 – 1989
(Tasa por 10.000 Habitantes)



FUENTE: Ministerio de Salud-Departamento de Estadísticas-1989.

El ascenso en las cardiopatías, el cáncer, la hipertensión, la diabetes, etc., está ocasionando grandes gastos con relativos pocos buenos resultados. A su vez, los accidentes automovilísticos y los derivados del trabajo son cada día mayores. Si, a ello añadimos el serio y progresivo deterioro del ambiente y si a ese nuevo mosaico epidemiológico agregamos los problemas creados por el alcoholismo, la drogadicción y el SIDA, como enfermedades y como problema social, la crisis puede presentarse con todas sus consecuencias.

El ser humano, por el poder que ha adquirido sobre la naturaleza, se ha olvidado de la necesidad de mantener un equilibrio con ella, con la desventaja de que desconoce que el dominio de la naturaleza sobre el hombre es aun mucho más profunda de lo que él mismo cree. La dependencia ecológica, a pesar de su capacidad de adaptación, comienza con las bacterias que viven en simbiosis en el interior de su cuerpo y continúa con las plantas que le proporcionan oxígeno y los animales que le dan alimentos.

Pero, el ser humano no respeta ese equilibrio, tan necesario, y está alterando las condiciones naturales de su ambiente, destruyendo los bosques que producen el oxígeno para la supervivencia de la especie, contaminando las aguas, modificando los climas con los desechos gaseosos y disminuyendo la población animal. Todo ello trastorna el equilibrio, especialmente con los gérmenes y virus, aumenta la virulencia de algunos de ellos, como parece ser lo acontecido con el SIDA y otros más que están haciendo su aparición.

El binomio, salud-enfermedad, tiene una relación íntima con los componentes del nivel de vida de las personas. La salud puede ser buena o mala, es difícil de definir y nunca se obtiene un estado de perfección de ésta. De hecho, estar verdaderamente sano es algo excepcional y tener un buen estado físico puede no ser sinónimo de salud. La salud, como veremos en el capítulo uno, *no puede ser precisada en términos mesurables y mucho menos definida como ausencia de enfermedad, pero, si no existiera ésta, no tendría sentido hablar de salud.*

La influencia en el nivel de salud de los niños puede depender del nivel de desarrollo del país o región en que ellos nazcan o crezcan. En Japón o Suecia, la mortalidad infantil es de 6 por mil, en la India de 120. El promedio de vida al nacer de Suecia es de 78 años, pero en Nigeria es de 36 años o en Guatemala de 54.[84,344]

En Costa Rica, la mortalidad infantil está ya en 14 por mil, pero aún hay cantones con tasas de 47 como Turrubares o 31 como La Cruz.

Pero, debe entenderse que el estado de salud, en una comunidad determinada, es el resultado de interacciones entre la susceptibilidad y la exposición a los diferentes riesgos (influencias del ambiente) y la constitución genética y física (congénita y adquirida) de cada individuo, así como de los recursos de que se disponga. Por países, en términos generales, se puede decir que a menor oportunidad de trabajo de los padres, menor salud en los hogares. Cuanto más analfabetismo más enfermedad y cuanto más

tasas crudas de fertilidad más pobreza (Japón, Suecia y Suiza, tienen 11/1000. Yemen, Afganistán, Etiopía y Nigeria, 45 a 50/1000).[84] Las estadísticas mundiales suelen mostrar que a más lentitud en el crecimiento de la población hay mayor riqueza y salud y a mayor pobreza, más enfermedad y, esta, que por sí misma es mala, es peor si se acompaña de descuido y suciedad al no haber un mínimo de educación.

Por otro lado, al crecer la población, la urbanización y la industria, aparecen nuevos riesgos y enfermedades, aumentan por ello las demandas de servicios médicos y de salud en todos los niveles de un país. En las naciones pobres, la incapacidad para brindar estos servicios genera un círculo vicioso de mayor demanda con incapacidad de atenderla dando una mayor enfermedad. A su vez, en los países ricos el círculo es de una mayor demanda con un aumento de la atención con tecnología muy costosa, resultando una elevación de los costos y posible agotamiento de las reservas económicas destinadas a esta área con imposición posterior de restricciones (este fenómeno se está presentando incluso en Estados Unidos, Inglaterra, Francia, Alemania, etc.).

En todo caso, la crisis ha aparecido en el mundo, en todos los servicios y sistemas de salud y de atención médica sea cual sea el desarrollo de una nación.

En Costa Rica, estamos en una "transición" en el campo de la salud y seguridad social, como ya se apuntó, pues sin tener muchos recursos tenemos buena salud. La interrogante para mí es, en qué momento nos encontramos y hacia dónde vamos con los cambios y las mejoras logradas en salud. Pareciera un contrasentido tener dudas al respecto, ya que lograr que una nación pobre tenga la esperanza de vida de una que es rica, es la meta a la que aspiran todos los países subdesarrollados.

Sin embargo, obtener esos índices, con la rapidez con que lo hemos logrado y sin acompañarse al mismo tiempo de un desarrollo adecuado de las estructuras económicas y sociales de los países industrializados, puede significar una carga insoportable para nuestra seguridad social. Costa Rica tiene una estructura de población eminentemente joven, el 36% de la población está compuesta de gente menor de 15 años y un 10% restante está entre los 15 y 19 años, eso es, por ahora, una gran ventaja.

Pero, conforme pasa el tiempo, la población va envejeciendo (actualmente 6,2% de la población es mayor de 60 años), pero estos grupos que tienden a aumentar a corto plazo, no son grupos de gente relativamente sana, sino que muchos presentan las secuelas del alcoholismo, el fumado, la contaminación ambiental, la obesidad, el estrés emocional y el esfuerzo de trabajos agotadores realizados a través de los años, como es el caso de los campesinos. ¿Vamos a tener entonces en el futuro un estrato generacional de viejos enfermos, enfisematosos, cancerosos, cardiópatas, artríticos, etc? Me temo que, en muchos aspectos, esto será una realidad.

Si a lo anterior añadimos la ausencia sostenida de eficaces campañas preventivas contra las enfermedades crónicas o degenerativas y la poca importancia que se ha dado a las campañas de detección precoz de enfermedades, el problema puede llegar a ser muy serio, pues el precio de la atención de la población senil requiere de tratamientos muy costosos y de la compra de alta tecnología para su recuperación. Si, en el momento actual, los servicios se están deteriorando por falta de equipo, personal y otros recursos, este aflujo de enfermos a los servicios médicos puede ser la gota que derrame el vaso, y capaz de producir una crisis financiera de proporciones insospechables en nuestra seguridad social.

Resulta, pues, paradójico que los logros en la atención de la salud al final no nos deparen una población de viejos sanos, sino un grupo de enfermos de muy difícil manejo. Contra esto, urge realizar un cambio radical de la medicina asistencial que actualmente tenemos para atender enfermos y donde convergen el 80% de los recursos, a un sistema mixto preventivo-asistencial que pueda, a la larga, darnos una población vieja pero sana, en la cual, la gente se muera de vieja y no de enferma, aunque comprendo lo difícil que es aceptar que alguien pueda morir de causa "natural" como sucede en la vejez avanzada. Michel de Montaigne[227] decía:

> "morir de vejez es una aventura rara, singular y extraordinaria, mucho menos natural que las otras; es la última y extrema manera de morir... más es un privilegio otorgado a pocos el que duremos tanto".

Finalmente, deseo señalar que la "salud" para el ser humano es un fin y para la sociedad a que pertenece un medio. Es un fin porque permite al individuo realizarse en las oportunidades que le ofrece su "medio ambiente" (revelando la capacidad innata y adquirida para adaptarse interna y externamente) y es un medio, porque constituye un componente del desarrollo que conduce al bienestar social y a la búsqueda y obtención de la felicidad.

Capítulo 1

CONCEPTO DE SALUD

Capítulo 1

CONCEPTO DE SALUD

CONCEPTO DE SALUD

Si revisamos los diferentes diccionarios, veremos que varía la definición de salud: uno de ellos, el **Terminológico de Ciencias Médicas** dice: *Salud, del latín* **salūs - salūtis.** *Estado normal de las funciones orgánicas e intelectuales.*[72] El diccionario **Larousse** indica: *La salud es el estado del que no tiene ninguna enfermedad.*[104] La **Enciclopedia Británica** señala: *Mala salud, puede ser definida como la presencia de una enfermedad, y buena salud como ausencia de ella.*[84]

Otra definición más completa, pero que también se limita al aspecto físico del individuo, es la que ve la salud como: *El funcionamiento integrado a todos los componentes del cuerpo para generar una función óptima total, individual, mental, emocional y física.*[96]

Esta acepción de salud como la simple ausencia de enfermedad dominó fundamentalmente las últimas décadas y, aunque continúa vigente, se ha ido ampliando con el paso del tiempo.

Durante siglos, el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades fue considerado el objetivo primordial de la medicina, lo anterior hizo que por tradición se preservara esto como concepto fundamental; en realidad era una perspectiva muy estrecha y el objetivo debió ser más vasto con lo anterior, la medicina retrocedió cientos de años, debido a que nos olvidamos de la historia, de los textos médicos griegos, del *Corpus-Hipocraticum* y de sus enseñanzas.

La medicina griega nunca fue exclusivamente curativa, su base desde Hipócrates (500 años antes de Cristo) era la conservación de la salud. Los médicos de esa época dedicaban buena parte de su tiempo, pensamiento y acción a los problemas de la higiene individual y ambiental o sea a preservar la salud.[323]

Los griegos, al igual que muchos pueblos de la antigüedad, creían en la existencia de un estado ideal de salud y felicidad, sostenían que únicamente podría lograrse una mente y un cuerpo sanos, si se armonizaba la vida con los designios de la naturaleza.[189]

El alejamiento del hombre de su estado natural parece ser una fuente prolífera de enfermedades, idea que permanecerá a través de los siglos y que está volviendo a tomar vigencia. Juan Jacobo Rousseau, reforzando el pensamiento de Locke, sostuvo que el hombre en su estado natural era bueno, feliz y saludable y que todos sus problemas se originaban en la civilización, la cual vino a corromper su mente y cuerpo.[307, 354]

La existencia de este paraíso perdido, de salud y felicidad absolutas, es un sueño que el hombre ha tenido de generación en generación pero incompatible con la vida misma, ya que ésta es dinámica y el paraíso es estático, y como la vida humana es, en cierto modo, una aventura, y no hay aventura sin luchas ni peligros, la enfermedad surge entonces casi como un proceso "natural" a través de los años de las personas y en relación con sus actividades y su constitución física.

La vida humana está dominada por la búsqueda del cambio y la variedad, a eso le llaman progreso. El dominio mismo de la naturaleza, que el hombre ha emprendido desde su aparición en la tierra como *Homo sapiens,* ha significado no solo logros, sino también peligros, imposibles muchas veces de controlar. Los cambios ocasionados en su entorno suceden con tal rapidez, que han alterado ya el equilibrio ecológico del que depende la supervivencia de la especie humana. A tal punto ha llegado esto que, en Canadá, se está fomentando la participación pública en el campo de la salud para la planificación estratégica y la adopción de actividades encaminadas al mejoramiento de ésta, mediante modificaciones del "medio ambiente". Se pretende con ello, crear un medio exterior sano, donde la gente viva, trabaje y se solace. Se están adoptando criterios más ecológicos para preservar la salud y no sólo estimular la protección de ésta, influyendo en el comportamiento de los individuos. La alteración del entorno social, económico o físico, sucede debido a que la conducta humana no está gobernada únicamente por las necesidades biológicas, sino también por el deseo de cambio; esto conduce a la aparición de riesgos y a componentes impredecibles en su futuro. Como dice René Dubos *el hombre mismo a semejanza del aprendiz de brujo, ha desatado fuerzas potencialmente destructivas que pueden algún día escapar de sus dominios.*[76] Por ello, la ausencia total de enfermedades y luchas es, en realidad, poco menos que incompatible con el proceso de la vida. La eliminación de la enfermedad, de manera total y duradera, es pues únicamente un sueño, como lo es también alcanzar el paraíso. A la gente no le gusta la prevención, abusa del comer, beber, la relación sexual, el fumado y se expone a múltiples riesgos, cree que la ciencia médica, si se llega a enfermar, reparará sus daños, pero esto no es cierto en muchos casos. La historia de la humanidad nos muestra la existencia reiterada de guerras, revoluciones, enfermedades, epidemias,

crisis alimentarias y políticas y conflictos permanentes entre familias poderosas, gobernantes, grupos sociales y países, eso nos enseña que la paz y la salud absolutas son meros espejismos.

Las enfermedades han estado presentes en el ser humano, animales y plantas desde las épocas más remotas. Puede decirse que la enfermedad coexiste con la vida misma y es posible que el hombre sufriera de la mayoría de las enfermedades existentes al presente, aunque la prevalencia y la severidad de muchas ha cambiado enormemente a través del tiempo.

Las condiciones de vida durante los últimos quinientos años han variado profundamente en relación con las existentes hace 10 mil o más años, época de la aparición del hombre civilizado.

Desde la aparición del *Homo sapiens* a la fecha, los intervalos en que se han producido cambios en las condiciones de vida, se han venido acelerando y son cada vez más pequeños. En estos intervalos, cada vez más cortos, aunque el hombre se ha adaptado físicamente a ellos y no parece haberlo afectado, desde el punto de vista genético, difícilmente ha habido oportunidad para que los genes se adapten tan rápidamente para poder asumir los riesgos de la vida industrial moderna y las bruscas alteraciones en la alimentación que prevalecen y que son, junto con la contaminación ambiental, los peligros más serios que afectan a la sociedad moderna.

Es conocido que varias de las enfermedades actuales eran raras en la antigüedad o no existían en los hombres primitivos o antiguos. Muchos de los problemas infecciosos pudieron controlarse resolviendo las malas condiciones ambientales o prevenirse mediante vacunas. Sin embargo, el desarrollo industrial y la consiguiente contaminación atmosférica y de las aguas, el uso de pesticidas y abono, las emanaciones de gases de los motores de combustión, las radiaciones, el abuso del licor, tabaco y drogas, la vida sedentaria, las dietas excesivas o desequilibradas o insuficientes, todo ello ha creado nuevas condiciones de peligro para las cuales, el hombre no tiene un buen soporte de adaptación genética debido a lo rápido que han sucedido.

Hemos vencido muchas enfermedades epidémicas como la poliomielitis, la viruela, la peste, la fiebre amarilla. Sin embargo, aún persisten focos en algunas áreas, con el consabido riesgo de ser fuentes potenciales de contaminación. Además, no es lo mismo decir que erradicamos la viruela a que eliminamos el virus, el que podría estar aún en un reservorio animal y reactivarse cualquier día por algún motivo.

Si bien muchas predicciones en medicina señalan la desaparición de las enfermedades infecciosas en el futuro, estas son poco confiables, ya que los virus por ejemplo cambian o tienen mutaciones según diversos ambientes y condiciones y por ello nos podríamos enfrentar más adelante a nuevos cuadros infecciosos entéricos, gripales, venéreos, etc., similares a lo que ha pasado con el SIDA, un virus cuya familia era conocida desde hace muchos años y que de pronto hizo su agresiva aparición al mutar

probablemente en reservorios animales o en el propio hombre generando una enfermedad epidémica nueva.

Hipócrates (460-377 A.C.) enseña que: *la salud como la enfermedad se rigen por leyes naturales y reflejan la influencia que ejerce el medio y la forma de la vida que se tiene.* La salud depende pues de un equilibrio entre factores internos que gobiernan las acciones del cuerpo y de la mente y los del "medio ambiente", tal equilibrio solamente se alcanza cuando la persona vive en armonía con un medio externo. Las enfermedades se dan inevitablemente cuando aparecen cambios rápidos y virulentos en las condiciones de vida que no permiten que los mecanismos de adaptación entren en acción.

Hipócrates sostenía que cualquiera que esté bien adaptado al medio en que vive y lleve una vida razonable, difícilmente se enfermaría.[41] Se puede apreciar que aún actualmente mucho de lo enunciado continúa teniendo validez.

La **Declaración Universal de los Derechos Humanos** aprobada y proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, el 10 de diciembre de 1948, en su artículo 25 expresa:

> Toda persona tiene el derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.[247]

En el mismo sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS en español y WHO en inglés) ensanchó el concepto de salud en el preámbulo de su Constitución, al definirla como:

> Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades.[246]

Sin embargo, para algunos este concepto introduce una visión altamente subjetiva ya que se alega que uno puede tener, sin saberlo, un padecimiento (un cáncer, hipertensión arterial, o azúcar en la sangre) y, no obstante, no sentirse mal o enfermo.

Poner de acuerdo a todo el mundo sobre este aspecto es difícil. Salud y malestar supuestamente se excluyen entre sí; por ejemplo, una frustración ocasional causa un malestar, que es el aspecto subjetivo de sentirse mal; sin embargo, eso no significa en realidad que uno esté enfermo, mientras que muchas personas que parecen gozar de buena salud y se sienten bien, ya son portadores de enfermedades serias que con el tiempo saldrán a la luz.

Se puede decir, sin temor a equivocarnos, que no hay salud si esa persona no se siente bien y carece de bienestar, incluso sin que haya daño

evidente; aunque esta manera de pensar podría prestarse a discusiones. Bienestar, en este caso, implica el disfrute de todas las facultades que poseemos como individuos. Así, un minusválido puede disfrutar de salud según sus propios patrones si se sobrepone a sus problemas y hace una "vida normal" o por lo menos si así se siente dicha persona.

En realidad, salud es un concepto con valores propios, lo que la convierte en una meta por alcanzar, pero se debe advertir que usualmente solo se conseguirá en grados diversos. McKcown[200] señala que no existe un análisis aceptado de los factores que determinan la salud como único. La OMS en una de sus decisiones más trascendentales resolvió:

> Que la principal meta de salud de todos los estados miembros de la OMS, es su compromiso de colaborar en los próximos decenios, con el objeto de que todos los ciudadanos del mundo en el año 2000 alcancen, por lo menos, un grado mínimo de salud que les permita desarrollar un trabajo productivo y a participar activamente en la vida social de la comunidad en que viven.[248]

En este sentido, se ha señalado que esto es, en cierto modo, retórico, pues dicho concepto encierra un gran contenido ideológico con imposibilidad de lograrse, ya que los gobiernos pueden ofrecer cuidados de salud, pero no la salud en sí misma, y que además lo anterior dificulta valorar los resultados de las actividades de los servicios de salud al ser tan amplio el concepto.

De ahí que se diga que medir la salud es tan difícil como conocer la dimensión del amor, la belleza o la felicidad que tiene aceptaciones diferentes según países, pueblos o personas.[25]

En todos los países, constantemente se reclama a los administradores de los servicios de salud que justifiquen el uso de los recursos, que cuantifiquen sus objetivos, que expliquen el porqué de sus actuaciones, pero las autoridades o los usuarios olvidan que hay, como ya vimos, un impedimento para definir con precisión el objeto de sus acciones, lo cual constituye un obstáculo para la medida de sus logros y resultados.

La comprensión y aceptación del concepto de salud, dado por la OMS, implica que el campo de la salud va más allá de la medicina científica privada asistencial, o de la Seguridad Social e incluso de la llamada Medicina Social. Abarca la economía, la tecnología, la educación, el derecho, la sociología y en fin todo aquello que brinde protección, seguridad y oportunidad de mejor vida a los ciudadanos en un Estado. Se dice, por ejemplo, que la tuberculosis es una enfermedad de país pobre; sin embargo, esto es un error, la aparición de esta enfermedad, en un país, es un indicador de desigualdad social y se ve en los Estados Unidos o en Costa Rica, el problema es que en ambos países hay elites ricas y grupos pobres.[169]

Costa Rica, al igual que la mayoría de los países del mundo, aceptó la definición de la OMS y con ello se comprometió a luchar por hacer de esos principios una realidad.

De acuerdo con el concepto de la OMS, los servicios de salud de un país deberían estar dirigidos a atender a las personas sanas y por supuesto también a las enfermas. Pero, esto no es así en el nivel mundial y Costa Rica no ha escapado a ello, ya que en todo el mundo, usualmente la mayoría de los recursos se destinan a atender la enfermedad.

Las condiciones de salud de los pueblos no dependen, como ya lo señalé, de que existan muchos consultorios médicos y hospitales. Estos no son la clave para conservar la salud. Los hospitales fueron creados para la curación de enfermos. El exceso de hospitales en un país no significa que exista por ello buena atención de la salud, sino que hay mucha atención de la enfermedad. Es razonable pensar que si hay exceso de hospitales eso indica exceso de enfermedades en una nación, o mala administración en salud pública si ese país tiene buenos índices de salud.[148] En cada problema de salud, hay una combinación de factores ambientales personales y genéticos (de predisposición más que de dominancia) lo que explicaría la propensión a sufrir determinada enfermedad. Las influencias ambientales muchas veces no están bajo el control directo de los individuos (contaminación del aire o del agua) y los personales sí están sujetos a cambios en muchos sentidos debido a costumbres adquiridas.

La salud de una población está influida por las condiciones de desarrollo económico y educativo, la oportunidad de una buena nutrición y la existencia de fuentes de trabajo estables.

El reconocimiento de los derechos del ser humano expresados por las Naciones Unidas y la OMS, acogidos por todas las naciones, no han pasado lamentablemente en muchos países de ser una exposición de principios aceptados teóricamente pero no llevados a la práctica. Es responsabilidad de los gobiernos de esos países, muy especialmente de las autoridades de salud y seguridad social, lograr que efectivamente se cumplan esos compromisos.

En 1779, el Dr. Johann Peter Frank publicó una obra **Neidiziniche Polizei** cuyos nueve volúmenes empezaron a aparecer en ese año. En ella se aprecia cómo desde entonces se relacionaba la importancia de la salud con llevar una vida natural. Frank señalaba que las enfermedades eran causadas no sólo por factores físicos, sino también por influencias nocivas del medio social, desde la pobreza hasta la excesiva afición al teatro.[321]

El cuerpo y el cerebro del hombre no están desarrollados en el momento del nacimiento, por lo tanto, deben alcanzar su expresión total mientras se hallan expuestos a los estímulos ambientales y responden a ellos. El hombre depende pues, desde niño y posteriormente, de los demás seres vivos; como ellos, debe adaptarse a su entorno para lograr alcanzar la salud biológica y mental. Los seres humanos no sólo están afectados por la naturaleza de su "medio ambiente" sino también por el medio social y psicológico donde se desarrollan y permanecen.

A pesar de que la opinión existente dice que las ciencias médicas son

las que han proporcionado una mejor salud, sin dejar de reconocer algunos hechos fundamentales como el descubrimiento de las bacterias, la creación de vacunas y la aparición de los antibióticos. No obstante esto, los métodos más eficaces para evitar las enfermedades se derivaron de los esfuerzos para corregir, con ayuda de medidas sociales, la pobreza, las injusticias, crear fuentes de trabajo, hacer obras sanitarias, dotar de agua potable a las poblaciones, etc.[199]

Como veremos en el *capítulo 2* la preocupación por las reformas sociales provocadas por los propios trabajadores, obligó a los gobiernos a la aplicación de medidas de salud pública que produjeron espectaculares mejoras sanitarias y nutricionales en el mundo occidental. Esta actitud se basaba en el concepto de que la enfermedad era un fenómeno "casi siempre" asociado con la pobreza, la suciedad y la contaminación, tan comunes en el mundo industrial y que para restablecer la salud, bastaba con dar a la población aire puro, agua pura, alimentos y limpieza.

Esta filosofía de la salud aplicada en esa época, aunque insuficiente, resultó entonces inmensamente eficaz para superar muchos de los problemas de salud ocasionados por la Revolución Industrial; mejora que se inició antes de que se tuviera conocimiento de que las bacterias eran el origen de muchas enfermedades y apareciera la medicina moderna.

Está probado que la pobreza genera desnutrición y enfermedad, especialmente en los niños.[274] Por eso cada país tiene que tratar de reducir la pobreza con diversas medidas, como son la protección del indigente aun sin el pago de cuotas al Seguro Social, viviendas subvencionadas, mejor desarrollo de la industria, el comercio y la agricultura para crear fuentes de trabajo, aparte de no descuidar los servicios de protección a la salud clásicos para sus habitantes.

Pero el dinero no lo es todo, usualmente el exceso de éste genera peligros en los hogares donde no existe buena educación sanitaria. Se abusa de las dietas y el licor y aparece la obesidad como primer riesgo, a partir de ahí la diabetes y la arteroesclerosis son acompañantes de ésta en una buena proporción de casos. Los mayores porcentajes de adicción a drogas, suicidios y muertes violentas (no por guerra o revoluciones) ocurren en países desarrollados y con grandes riquezas materiales y con buenas legislaciones y estabilidad política como en Suecia, Estados Unidos, etc.

Así , requiere ir construyendo una sociedad basada en el trabajo y no en el paternalismo o la misericordia. Pero, además, debe existir libertad política, un mínimo de justicia social y de educación tanto general como en salud. Con ello, se busca hacer de los niños de hoy excelentes ciudadanos del mañana, para eso el ejemplo de los padres, los maestros y las autoridades políticas es esencial, pero difícil de lograr incluso a largo plazo.

Sin embargo, está claro que existen indicadores en el desarrollo de una nación que condicionan, por sí mismos, una buena salud en sus habitantes. Por ejemplo, Dinamarca, Finlandia, Noruega y Suecia tienen los mejores índices de salud en el mundo con excepción tal vez de Japón. Pero, estas

naciones son altamente industrializadas, con elevados estándares de vida y con una buena distribución de la riqueza en su población. El gobierno garantiza, en esos países, un mínimo de ingresos por habitante y todos están protegidos por la seguridad social. Pero, lo más importante es que esos países gastan una gran parte de su Producto Nacional Bruto (PNB), en seguridad social, cuidados de la salud, pensiones adecuadas, ayuda económica para el desempleo, asignación familiar y asistencia pública a los de escasos recursos, etc. Tenemos así que, en 1984, el porcentaje del PNB fue en Suecia de 32,8% para Servicios Sociales y de 9,4% para Servicios de Salud, en Noruega de 22,9% y 6,3%. En Finlandia de 23,9 y 6,7 y en Dinamarca de 28,7 y 6,3% respectivamente.[363]

Las tasas de mortalidad infantil están en 7 por mil en menores de un año (1986) y la esperanza de vida en 77 años,[84] solo superados por el Japón. Debemos abonar además que en esos países hay una estructura, relativamente uniforme, en su gente respecto de tradiciones culturales, lenguaje, desarrollo ambiental y condiciones económicas. Si consideramos que hace unos 70 años no poseían buenas bases económicas y en cambio actualmente el ingreso per cápita fluctúa entre 12 a 16 mil dólares. Uno debe preguntarse, ¿en qué medida esa organización social y esas asignaciones en el campo social, influyeron para que esos países se pudieran ubicar entre los mejores del mundo, no sólo en salud, sino también en muchas áreas sociales y económicas? y, a su vez, ¿en cuánto han contribuido los logros en salud a obtener esa uniformidad económica y social que poseen? Creo que la respuesta es que ambas se complementan.

Por otro lado, Estados Unidos de América, emplea el 11% de su PNB en salud,[312] Alemania Occidental un 8% y Francia un 9% y, sin embargo, están por debajo en salud que los países ya citados. (Costa Rica 6,8% en 1989).

Estados Unidos ocupa aquí entre los países desarrollados un lugar muy especial. Su PNB o ingreso per cápita es de $18.300,[84] el más alto del mundo, con excepción de Suiza y los Emiratos Arabes, gasta en cuidados de la salud $2.500 por persona anualmente según datos de 1989, 50% más que Canadá, dos veces más que Japón y tres veces más que Inglaterra, **todos** al igual que los países nórdicos con mejores índices de salud.[344] (Costa Rica invierte $130 al año por habitante).[296] Pero, a pesar de esa suma tan alta, en Estados Unidos cuarenta mil infantes mueren prematuramente cada año, dos terceras partes de las madres de esos niños no tuvieron cuidado prenatal y la mitad de los indigentes preescolares no han sido inmunizados; y sin embargo, tienen el servicio hospitalario más costoso del mundo, con únicamente un 60% de ocupación de sus camas[63] y algo peor, de 37 a 40 millones de norteamericanos carecen de seguro para la atención médica, lo que equivale a decir que no tienen ninguna protección en caso de enfermedad.[67] Para 1990 se espera gastar en Estados Unidos, 650 billones de dólares, cerca de un 12% del PNB en cuidados de la salud.[63] Lo anterior nos muestra, que no basta disponer o gastar mucho dinero en el

área de la salud. Lo importante es cómo se gasta y cuál es la organización que tiene un país para que los recursos no se pierdan y sean adecuadamente empleados.

Al aceptar que la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, tenemos que reconocer que evidentemente la palabra "social" de este concepto nos está indicando que la salud depende no sólo de elementos individuales del sujeto como son sus condiciones fisiológicas, sino también de partes colectivas derivadas de su participación en una sociedad determinada, condiciones que indudablemente intervendrán en la determinación y variación de ella.

Entre los factores condicionantes tenemos principalmente:

A. Condición del medio físico

El área geográfica donde vive y las condiciones del "medio ambiente" en el que se desarrolla el ser humano, la disponibilidad de recursos naturales existentes ahí, la contaminación del entorno, etc. Es claro que hay áreas donde es más fácil crecer y desarrollarse que otras más frías, áridas o peligrosas.

B. Condiciones económicas

De la familia, la región y la nación en que nace, vive y se desarrolla el individuo. Sabemos que la pobreza es posiblemente el principal obstáculo para el desarrollo de la salud. La pretensión de estructurar una adecuada política social en salud, en un país con grave déficit económico, no daría resultado. De hecho, en la crisis económica, los recursos destinados a este campo son usualmente desviados a otras áreas en la mayoría de los países. Fenómeno que se dio en Costa Rica en el período 1986-1990, en que parte del presupuesto de salud se desvió a la construcción de casas, proyecto considerado prioritario por constituir una promesa de campaña política del Presidente Arias. En las familias de escasos recursos económicos, la oportunidad de una buena alimentación y educación son mucho menores que en otras con mayor poder económico. Sin embargo, está probado que si hay cuidados mínimos de la salud, para estos grupos, es posible disminuir o paliar su pobreza ya que, sin salud, no hay capacidad para trabajar y luchar por superar las adversidades que se presentan. Si a una población pobre el gobierno le proporciona vacunación, agua potable, alimentación complementaria, tratamientos antiparasitarios y educación para la salud, impartida por promotores de salud, enfermeras y médicos, la mortalidad infantil disminuye, la expectativa de vida se eleva, la desnutrición y la anemia son menores y aumenta así el estado físico de los niños para poder resistir mejor la pobreza. Sin embargo, hay, pese a lo anterior, una íntima

relación POBREZA-MALA SALUD-POBREZA, que se hace necesario romper por todos los medios posibles. En Costa Rica, la Atención Primaria ha logrado en muchos aspectos quebrar este círculo vicioso, de ahí nuestro privilegiado lugar en el mundo en el campo de la salud. El Dr. Leonardo Mata señaló que las disminuciones más dramáticas en mortalidad infantil en el país coinciden con los períodos de bonanza económica y estabilidad social (1925, 1930, 1942, 1947, 1965, 1981 y 1984 hasta el presente).[181] La explicación de los éxitos de un país en el campo de la salud suele estar relacionada íntimamente con las condiciones generales de vida de la población y con las políticas de gobierno y la economía que posea. Por ello, es difícil poder afirmar qué factor ha incidido de manera primordial en dicho resultado.

Algunas autoridades del país del período 1986-1990, han venido insistiendo en que los logros de salud del país se deben, en especial, a las políticas de salud seguidas a partir de 1970, e incluso, reiteradamente se han atrevido a afirmar, que es gracias a la labor desarrollada en el período 86-90 que se han logrado los excelentes índices de salud que hoy tiene Costa Rica. La anterior afirmación es de una simpleza extraordinaria y muestra también un claro desconocimiento de nuestra historia. La manera en que los diferentes gobiernos han colaborado para mejorar la salud de nuestro pueblo, no se puede omitir con tanta facilidad. Filosofando diría que para llegar al peldaño superior de la escalera, antes se debe haber pasado por los inferiores. En el año 1984 expuse en un libro,[248] cuáles son los principales factores que condicionan la salud, esto no ha cambiado absolutamente en nada y las *Figuras 1.1 y 1.2* permiten apreciar que los indicadores económicos, como los servicios de protección a la salud y la atención a la enfermedad son básicos, pero no los únicos y por ello, cuantificar cuál ha aportado una mayor cuota para lograr mejorar la salud es muy difícil de determinar.

En 1900, Costa Rica tenía ya una esperanza de vida al nacimiento mayor en promedio que el resto de los países de América Latina (aunque mucho menor que los países desarrollados). Luis Rosero muestra, en uno de sus varios y excelentes trabajos, que el país tenía para esa fecha un 27,6% más de esperanza de vida (7,5 años) que el promedio en Latinoamérica y que este índice se sostuvo desde entonces y hasta el presente con ventajas para nosotros.

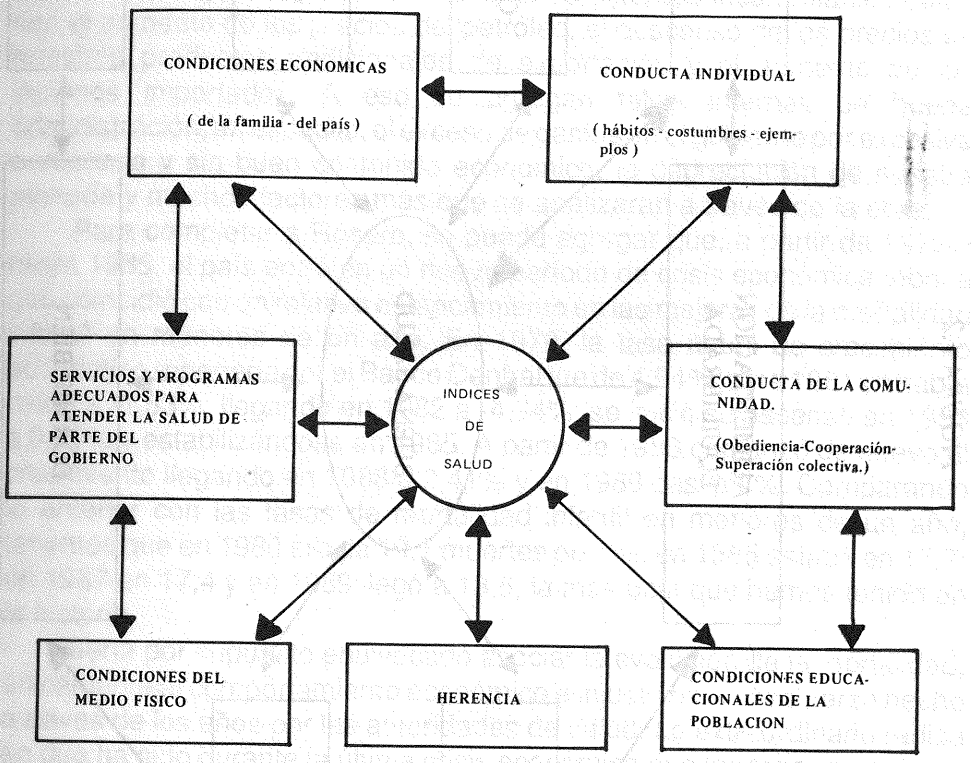
Se señala lo anterior porque eso ayuda a probar en parte cómo un indicador de salud tan importante como ese, se venía gestando a través de muchos años y lo logrado en la época presente, no puede sino ser el reflejo de los esfuerzos realizados en Costa Rica en diversos campos como son la economía, la educación, la agricultura, la salud, etc., a través de casi un siglo. Además, contribuyó para ello la estabilidad política, la ausencia de ejército, y la democracia y la paz que hemos venido disfrutando en forma casi ininterrumpida desde entonces.

Rosero[306] ha insistido en cómo las políticas socioeconómicas han

FIGURA 1.1

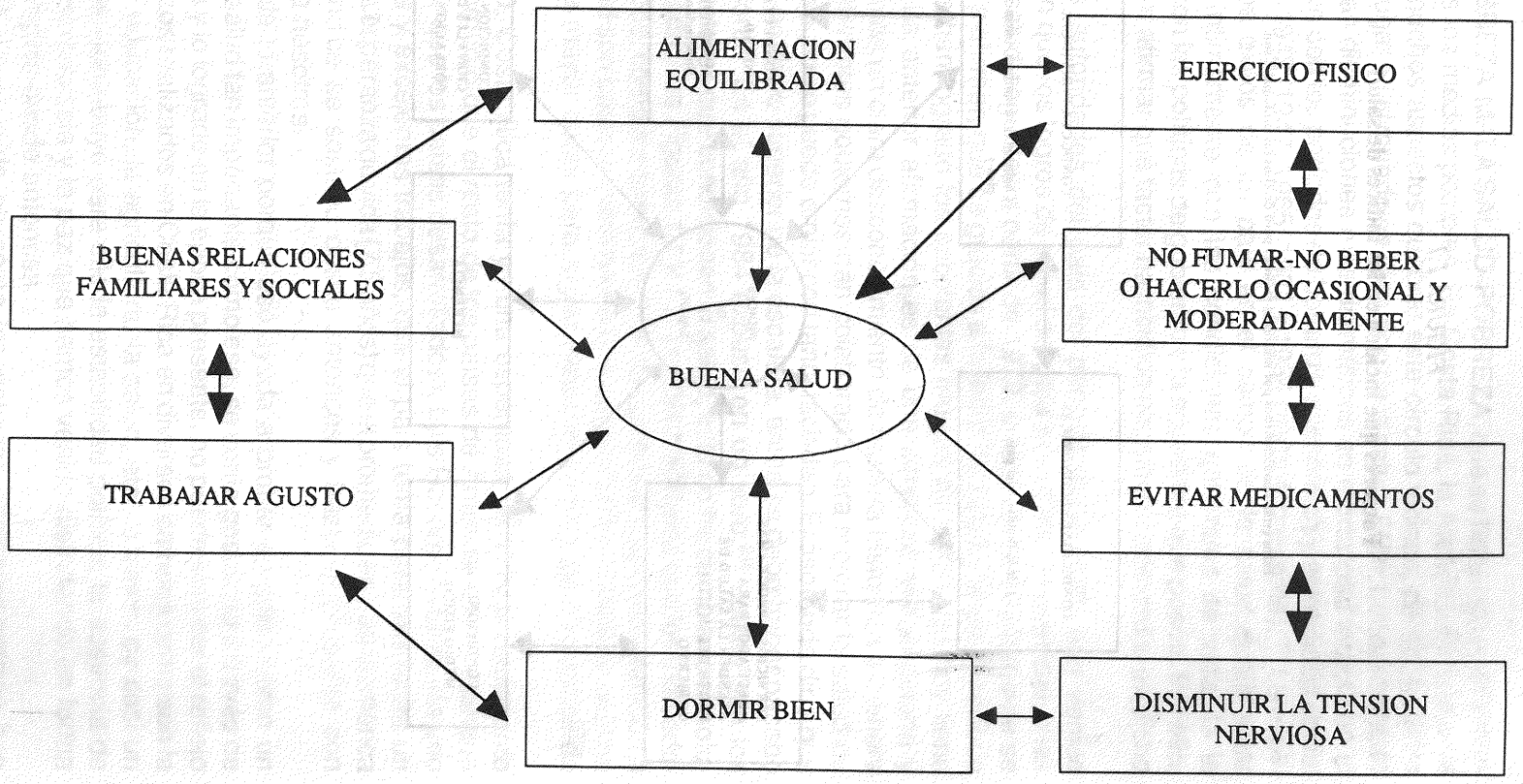
Factores que inciden en los índices de salud

Estos están condicionados por múltiples factores pero de ellos los principales son :



J. Jaramillo A.

FIGURA 1.2


ALIMENTACION EQUILIBRADA
EJERCICIO FISICO
BUENAS RELACIONES FAMILIARES Y SOCIALES
NO FUMAR-NO BEBER O HACERLO OCASIONAL Y MODERADAMENTE
BUENA SALUD
TRABAJAR A GUSTO
EVITAR MEDICAMENTOS
DORMIR BIEN
DISMINUIR LA TENSION NERVIOSA

ayudado a descender la mortalidad infantil. Señala que para él:

> la década de los setenta ha sido claramente la de reducción más pronunciada en la mortalidad infantil; y la década de los cuarenta a los cincuenta la de reducción de la mortalidad del adulto. Apreciándose con claridad que estos dos períodos coinciden con las dos únicas épocas del siglo en las que el indicador económico registra un importante y sostenido aumento que se dio de 1945 a 1954 y de 1965 a 1979. Todo esto —*continúa diciendo Rosero*— evidencia el efecto favorable del crecimiento económico en la reducción de riesgos de muerte y a la inversa, del efecto desfavorable de las crisis económicas.

Estas, están ligadas usualmente a factores externos incontrolables como son el aumento de los precios del petróleo, el descenso de los precios de nuestros productos tradicionales de exportación y el aumento de los insumos importados. A eso se agregan fallas internas de buena administración, en especial, el exceso de gastos en el gobierno por excesiva burocracia y sin buen contenido económico, la depreciación de nuestra moneda y muchos factores más que se analizarán a través de la obra.

Para completar a Rosero, se puede agregar que, a partir de 1979 y hasta 1985, el país entró en un nuevo período de crisis económica, época que coincidió con un relativo estancamiento en las mejoras de la mortalidad infantil en menores de un año. En 1979, la tasa anual de crecimiento económico reportada por el Banco Central fue de 4,94%; para 1981 ya había caído a -1,53%; llegando en 1982 a -4,94%; se inició su ascenso en 1983 a 0,80% y estabilizándose en 1985. A partir de 1986 comenzó de nuevo el crecimiento llegando en 1988 a 2,41% y en 1989 casi a 5%. Comparando lo anterior con las tasas de mortalidad infantil en menores de un año, tenemos que en 1980 era de 19,1 muertes por mil; en 1985 estaba en 17,7; en 1987 en 17,4 y en 1989 llegó a 13,8, la más baja que hemos tenido en la historia.

Sería por supuesto equivocado asociar la evolución de la mortalidad, únicamente al comportamiento económico e injusto para el esfuerzo hecho a través de los años por las autoridades de salud. Lo extraordinario radica en que ha sido durante la última crisis económica que las tasas no solo no se desmejoraron, sino que se mantuvieron e incluso se elevaron ligeramente. Gracias a ello, cuando volvió nuevamente el ascenso económico, esas tasas pudieron continuar progresando.

Lo anterior nos explica cómo el factor económico está relacionado con la salud y si bien es sumamente importante su estabilidad y progreso, no lo parece ser en períodos cortos (de pocos años) por lo menos no en términos "absolutos"; siempre y cuando como lo señala el Dr. Lenín Sáenz, el país y, en este caso, Costa Rica, cuente de previo con una infraestructura en salud y seguridad social. Así como un desarrollo económico y educativo que le permita soportar esas etapas sin mayores consecuencias para el conjunto, aunque posiblemente sí afecta a los grupos marginados.

De esta manera, el crecimiento económico general y el aporte que del

mismo se ha hecho para salud y seguridad social, han sido factores fundamentales para lograr los índices de salud que poseemos, no dejando de reconocer que también han sido claves las políticas de salud y seguridad social implantadas, en especial las llevadas a cabo para disminuir la mortalidad infantil por enfermedades infecciosas mediante la vacunación, el saneamiento ambiental y el aporte de agua potable a las poblaciones, la educación de las madres para la lactancia materna y cuidados de su niño, el apoyo alimentario, los controles pre-trans y post natales, la disminución de la fecundidad que comenzó en 1960, en síntesis todas las medidas del tipo de la Atención Primaria que fueron realizadas con excelentes resultados.

Lo anterior demuestra que no parece lógico atribuir porcentajes a los determinantes de la salud y el bienestar, y esto se presenta como una consecuencia del conjunto de factores que en una sociedad se han puesto en juego para alcanzar la buena salud.

C. Conducta individual y familiar

Los hábitos alimentarios que se tengan, las costumbres defectuosas, el abuso del tabaco y el licor, la falta de ejercicios físicos, la promiscuidad sexual, son hechos que repercutirán en el deterioro de la salud, ya que sabemos que la salud depende en gran parte del medio social, económico y físico de la familia y del estilo de vida y del comportamiento que poseen los padres y que sirve de ejemplo a los hijos.[188]

Resaltar la importancia de la familia, en la promoción de la salud del grupo, es fundamental y será tema reiterado en este libro.

D. Conducta de la comunidad o pueblo donde se vive

La cooperación y obediencia de una población para apoyar programas y cuidados de la salud es fundamental. La existencia de líderes de la comunidad que se preocupen por elevar los índices de vida de una población y crear superación colectiva en campos tan diversos como sanidad, alimentación infantil, obtención de agua potable, letrinización, mejoras en la educación, etc., crean condiciones y capacidad para resolver problemas comunes que individualmente no podrían ser enfrentados. Es conocido el hecho de que, en un mismo país, dos poblaciones relativamente cercanas tienen diferentes estados de desarrollo y por ende de salud por esa misma razón.

E. Condiciones de educación de la población

Aunque parezca mentira, el simple hecho de saber leer ya significa una gran ventaja en un país subdesarrollado para lograr así recibir información. Si, aparte de ello, hay en la región educación escolar, o incluso superior, la posibilidad de implementar programas de educación para la salud se facilita. Hay que insistir con medios apropiados ante cada ciudadano, para que entiendan que el principal responsable de la salud que tenemos es uno mismo, existen pruebas que a mayor educación de la población, suele haber mejor salud en el área y viceversa.

Los mecanismos de educación para la salud deben ser impartidos especialmente a las madres y a los maestros, ya que la prevención de las enfermedades comienza por acciones simples en el hogar, y continúan en la escuela; enseñar un comportamiento integral a los niños, es el fundamento del cambio y de una mejor calidad de vida. En el hogar y en la comunidad es en donde deben desarrollarse al máximo las acciones que educan y fomentan la salud. La transmisión reiterada del conocimiento y de un buen ejemplo de padres a hijos y de maestros a alumnos es esencial, sin esto no se logrará jamás una adecuada educación. Decía el Dr. Carlos Pupo:[294]

> Los hechos nos dicen que los mandamientos divinos o humanos, aún bien enseñados se aprenden, pero no siempre se acatan. Si veinte siglos de sermones no han logrado la extirpación de infieles y herejes, menos podemos esperar de arengas contra los microbios, que apenas tienen pocos años de haber empezado. Los ideales no dejan de ser útiles y necesarios como lo es la estrella que el marino divisa en el horizonte; no la alcanza, pero con la mirada fija en ella orienta su viaje y sabe por donde camina.

F. Herencia

Este es un factor importante, pero sobre el cual aún no tenemos posibilidad de control adecuado, aunque ya se comienza a actuar en este campo.

Nacer con un defecto físico, o una enfermedad es indudablemente una desventaja para lograr una buena salud. Se conocen más de tres mil enfermedades por alteraciones de un solo gen principal, entre ellas están: las anemias hereditarias, la hemofilia, las anomalías del metabolismo y las anomalías crosómicas por alteración del material genético, como un cromosoma extra (Síndrome de Down), o una deficiencia como en el síndrome de Turner. La mayoría de estas enfermedades ocurren al azar, aunque los padres sean normales. Existen otros trastornos poligénicos, en los que varios genes menores heredados se afectan por mecanismos ambientales prenatales y dan malformaciones congénitas que pudieron ser evitadas.

La carga que representan las enfermedades genéticas tanto en los países desarrollados como en los que están en desarrollo forma una parte

importante de los factores de morbilidad que rebajan la calidad de vida, ya que recaen sobre un 3% a un 5% de la población según la OMS.

Las anemias hereditarias como las talasemias y la drepanocitosis afectan a millones de individuos y causan la muerte de hasta un 1% de los niños en muchos países. Las formas heredadas de retraso mental, ceguera y de sordera son importantes problemas de salud en todo el mundo; la mala absorción de lactosa, la enfermedad celíaca, el favismo, etc., tienen una base genética. Igualmente importantes y con cierto grado de componentes genéticos son algunas enfermedades comunes como la hipertensión, la diabetes, la esquizofrenia y algunos tipos de cáncer.

La lucha contra las enfermedades de origen genético incluye medidas primarias con el objeto de prevenir la concepción de un feto con trastorno genético mediante los antecedentes de los padres y el estudio clínico de ellos. Y las medidas secundarias, se refieren a acciones emprendidas después de la concepción, en particular el diagnóstico precoz en un feto o en un lactante afectado y la iniciación de un tratamiento apropiado para prevenir la invalidez.

Todos los trastornos genéticos son, en definitiva, la consecuencia de mutaciones en el genoma (ADN del núcleo). Una nueva mutación puede surgir espontáneamente por error en la repetición del ADN al producir un ARN mensajero dañado o ser inducidas por una exposición a ciertos agentes químicos, físicos, virales, etc. Una mutación puede observarse inmediatamente si es muy grave, o existir un intervalo de varias generaciones entre la aparición de una mutación y su manifestación como enfermedad.

El cuidado para no exponerse a radiaciones, alimentos y sustancias peligrosas en especial durante el embarazo es fundamental.

El disponer de pruebas genéticas que permitan identificar a los individuos o familias susceptibles a generar niños con determinadas enfermedades es muy importante. Las malformaciones congénitas que existen al nacer se confunden con las enfermedades genéticas pero no es lo mismo. Muchos trastornos genéticos tienen ya tratamiento: sustitución del factor VIII en la hemofilia o de los glóbulos rojos en la talasemia. Exclusión de la fenilalanina en el caso de fenilquetonuria, o administración suplementaria de cofactores como la piridoxina en caso de homocistinuria; los transplantes de médula ósea y de órganos comienzan ahora a ocupar su lugar en el tratamiento de estos casos.

A la fecha, algunas de estas enfermedades pueden ser diagnosticadas desde el embarazo mediante estudios del líquido amniótico, ultrasonidos, etc. Otras pueden ser evitadas con vacuna como el sarampión, la rubéola, etc. En todo caso, los avances de la ingeniería genética ponen en manos de los servicios médicos la oportunidad, en un futuro cercano, de poder prevenir algunos de estos males. La implantación de genes humanos sanos para reparar o cambiar células enfermas o mal predispuestas genéticamente en un embrión, puede ser una realidad a corto plazo.

G. Condiciones laborales

Se puede analizar desde dos puntos de vista: por un lado la oportunidad de trabajo y un mayor ingreso disminuye la pobreza del ciudadano y su familia. Esto dará lugar a una mejor alimentación y educación para los hijos y conduce a niveles de salud más elevados. Por otro lado, se refiere al aspecto de la existencia de leyes laborales que obligan a una mayor higiene en el trabajo, más seguridad y evitan abusos en perjuicio de los trabajadores obligando a salarios mínimos, pago de extras, vacaciones, etc. Los riesgos ocupacionales no solo pueden ser causa de lesiones y de enfermedades profesionales, sino incluso, la ansiedad o el estrés pueden causar úlceras pépticas, hipertensión arterial, etc.

H. Existencia de servicios y programas adecuados para proteger la salud y atender la enfermedad de parte del gobierno de un país

El acceso de toda la población a servicios de abastecimiento de agua potable y evacuación de desechos (cloacas y letrinas) es indudable que conduce a mejor salud de la población. Los programas de inmunización permanente en los infantes o incluso en adultos como en el caso de la hepatitis, disminuyen notablemente el riesgo de sufrir la enfermedad. La existencia de clínicas y hospitales del Seguro Social, para atender al enfermo y recuperar su salud son fundamentales, pero para que sean efectivas y moralmente aceptables, deben ser accesibles a "toda" la población, sin distingo de raza, edad, sexo, y existencia o no de fuentes de trabajo como sucede ya en Costa Rica. El sistema de atención médica solo constituye un subsistema del llamado "Sistema Nacional de Salud". Este subsistema provee recursos y servicios para la restauración de la salud de los individuos. Las instituciones de seguridad social cumplen funciones claves en el campo de la salud, de hecho no se logra buena atención de la salud en un país sin un adecuado desarrollo de la seguridad social y no se concibe que esta se dedique solo a atender enfermos y no presta atención adecuada para proteger la salud o prevenir las enfermedades de sus asegurados.

Una política de población bien encaminada, debe estar adecuada a los recursos y a la idiosincrasia de los habitantes del país. Con pobreza y mala educación, a mayor población menor salud. Costa Rica tendrá este año de 1990, tres millones de habitantes. Cada 6 minutos nace un costarricense o para precisar mejor, cada día nacen unos 221 niños y fallecen 30 personas. (En 1988 nacieron 81.376 niños y fallecieron 11 mil personas). *(Gráfico 1.3).*

De acuerdo con el Ministerio de Salud, la tasa de natalidad en 1980 fue de 30.6 por mil y en 1989 de 28.0 y el crecimiento natural fue de 2.7 por mil en 1980 y de 2.4 en 1989. El crecimiento que experimenta nuestra población está determinado por tres factores esenciales: la natalidad, la mortalidad y

la migración (Asociación Demográfica Costarricense).

Como la mortalidad del país es una de las más bajas del mundo, 3.9 defunciones por cada mil habitantes, la natalidad es el factor determinante en el crecimiento poblacional. (Ver *Figura 1.2).*

La política social de protección de la salud de un gobierno, deberá establecer el principio fundamental de prioridad de la educación para la salud y la prevención de la enfermedad como primeras líneas de acción. Proteger la salud significa no solo la educación y la prevención para evitar la aparición de enfermedades, o tener clínicas y hospitales para atenderlas; sino también fomentar las actividades recreativas y deportivas y tratar de reducir la pobreza extrema con medidas tales como: crear fuentes de trabajo, ampliar y mejorar los sistemas de educación, proporcionar a todas las familias una casa con agua potable y sistema de excretas y dotar de tierras para cultivo y de mercados para sus productos agrícolas a nuestros campesinos pobres. Todo ello es fomentar una buena salud y crear bienestar.

El concepto de desarrollo de la salud como algo distinto de la prestación de asistencia médica curativa es producto de una concepción política y técnica reciente. La OMS y la OPS han contribuido a revitalizar esto. De la amplitud con que fue definida la salud en páginas anteriores se deriva que sólo una visión integral y sistemática, de todos los factores que intervienen en ella, proporciona un conocimiento de las dimensiones reales de este campo.

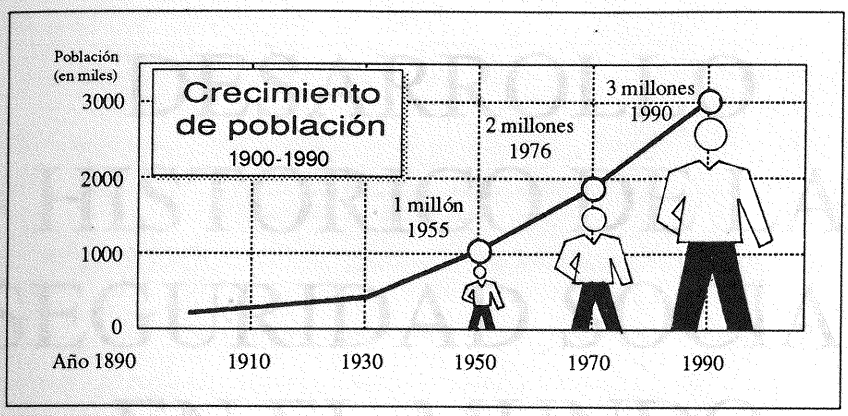
Vista la salud como sistema, implica la interdependencia de sus componentes y variables como un todo, que interactúan de manera continua en una trama compleja y en relación con otros sistemas más amplios que influyen en ella y las actividades que le competen; es decir, se reciben insumos representados por recursos de todo tipo que se vuelcan en el sector salud, donde son asimilados, instrumentados y organizados para la realización de actividades que se manifiestan como servicios que se prestan a la comunidad y cuyo objetivo es obtener el mayor grado posible de salud de las personas, que a fin de cuentas es el producto final del sistema.[161]

El desarrollo de la salud contribuye al desarrollo socioeconómico y es a su vez, resultado de él. Por ello, la política sanitaria o de protección de la salud de una nación, tiene que formar parte de la política general de desarrollo y reflejar así las metas económicas y sociales de los gobiernos.

Debe quedar claro, eso sí, que lograr la resolución del problema de la enfermedad no es lo mismo que crear salud y bienestar. Esto exige mucho más que recursos médicos y económicos adecuados, se requiere de una visión que trasciende el simple conocimiento de la medicina y nos coloca en el plano filosófico de analizar el hombre en relación con los otros seres vivos y su medio. La salud y la felicidad son manifestaciones de la manera en que el individuo responde y se adapta a los desafíos que le plantea la vida diaria.

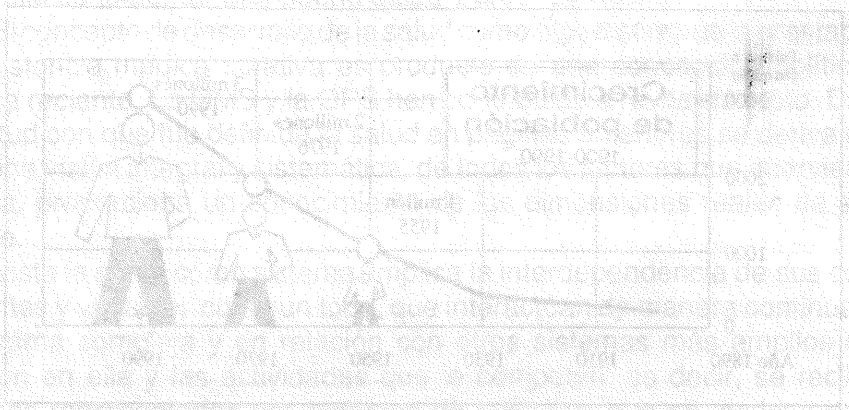
Tales desafíos no son solo aquellos que se originan en el mundo físico y social, sino incluso las metas que el propio individuo se fija y que muy a menudo carecen de relación con las necesidades biológicas que requieran.[362]

Nota: Las *Figuras 1.1 y 1.2,* pueden mostrar el conjunto de factores que inciden para lograr una buena salud y su interrelación.



FUENTE: Dirección General de Estadística y Censos y Ministerio de Planificación Nacional.

En el transcurso de 1990, la población costarricense llegará a los 3 millones de habitantes. Reproducción tomada del diario *La Nación*.



Capítulo 2

DESARROLLO HISTORICO DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN EL MUNDO

Capítulo 2

DESARROLLO HISTÓRICO DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN EL MUNDO

DESARROLLO HISTORICO DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN EL MUNDO

El término seguridad social está compuesto de dos palabras muy simples, seguridad: del latín *sēcūritas - securitātis,* que significa confianza, garantía de apoyo, tranquilidad, y de social: relativo a la sociedad. Al unir las dos palabras se pretende expresar una *garantía de apoyo a la sociedad.*[70] La seguridad social se refiere, entonces, al conjunto de leyes y de los organismos que las aplican y que tienen por objeto, proteger al individuo contra determinados riesgos sociales como son: los accidentes, las enfermedades, el desempleo, la vejez, la viudez, la falta de vivienda, etc. El seguro social sería entonces el servicio o institución que se establece en previsión de "ciertos riesgos" a favor de un grupo social.

Los primeros movimientos con características de acciones de seguridad social por el mecanismo de protección que generaron a los individuos, podrían muy bien situarse en la civilización egipcia en la cual y como fenómeno excepcional, se permitió en el año 1170 a. de C., un paro o huelga por 8 días, realizado por los trabajadores de la necrópolis de Tebas, por falta de pago, que fue depuesta luego de cancelarse las deudas sin acciones punitivas en su contra, al reconocer las autoridades egipcias el derecho a este movimiento por el atraso del pago de salario. Esta es, al parecer, la primera huelga de la que hay constancia en la historia, dando lugar a una garantía social para los trabajadores, pues fue reconocida y respetada, en una sociedad en la cual los grupos sociales elevados o elites tenían ya establecidas diversas protecciones y derechos para ellos y sus familias en diversas contingencias.[43]

Durante el siglo VI a. de C., se inició en el Imperio Romano un fenómeno que constituyó la primera acción general de beneficio social para el pueblo, en el campo sanitario y de la salud, como era la decisión del gobierno romano de proveer con un sistema de galerías subterráneas y cloacas a los hogares en Roma sin costo alguno para ellos. Pero, además, se

construyeron catorce grandes acueductos para dar agua a dicha ciudad (estos transportaban trescientos millones de galones diarios de agua). Se establecieron 150 letrinas distribuidas por toda la ciudad para las clases media y pobre y los concejos municipales se responsabilizaron de la limpieza de las calles de Roma, para estos dos últimos hechos, se pusieron impuestos a todos los ciudadanos e incluso se inauguró un servicio público de médicos adscritos a las ciudades para atender a los pobres en sus enfermedades. Los salarios de estos médicos eran pagados por los consejos municipales, con lo que, por primera vez, aparece un servicio médico organizado como beneficio para grupos sociales siendo posiblemente el "primer seguro médico" existente en el mundo.[323] Tiempo después, los romanos crearon los hospitales, primero militares y luego en las ciudades para atender a los enfermos graves, adelantándose así en el campo de la protección de la enfermedad a los otros pueblos.

En la América Precolombina, ya se realizaban políticas de salud pública y asistencia social mucho antes de la conquista.

Así, el Imperio Incaico, con un eficaz gobierno central, hizo surgir una especie de Estado socializante que combinaba el predominio de una aristocracia con el interés por el bienestar social. De hecho dice Jonathan Norton:

> El Perú se parecía de modo asombroso a un moderno Estado de bienestar social, y un sistema nacional de seguridad social cuidaba de las necesidades fundamentales de los súbditos. El peruano más humilde tenía deberes y derechos, pagaba impuesto en forma de trabajo personal y en tiempo de escasez los almacenes del Estado le proveían de alimentos. A los huérfanos, ancianos y enfermos se les alimentaba y protegía y a todos se les daban dos vestidos por año.[242]

Louis Baudin[23] señala que aunque el trabajo era obligatorio, los soberanos del Cuzco velaban por impedir que los trabajadores sobrepasaran los límites de sus fuerzas y tenían en cuenta la edad, el sexo y la constitución física del indio y la naturaleza del trabajo. Existían médicos especializados que vendían yerbas medicinales y aplicaban a los enfermos remedios. Al parecer, el hallazgo de cráneos trepanados muestra que dominaban la técnica.

Gordon Schendel hace notar en su **Historia de la Medicina en México,**[319] que los Aztecas habían establecido una red de hospitales en todo el imperio para los veteranos de guerra y, en el caso de epidemias, se ordenaba a los médicos trasladar a los pacientes a sitios aislados, creando así una cuarentena para los enfermos infecciosos. Proveían alimentación a aquellos que carecían de esta. Construyeron tuberías de arcilla para traer agua limpia desde las montañas a la ciudad. Las calles de la capital eran limpiadas con frecuencia y existían letrinas en diversos sitios de la misma para uso popular.

Estos ejemplos nos muestran cómo las sociedades antiguas de América Latina ya tenían preocupación por diversos aspectos de la salud pública y la seguridad social.

En el año 1831, se presentó en Inglaterra una grave epidemia de cólera la cual causó alta mortalidad en la población pobre del área urbana. Un estudio realizado y conocido como **Informe Chadwick,**[121] demostraba que las condiciones deplorables de vida de los trabajadores creaba una alta vulnerabilidad para sufrir enfermedades, a lo que se sumaba un salario insuficiente para alimentarse bien, pésimas condiciones sanitarias en sus casas y trabajos; lo que motivó que el parlamento estableciera una ley para mejorar la sanidad de la comunidad y las condiciones de trabajo en las fábricas; así como dar mayor bienestar a la niñez y cuidados a los ancianos.

Posteriormente, se estableció en el año 1848 una Junta de Salud en Inglaterra para analizar estos problemas. La ciudad de Londres nombró a John Simons como funcionario médico y miembro de esa Junta, pasando luego a ser Consejero del Rey, algo así como Ministro de Salud. Entre las medidas tomadas por este médico, en beneficio de la ciudad de Londres, están los abastecimientos de agua, nuevos alcantarillados para conducir las aguas negras y las tuberías de plomo que conducían el agua a cada casa por un precio, al parecer, muy bajo.[118]

En Alemania, en los años anteriores a la revolución de 1848, se desarrolló un fuerte movimiento de reforma dirigido en parte por médicos liberales, entre los cuales destacaba Rudolf Virchow, conocido universalmente como patólogo, epidemiólogo, arqueólogo, reformador social y político. En 1847, apareció una epidemia de fiebre recurrente (tifus) que devastó los distritos industriales de la Silesia superior, el gobierno prusiano comisionó a Virchow para investigar las causas de ésta. Este, rápidamente, llegó a la conclusión de que las causas de la epidemia y el remedio que proponía era, aparte de cuidados médicos y medidas higiénicas, mayor educación, libertad y oportunidad de prosperidad para la gente de la región.[153, 175]

Hubo, además, demandas para que se crearan servicios médicos públicos para los indigentes, se pidió compensación por pérdida del salario por enfermedad y se solicitaba además que se creara un "seguro de enfermedad" financiado con contribuciones de los trabajadores, la clase proletaria, y completado por subsidios municipales o estatales. Se iniciaron, por ese tiempo, las sociedades mutualistas de beneficencia, pagando el patrono parte de la cuota.

Por esa época, el Dr. S. Neumann dijo palabras proféticas que luego Carl Marx, modificándolas, haría universales:

> Muchos ciudadanos no poseen más propiedad que su fuerza de trabajo y ésta depende primariamente de su salud. El Estado se ha creado entre otras cosas para defender la propiedad de los ciudadanos. El Estado tiene la obligación de protegerla y el pueblo tiene el derecho de exigir que la salud, su única propiedad sea protegida por el Estado.[332]

La revolución alemana de 1848 fracasó, pero muchas de sus ideas quedaron y se prolongaron en el tiempo y dieron oportunidad a que Bismarck se presentara como un adelantado de la legislación social, cuando en realidad toda su actuación fue más por conveniencia política que social.

La explotación masiva del carbón y el invento de las máquinas de vapor consolidaron la prosperidad en Europa; así, se inició una nueva civilización. Por ese entonces, era canciller de Alemania Otto Von Bismarck (1871); la revolución industrial había atraído a los campesinos a las ciudades y eso, más los problemas que dejó la guerra franco-prusiana, causó una depresión económica que hizo muy difícil la vida de los trabajadores. Los bajos salarios, el paro, y la miseria constituyeron el clima ideal para implantar la doctrina socialista. En 1875, Augusto Bebel y Guillermo Liebknech fundaron el partido socialista alemán y lo orientaron hacia la revolución social.

Bismarck se dispuso a combatir ese movimiento privando, inicialmente, a los socialdemócratas de sus derechos políticos, excepto el del voto. A pesar de esto, el movimiento crecía año con año. Bismarck, al volverse más intransigente, rompió también con el liberalismo y se asoció a los grupos políticos del centro y, con su ayuda, abolió la libre empresa, fijando tasas proteccionistas a todos los productos de importación; de este modo, apareció un Estado todopoderoso encarnado por él mismo. Buscando atraerse la simpatía del pueblo alemán y tratando de bloquear el nuevo poder representado por los socialdemócratas, decidió adoptar una serie de medidas para mejorar el *status* de los obreros. En el año 1881, en su calidad de Canciller de Alemania, propuso al Congreso un proyecto de Ley que contenía la protección de los trabajadores para los accidentes de trabajo, la cobertura del riesgo de enfermedad con atención médica y la economía para quienes se encontraban incapacitados temporal o permanentemente.[120] Con ello, Bismarck y Alemania, a partir de 1883, iniciaron el camino de una legislación hacia la seguridad social, mediante un sistema de seguro para los obreros. Bismarck decía, no sin razón, que la inseguridad social de los trabajadores era lo que los convertía en un peligro para el Estado; sin embargo, puede decirse que este cambio apareció como producto de la industrialización que, al crear nuevas fuentes de trabajo en forma masiva y al proporcionar salario a grandes grupos de población, generaba temor e inseguridad en estos sectores, que deseaban ya no solo el salario, sino protección para su enfermedad o incapacidad.

Dado los cambios políticos que sucedían, era posible que el obrero apoyara a los socialistas en las reformas que propugnaban, incluyendo no sólo las sociales, sino las políticas, motivo por el cual se hacía necesario aplacar esos temores, en parte, por eso se realizaron estas reformas para disminuir la posibilidad de agitación revolucionaria, mantener la paz y el orden social. Era una concesión de parte de un estadista como Bismarck, quien, supuestamente, no quería a los obreros. Existía además otro factor para dichos cambios: el económico. El obrero al enfermarse dejaba de

producir, así, el Estado salía perdiendo si no lo rehabilitaba rápidamente. Además, en la nueva ley, se obligaba a los patronos a pagar parte de los costos de enfermedad; ya que era mediante un mecanismo de cotización solidario entre patronos, trabajadores y el Estado, que este beneficio se establecía. La filosofía de este programa de seguridad social era en cierto modo materialista ya que aspiraba a *cobertura de la clase trabajadora, en el riesgo de enfermedad, porque era la que generaba la producción en Alemania.*

En 1890 Bismarck presentó su renuncia debido a la falta de apoyo que Guillermo II le mostrara en varios aspectos, uno de ellos fue, que el Emperador convocó al Consejo de la Corona para comunicarle su programa social, en el que estaban incluidos: la supresión del trabajo dominical en las fábricas y la limitación del horario de trabajo de las mujeres y de los niños. El Kaiser no podía tolerar la explotación desvergonzada de la mano de obra, que consideraba indigna de él y de su imperio; en cambio Bismarck calificó la declaración imperial de "tontería humanitaria" por juzgar que no debía avanzarse un paso de lo dispuesto en su propia legislación social de 1881.[120] Intentó, además, emprender una seria lucha contra los obreros socialistas que, pese a esa legislación social, siguieron apoyando a la socialdemocracia. Como no recibió apoyo del emperador tuvo que renunciar a la edad de 75 años. Como corolario es interesante señalar que si bien Bismarck no pudo destruir el partido socialista (Socialdemócrata) de Alemania, al crear la legislación de seguro social que logró imponer, pues el partido continuó creciendo hasta convertirse en el más importante del país, llegando a la llamada República Democrática de Weimar que gobernaría Alemania antes del advenimiento del Tercer Reich en 1933,[321] sí logró quitarle su impulso revolucionario y dejarlo únicamente como un partido que buscaba reformas políticas de manera democrática. Sin embargo, aunque durante la época de la prohibición de la socialdemocracia en Alemania (1878-1890), el marxismo había dominado el partido, el experimento marxista en la Unión Soviética, después de la revolución y el advenimiento al poder en Rusia de éstos, puso de relieve las deficiencias de esta ideología, obligando a que se formularan nuevos razonamientos ético-filosóficos que lograron modificar el pensamiento del partido y dar un lugar fundamental a la dignidad del hombre dentro del mismo, con la eliminación de muchos conceptos marxistas-leninistas que hasta entonces habían prevalecido. El partido Socialdemócrata de Alemania llegó al convencimiento, posterior a la Segunda Guerra Mundial, de acuerdo con los enunciados de Kurt Schumacher, su Presidente, de que: *Un socialismo conquistado y defendido por la vía de la dictadura no es socialismo sino, en el mejor de los casos, un capitalismo de Estado y otro sistema económico individualista.*[211]

La creación e inicio de los seguros sociales o de la seguridad social fue de hecho un fenómeno de necesidad e interés compartido del gobierno y los trabajadores de Alemania. Fue en ese país, donde un conjunto de circunstancias políticas, sociales y económicas, dieron lugar a que aparecieran

fuerzas y acciones que, a través del tiempo y con la presencia de los individuos esenciales en ese momento, llevaron a la práctica una serie de reformas que cambiaron en muchos aspectos la vida de esa sociedad, de esa manera su ejemplo se proyectó, por medio de la historia, a otras naciones para beneficio de sus pueblos.

Sin embargo, en otros países, ya aparecían fenómenos similares que no lograron integrarse adecuadamente. Por ejemplo, en Gran Bretaña, ya para el año 1804, existían sociedades de mutuo socorro que abarcaban un millón de miembros, las cuales aportaban cierta cantidad de dinero a sus afiliados para pagar los gastos de enfermedad y posteriormente llegaron a contratar médicos para que trataran a sus asociados. En 1900, estas sociedades habían crecido hasta llegar a 7 millones de miembros aproximadamente, y sus asociados tenían ya no sólo derecho a servicios médicos y medicamentos, sino incluso a pensiones de invalidez.[1] Es importante destacar que al enfrentarse Enrique VIII con la Iglesia Católica, éste pasó los servicios hospitalarios a organizaciones de caridad, los que, con algún apoyo municipal o asumidos totalmente por éstas, se mantuvieron así hasta la fundación del Servicio Nacional de Sanidad, en 1948. Durante ese tiempo los médicos y cirujanos especializados, trabajaban gratuitamente en los hospitales atendiendo a los pobres, pero a su vez tenían su consultorio donde atendían a las personas de recursos. El porcentaje de pacientes con capacidad de pago en los hospitales no llegaba al 5%; motivo por el cual, todo el sistema hospitalario estaba en crisis económica y sus servicios se encontraban muy deteriorados. En 1911, se creó en Inglaterra un Seguro Médico Nacional para los trabajadores de ingresos bajos, excluía a sus familiares y se limitaba a la medicina general y sus medicamentos. Con esta experiencia, la Asociación Médica Británica propuso que el seguro se extendiera a todos los trabajadores del país y que otorgaran más amplios beneficios.

Austria, 5 años después de la implantación del seguro nacional obligatorio en Alemania, lo puso a funcionar en un nivel municipal, para los mineros y funcionarios públicos. En Francia, Suiza y Escandinavia, existían seguros voluntarios de enfermedad, que pagaban a los médicos e incluso esas sociedades se llegaron a organizar de tal modo que dictaban las condiciones de los servicios que contrataban con los médicos para atender a las personas que se enfermaban.

Incluso en Rusia, ya para 1864, se implantó un sistema de servicios médicos públicos, en distritos rurales y se nombraron médicos para prestar servicios sanitarios a la población. A estos médicos les pagaban sus salarios, les daban alojamiento gratuito, dietas y una pensión cuando se jubilaban.[240]

La seguridad social como actualmente la entendemos, comienza con un proyecto presentado por Sir William Beveridge en Inglaterra a comienzos de 1940 y que logró, después de la segunda guerra mundial en el año 1948, crear un Servicio Nacional de Salud. Había en la propuesta de Lord

Beveridge una serie de principios innovadores que pretendían unificar los diversos programas de atención médica existentes, con los de asistencia pública y la atención de la salud, buscando integrar lo preventivo con lo curativo. Además, estimulaba la creación de programas de empleos, daba asignaciones familiares para los de escasos recursos, uniformaba los derechos y eliminaba las desigualdades injustificadas entre los asegurados. Preconizaba la cobertura total de la población independiente ya fuera o no que tuviera empleo y universalizaba todos los riesgos sociales; el financiamiento era mediante impuestos y no por cuotas tripartitas como se hacía con los seguros de los trabajadores. Entre las posibles razones por las cuales se creó este sistema se encuentran las siguientes: los hospitales particulares y municipales, no eran capaces de sostener sus servicios y era necesario nacionalizarlos para mantenerlos funcionando. Otra razón era ideológica y política. Los sectores obreros exigían en el período de la postguerra, que se hicieran grandes reformas sociales y el Partido Laborista inglés que contaba entre sus filas con una Asociación Médica Socialista, se vio influido por ideas extraídas de los estudios efectuados por el Dr. Henry Sigerist sobre la medicina socializada en Rusia.[332]

Fue así como nació, en 1948 y bajo el impacto de una guerra recién pasada, el Servicio Nacional de Salud de Gran Bretaña y que llegó a ofrecer servicios médicos a toda la población. En el *Capítulo 26* se hace una ampliación de cómo funciona actualmente este servicio en estos países.

El Servicio Nacional de Sanidad o de Salud en Gran Bretaña, supuso el paso de los seguros obligatorios existentes para grupos reducidos de trabajadores para atenderlos en su enfermedad y que solo cubría a la mitad de la población, a un servicio que amparaba a todos los ciudadanos y que tenía entre sus componentes:

a) Servicios preventivos y de enfermería a domicilio brindados por las municipalidades.
b) Atención hospitalaria en caso de enfermedad.
c) Atención de consulta médica, odontológica y farmacéutica ambulatoria.

El Servicio Nacional de Sanidad, no daba servicios gratuitos puesto que obtenía sus ingresos, pagados por toda la población. Ahora sí se podría planificar adecuadamente la distribución de esos servicios a toda Inglaterra y suministrar por lo menos atención en medicina general y de algunas especialidades en zonas donde nunca éstos se habían proporcionado.

La creación de sistemas de seguros sociales en América (excluyendo a Estados Unidos y Canadá), e incluso en países como España e Italia, creó consecuencias inesperadas. Pues, con excepción de Chile, que en 1924 aprobó una legislación de seguro obligatorio de enfermedad, invalidez, vejez y muerte para los trabajadores, la seguridad social en otros países actuó como una fuerza que dividía en vez de unificar la sociedad. Por

ejemplo, en España y en ciertas partes de Inglaterra, en Brasil, México, Venezuela, Argentina, Perú, etc., se construyeron hospitales únicamente para los asegurados, porque se consideraba que los niveles de los hospitales públicos y los de caridad presentaban muy baja calidad. O sea, en lugar de asumirlos y mejorarlos como sucedió en Inglaterra se crearon diferencias entre los servicios para los pobres y los asegurados. Los servicios de la seguridad social en esos países solo amparaban a un sector incluso minoritario de la población y sus ingresos eran dedicados a la atención de los enfermos asegurados, sin participar en acciones preventivas, ni siquiera con estos grupos de población con lo cual mantenían una acción eminentemente pasiva.

Canadá inició el desarrollo de su Sistema Nacional de Salud a partir de 1947, combinación de programas provinciales y nacionales con seguros obligatorios de enfermedad para todos y que incluía el internamiento a hospitales. De esa fecha a 1961, se incorporaron todas las provincias a dicho plan, especialmente condicionados con la promesa hecha por el Gobierno Federal de aportar el 50% de los gastos, suma que a través del tiempo ha venido disminuyendo y aumentando la de las provincias.[122]

En Iberoamérica, Chile fue el primer país (1924) en implantar un sistema de seguro social conocido como "Seguro Obrero Obligatorio" y que luego se convirtió en un "Sistema de Seguridad Social" que por años creció y se desarrolló en ese país, fracasando por diversas razones propias del medio y por defectos del sistema, y finalmente por la revolución que eliminó el régimen socialista del expresidente Salvador Allende. Cuando Chile creó su Servicio Nacional de Salud, en 1952, el Gobierno asumió los hospitales de caridad (beneficencia) y los integró en un Servicio Hospitalario Nacional único. Para los servicios ambulatorios utilizó todas las clínicas existentes, tanto del gobierno, como de los seguros sociales. Al principio de 1970, el Sistema de Seguridad Social chileno se encontraba entre los primeros de América, comprendía todos los riesgos sociales y cubría a más del 70% de la población y los niveles de salud del país eran excelentes.[127, 174] Sin embargo, se desarrolló muy irregularmente pues existían varios tipos de pensiones y atención dentro del sistema. Existían diversas instituciones y programas como por ejemplo: 31 pensiones de vejez, 30 pensiones de antigüedad, otras tantas de invalidez, 55 de asistencia social, 35 de enfermedad-maternidad, etc., a esto se sumaba, lo generoso que solían ser esas pensiones, el envejecimiento de su población, las bajas edades para pensionarse, etc.; todo eso provocó un aumento de costos que en 1971 llegó a ser el 17% del PIB.[49] Varios proyectos de reforma del sistema no pudieron ser implantados. Un estudio muy interesante realizado por la Comisión Prat,[55] que trabajó durante tres años a principio de los sesenta y que describía las desigualdades del sistema; y además de recomendar su unificación legal, administrativa y financiera, no pudo ser llevado a la práctica por los presidentes Frei y Allende, ya que no tuvieron el suficiente poder sobre los grupos de presión para imponer las reformas. Con la llegada

al poder de los militares se inició una reforma que incluyó: uniformar varios aspectos del sistema, eliminar privilegios de grupos de trabajadores, incrementar la eficiencia administrativa, etc. Al inicio de los ochenta, se estableció un nuevo programa de pensiones basado en el ahorro privado obligatorio y la capitalización, administrado por sociedades anónimas lucrativas que compiten entre sí para obtener asegurados y pagan una comisión por sus servicios, también parte del sistema de salud se ha privatizado al presente. Sin embargo, aún no existía un régimen unificado de pensiones y siempre hay desigualdad entre éstas. El éxito o el fracaso del régimen de pensiones nuevos que existe en Chile, puede tener repercusiones en toda América Latina. Si las aseguradoras privadas reducen sus costos, mantienen buena rentabilidad de la inversión, pagan pensiones adecuadas y el sistema puede sobrevivir una vez eliminados los restos del antiguo que aún persisten, podría convertirse en un modelo alternativo para los países de América que tienen ya problemas con sus sistemas de pensiones dentro de la seguridad social.[205, 208]

Lamentablemente, en Iberoamérica en gran parte el objetivo de crear una seguridad social para la población era principalmente político. Se trataba de conseguir y conservar el apoyo de los trabajadores y de sus dirigentes, suministrando a los obreros las prestaciones médicas que carecían y que en esa época solo los ricos y la clase media alta poseían. El costo, en cierto modo, fue ceder en algunos países a los dirigentes sindicales, el control de los sistemas de seguridad social en muchos aspectos, sin prestar adecuadamente atención al costo que la creación y mantenimiento de estos servicios representaba para los patronos y la producción de bienes y servicios. En razón de lo anterior, no hubo mucha preocupación en organizar adecuadamente los servicios y distribuirlos equitativamente, en limitar los gastos y en buscar formas más adecuadas de administrar dichos seguros. Como dice Abel Smith, *los organismos de la seguridad social, se han convertido prácticamente en un estado dentro del Estado, y los gobiernos no se atreven a reglamentarlos, dada la asociación íntima de la seguridad social, con los movimientos sindicales en muchos países.*[1]

Desde esa época y al presente, en el mundo y en el campo de la atención médica, se han venido manteniendo como dice Milton Terris,[333] tres sistemas de servicios médicos generales como son:

a) El de "Asistencia Pública" de los países pobres de economía sobre todo agrícola y con sistemas económicos precapitalistas. Los hospitales y clínicas son del gobierno, financiados con loterías y fondos públicos, que atienden a los indigentes y usualmente no cuentan con suficientes recursos para dar una buena atención médica y los salarios de los profesionales son bajos y estos los complementan ejerciendo otros puestos o la medicina privada. En esos países, puede haber otros programas a cargo de seguros sociales públicos o privados, pero predomina en cuanto a cobertura poblacional el

programa de la Asistencia Pública. Existen en Perú, Bolivia, Honduras, México, Guatemala, Salvador, etc., y en la mayoría de los países del llamado Tercer Mundo de Africa y Asia.

b) Los Sistemas de "Seguro Sociales Nacionales" o Sistemas Nacionales de Salud como los existentes en países especialmente de Europa Central, Dinamarca, Suecia, Noruega, etc., y Canadá, todas naciones industrializadas de economía capitalista. Los programas tienen cobertura general de la población en enfermedad, maternidad, invalidez, vejez y muerte. Los médicos en muchas partes cobran sus honorarios y pasan la cuenta al Estado o a los seguros, en otros son asalariados del sistema. Hay cuota tripartita o el Gobierno cubre los gastos con los impuestos.

c) Los Servicios Nacionales de Salud predominan en los países socialistas de tipo marxista, industrializados o no, cubren a toda la población, no hay cuotas y los profesionales del sector salud están todos a sueldo del sistema, no hay medicina privada, las medidas preventivas son fundamentales como acciones y hay gran participación comunitaria.

En los diferentes países que pertenecen a los grupos 1 y 2 que tienen un tipo de atención médica básica, se pueden observar variaciones o coexisten uno o más sistemas de servicios. De hecho se pusieron así porque ese es el sistema de servicios médicos que atiende a la mayor parte de la población; pero estos sistemas no son fijos o inamovibles.

d) Existen "Formas Intermedias" y para Terris, incluso Inglaterra y Suecia estarían en estas, ya que en la primera los médicos dan consultas en sus oficinas privadas y tienen una relación contractual con el Gobierno para el pago de sus salarios. A mi juicio esto no tiene significación e Inglaterra está totalmente enmarcada dentro del segundo grupo por méritos propios, y con una medicina y un Servicio Nacional de Salud, muy superior en muchos sentidos a los de los países marxistas incluyendo a la URSS, y que ahora sabemos, después del advenimiento de Mijail Gorbachov al poder en ese país y el derrumbamiento del comunismo en Europa Oriental, que una cosa era lo que decían y otra lo que tienen en cuanto a servicios de salud y atención de la enfermedad. También incluye a Suecia dentro de este grupo por existir ahí práctica privada (la cual es minoritaria), y por la preponderancia de hospitales; sin embargo, desde hace muchos años, los índices de salud de ese país son muy superiores a los de cualquier país socialista marxista y todo ello obtenido dentro de un régimen de democracia política.
Sí cabe ubicar aquí a los Estados Unidos, debido al sistema incompleto de seguridad social que tiene, donde coexisten Seguros Nacionales como el *Medicare,* con Estatales como el *Medicaid* y

donde incluso parte de la población carece de seguros y de servicios médicos. (Ver *Capítulo 26*). Es posible que Chile pueda también estar ubicado aquí debido a los cambios que ha sufrido su Sistema Nacional de Salud. Costa Rica puede ahora ser incluida dentro del segundo grupo en cuanto al Sistema Nacional de Servicios de Salud que ha venido creando, pero al no ser país industrializado ni tener una economía capitalista pura sino de tipo mixta, debe quedar situado dentro de este grupo intermedio, pese a tener un Seguro Social de cobertura universal, hecho único en Iberoamérica.

Capítulo 3

LA MEDICINA Y LA PROTECCION DE LA SALUD EN LA HISTORIA DE COSTA RICA

Capítulo 3

LA MEDICINA Y LA PROTECCION DE LA SALUD EN LA HISTORIA DE COSTA RICA

Capítulo 3

LA MEDICINA Y LA PROTECCIÓN DE LA SALUD EN LA HISTORIA DE COSTA RICA

LA MEDICINA Y LA PROTECCION DE LA SALUD EN LA HISTORIA DE COSTA RICA

3.1 INTRODUCCION

Costa Rica fue descubierta por Cristóbal Colón durante su cuarto y último viaje, el 18 de setiembre de 1502. Desembarcó en el litoral atlántico en un lugar llamado Cariari o Cariay, presumiblemente donde se encuentra actualmente el puerto y ciudad de Limón.[68] Los españoles notaron la abundancia de adornos de oro que poseían los nativos y posiblemente eso fue responsable de que se diera el nombre de "Costa Rica" a nuestro país.

Las primeras exploraciones hechas en nuestras tierras y mares obedecieron a planes concretos del Rey de España, Fernando el Católico, para lo que suscribió con Diego de Nicuesa y Alonso de Ojeda las Capitulaciones de Burgos el 9 de junio de 1508 y, en 1513, dio instrucciones a Pedrarias Dávila para que viajase a poblar y pacificar Castilla del Oro. A estos capitanes no les interesaba fundar centros de población, sino hacer exploraciones para localizar minas de oro, o bien, pueblos de indios que tuvieran grandes riquezas.[226] Entre esos capitanes que llegaron al país estaban, Nicuesa, Vasco Núñez de Balboa (descubridor del Océano Pacífico), Pedrarias Dávila, Gil González Dávila, Andrés Niño y Diego de Gutiérrez considerado el último capitán de la primera fase de la conquista y el cual murió en una batalla con los indios cerca del Cerro Chirripó, cuando buscaba oro, pues era odiado por estos por haber maltratado a los caciques Camaquire y Cocorí. Al parecer, los españoles pudieron darse cuenta de que el nombre de Costa Rica no hacía honor a las condiciones prevalentes en cuanto a riqueza mineral y, si bien la había vegetal y animal,[92] no era eso lo que buscaban los primeros conquistadores.

Le estaba reservada la hazaña de penetrar el interior del país a Juan

de Cavallón quien, cerca de Turrúcares, fundó la ciudad de Castillo deGarcímuñoz,[203] pero, por los continuos enfrentamientos con el cacique Garabito y sus gentes, decidió fundar en la ensenada de Tivives, la Villa de los Reyes. La llegada al país del Nuevo Alcalde Mayor Juan Vásquez de Coronado marcó en definitiva la posesión del país para España. Este, por ser un gran conciliador, fue el verdadero conquistador de Costa Rica, pacificó el Valle Central y fundó en el Valle de El Guarco la primera ciudad de Cartago.[88,90]

Durante la conquista y la colonia, esta provincia era considerada la más atrasada del Reino de Guatemala, debido a que nunca se pudo obtener oro en suficiente cantidad, los españoles en cierto modo se desinteresaron de ella, y no la colonizaron extensivamente como sí hicieron con Guatemala y Nicaragua. La ausencia de minerales, la escasez y agresividad de algunas de nuestras tribus indígenas, obligaron a los colonizadores a trabajar la tierra para sobrevivir. Una economía de subsistencia fue entonces creada, basada en unidades de pequeñas familias, diferente a los latifundios que en otros países (México, Guatemala, Perú, etc.), fundaron los españoles y con lo cual se dividió la sociedad en sirvientes o esclavos de la tierra y los dueños de la misma o los colonizadores. En el país, en esa época no fue posible traer esclavos debido a la pobreza de las "haciendas" y a la falta de mano de obra india. La agricultura se desarrolló alrededor de las familias de los colonizadores con alguna ayuda de los pocos indios que quedaban en los siglos 17 y 18. Consecuentemente, Costa Rica desarrolló una sociedad más homogénea que los restantes países centroamericanos y que, aunque muy pobre, influyó positivamente en su futuro desarrollo.[347]

Durante la colonización, por diversos factores, se redujo nuestra población indígena, posiblemente las enfermedades infecto-contagiosas y sus escasas defensas inmunológicas, jugaron un papel primordial para este descenso. Para el censo de 1802, solamente se declaraban 3.340 indios.[218]

Nuestra provincia estaba desprovista de imprenta, médico o botica y su comercio de intercambio con el resto de los países del istmo era muy escaso. Esto se debía a la falta de caminos y medios de transporte, lo que condujo a un gran atraso cultural y sanitario. En el año 1726, el teniente general, don Pedro José Sáenz, señaló que en Cartago jamás se conoció cirujano, botica ni persona que aplicara remedios, por lo que se vive en notable desconsuelo.[14] En realidad, la historia de Costa Rica está bien documentada en innumerables publicaciones de diversos historiadores, pero extraña el hecho de la escasa o nula información en cuanto a cuidados de salud o la existencia de algún médico durante la conquista o la colonia.

En el año 1781, ingresó en el país el primer médico, el doctor Esteban Courti, de nacionalidad italiana, quien realizó al parecer notables curaciones ya que, "aliviaba la lepra", esto lo rodeó de gran fama y prestigio. Durante su permanencia en el país, hizo el estudio y clasificación de muchas plantas con cualidades curativas. Pero la desordenada vida romántica del señor Courti y sus actitudes de rebeldía contra la Iglesia Católica hicieron que

posteriormente fuera calificado como brujo y enviado al Tribunal de la Inquisición en Guatemala.[53,54,318]

En 1784, el Obispo Esteban Lorenzo de Tristán, envió a la Real Audiencia de Guatemala, una solicitud para fundar un hospital. Este se empezó a construir en Cartago en 1791, gracias a algunas contribuciones, en el edificio de los Padres Misioneros de San Francisco, pero, debido a problemas económicos se cerró, o no llegó a funcionar, en 1799.[318]

Durante los últimos años de la colonia ya se conocía en Costa Rica enfermedades tales como: el sarampión, la viruela, el tétanos, la enfermedad de Chagas, las enfermedades venéreas, la tos ferina, la rabia, la tuberculosis y la lepra.[353] Debido a su pobreza, el país presentaba altas tasas de mortalidad infantil y general por infecciones, desnutrición y parasitosis. Las acciones asistenciales eran mínimas en el campo sanitario. La primera campaña pública de vacunación, en este caso contra la viruela, fue llevada a cabo por el licenciado en Cirugía, don Nazario Toledo, siendo Gobernador don Tomás de Acosta en el año 1806, de esta manera, la vacunación se extendió a toda la provincia. A la vez, se organizó la primera Junta de Sanidad que colaboró en esta labor.[173]

A mediados del Siglo 18, el presbítero Juan de Pomar y Burgos del protomedicato de Panamá, ejerció la medicina en Costa Rica. Posteriormente, el primer costarricense graduado de médico lo fue el doctor Pablo Alvarado Bonilla, considerado además precursor y prócer de la independencia; nació en 1785 y se graduó de médico en la Universidad de San Carlos en Guatemala, en el año 1823. Se desconoce la fecha exacta de su regreso al país; se sabe que trabajó en Cartago y Alajuela por ahí de 1838 y en 1842; fue médico del levantamiento contra Morazán atendiendo él los heridos de la tropa.[44]

El primer costarricense graduado en Europa de médico fue el Dr. José María Montealegre quien se incorporó en 1840, luego de sus estudios en Inglaterra.[53] Poco se sabe en cuanto a su quehacer médico pues, al morir su padre en 1843, se dedicó a cuidar de sus magníficas fincas de café y en el período 1859-1863 ocupó la presidencia del país. Era de suponer, por su profesión, que una de sus mayores preocupaciones sería la salud pública, pero por desdicha no sucedió lo que se esperaba. *Era un hombre muy bien educado y caballeroso, pero muy indolente y demasiado acomodado para cuidarse del ejercicio de su profesión, en un país donde le pagarían tan mal.*[135]

En 1839, el gobierno aprobó un curso de medicina, en la Universidad de Santo Tomás a cargo del ya comentado, licenciado Nazario Toledo, médico guatemalteco que se radicó definitivamente en San José. Su hijo don Nazario Toledo Matey fue también a estudiar medicina a Guatemala y, una vez graduado, ejerció su profesión en Costa Rica, naturalizándose costarricense y desempeñando por primera vez la jefatura de higiene de la ciudad de San José. Por ese tiempo, también se habla de que el Dr. Ricardo

Brealy llegó a ejercer a las minas de oro del Monte del Aguacate, que estaban en explotación por una empresa inglesa. Este médico se radicó en el país y posteriormente se regresó a Inglaterra. Desde 1806 a 1830 se comenzaron a realizar campañas de vacunación en diversas ciudades del país. En vista del aumento de la lepra, se decidió colocar a estos enfermos en un establecimiento especial y para 1833 se fundó el Lazareto General del Estado. Por esos años, el licenciado en Cirugía, Manuel de Sol, enviado de la capitanía general de Guatemala, estableció una Junta de Sanidad en Cartago. Para 1847, fue instituido lo que se llamó el *médico del pueblo,* para cuyos gastos deberían contribuir las municipalidades. Durante el período de la guerra nacional (1856) hizo su aparición el cólera, y se supone que cobró más de 10 mil vidas.[68]

La fiebre amarilla causó desastres en Puntarenas desde 1853 y era llamada "fiebre de los arrieros" pues era traída al interior del país por estas personas. El paludismo era conocido desde muchos años antes, lo mismo la tos ferina y la sífilis. La tifoidea comenzó a representar un peligro a partir de 1863.

Desde el año 1845 y por ley, se dispuso la creación de una casa de enfermos es decir, un Hospital General, un cementerio y una Junta de Caridad, encargada de administrar a ambos. Estuvo presidida por el Dr. Nazario Toledo y para mantener el hospital se dispuso la creación de una lotería pública, la cual fue autorizada a partir del 31 de diciembre de 1845 aunque no funcionó sino hasta años después.

3.2 HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

En 1852, se inició la construcción del hospital que fue terminado en 1855, en parte fue transformado en cárcel y asilo de dementes.[135] Al parecer, por ese período se recibieron en el hospital 611 enfermos y heridos.[164]

Este hospital rindió buenos servicios durante la guerra del 56. Al Dr. Carl Hoffmann, médico alemán que ejercía la medicina y era Cirujano Mayor del Ejército Expedicionario, le tocó atender a los enfermos y enviarlos al hospital; él dijo que este estaba bien preparado para recibirlos.[165]

En 1848, en la Universidad de Santo Tomás se creó la Escuela de Farmacia y en 1850 la de Medicina; para 1857 se había creado el Protomedicato de la República, institución de consulta para los asuntos de higiene pública. Para 1858 había 24 médicos y ocho boticas en la capital.

En 1857, se fundó la Sociedad Médica para estimular los avances de la medicina y favorecer la salud pública, formaban parte de esta, el Dr. Nazario Toledo, los licenciados Bruno Carranza, Lucas Alvarado, Andrés Sáenz y Manuel María Esquivel.

El hospital cerró por falta de fondos en 1861; tres años después, volvió a funcionar gracias a dineros obtenidos mediante un legado muy cuantioso

de más de cien mil pesos oro dejado por el Presbítero don Cecilio Umaña.[164] Se dictaron los Reglamentos y se creó la Hermandad de Caridad, cuyos miembros se obligaron a una cuota anual voluntaria para ayudar al hospital. En 1864 se reabrió y en 1871 se contrataron a las Hermanas de Caridad de Guatemala para que prestaran servicios en el Hospital llamado San Juan de Dios. Para 1873 tenía ya 350 camas y la Ley del 28 de Mayo de 1909 vino en apoyo del hospital al nacionalizar el establecimiento y disponer que para su sostenimiento se tomara los sobrantes de la lotería nacional, después de cubierto el presupuesto del Asilo.[164] La Hermandad de Caridad cambió posteriormente su nombre a Junta de Caridad, Juntas de Beneficencia Pública y finalmente Junta de Protección Social de San José.[165]

Don Cleto González Víquez manifestó que, en realidad, la fecha oficial de inicio de los servicios del Hospital San Juan de Dios es a partir del 8 de marzo de 1864.[135] 68 años duró el ideal para realizarse: tener un hospital en el país.

El primer texto médico publicado en el país fue **La Higiene de la Infancia en Costa Rica** y su autor el doctor Benjamín Céspedes.[318] En marzo de 1915, en una acción extraordinaria de difusión popular del conocimiento de una enfermedad, el doctor en medicina y bacteriología, Don Carlos Pupo, publicó un folleto descriptivo sobre la anquilostomiasis dirigido a los inspectores escolares con el fin de ilustrarlos para ayudar a evitar este mal en la población.[318] El mismo Dr. Pupo Pérez publicó, en 1923 un libro **Enfermedades Evitables**, para satisfacer los deseos de la Facultad de Medicina, interesada en la vulgarización de preceptos higiénicos. Se reimprimió y puso al día en el año 1927 y finalmente en 1935 dio lugar a una tercera edición corregida y aumentada y ya con el nombre de **Nuestros Males, Principios Sanitarios que nadie debe ignorar.** Libro a mi juicio extraordinariamente didáctico y ameno, que a no dudarlo debió ser de gran utilidad para médicos, enfermeras, maestros, etc., 576 páginas magistralmente escritas que muestran el conocimiento médico y de salud de la época.

En su índice están artículos muy interesantes sobre los peligros y beneficios de las comidas y bebidas, higiene mental, los gordos y los flacos, la parasitosis, la piel, el cáncer, el corazón, la tuberculosis pulmonar, las enfermedades venéreas y cómo evitarlas, las principales enfermedades infantiles y la mortalidad infantil del país y los primeros cuidados en caso de accidentes.

Dice en el capítulo sobre mortalidad infantil:

> La vida de los niños no depende de las sumas gastadas por el Gobierno para resguardarla, sino de la capacidad de las madres. El saneamiento del país, como tarea individual privada es muy factible y barato.
> Si cualquier día, los partidarios de la intervención del Gobierno en todas partes, logran hacer nombrar empleados para asear casas, patios y cuerpos se gastarán sumas enormes y el trabajo quedará mal hecho; pero si cada uno se encarga de hacerlo, ciudades y pueblos estarán limpios y el Estado no tendrá nada que hacer.

En otras palabras, cuando cada uno cumple con su deber, están por demás los vigilantes y el inspector.
En los primeros años, los errores y deficiencias en la alimentación se pagan con la vida. Aliados con las enfermedades, obran como gigantescas segadoras y matan a los más débiles, a los que no tienen la protección de la herencia, del saber o de la fortuna. Varias son las causas de la alta mortalidad infantil, pero la ignorancia no es la principal como tantas veces se ha dicho, sino la formidable natalidad. Mueren muchos porque nacen muchos. La gran mayoría de los matrimonios por completa que fuera su instrucción, tropieza con las privaciones impuestas por los sueldos o jornales, que no estiran a medida que la familia aumenta. Las dificultades para conservar sana y salva una familia numerosa con un pequeño presupuesto, son demasiado conocidas. No precisan puntualizarlas.[294]

3.3 JUNTA DE PROTECCION SOCIAL DE SAN JOSE

Posiblemente la Junta de Protección Social constituye la institución de servicio público más antigua de Costa Rica. Su ley orgánica data de 1845; esta Junta llegó a constituirse en el pilar sobre el cual se creó el Hospital San Juan de Dios. Sin embargo, no podemos dejar pasar por alto que, en 1826, don Juan Mora sanciona y ordena establecer un Lazareto, mediante la creación de impuestos al algodón. Esta es entonces, la primera vez que un Gobierno propicia la fundación de una casa de salud y le fija rentas. El Dr. José María Castro Madriz, presidente de la Cámara de Representantes, al fundar la Junta de Caridad, dijo, entre otras cosas:

> Es obligación del gobierno procurar la salud de todos los que no tienen medios de curarse por sí; hay la necesidad de poner un hospital para estudiar las enfermedades del país en un teatro que sirva para verificar el estudio de la Medicina; la falta de un local para practicar las operaciones y donde hacer reconocimiento de los cadáveres. Y la imperiosa necesidad de abrir a la Ciencia Médica apenas naciente en nuestro suelo, un campo de elevación y progreso y un refugio a la humanidad doliente, son razones para la erección de un Hospital General en el Estado.

Con el antecedente de que el Hospital General de París fue construido en 1658, con dineros que produjo una lotería, por decreto, el 13 de noviembre de 1845, don Rafael Gallegos, Jefe de Estado provisional firmó la ley que creaba una lotería, en beneficio del Hospital San Juan de Dios. La Junta era pues la encargada de proveer todo lo necesario para la erección del hospital. La primera Junta de Caridad, que se instaló el 11 de julio de 1852, quedó integrada así: Anselmo Llorente y la Fuente, Presidente. José Joaquín Mora D., Bruno Carranza y Don Vicente Herrera. Asimismo, para colectar fondos se nombraron varias comisiones. Es a partir de ese momento que arranca la historia ininterrumpida de esta institución que tanta importancia habría de tener para la recuperación de la salud de los costarricenses

y para el desarrollo de la medicina nacional.[129] Desde 1865, el Lazareto había quedado a cargo del Tesoro Nacional y por consiguiente dejó de estar bajo la responsabilidad de la Junta.

En el año 1900, el Dr. Vicente Lachner Sandoval afirmaba, en relación con la salud pública de Costa Rica en el siglo XIX, lo siguiente:

> A pesar del aumento de la riqueza, de la mayor facilidad de comunicación con el extranjero y en el interior; a pesar de las mayores comodidades y del lujo consiguiente; a despecho del progreso de la ciencia médica y del mayor número de médicos, poco se ha hecho en el sentido de mejorar las condiciones de salubridad pública y casi nada por reformar las costumbres antihigiénicas en la vida privada... la industria cafetalera y otras de menor importancia han venido a aumentar los focos de infección del agua y del aire. Las cañerías que debieron significar un progreso no han hecho por su pésima ejecución, otra cosa que conducir a las ciudades sustancias descompuestas de los campos. En tales condiciones es natural que el número de enfermedades, principalmente las infecciosas hayan aumentado.[173]

3.4 DR. CARLOS DURAN CARTIN

En abril de 1874 recibe el título de miembro del Real Colegio de Cirujanos de Inglaterra, el Dr. Carlos Durán Cartín y después de 6 años de estudios de medicina en Francia e Inglaterra regresa al país. Con él, aparece posiblemente la figura médica más importante que ha tenido Costa Rica y a mi parecer, el pionero de la Salubridad Pública o Higiene Nacional. Una de sus primeras preocupaciones fue la reorganización del Hospital San Juan de Dios, donde ni siquiera existía sala de operaciones y a él le tocó ver cómo le amputaban en un salón una pierna a un hombre con un serrucho y sin anestesia. Gracias a él, se levantaron edificios adecuados y amplios; como solamente habían pozos negros se dedicó a crear un sistema de tubería y letrinas, que es posible, aún funcionen en ciertas áreas. Estableció el primer laboratorio para exámenes clínicos, puso un dentista a cuidar los dientes de los enfermos y fundó la Escuela de Enfermería, donde el mismo doctor daba lecciones de anatomía y fisiología.[165, 293] Desempeñó por varios años la presidencia de la Junta de Caridad y en 1885 fue llamado a ocupar la Secretaría de Estado en los Despachos de Gobernación, Policía y Fomento, bajo la presidencia de Don Bernardo Soto. Fue rector de la Universidad en 1887 y profesor de física, anatomía e higiene en el Instituto Nacional de San José.

Levantó el Asilo Chapuí y llegó a ser Presidente provisional de Costa Rica en noviembre de 1889 al renunciar don Bernardo Soto a dicho cargo, en un momento de gran agitación social y que pudo ser controlado gracias a la capacidad y entereza del Dr. Durán. De hecho restableció la paz y el orden en el país.[53, 226]

Fue responsable de que en Costa Rica se reconociera la enfermedad llamada "cansancio" de nuestros campesinos y que en realidad era nada menos que la anquilostomiasis y gracias a él, miles de costarricenses se curaron de esta grave parasitosis que provocaba una anemia muy severa. Relata el Dr. Pupo[293] que estando leyendo el Dr. Durán el periódico **The Lancet** de Inglaterra, encontró un artículo que le hizo pensar que la caquexia palúdica de nuestros campesinos podría tener el mismo origen que la anemia de los mineros y cuya causa había sido descubierta por Angelo Dubini en el túnel de San Gotardo. Esto lo comprobó al practicar la autopsia a las personas muertas por este mal y que tenían el intestino lleno de esos parásitos. Con un potente antihelmíntico llamado "Timol" dado a los pacientes se lograba su curación.

Entre otros puestos, ocupó la Presidencia de la Facultad de Medicina y fue Jefe de Cirujanos del Hospital San Juan de Dios, donde hizo construir la primera sala de operaciones y empleó la anestesia y los principios de la asepsia y antisepsia.[55] Introdujo en el país un aparato de rayos X, y realizó las primeras intervenciones oftalmológicas, especialidad que continuó después el Dr. Arrea. Al parecer era, no solo un magnífico clínico, sino el mejor cirujano de su época. Siendo Presidente Municipal de San José, dotó a la capital de una red de cloacas e incluso logró se trajera de Bélgica el Edificio Metálico para albergar a los escolares debido a la preocupación que el terremoto de Cartago había generado.[53] En su paso por el Congreso, obtuvo una partida para fundar el sanatorio para tuberculosos de Tierra Blanca, el cual se inició con la atención de 100 enfermos;[166] recomendó los estudios de sangre bajo el microscopio para detectar los parásitos del paludismo y evitar así especulaciones con otras enfermedades. Tal era la visión del Dr. Durán, que propuso la creación de un Consejo Superior de Salubridad, con atribuciones suficientes para tomar bajo su responsabilidad y control los intereses sanitarios del país.

Desgraciadamente, este proyecto, precursor de la Secretaría de Salubridad, no tuvo en el Congreso la misma acogida del Sanatorio y fracasó.[293] El Dr. Durán era una persona excepcional, tanto como ser humano, y político que como médico y salubrista; un verdadero Benemérito de la Patria. Fue pues una de las personalidades más destacadas en la vida nacional. Creador inicial y el organizador en muchos aspectos de los servicios médicos preventivos y curativos de Costa Rica.[165] Nació en San José, el 12 de noviembre de 1852, se graduó de médico el 30 de abril de 1874 a los 22 años y falleció el 23 de noviembre de 1924. En 1913, fue postulado para la presidencia del país. Se presentaron a elecciones tres partidos. Unión Nacional con el Dr. Carlos Durán, El Partido Civil con don Rafael Iglesias y el Republicano con don Máximo Fernández. Al no obtener mayoría absoluta ninguno de ellos y habiendo quedado como mayoritarios Fernández y Durán, debía el Congreso elegir entre los dos que tenían más votos, pero como es costumbre en nuestro país al no haber un acuerdo entre

ellos, renunciaron y el Congreso escogió al Lic. Alfredo González Flores para Presidente a partir de 1914.

El Protomedicato de la República funcionó hasta el 3 de abril de 1895, fecha en que la iniciativa del doctor Juan José Ulloa Giralt, entonces Secretario de Gobernación, prosperó en el Congreso de la República, el que dictó la ley que creó la Facultad de Medicina, Cirugía y Farmacia de Costa Rica, entre cuyas atribuciones estaba dirigir la enseñanza de la medicina y sus ramas, fomentar su desarrollo y conferir títulos y conceder y negar las incorporaciones a los profesionales médicos. Al fundarse en 1940 la Universidad de Costa Rica, a esta facultad se le cambió de nombre y se dispuso llamarla Colegio de Médicos y Cirujanos.

3.5 MINISTERIO DE SALUD

El 12 de julio de 1922, por Decreto Ejecutivo y durante la presidencia de Don Julio Acosta, se creó la Subsecretaría de Higiene y Salud Pública, dependiente de la Secretaría de Policía nombrándose para el cargo al Dr. Solón Núñez Frutos. Esta se encargaría de manejar las actividades de salud del país y controlar los problemas de higiene, control de los profesionales de salud existentes, adiestramiento del personal auxiliar en salud, etc.

La ley del 12 de marzo de 1923 sobre "Protección de la Salud Pública" constituye en esencia el primer Código Sanitario del país. Esta ley señalaba que la salud nacional estaría a cargo del Estado y, la municipal, a cargo de las municipalidades. Puede decirse que toda la etapa anterior, ya relatada, fue un proceso de organización previa para que se le diera un carácter independiente y con autoridad a la parte médica y sanitaria de Costa Rica.[155] La Subsecretaría se responsabilizó del control y tratamiento de las anquilostomiasis, de la dirección del Departamento Sanitario Escolar y de la vigilancia sobre la aparición de epidemias. También se crearon las clínicas antivenéreas y, en mayo de 1926, la ley de "Ofidismo" que algunos señalan como la primera emitida en América.

El 4 de marzo de 1927, por Decreto Ejecutivo a dicha Subsecretaría se le adjudicó la atención de los hospitales, Lazaretos, Hospicios, Casas de Maternidad e Instituciones protectoras de la Infancia. En 1928 se crearon las primeras plazas de enfermeras obstétricas y, previo a esto, las de visitadores sociales para la lucha antituberculosa.

Con el apoyo del Lic. Ricardo Jiménez Oreamuno, Presidente en ese entonces, se creó por fin la "Secretaría de Salubridad" el 4 de junio de 1927, adelantándose Costa Rica a muchos otros países en América al establecer esta Cartera o Secretaría. El primer secretario, por méritos propios, fue el Dr. Solón Núñez. Se comenzó entonces a reglamentar el uso de drogas heroicas y se estableció el primer laboratorio de salud pública, iniciándose a la vez la base de una oficina de estadísticas vitales. Al contar ya la Secreta-

ría con representación ante el Ejecutivo, se comenzaron a tomar acuerdos que modificaron radicalmente las acciones sanitarias, con el apoyo del Presidente. Ese mismo año se convirtió en la Secretaría de Salubridad Pública y de Protección Social tomando las funciones de beneficencia.[340]

Debe hacerse notar que, previamente a todo esto, ya hacía varios años se había constituido un departamento de anquilostomiasis con dependencia de la Secretaría de Policía y su primer director fue el Dr. Luis Schapiro y el Dr. Solón Núñez su asistente. O sea, ya previamente el Dr. Núñez había participado en la atención de los problemas sanitarios del país.[54] En 1907, se destinó una partida específica en el presupuesto nacional para la campaña contra este parásito y en 1915 se creó el departamento de aquilostomiasis adscrito a la Secretaría de Policía.

Sobre un modelo general de lucha contra este mal y que se realizó con apoyo de la Fundación Rockefeller, se comenzó a contar con experiencia en el campo de la salubridad y, gracias a ello, se establecieron las bases de las acciones de saneamiento ambiental y la educación higiénica para el país.[318] Además, años antes, en octubre de 1894, se dio el decreto que creaba las Medicaturas del Pueblo, lo que dividió el territorio nacional en medicaturas para controlar así la higiene pública, la medicina legal y la asistencia a los pobres. El nombramiento y el pago de los médicos responsables estaba a cargo de las municipalidades de las cabeceras de provincias. En los puertos correspondía al Poder Ejecutivo. Las funciones de estos médicos eran: visitar los puestos de ventas de alimentos de todo tipo, señalar normas de cuidado sanitario, llevar estadísticas de sus casos, denunciar a la policía los problemas, examinar las drogas que se vendían en las boticas, visitar las cárceles, desempeñar las funciones de médico de hospital, visitar los pueblos de su circuito una vez al mes, asistir a enfermos pobres, etc.[282, 317] Este médico actuaba como un profesional múltiple y era imposible responder a esa cantidad de demandas de servicios que se suponía estaba obligado a realizar; sus acciones en todo caso eran muy importantes.

En el año 1914 por Decreto Presidencial se creó el Departamento Escolar para proteger la salud de los niños de 7 a 14 años que asistían a las escuelas públicas, con acciones más que todo preventivas. Por esa época, aparecieron los primeros asistentes sanitarios escolares. En 1915 se propuso una legislación antivenérea y se creó un programa ambulatorio para enfermos leprosos. A partir de 1920, se crearon las clínicas prenatales e infantiles con carácter preventivo y de apoyo al niño pequeño mediante la extensión a todo el ámbito nacional de acciones de salud pública, siendo este el primer intento en el país para establecer la protección del ser humano desde el embarazo y nacimiento. Puede observarse, que previo al proceso de crear la Subsecretaría y la Secretaría de Salubridad, se habían tomado acciones específicas en diversos campos de la protección a la salud de los costarricenses.

Es interesante ver, cómo la Secretaría, una vez instituida, tenía ya carácter normativo central, ahí se analizaban los problemas y la ejecutividad la delegaba en las jefaturas de sanidad.[311]

Se estableció la declaración obligatoria de la fiebre amarilla, viruela, tifoidea, el cólera, tifus, la peste bubónica, difteria, lepra, tuberculosis, meningitis, parálisis infantil, rabia, el paludismo, etc. Se creó una clínica central para enfermedades venéreas en San José y auxiliares en provincias. Se estableció la obligatoriedad de la vacunación contra la viruela y se dictaron medidas para el saneamiento de las ciudades, la higiene industrial, control de las profesiones médicas y afines, etc.

Se establece la obligatoriedad del certificado médico de defunción y se obliga a las municipalidades a dedicar un 15% de sus ingresos anuales para acciones de higiene local. Se fundó una Escuela de Inspectores Sanitarios y se nombró al asistente sanitario escolar, como responsable para cooperar en el cuido de la salud de los niños e interrelacionar, la escuela, el hogar y el médico.

En el año 1928, la Secretaría de Salubridad crea los Departamentos de Estadísticas Vitales, Ingeniería Sanitaria, Profilaxia Dentaria y Drogas Estupefacientes. Se nombra un odontólogo fijo en San José, y dos dentistas ambulantes para realizar extracciones en forma gratuita a las clases necesitadas de ello.

A partir de 1929 se funda la Sanidad Internacional y se reglamenta, mediante una ley, el uso de las drogas y estupefacientes, lo que al parecer vino a frenar el tráfico de éstas, calificado en ese tiempo de escandaloso.

Se inició la lucha frontal contra el paludismo, estableciéndose el hospital de Limón que debería atender casos preferentemente de paludismo y se iniciaron campañas contra la tuberculosis y la malaria; para esto se estableció dar gratuitamente la quinina a los enfermos y la obligatoriedad de los patronos de darla a sus trabajadores.

En 1918 se abrió, como ya se expuso, el Sanatorio para tuberculosos y en 1931 se le puso por nombre Sanatorio Carlos Durán, y se le dio contenido mediante un impuesto a la cerveza. Para organizar la campaña contra la tuberculosis, se refundieron en un solo mando el sanatorio, el dispensario antituberculoso, las colonias veraniegas y el preventorio, bajo las órdenes del Dr. Raúl Blanco Cervantes.[155]

Se organizó la lucha antileprosa y se dictó un reglamento de Boticas y Droguerías que persistió hasta 1985 y se dictaminó sobre la contaminación de aguas potables, cañerías, letrinas, etc.[101] Se declaró una zona del país como malárica y ahí, se daba servicio gratuito para los maestros. En 1931 se dicta el Reglamento General de Alimentos y Bebidas y se obliga a que los alimentos infantiles lleven su fecha de preparación. Se asignó una suma para adquirir leche para los niños pobres que asistían a los comedores escolares.

En octubre de 1931 se crea el "Médico Oficial" que actúa como médico

de sanidad, forense, escolar y encargado de la asistencia a los pobres. Con esto, se buscaba que el médico de pueblo ejerciera más acciones de protección sanitaria para la comunidad. En el año 1934, el Dr. Solón Núñez creó la primera Unidad Sanitaria, en la ciudad de Turrialba, acción que vino a sustituir al médico de pueblo y al médico oficial, constituyéndose entonces una unidad no sólo con base en el médico, sino tomando en cuenta otros servicios para la comunidad reunidos en una misma planta física y con apoyo de enfermería, personal auxiliar, laboratorios, etc. A partir de esto, se inició lentamente la expansión de este servicio a los diversos pueblos del país y que tanto beneficio dieron a nuestros niños.[12]

3.5.1 El Dr. Solón Núñez Frutos

Dada la importancia de la obra del Dr. Solón Núñez Frutos, primer médico dedicado formalmente a la Salud Pública que tuvo Costa Rica, creador, junto con el doctor Carlos Durán, de las bases de nuestro Sistema Sanitario. Detallamos algunos aspectos de su carrera según un homenaje brindado por el Colegio de Médicos en noviembre de 1958 y por el Presidente de dicha institución el Dr. Fernando Trejos Escalante.[340]

> Nacido en 1883 en un hogar nobilísimo pero de extrema pobreza, sus hechos más salientes son: en 1915 obtiene el título de Médico y Cirujano en la Universidad de Ginebra. Efectúa estudios de especialización en Salud Pública. Primer Salubrista Nacional. En 1922 es nombrado Primer Subsecretario de Estado en el despacho de Higiene. Desde ahí impulsó la creación de la Secretaría (luego Ministerio) de Salubridad (se adelanta así a la época porque solamente Cuba tenía uno similar). En 1927 se le designa Primer Secretario de Salubridad que tuvo el país. Fue Ministro de Salud de 1943 a 1948. Fue autor de innumerables leyes que rigen la salud del país y creó los principios técnicos de nuestro sistema de higiene. Publicó numerosos trabajos, incluyendo un "Catecismo Higiénico" dedicado a las madres e instructores de salud. Creó mediante leyes, numerosos departamentos y campañas, hasta llegar al Código Sanitario que por años fue la base legal de nuestras acciones en este campo. Finalmente pasó un reglamento industrial que estuvo vigente hasta hace pocos años.

Es interesante apreciar cómo en el proceso de implementar inicialmente los servicios de salud para Costa Rica, siguiendo una norma general y mundial, la medicina preventiva siempre se inicia posterior al desarrollo de las actividades curativas, y fueron los doctores Durán y Núñez los que fomentaron activamente esta última actividad de manera formal.

Lentamente se fue formando el fermento de lo que fue el inicio de nuestra seguridad social, al eliminar primero el nombre de Juntas de Caridad por Juntas de Asistencia Social y luego por Juntas de Protección Social. O sea, el concepto de caridad es sustituido por el de protección social con participación del Estado.

Por esa época se retiene un 1% de la venta del banano para atender la hospitalización de estos trabajadores y se considera el ofidismo como enfermedad profesional del trabajador agrícola y se obliga al pago de un año de salario por el patrono, para la familia del trabajador que resultara muerto por la mordedura de una víbora.

En 1941, se promulga la Ley Constitutiva que crea la Caja Costarricense del Seguro Social y muchos años antes, en 1924, se había promulgado la que creaba el Instituto Nacional de Seguros. *(Ver Capítulos 4 y 5).*

El servicio cooperativo de Salubridad Pública de los Estados Unidos donó, mediante un convenio, casi un millón de dólares para construir 10 unidades sanitarias, 7 plantas de agua para comunidades, un sistema de cloacas para Heredia y ayuda para mejorar el sistema de agua potable de la capital.

En 1950 se crea la Dirección General de Salud y el Ministerio pasó a estar integrado por tres divisiones generales: la de Salubridad, la de Asistencia (encargada de los hospitales) y la Administrativa. La Dirección General de Salud buscaba integrar los servicios preventivos bajo un solo mando, coordinar los esfuerzos encaminados a la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades y dar educación sanitaria a las poblaciones. Estos cambios en el Ministerio buscaban desarrollar una estrategia ajena a toda actividad política para que no fuera alterada cuando cambiaran los gobiernos.[311] El país tuvo participación activa en relaciones internacionales en cuanto a salud, incorporándonos a la Conferencia Sanitaria Panamericana, actualmente Organización Panamericana de la Salud (OPS) y a la Asamblea Mundial de la Salud, en el presente llamada Organización Mundial de la Salud. (OMS).

Por esa época, se desarrollaron campañas de vacunación con BCG y programas de erradicación para la malaria y fiebre amarilla cuyos resultados como podemos hoy observar, son altamente satisfactorios.

3.5.2 El doctor Clodomiro Picado Twight

No quisiera terminar este capítulo sin destacar la presencia de otra gran figura científica del país. En 1914 ingresó en Costa Rica el Dr. Clorito Picado (biólogo, botánico y zoólogo) procedente de Francia donde había obtenido un doctorado en biología en la Universidad de París. Al doctor Picado, por ese entonces, se le encomendó el laboratorio clínico del Hospital San Juan de Dios y se convirtió desde ahí en el pionero del desarrollo científico costarricense. Hasta la fecha de su muerte en 1944, realizó su trabajo científico experimental en dicho laboratorio y fueron innumerables sus investigaciones sobre: anticuerpos, teoría inmunológica del envejecimiento, estudio de las plantas, etc. Entre los muchos problemas por los cuales se preocupó estaba el bocio.

Habiendo estudiado yo este problema en el país, junto con el Dr. Eric Mora Morales, eminente endocrinólogo y con el cual publicamos un libro sobre el tema,[146] nos asombra el conocimiento que para esa época tenía el Dr. Picado sobre el bocio y las enfermedades autoinmunes de esta glándula, hoy llamada tiroiditis. Decía Don Clodomiro *pueblo carente de yodo es pueblo que marcha hacia la degeneración física e intelectual.* En 1943 publica un libro titulado **Investigaciones sobre Fisiopatología Tiroidea**, y resume, en él, múltiples trabajos de investigación desarrollados en el laboratorio y define el papel fundamental que la carencia de yodo tenía para la aparición del bocio.[287] En vista del papel del yodo en la etiología del bocio, las autoridades sanitarias de aquella época, dan un paso trascendental para que esta enfermedad dejara de ser endémica en el país, y establecen la yodización de la sal.[146] Finalmente sus trabajos sobre serpientes, dieron lugar a la obtención de sueros antiofídicos de gran ayuda para salvar vidas en personas mordidas por estos animales.[288] Don Clodomiro realizó sus trabajos e investigaciones en el Laboratorio de Análisis Clínicos del Hospital San Juan de Dios y en 1940 fue nombrado Director del Instituto Nacional de Higiene. En 1943 es declarado "Benemérito de la Patria" y falleció el 16 de mayo de 1944.

3.5.3 Otras acciones del Ministerio de Salud

En 1950 se creó por Ley de la República, el Consejo Técnico de Asistencia Médico Social que aún hoy persiste y el cual se responsabilizó a partir de esa fecha, del Sistema Hospitalario Nacional. Ahí se planificaba, orientaba y coordinaban sus acciones y estaba integrado por delegados de las Juntas de Protección Social existentes en el país, un delegado del Colegio de Médicos y el Director General de Salud. Se logró con ello distribuir mejor los productos de la lotería y administrar más adecuadamente el sistema hospitalario nacional. Por esa época se planeó y ejecutó la construcción de una red de hospitales en Liberia, San Ramón, Ciudad Quesada, etc. La Caja Costarricense del Seguro Social únicamente contaba con el Hospital Central en San José y el de Turrialba, varios dispensarios y compraba servicios bajo contrato a las Juntas de Protección en diversas ciudades. Aparte de los hospitales del Ministerio y la Caja, daban servicios tres hospitales de la Compañía Bananera, en Quepos, Limón y Golfito.

Privadamente en San José funcionaba la Clínica Bíblica fundada en 1929 por la Misión Latinoamericana y la Clínica Máter de gineco-obstetricia fundada por varios médicos.

Por esa época, el sistema de acueductos y alcantarillados del país dependía del departamento de Ingeniería Sanitaria del Ministerio.

En el año 1954, el Ministro de Salud pasa a presidir el Consejo Técnico de Salubridad.[311] Durante el período 1950-1970 siempre hubo problemas

por la escasez de presupuesto para atender el sistema hospitalario, existía duplicación de funciones en muchas áreas y esto encarecía el costo de los programas. Las Juntas de Protección Social, aunque supeditadas al Ministerio, en realidad tomaban muchas decisiones independientemente y sin coordinar con el Consejo Técnico de Asistencia, la pobreza en los hospitales era algo serio y a fin de cuentas, solamente el Hospital San Juan de Dios disponía de especialidades médicas. Muchas zonas del país estaban desprotegidas de servicios y el área metropolitana absorbía la mayoría de los recursos.

En 1961 se creó el Instituto Nacional de Acueductos y Alcantarillados y se le responsabilizó de todo lo relacionado con el suministro de agua potable y la disposición de los residuos líquidos. El Dr. José Manuel Quirce Morales, Ministro de Salubridad de la Administración del Presidente Echandi, tuvo un papel destacado en esto. En 1964 se inauguró el Hospital Nacional de Niños, hoy Hospital Carlos Sáenz Herrera, en honor de su gestor y eminente pediatra nacional.

En 1965 se hicieron los primeros intentos para establecer un plan de trabajo coordinado entre la Caja y el Ministerio en acciones de medicina preventiva y en 1966 se iniciaron los cursos formales de adiestramiento de auxiliares de enfermería a cargo del Ministerio de Salud. En 1970 ya era notorio que existía una excesiva centralización de servicios y una falta de coordinación entre los programas preventivos y los de asistencia hospitalaria, lo que causaba duplicidad de esfuerzos. En abril de 1971, se publicó el primer Plan Nacional de Salud, el cual especificaba que existían 18 instituciones en el llamado Sector Salud, sin adecuada organización y con recursos desproporcionados, con cobertura incompleta de la población y francas diferencias en calidad y cantidad en sus servicios; escasa importancia para los programas preventivos con énfasis en los curativos y marcada autonomía en las instituciones del sector.

En 1971 se dictó la Ley de Universalización del Seguro Social, para generalizar los servicios médicos de la Caja en 10 años plazo a todo el país y mediante varias etapas. (Ver *Capítulo 5).* En setiembre de 1973 se promulgó la ley de traspaso de establecimientos médicos asistenciales dependientes del Ministerio de Salud y de las Juntas de Protección, a la CCSS.[309] Lo anterior pretendía ampliar la capacidad de la Caja y que pudiera así extender sus servicios a todo el país bajo un solo sistema hospitalario nacional. Este traspaso se finalizó en diciembre de 1984 al pasar el Hospital de San Ramón al Seguro Social.[152]

En el año 1973 fue promulgada la actual Ley General de Salud, reconociéndose en ella el derecho de los costarricenses a la protección de su salud y la responsabilidad que el Estado tenía de hacer efectivo esto. Se le asignaba al Ministerio la definición de las políticas nacionales en ese campo, la normación, planificación y coordinación de todas las actividades públicas y privadas relativas a salud. Un mes después, la Ley Orgánica del

Ministerio fue publicada, con la cual se reorganizó el Ministerio y se puso al Ministro a presidir el Consejo Técnico de Asistencia Médica Social, y se creó el Consejo Nacional de Salud.

En mayo de 1975, el Lic. Daniel Oduber, Presidente de la República, dio a conocer en su mensaje a la Asamblea Legislativa, la decisión de incorporar en calidad de asegurados por el Estado a aquella población marginada considerada hasta entonces indigente. De hecho, la Ley de Traspasos de Hospitales autorizaba a la Caja a "coadyuvar" en la atención de los indigentes. Se abrió así inicialmente la posibilidad de una cobertura total de la atención de la enfermedad por la CCSS, aunque no fue sino hasta 1983 que se inició formalmente el proceso mediante un convenio Caja-Ministerio, puesto en práctica para el efecto, durante el Gobierno de Don Luis Alberto Monge.[152]

En enero de 1976, la Asamblea Legislativa decretó la Ley de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares, para dar recursos para programas a las personas consideradas pobres en el país. Los programas de Salud Rural y Comunitaria del Ministerio fueron extendidos para dar servicios básicos a toda la población campesina dispersa e hizo su aparición el Programa de Educación y Nutrición Infantiles, ampliado en 1983 mediante Ley de la República, con la creación de los Centros Integrales de Atención Infantil para el cuido del niño pequeño y una protección total para el mismo. (Ver capítulo correspondiente). Se creó un programa de Hogares sustitutos para los leprosos y se dejó de aislar por ello a estos enfermos.[124]

Como producto de una serie de factores internos y externos que se iniciaron en 1978 y vinieron a culminar en 1982, hizo su aparición en el país una severa crisis económica que puso en peligro todos los logros en salud alcanzados y la estabilidad financiera de la nación. Lo anterior obligó a continuar prestando los servicios, sin tratar de disminuir ni la cantidad, ni la calidad de los mismos y abarcando a los indigentes que, en la crisis, eran los más desprotegidos y afectados. Fue necesario iniciar un cambio del modelo de dar servicios de salud, por lo que se decidió buscar los mecanismos para crear un sistema de prestación de servicios preventivos y asistenciales equilibrado en su extensión y recursos y, en el cual, las instituciones participantes del sector, fueran progresivamente integrando sus acciones a un solo Plan Nacional de Salud.

Para 1983 se estableció definitivamente el Sector Salud, mediante el Decreto Ejecutivo No. 14313, el cual confería al Presidente de la República y al Ministro de Salud, potestades especiales para dirigirlo. El sector quedó integrado por: El Ministerio de Salud, la Caja Costarricense del Seguro Social, el Instituto Nacional de Seguros, el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcanta-rillados, la Universidad de Costa Rica, el Ministerio de la Presidencia y el de Planificación. Para ampliar en detalle lo anterior ver el *Capítulo 14.*

La búsqueda de un Sistema Nacional de Salud se orientó a crear una infraestructura que se dedicara más a prevenir enfermedades que a

tratarlas y requirió una reorganización de lo existente, consolidando lo siguiente:

a) Constitución del Sector Salud y puesta en funcionamiento del mismo en 1983.
b) Integración de Servicios Caja-Ministerio en 1983, basado en el modelo piramidal de servicios, que llegó a tener un 60% de integración entre ambas instituciones a 1986,[156] fue detenido para "reconsideración" por espacio de dos años por el nuevo Ministro de Salud y nuevamente puesto a funcionar durante los dos últimos años, 89 y 90 después de incorporarle algunos conceptos complementarios, como fue crear direcciones regionales conjuntas a cargo de consejos técnicos locales mixtos.[218]
c) Se amplió la participación comunitaria mediante la creación de las Juntas de Salud y Seguridad Social en el nivel cantonal para que la población colabore en la protección de su propia salud.
d) Se le dio énfasis a la Atención Primaria de la Salud como mecanismo para proteger a la población de áreas con poca cobertura de servicios.
e) Finalmente en 1988 se inició la estrategia de los Sistemas Locales de Salud conocido como SILOS y que viene a reforzar todo el proceso. (Ver *Capítulo 13).*

Durante los últimos años, se trató de consolidar el Sistema Nacional de Salud, incluso con la publicación de un Decreto sobre el mismo, así, los índices de salud se lograron mejorar en casi todas las áreas como puede apreciarse en el *Capítulo 18.*

El Programa de Salud Rural se inició formalmente en 1973[150, 349] y su cobertura se extendió a 800 localidades con 50 puestos de salud establecidos en ese año, para cubrir una población de 115.000 habitantes de la población rural total, estimada en 955.065 personas, dando para esa fecha un 11% de cobertura total. Para 1988 se logró extender a un 65% mediante la existencia de 393 puestos de salud, que atendieron 236.840 viviendas en 4966 localidades, que lograron cubrir a 982.886 habitantes de un total de 1.520.895 personas que conforman la población rural.

El Programa de Salud Comunitaria que se inició en 1976, con 18 áreas de trabajo, que en esa época cubría el 10% de la población urbana o sea 840.218 habitantes, atendiendo 15.030 viviendas, elevó para 1987 su porcentaje de cobertura al 47%, mediante 281 áreas de trabajo que cubrieron a 602.289 habitantes y 147.094 viviendas.

El Ministerio posee actualmente 93 Centros de Salud, 39 Unidades móviles médicas, 494 puestos de Salud Rural, 325 áreas de Salud Comunitaria, 578 establecimientos de nutrición y 140 establecimientos odontológicos, entre ellos 54 unidades móviles. El total de establecimientos

para dar servicios que posee el Ministerio de Salud llega a la suma de 1669.[214]

3.5.4 Cuadros, Figuras y Gráficos sobre el Ministerio de Salud

Los *Cuadros 3.1 y 3.2* dan una idea de cómo los programas de salud rural y comunitaria han crecido, cubriendo el país.

CUADRO 3.1

COBERTURA PROGRAMA DE SALUD RURAL
MINISTERIO DE SALUD
(1973-1988)

Año	Población Rural (1)	Población Cubierta	Porcentaje Cobertura	Localidades Atendidas	Viviendas Atendidas	Puestos de Salud
1973 (2)	955.065	115.000	11	800	30.000	50
1974	971.920	200.000	19	1.250	46.800	78
1975	992.557	360.000	34	2.240	84.000	140
1976	1.015.487	490.000	45	3.140	116.400	194
1977	1.039.943	650.000	58	3.750	144.000	251
1978	1.065.442	690.000	60	2.880	152.500	268
1979	1.091.517	717.500	61	4.018	160.970	287
1980	1.117.710	717.500	60	4.018	160.976	293
1981	1.144.213	640.934	52	3.050	156.758	294
1982	1.171.307	722.778	57	3.888	174.658	294
1983	1.198.667	777.099	60	4.008	185.423	301
1984	1.224.876	812.378	61	4.065	194.755	305
1985	1.252.935	834.463	62	4.163	201.176	318
1986	1.279.749	836.901	61	4.174	201.676	322
1987	1.520.895	859.140	61	4.272	206.028	344
1988 (3)	1.520.895	982.886	65	4.966	236.840	393

(1) Población rural calculada con base en la segunda. Evaluación Censal de Celade.
(2) Año de inicio del programa.
Estos datos no incluyen las áreas cubiertas por el Programa de Salud Rural de San Ramón.
(3) Este dato incluye todas las áreas del país.

FUENTE: Datos básicos y balances. Programa de Atención Primaria.
Comisión Subsistema de Información.
Oficina Sectorial de Planificación, Ministerio de Salud.

CUADRO 3.2

COBERTURA PROGRAMA DE SALUD COMUNITARIA MINISTERIO DE SALUD (1976-1987)

Año	Población Urbana [2]	Población Cubierta	Porcentaje Cobertura	Viviendas Atendidas	Nº de Areas de Trabajo
1976 [1]	843.730	84.018	10	15.030	18
1977	876.568	195.000	22	35.100	78
1978	911.044	317.500	35	98.600	205
1979	946.802	600.000	63	124.245	240
1980	983.475	538.542	55	104.854	216
1981	1.021.258	527.651	52	129.245	224
1982	1.060.428	462.012	44	111.091	219
1983	1.100.729	439.313	40	106.629	217
1984	1.143.178	486.751	43	115.439	225
1985	1.183.649	550.651	47	136.971	267
1986	1.226.198	605.963	49	147.971	289
1987	1.269.739	602.289	47	146.094	281

(1) Inicio del programa
(2) Las poblaciones fueron calculadas de acuerdo con la segunda. Evaluación Censal de Celade. El índice de urbanismos se calculó con base en la D intercensal de urbanismo.

FUENTE: Datos básicos y balances. Programa de Atención Primaria.
Comisión Subsistema de información.
Oficina Sectorial de Planificación, Ministerio de Salud.

INGRESOS DEL MINISTERIO DE SALUD

Los siguientes cuadros muestran las fuentes de ingreso que posee el Ministerio de Salud para cumplir con sus funciones.

El *Cuadro 3.3* deja ver que aparte de las Asignaciones que el Gobierno Central da al Ministerio, existen otros ingresos como son los del Consejo Técnico de Asistencia Médico-Social proporcionados por las rentas de la Lotería Nacional y que mensualmente pasa la Junta de Protección Social de San José, encargada de la misma. El Departamento, conocido por sus siglas de OCIS, recibe las ayudas internacionales y otros ingresos, algunos incluso generados por el Gobierno. Hay además dineros provenientes de Asignaciones Familiares para los Programas de Atención del Niño Pequeño y la Madre Embarazada Pobre. Otros ingresos de instituciones centralizadas y finalmente el aporte directo que el Ministerio de Hacienda hace al de Salud

para los programas CEN-CINAI (también de protección del niño pequeño y madre que trabaja), mediante ley especial.

El *Cuadro 3.4.* muestra el consolidado de gastos por partida presupuestaria, observándose que los Servicios Personales consumen el 50.2% de los ingresos.

El *Cuadro 3.5.* deja ver el gasto per cápita anual que representa el mantenimiento del presupuesto del Ministerio de Salud desde 1985, que significaba 582 colones, hasta 1989 en que se gastan en cada costarricense 1.153 colones en servicios, en relación con los gastos anuales del Ministerio de Salud.

La *Figura 3.1.* permite ver los porcentajes de gastos que cada departamento del Ministerio de Salud realiza, en proporción al presupuesto total del mismo.

El *Gráfico 3.1.* muestra exactamente lo anterior pero en otra perspectiva.

Finalmente el *Cuadro 3.6.* muestra la participación del Producto Interno Bruto (PIB) del gasto del sector y del Ministerio de Salud en Costa Rica de 1985 a 1989.

CUADRO 3.3

CONSOLIDADO DE GASTOS SEGUN FUENTE PRESUPUESTARIA MINISTERIO DE SALUD, 1985-1989
(En millones de colones)

Organismo Presupuestario	1985	1986	1987	1988	1989	Total	%
Gobierno Central	400,1	414,8	486,7	529,8	696,8*	2.528,2	18,2
C.T.A.M.S.	378,6	320,1	395,7	387,9	461	1.943,3	14,0
O.C.I.S. Varios	250,9	261,8	317,1	400,4	511,5**	1.741,7	12,6
Asignaciones Familiares	476,7	1.045,2	1.013,7	1.337,4	1.206,7	5.099,7	36,8
Instituciones Centralizadas	85,8	136,3	99,1	115,2	133,2	569,6	4,1
CEN-CINAI	255,3	449,4	394,5	391,9	484,7	1.975,8	14,3
TOTALES	1.867,4	2.627,8	2.706,8	3.162,6	3.493,9	13.858,3	100,0

* Liquidación sin ajustar.
** Incluye liquidación de O.C.I.S. grupos humanos postergados, el cual fue de ¢69,1 millones.

FUENTE: Departamento de Presupuesto, liquidaciones de presupuesto. Ministerio de Salud.

CUADRO 3.4

CONSOLIDADO DE GASTOS POR PARTIDA PRESUPUESTARIA MINISTERIO DE SALUD, 1985-1989
(En millones de colones)

Partida Presupuestaria	1985	1986	1987	1988	1989	Total	%
Servicios Personales	933,4	1143,6	1.305,7	1.553,9	2.017,8	6.954,4	50,2
Servicios no Personales	119,9	120,5	158,1	196,4	242,0	836,9	6,1
Materiales y suministros	347,4	805,0	823,8	1.019,2	828,2	3.823,6	27,6
Maquinaria y equipo	59,9	59,1	22,8	40,7	46,4	228,9	1,7
Desembolsos financieros	3,2	2,6	—	—	—	5,8	0,0
Const. Adic. y mejoras	223,1	245,4	41,0	51,2	78,0	638,7	4,6
Transferencias corrientes	119,6	114,9	206,6	167,9	185,3	794,3	5,7
Transferencias de capital	—	—	—	—	—	—	—
Servicio de la deuda pública	34,6	114,6	148,5	133,0	96,2	526,9	3,8
Asignaciones globales	26,3	21,9	0,3	0,3	—	48,8	0,3
TOTALES	1.867,4	2.627,8	2.706,8	3.162,6	3.463,9	13.858,3	100,0

FUENTE: Departamento de Presupuesto, liquidaciones de presupuesto.

CUADRO 3.5

GASTO PER CAPITA ANUAL MINISTERIO DE SALUD, 1985-1989
(En millones de colones)

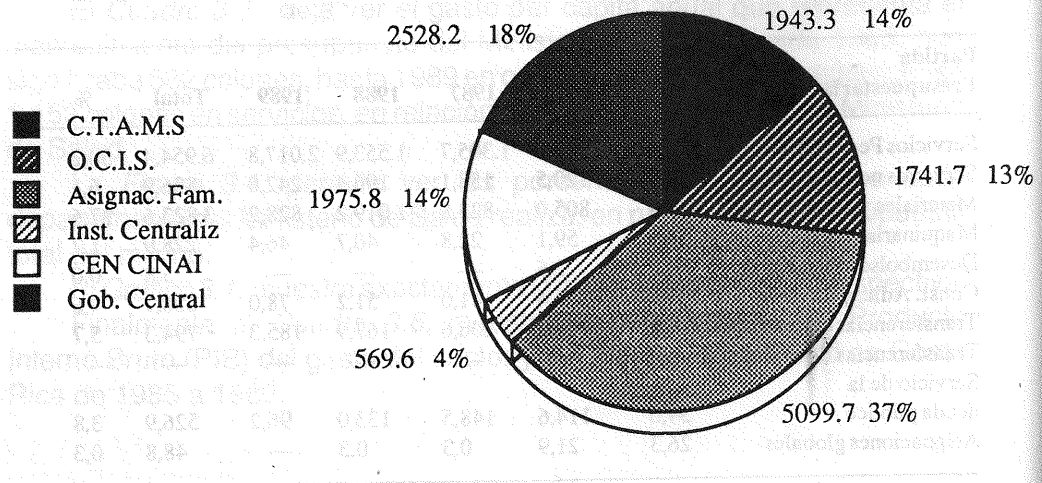
Partida Presupuestaria	1985	1986	1987	1988	1989
Servicios Personales	933,4	1.143,6	1.305,7	1.553,9	2.017,8
Servicios no Personales	119,9	120,5	158,1	196,4	242,0
Materiales y suministros	347,4	805,0	823,8	1.019,2	828,2
Transferencias Corrientes	119,6	114,9	206,6	167,9	185,3
Servicio Deuda Pública	34,6	114,6	148,5	133,0	96,2
TOTALES (millones ¢)	1.554,9	2.298,6	2.642,7	3.070,4	3.369,5
POBLACION (millones)	2,67	2,74	2,78	2,89	2,92*
GASTO PER CAPITA (¢)	582,35	838,9	950,6	1.062,4	1.153,9

* Al primer semestre de 1990.

FUENTE: Dirección General de Estadística y Censos.

FIGURA 3.1

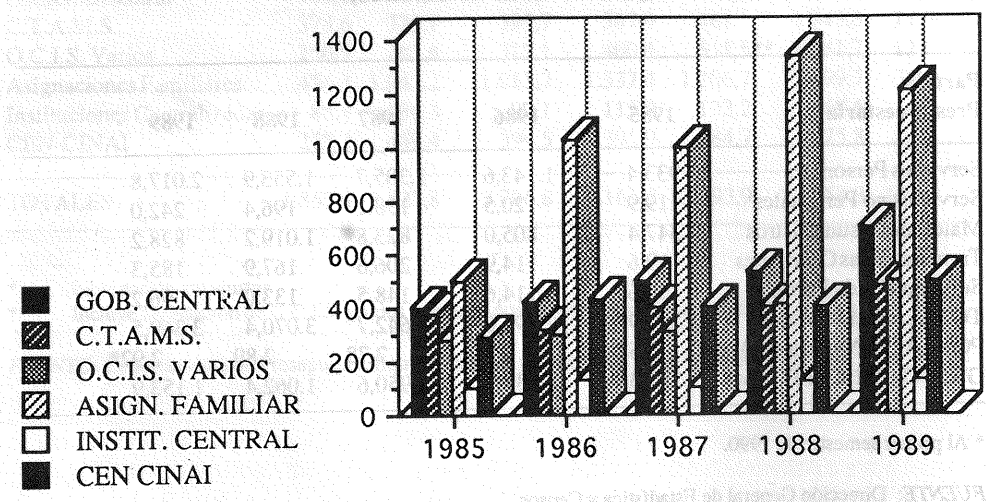
MINISTERIO DE SALUD
CONSOLIDADO DE GASTOS POR ORGANISMO
PERIODO 1985-1989 (Millones de Colones)



FUENTE: Liquidaciones de Presupuesto

GRAFICO 3.1

MINISTERIO DE SALUD
CONSOLIDADO DE GASTOS POR ORGANISMO
PERIODO 1985-1989 (Millones de Colones)



CUADRO 3.6

PARTICIPACION EN EL PIB DEL GASTO DEL SECTOR Y DEL MINISTERIO DE SALUD COSTA RICA, 1985-1989

(En millones de colones corrientes)

Año	PIB	Gasto del Sector Salud	Gasto del Ministerio de Salud	Porcentaje de Participación del sector Salud en el PIB	del Ministerio de Salud en el PIB	del Ministerio de Salud en Sector Salud
1985	197.919,8	12.364,9	1.867,4	6,2	0,9	15,1
1986	246.579,3	16.393,1	2.697,6	6,6	1,1	16,0
1987	284.852,6	19.139,9	2.606,8	6,7	0,9	14,1
1988	358.219,2*	24.292,9	3.162,6	6,8	0,9	13,0
1989	428.858,7*	24.754,2	3.493,9	5,8	0,8	14,1
TOTALES	1.515.429,6	96.945,0	13.858,3	6,4	0,9	14,3

* Cifras preliminares

FUENTE: Departamento de Presupuesto, Ministerio de Salud.
Información suministrada por C.C.S.S., I.N.S., I.C.A.A., Contraloría General de la República.
Anuario Estadístico Cuentas Nacionales.

3.6 LA CRUZ ROJA COSTARRICENSE

3.6.1 Antecedentes Históricos

Con motivo de los movimientos expansionistas en Centroamérica del General Justo Rufino Barrios, quien era Presidente de Guatemala, y debido a que el ejército costarricense carecía del servicio de Sanidad Militar, el Ministro de Beneficencia y Culto, José María Castro Madriz, hizo saber al Presidente de la República, Bernardo Soto Alfaro, de la necesidad de crear en nuestro país una Sociedad de Socorros acorde al Primer Convenio de Ginebra.

Fue así como el 4 de abril de 1885, hace más de cien años, y por Decreto Ejecutivo Nº 35, se fundó la Cruz Roja Costarricense.

En los primeros años, la Cruz Roja se organizó con base en la buena voluntad de la población, participando en pequeñas situaciones de desastres: incendio, inundaciones y otros sucesos que ocurrían en la capital o sus alrededores.

En el año de 1917 se produjeron algunos disturbios a raíz del golpe de Estado al Presidente Alfredo González Flores. El estallido súbito de la "casa de pólvora" fue un suceso que ocasionó muchos daños y víctimas. El día en que se produjo el estallido, el maestro Macabeo Vargas Castro preparaba sus lecciones para el día siguiente cuando vio la explosión desde su ventana. Reunió a un grupo de vecinos y socorrieron a las víctimas. Este fue el acontecimiento que produjo el renacimiento de la Cruz Roja Costarricense.

Durante los primeros 30 años a partir de su reorganización, la labor de la Cruz Roja consistió en auxiliar víctimas de accidentes y desastres en los conflictos que se presentaron. Paralelamente, la Cruz Roja desarrolló una gran labor social, realizando visitas y donaciones a presidiarios, huérfanos y ancianos, construyendo casas baratas para víctimas de incendios y terremotos y ayudando a todas las personas que solicitaban su colaboración.

En los conflictos internos, de 1948 y 1955, la Cruz Roja funge como servicio de Sanidad Militar, recogiendo y auxiliando gran cantidad de heridos. De igual manera en el conflicto de 1979 (Guerra civil en Nicaragua), en el que auxilia y transporta a los hospitales a los heridos.

3.6.2 Integración de la Cruz Roja Costarricense al movimiento internacional

La Cruz Roja Costarricense fue reconocida por el Comité Internacional de la Cruz Roja el 16 de marzo de 1922 y aceptada como miembro de la Liga de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, el 27 de marzo de ese mismo año.

En el año de 1985 y bajo el Decreto Ejecutivo Nº 36, se establece la primera Junta Directiva llamada "Consejo Superior de la Cruz Roja Costarricense" cuyos integrantes fueron: Don Gaspar Ortuño, Don Federico Cox, Dr. Don Maximiliano Bansen, Lic. Don Aniceto Esquivel, Don Guillermo Steinvorth, Dr. Don Martín Bonnefeil, Lic. Don Gerardo Castro, Don Adrián Collado, Don Alfonso Fraysse, Don Teodoro Mangel.

3.6.3 Actualidad de la Cruz Roja Costarricense

En la actualidad, la Cruz Roja Costarricense posee una serie de programas que le permiten brindar servicios muy importantes a la población. Tales programas son

- Ambulancia
- Banco de Sangre
- Prevención y socorros en casos de desastre

- Regionalización
- Bienestar Social
- Capacitación
- Juventud
- Recaudación de Fondos (Cruz de la Suerte)
- Difusión de la Doctrina de la Cruz Roja y del Derecho Internacional Humanitario
- Salvamento y Seguridad Acuática.

Todos estos programas son posibles gracias a la participación de voluntarios de todo el país. Actualmente la Cruz Roja Costarricense tiene aproximadamente cinco mil voluntarios y brinda sus servicios en ciento quince comunidades del país, que corresponde al número de Comités Auxiliares existentes.

Capítulo 4

INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS

Capítulo 4

INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS

INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS (INS)

4.1 HISTORIA

El 30 de octubre de 1924, el Congreso de la República de Costa Rica dictó una Ley, mediante la cual se otorgaba el monopolio de los seguros individuales y privados en favor del Estado. Se trataba de un monopolio estatal, a cuyo cargo estaba la administración de los seguros. En ese momento, sólo Uruguay, en América Latina, contaba con una empresa aseguradora estatal desde 1911. Sin embargo, esta no constituía un monopolio y tenía que competir con los seguros privados existentes en ese país.[143] Se creó además, en Costa Rica como institución responsable de dichas acciones, un Banco, al cual se le dio el nombre de Banco Nacional de Seguros y que años después vendría a ser el "Instituto Nacional de Seguros" actual.

Pero la constitución de este Banco, mediante el cual, el Estado Liberal que poseíamos asumía una acción más beligerante y participativa en el campo social no fue fácil. La lucha por ese tipo de protección social se proyectaba a muchos años atrás y requirió de sembrar ideas y de llevar proyectos a nivel ejecutivo o legislativo que no prosperaron pero que abonaron el terreno.

En 1902, fue incorporado al **Código Civil costarricense** una reforma a la doctrina del riesgo social en la que se pasaba de la culpa romana a la culpa contractual, en la cual no era el trabajador quien tenía que probar la culpa del patrono si le sobrevenía un accidente, sino que era éste el que debía mostrar que no había sido culpable ni negligente en la distribución y organización del trabajo en su empresa.[346]

En el año 1907, don Enrique Pinto Fernández, diputado al Congreso Nacional, presentó un proyecto de Ley para la protección al trabajador en los accidentes de trabajo no fue apoyado y ni siquiera discutido en el Congreso. Posiblemente esto se debió a que en ese entonces Costa Rica era un país sin industrias importantes y sin organización sindical de los trabajadores, o no llegó a ellos conocimiento adecuado de la protección que se pretendía.[218] También se ha señalado, falta de apoyo para este proyecto del entonces Presidente don Cleto González Víquez.

El 24 de mayo de 1910, los diputados Juan Rafael Arias Bonilla, Alfredo González Flores y Tranquilino Sáenz Rojas, presentaron al congreso un proyecto de ley para crear una Caja de Previsión para: pagar pensiones a los asociados que sufrieran lesiones que los imposibilitaran para el trabajo. Dar pensiones vitalicias para la vejez, ya fuera para empleados del Gobierno o particulares, y se facultaba a dicha Caja, para otorgar seguros colectivos. Esta institución dependía de la Secretaría de Hacienda y por primera vez se pretendía encargar al Estado la administración de un régimen de invalidez, vejez y muerte, accidentes de trabajo, etc. En esta oportunidad no se contó con apoyo del Presidente de turno, el Lic. Ricardo Jiménez Oreamuno.

En el año 1913, el diputado Alberto Vargas Calvo, presentó un proyecto de Ley sobre accidentes de trabajo, prevención de éstos, un seguro para esos accidentes, etc. Pretendía que el seguro fuera obligatorio y pagado por los patronos, quienes por supuesto se opusieron a esta proposición. Un año después, Luis Anderson M. presentaba un proyecto más simple, y reducido a proteger a los trabajadores de la industria sin abarcar a los trabajadores agrícolas, posiblemente para evitar la oposición de cafetaleros y la Compañía Bananera que se habían manifestado en contra del proyecto de Pinto.

La verdad es que hasta ese momento, ni los trabajadores se habían organizado para apoyar estos proyectos, ni existía aún conciencia social sobre la importancia de proteger al trabajador, quien era el agente productor de riqueza para el país, amén de que el movimiento liberal existente en el país y dirigido por Don Ricardo Jiménez, Don Cleto González Víquez, el Dr. Carlos Durán, Don Manuel de Jesús Jiménez, Don Ascensión Esquivel, Don Ricardo Fernández Guardia, Don Mauro Fernández y otros, no tenía entre sus metas apoyar estas acciones, ya que por esos tiempos los partidos políticos eran esencialmente personalistas o sea la figura del candidato era lo más importante, y su pensamiento constituía las "ideologías" del partido que lo postulaba. No incluimos en los anteriores a Don Alfredo González Flores, quién creó un vasto plan de reformas económicas y tributarias, al establecer los impuestos directos de la renta y propiedad para que cada ciudadano contribuyera apoyando al gobierno en la medida de sus posibilidades. Sin embargo, en el campo social, como presidente no tomó o impulsó acciones similares a las económicas, aunque ya vimos que había

patrocinado la "Caja de Previsión" cuando era diputado, proyecto que no prosperó.

La labor de fomentar el cambio y la conciencia sobre los problemas sociales en el campesino y el proletario costarricense recayó especialmente en Don Jorge Volio Jiménez, conocido como el General Volio y su partido político "Reformista", el cual llegó a diputado en el año 1922 y, desde ese entonces, en la Asamblea había manifestado que no había que seguir al hombre sino a las ideas, una bandera, etc.[299]

El 23 de enero de 1923 se funda el Partido Reformista y la Confederación General de Trabajadores, recientemente creada, proclama ahí mismo la candidatura del General Volio para el período presidencial 1924-1928.

El "Manifiesto" del General Volio, citado por su hija[352], señala la ineficiencia de los grupos personalistas que hasta hoy se han disputado el progreso político de la Nación; manifiesta además:

> Que hay una ola de corrupción que viene desde arriba hacia abajo invadiendo los poderes públicos, las instituciones y los hombres y dice que existe falta de un alimento doctrinario que acreciente y perfeccione la democracia. El Partido Reformista quiere reemplazar los ídolos por los ideales y desea realizar una política de sacrificio, pero el sacrificio de las canonjías, de los privilegios, el sacrificio de los hartazgos y de las prebendas que han solucionado la vida de la nación. Queremos que el Estado sea la expresión de una comunidad modesta y no el Estado principesco que se levanta sobre la miseria de su pueblo.
> El Partido reformista no combatirá los errores de los hombres sino la estructura social que los modela; como su acción es constructiva, deja atrás el pasado para mirar por el porvenir.

Creo que todo lo anteriormente expresado por el General Volio, tiene validez en el presente y aún estamos esperando que algún estadista las haga realidad. Vemos cómo este partido fue posiblemente el primero fundado y basado no sólo en el carisma de su líder, sino que era ya un partido ideológico de tipo social demócrata.

Dentro del programa del Partido Reformista, el artículo III proponía la emisión de una "Ley de Accidentes de Trabajo" que viniera a proteger y a beneficiar a los trabajadores, no sólo a los obreros que trabajan con máquinas, sino que también a los campesinos. [176, 351.]

A las elecciones de 1924 concurren tres candidatos: El Lic. Ricardo Jiménez que ocupa el primer lugar, Don Alberto Echandi el segundo lugar, y el General Volio el tercer lugar. Pero como ninguno obtuvo la mayoría necesaria para resultar electo, el Congreso debería decidir entre los dos primeros.

El General Volio se comprometió a apoyar a Don Ricardo Jiménez, si este apoyaba su programa de gobierno[312], lo cual aceptó Don Ricardo y fue así como gracias a la intervención del Partido Reformista y de Jorge Volio

se hizo una realidad la Ley, en la cual los seguros serían monopolizados por el Estado. Sin embargo, el compromiso no fue cumplido en toda su extensión, ya que, lo que se aprobó fue una versión limitada del proyecto de Volio, y los trabajadores agrícolas fueron excluidos de la protección. Bien dice Guido Miranda:[216]

> En lugar de una legislación nacional colectiva para cubrir los riesgos laborales, con subsidio económico por invalidez temporal o permanente, o por vejez o muerte, surgió una institución de protección individual con beneficios en relación a la póliza que se adquiriera. No se inició en ese entonces una política estatal para la cobertura general de los riesgos laborales y en su defecto apareció un Banco.

4.2 LA LEY Y SUS MODIFICACIONES POSTERIORES

El 31 de enero de 1925, se publicó la Ley Nº 53, "Reparación sobre Accidentes de Trabajo", la cual se relacionó posteriormente, con el Código de Trabajo y fue actualizada con la Ley de Riesgo del Trabajo. El término "Riesgos del Trabajo", fue cambiado años después por el de "Riesgos Profesionales", por considerarse, que los primeros eran un aspecto de los riesgos profesionales, nombre genérico que comprende también las enfermedades ocupacionales. Cuarenta años después se cambió nuevamente el término a "Riesgos del Trabajo", ya que se adujo que la concepción de "Riesgos Profesionales" era menos amplia y comprensiva y por ello restrictiva, que la denominación de "Riesgos del Trabajo".

El 24 de marzo de 1982, la Asamblea Legislativa aprobó la Ley Nº 6727 sobre la "Protección de los Trabajadores durante el ejercicio del trabajo" y en su artículo 210, se declara obligatorio, universal y forzoso el Seguro contra Riesgos del Trabajo, es decir, que todo trabajador tiene derecho por Ley a estar cubierto por ese seguro.

La Ley establece una serie de beneficios para los trabajadores y los derecho-habientes de los fallecidos, e incluso el Instituto ha efectuado una serie de reformas para ampliar los beneficios de la ley. Dentro de estos destacan: asistencia médico-quirúrgica, farmacéutica y de rehabilitación; prótesis y aparatos médicos para corregir defectos dejados por accidentes o enfermedades, prestaciones en dinero como: indemnización por incapacidad temporal permanente o por muerte, gastos de traslado, alimentación y hospedaje, readaptación, reubicación y rehabilitación que se dan por medio de los recursos del INS, la CCSS o instituciones extranjeras si así lo determina el INS. Este tiene además establecido para dar servicios en el nivel de prestaciones médicas tres secciones o fases:

a) Prevención primaria o medicina preventiva.
b) Prevención secundaria o acción curativa o de recuperación de la salud.
c) Prevención terciaria o acciones de rehabilitación.

La Ley de Riesgos del Trabajo hace importantes modificaciones de principios, al sustituir el criterio de responsabilidad patronal, por el de responsabilidad social compartida o solidaria. Al universalizarse el sistema y participar todos los trabajadores del país en él, se parte de un derecho indiscutible de la "nueva visión de la seguridad social" en este campo de cubrir, sin discriminación, a toda persona con actividad laboral. El proceso de la universalización fue realizándose en forma gradual hasta ser actualmente una realidad.

4.3 SALUD OCUPACIONAL

El INS es el responsable en el país de la llamada "Salud Ocupacional" que es el conjunto de acciones y disciplinas de técnicas y medidas, tendiente a alcanzar el mayor bienestar de los trabajadores. La base de estas acciones la constituyen las medidas preventivas y de protección para el trabajador, buscando que éste se encuentre perfectamente bien adaptado y ubicado en su trabajo. La OMS define los objetivos de la Salud Ocupacional como: Promover y mantener el más alto grado de bienestar físico, mental y social de los trabajadores en todas las ocupaciones, prevenir todo daño causado a la salud de ellos por las condiciones de su trabajo, protegerlos en su empleo contra los riesgos resultantes por la presencia de agentes perjudiciales a su salud, colocar y mantener al trabajador en un empleo conveniente a sus actitudes fisiológicas y psicológicas; en suma, *adaptar el trabajo al hombre y cada hombre a su tarea.*

Desde el punto de vista del patrono o empresa, la aplicación adecuada de estas medidas es fundamental, ya que los accidentes limitan sustancialmente la eficiencia y la productividad, además provocan costos económicos y sociales imprevisibles.

A la Salud Ocupacional le preocupa no sólo el bienestar del trabajador, sino prioritariamente, la prevención de los riesgos del trabajo y su adaptación a este.

Las acciones preventivas en salud ocupacional son responsabilidad patronal según lo estableció la Ley de Riesgos del Trabajo y el Código de Trabajo. Las acciones en este campo deben ser tomadas por las empresas con base en las recomendaciones emitidas por el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y el INS.

Para llenar adecuadamente los cometidos de la prevención de estos riesgos debe trabajarse en equipo multidisciplinario para proporcionar: higiene y seguridad del trabajo, medicina del trabajo, ergonomía, psicología, sociología, etc.

Para el buen desarrollo de estas actividades se llevó a cabo lo siguiente: En 1945, se creó el Consejo de Seguridad e Higiene del Trabajo. En 1948, se promulgó el Código Sanitario. En 1955, se creó el Departamento

de Medicina, Seguridad e Higiene Ocupacional del Ministerio de Trabajo, para velar por el fiel cumplimiento de las normas de seguridad e higiene del trabajo; en ese mismo año, se le cambió el nombre al Banco por el de Instituto Nacional de Seguros y se creó el Departamento de Prevención de Riesgos. En 1967, se promulgó un Reglamento General de Seguridad e Higiene del Trabajo que tiene normas para regular la protección de los trabajadores. En 1978, se promulgó la Ley General de Salud para planificar y normar todas las actividades en este campo. En ese mismo año, se creó en el Ministerio de Salud, el Departamento de Contaminación Industrial. En 1980 se organizó la Comisión Sindical Laboral (COSSAL) para impulsar la capacitación y el desarrollo de la organización sindical en este campo y ejercer un mejor control en cada empresa mediante comités afiliados a este sindicato.

En 1982, se promulgó como ya vimos la Ley Nº 6727 que vino a modificar el título cuarto del Código de Trabajo.

El que Costa Rica estableciera una política socializante y estatizante de los seguros, creando una institución que era monopolio, fue considerado para la época como un hecho extraordinario, incluso debido a que el gobierno lo ejercía Don Ricardo Jiménez el máximo exponente del liberalismo. En 1925 el Banco de Seguros asumió la responsabilidad del Cuerpo de Bomberos para proteger a la población. Debemos acordarnos que antes de 1924, los seguros estaban en manos de compañías extranjeras cuyo principal ingreso era el "seguro de incendios" (no aceptaban seguros contra riesgos del trabajo). Por esos años, se había desatado una gran cantidad de incendios en el comercio, al parecer causados algunos por los mismos comerciantes para cobrar sus seguros e incluso se insinuó que había relación entre los incendiarios y las mismas compañías. Por ello, la Ley que se pasó no encontró mucha dificultad, ya que además, evitaba la fuga de divisas que se llevaban las compañías extranjeras.

El seguro vendido por estas compañías era el más rentable ya que nunca se interesaron por las líneas de interés social pues eran más riesgosas. También primó en los legisladores a la hora de aprobar la fundación del Banco, el lograr que los fondos que mantenían las empresas de seguros en calidad de reservas, se pudieran invertir en obras o acciones beneficiosas para el país y no en el extranjero y para ello le dotó de autonomía técnica, en lo que a inversiones de la reserva se refiere. La ley que creó el monopolio fue específica en limitar la posibilidad del INS de invertir en valores del Gobierno Central. Aunque con la creación de las Presidencias Ejecutivas nombradas por el Gobierno, estos aspectos son pasados algunas veces por alto en las Instituciones Autónomas.

Las primeras líneas asumidas por el INS fueron las pólizas individuales de Vida, las de Incendio y luego las de Accidentes de Trabajo.

Posteriormente lo de Accidentes de Tránsito para vehículos en 1943

y en 1969, el Seguro de Cosechas Agrícolas, cuya operación es subsidiada por el Estado, el cual fue monopolizado en 1970 y, en 1974, se creó el Seguro Obligatorio de Vehículos Automotores. Existen otros riesgos como Seguro contra Enfermedad para atención médica hospitalaria privada, marítimos, etc.

El INS es dirigido por una Junta Directiva, compuesta por siete miembros, con un Presidente Ejecutivo como máxima autoridad en materia de política institucional. Los directivos son nombrados por el Consejo de Gobierno. Cada cuatro años, se eligen sólo tres miembros, lo que aparentemente sirve para mantener alejado al INS de influencias político-electorales. Los asuntos administrativos son dirigidos por un Gerente y un Subgerente, nombrados por la Junta Directiva por un período de 6 años. El INS coordina a través de su Presidencia Ejecutiva, su política con el Gobierno y el resto del sector público. Pertenece al llamado Sector Salud, de acuerdo con la división sectorial existente en la administración pública, en la parte que corresponde a Riesgos del Trabajo y Salud Ocupacional.

En el período 86-90, el INS fortaleció múltiples programas dirigidos a la población costarricense. Impulsó créditos para la construcción, compra y ampliación y remodelación de inmuebles en todo el país por la suma de cinco mil millones de colones, otorgando 5.776 soluciones reales.

En materia de Seguridad Vial, organizó programas especialmente dirigidos a los escolares, que suelen ser las víctimas principales en las carreteras; capacitó para ello a 4690 escolares en 102 centros educativos en el programa de "Patrullas Escolares de Seguridad Cruz Verde", programa educativo-preventivo que deberá ser generalizado a todo el país.

Para el Cuerpo de Bomberos, asignó mil millones de colones para la compra de equipo de transporte y comunicación y otros rubros, con el fin de poder atender las 27 mil alarmas recibidas en estos últimos cuatro años.

En vista de que en el país, se presenta un promedio de 300 accidentes laborales diarios, el INS realizó un vasto programa de visitas y conferencias en los centros de trabajo para mostrar las medidas por tomar para evitar o reducir accidentes, labor que debe ser intensificada.

Las campañas llevadas a cabo por el INS por los medios de comunicación colectiva son muy importantes pues buscan concientizar a patronos y trabajadores sobre esta seria situación; creo que las autoridades de esta institución deberían pagar una encuesta con alguna empresa seria para ver cuál medio de comunicación parece ser el más eficaz para la propaganda, o si son las charlas directas en las empresas las que crean mayor conocimiento de los riesgos profesionales. El estudio podría mostrar hacia dónde el INS debe incrementar sus esfuerzos y qué tipo de propaganda es la más eficaz para educar a los trabajadores en estos problemas.

Se creó recientemente un programa de colaboración del INS con la

Cámara de Industrias, que es posible señale mecanismos para prevenir accidentes una vez que esté plenamente desarrollado.

4.4 PROBLEMAS EN EL INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS

Llama extraordinariamente la atención, el alto número de quejas que se dan en relación con los servicios médicos que proporciona la Caja, debido a fallas que han sido puestas en evidencia por los asegurados y por los propios profesionales de la Institución, comparativamente a las pocas que se escuchan en cuanto a los servicios que da el Instituto Nacional de Seguros. Desde luego que el número de consultas y operaciones es relativamente muy bajo en relación con las efectuadas por la Caja, pero, indudablemente, existe un consenso en los dos grupos en el sentido de que los servicios son más oportunos en el INS.

Los médicos laboran ahí bajo dos premisas. Un grupo está a tiempo completo con el INS, con un salario superior al que reciben los médicos de la Caja. Otro grupo recibe paga según la operación que realizan y el tiempo de duración de la misma. Aunque es baja en relación con la medicina privada, es muy superior a lo que el Seguro Social paga a sus cirujanos, ya que todos están bajo salario y no por operación.

En cuanto a los usuarios, existe prontitud con relación al servicio para operaciones y además hay un grado de privacidad muy importante, pues estos pacientes son operados en las clínicas privadas y, cuando no, lo son de emergencias en los hospitales de la Caja.

En cuanto a las sumas que el INS paga como compensación por accidentes de trabajo, es imposible opinar en relación con su monto y si es la adecuada, ya que por ser un monopolio del Estado es imposible realizar comparaciones dentro del país; y con el exterior se dificulta mucho porque imperan otros indicadores económicos y sociales.

Yo diría que, al igual que la CCSS, el punto más débil del INS está en las prebendas económicas que la Institución confiere a sus trabajadores, lo cual consume una parte muy elevada de sus presupuestos. Es sabido que los trabajadores del INS están entre los mejor pagados del país a través de movimientos de presión, convenciones colectivas y huelgas; sus trabajadores, al igual que los de los Bancos y los de la Caja, han llegado a tener salarios verdaderamente privilegiados si se les compara con el resto de las instituciones públicas. En el caso del INS, ha salido a la luz pública el triunfo de un pequeño pero poderoso grupo de trabajadores "los agentes de seguros", cuyos salarios ya de por sí elevados (entre 25 mil a 600 mil mensuales) sobrepasaban excesivamente el promedio de los empleados de la Institución (50 mil colones mensuales). No obstante lo anterior, estos trabajadores consideraron, increíblemente, que sus salarios y aumentos no

compensaban los efectos de la inflación de los últimos años, y plantearon por ello un "LAUDO ARBITRAL" ante los Tribunales de Trabajo del país, y lograron al igual que los trabajadores de la Caja, que un Tribunal de Arbitraje fallara en su beneficio un incremento en las comisiones que reciben, lo que costará al INS unos 1400 millones de colones adicionales y cuyo pago obligará a la Institución a elevar el monto de las primas de los seguros.[230] Ese reajuste en las tarifas de todo tipo de seguros para compensar los elevados costos de esas nuevas prebendas las pagarán no la propia Institución, sino los costarricenses que por Ley o por necesidad deben tomar diversos seguros.

Lo anterior convertirá a estos agentes en los trabajadores del sector público mejor pagados del país, e incluso, posiblemente pocos de la empresa privada disfrutan de salarios tan elevados. Esto constituye una fuente de crítica para dicha Institución y para la "blandura" que demuestran los Tribunales de Trabajo, al favorecer de manera tan escandalosa a grupos de trabajadores minoritarios, creando, ya no sólo un desequilibrio económico a la Institución, sino un pésimo ejemplo de cómo se reparten los beneficios en ciertas instituciones.[80]

La mentalidad de estos privilegiados trabajadores pone en evidencia las fallas del Estado al poseer un monopolio de seguros. La Asociación de Agentes de Seguros indicó que la venta de seguros generó al INS el año pasado cerca de 2 mil millones de colones de utilidades y por ello justifican el que se les dé más del 50% de las mismas. Todo pareciera indicar que si la Institución obtiene utilidades, estas en lugar de emplearse en alguna acción económico-social que beneficie al país, debe destinarse al reconocimiento del privilegio de ser agente de la Institución por ser ellos quienes producen las ventas de esos seguros.

En el caso de los trabajadores de la CCSS, se dio entre otros beneficios el del pago semanal del salario, lo cual incrementó, sin parecerlo, los ingresos de todos los trabajadores en un mes completo al año, o sea otro aguinaldo.

Los dos ejemplos anteriores patentizan situaciones críticas, que repercutirán en el nivel nacional, ya que ahora no hay de parte de los Tribunales de Justicia de Trabajo, capacidad para negar beneficios similares al resto de los trabajadores del país. El Gobierno y las fuerzas vivas del país deben analizar cuidadosamente si el fin de las instituciones públicas es proporcionar trabajo y salarios únicamente y si sus beneficios económicos se dedican al incrementor de éstos, o si los servicios que brindan son fundamentales y es ahí hacia donde se deben dirigir, ya sea para hacerlos más oportunos o, incluso como en el caso del INS, disminuir el costo de las pólizas. El monopolio de los seguros está en crisis; viene a constituirse en el beneficio de unos pocos trabajadores, cargando al país y a las fuentes de producción con tarifas exageradamente altas. Lo extraordinario es que

entre las ventajas obtenidas está el que los hijos de estos funcionarios tienen derecho a heredar el cargo de agente al retirarse o morir su padre. Esto es un ejemplo muy dañino para nuestra sociedad, que señala una tolerancia ya sea de las autoridades de la Institución, si eso era una disposición tomada antes del laudo en los Tribunales de Justicia, o un precedente funesto si fueron estos Tribunales los que lo aceptaron.

El problema de los Laudos Arbitrales repercutirá seriamente en la situación financiera de todas las instituciones del sector público; como las huelgas son prohibidas en este sector y los laudos no, ya que son instrumentos jurídicos que funcionan como una opción o alternativa legal, pues por ahí se ve, se vendrán todos los movimientos de reivindicación salarial del sector público.

Debe pues el Gobierno decidir si se justifica mantener un monopolio de seguros como el existente en el INS, sobre todo analizando qué porcentaje de los ingresos de esa Institución se están destinando al pago de salarios, cargas sociales, vacaciones, cesantía, préstamos a los propios trabajadores y pensiones. Desde luego que importan la eficiencia de la Institución en cuanto a los servicios que brinda y su rentabilidad, así como los beneficios sociales que proporciona para así justificar su existencia.

El Lic. Gerardo Arauz Montero, Gerente del INS, señala en una publicación,[13] que la actividad aseguradora en Costa Rica tiene importantes ventajas en relación con otros países latinoamericanos debido a que: El nivel de primas es más bajo en la mayoría de los seguros y las primas cedidas al reaseguro son sustancialmente más bajas en Costa Rica que en otros países. Además manifiesta y no sin razón, que las compañías privadas no pueden ofrecer por su carácter catastrófico o deficitario algunas líneas de seguros que sí ofrece el INS y paralelamente, el Instituto desarrolla otras actividades como la administración del Cuerpo de Bomberos, que son de beneficio social.[144]

Lo anterior podría justificar el monopolio de seguros para bien de todos los costarricenses, pero no justifica el abuso y el exceso de prebendas para los trabajadores de la Institución, ya que eso crea privilegios en una sola Institución que vendrán a servir de mal ejemplo para el resto de las instituciones del país que no tienen incluso la capacidad económica para hacer frente a estas situaciones.

El periódico **La Nación**, del 19 de julio de 1990, señala que al Presidente Ejecutivo saliente del INS se le pagaron 22 millones de colones como pago de prestaciones aduciéndose que la suma devengada se debe a que el funcionario estaba protegido por la convención colectiva y tenía muchos años de servir a la Institución. Lo mismo sucedió con el Gerente a quien se le dieron 9 millones de colones en prestaciones.

Eso nos hace ver que, como primera medida, no se deberían nombrar trabajadores de la Institución para estos cargos, ya que entonces, por

antigüedad y el gran salario que representa una Presidencia Ejecutiva o una Gerencia, continuarán teniendo derecho a disfrutar de estas prebendas millonarias, esto tiene el problema de no poder entonces contar en esos puestos con gente experimentada de la propia Institución en esas áreas.

Se requerirá de una Ley que impida esos beneficios excesivos y para ello parece necesario reformar el artículo 183 del Código de Trabajo, pero sin afectar a los trabajadores de bajos ingresos o limitando el cobro de prestaciones al tiempo que se ocupa esa alta posición en esta y otras instituciones autónomas. El Lic. Luis Javier Guier Alfaro, actual Presidente Ejecutivo de la institución, ha señalado la posibilidad de independizar a los Agentes de Seguros, para que actúen de manera libre, como verdaderos agentes a cambio de sólo una comisión, para evitar en cierto modo el exceso de salarios.

Es importante recordar que en Costa Rica, la afiliación al Seguro contra "Riesgos Profesionales" pasó a ser obligatoria para todos los trabajadores en octubre de 1985.[18] Ampliándose así los servicios de la Institución y obteniendo esta institución otra fuente de ingresos.

4.5 COMENTARIO FINAL (ESTADO ACTUAL)

1º) El presupuesto del Instituto Nacional de Seguros en 1989 fue de ¢13.630.853.089,20.

2º) El gasto total por concepto de enfermedades laborales y lesionados en accidentes de tránsito y de trabajo fue de ¢2.154.932.859.90.

3º) El Instituto al 31 de diciembre de 1989, tenía un total de plazas fijas de 2.246 y 318 Agentes de Seguros.

4º) El número de trabajadores que corresponden al área de servicios médicos y de salud es de 543.

5º) Se dedica un 12,05% del presupuesto al pago de salarios y un 0,5% al pago de trabajadores del área de salud y servicios médicos.

La utilidad total del monopolio de seguros fue de ¢893 millones, superando la del año 1987 en un 57,3%. Los activos totales del INS pasaron de ¢9.224 millones en 1987 a ¢12.186 millones en 1988, para un aumento del 32,12%. Las reservas técnicas, que respaldan el compromiso del Instituto para con sus asegurados, pasaron de ¢6.812 millones en 1987 a ¢8.768 millones en el 88 con un incremento del 28,7%.

INFORME SOBRE EL EJERCICIO ECONOMICO Nº 64 CORRESPONDIENTE AL AÑO 1988

Cuadro Nº 4.1

LIQUIDACION DE UTILIDADES 1986-1988
(En miles de colones corrientes)

Excedente o déficit	1988	1987	1986
Seguros Personales	89.905	43.100	26.051
Vida Individual	43.838	9.053	1.431
Vida Colectivos	57.438	39.552	27.398
Otros Seguros Personales	- 11.371	- 5.505	- 2.778
Seguros Patrimoniales	165.594	120.971	102.462
Incendio	170.518	125.473	109.365
Calderas	- 3.487	- 4.908	- 732
Otros Seguros Patrimoniales	- 1.437	406	- 6.181
Seguros Diversos	30.650	8.257	15.052
Responsabilidad Civil	2.624	9.955	7.644
Seguros Técnicos	23.220	17.528	16.441
Equipo Contratistas	5.249	4.173	3.074
Fidelidad	- 7.590	- 20.930	- 8.008
Otros Seguros Diversos	7.147	- 2.469	- 4.106
Seguros Marítimos	90.742	56.471	27.245
Automóviles Voluntario	- 58.106	- 11.843	- 138.493
Obligatorio Automóviles	17.130	- 783	0
Ganado	- 10.485	- 6.739	- 3.478
Resultado Aseguramiento	325.430	209.434	28.829
Déficit Seguro Integral Cosechas	- 15.232	- 56.933	- 76.824
Cargo Reserva Seguro Integral de Cosechas	- 15.232	56.933	76.824
Excedente Riesgos Trabajo	41.117	21.996	- 9.582
Traspaso Reserva Reparto Riesgos del Trabajo	- 41.117	- 21.996	-
Resultado Neto Aseguramiento	325.430	209.434	28.829
Más:			
Utilidad de Inversiones	506.957	386.264	302.693
Otros Ingresos y Egresos	34.702	6.963	4.387
Menos:			
Tributo al Gobierno Central Ley 6999	-	-	300.000
Unidad Neta Monopolio Seguros	867.089	602.661	35.909
Menos: Impuesto sobre Renta	238.969	190.114	0
Utilidad después de Impuesto	628.120	412.547	35.909
Menos: Pérdida Monopolio Reaseguros	448.165	256.990	196.693
Amortización Pérdida Dif. Reaseguros	121.789	104.390	35.909
Sub-total	58.166	51.167	
Menos 10% Aporte Reserva Contingencias Cosechas Ley 4461	5.817	5.117	-
Producto Líquido Monopolio Seguros	52.349	46.050	-
Distribución Producto Líquido			
Reserva Conting. Cosechas (75%)	39.262	34.538	-
Instituto Nacional de Seguros (25%)	13.087	11.512	-

FUENTE: Estados Financieros - Dirección Financiero Contable INS.

Cuadro Nº 4.2

PRINCIPALES CUENTAS DEL BALANCE GENERAL 86-88
(En miles de colones corrientes)

	1988	1987	1986
ACTIVOS			
Caja y Bancos	112.725	83.390	38.402
Inversiones Corto Plazo	1.647.155	1.003.305	717.333
Clientes Primas por Recibir	1.844.687	1.593.272	1.220.232
Colocaciones	5.633.137	4.257.942	3.367.491
Otras Inversiones Largo Plazo	101.506	82.840	157.872
Mobiliario y Equipo (neto)	175.173	160.006	130.370
Edificios (neto)	498.529	502.782	497.097
Terrenos	42.705	42.705	42.705
Otros Activos	2.130.929	1.497.503	677.181
Total del Activo	12.186.546	9.223.745	6.848.683
PASIVO Y PATRIMONIO			
Reservas Técnicas:			
Matemática	3.531.331	2.765.931	2.250.573
Primas No Devengadas	2.326.403	1.874.419	1.539.330
Siniestros Pendientes y Pol. Vencidas	1.573.609	1.257.819	1.106.018
Contingencias	375.975	250.524	149.293
Contingencias Cosechas	70.359	40.121	5.000
Para Dividendos a Asegurados	40.486	30.153	26.872
Terremotos	318.005	247.784	155.683
Siniest. Pendientes Reaseguro	532.054	346.088	301.454
Otros Pasivos	3.075.543	2.081.212	996.279
Capital Monopolio Seguros	143.130	130.043	118.530
Superávit. Revaluación Activos	199.651	199.651	199.651
	12.186.546	9.223.745	6.848.683

FUENTE: Estados Financieros - Dirección Financiero Contable I.N.S.

Cuadro Nº 4.3

PRINCIPALES INDICADORES DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA 1984-1988

(En miles de colones corrientes)

Concepto	1984	1985	1986	1987	1988	% Variación respecto a 1987
Utilidad	179	69.507	35.909	567.724	892.973	57,29%
Producto de Inversiones	393.547	529.199	585.723	734.770	956.986	30,24%
Primas Netas Suscritas	3.289.114	3.760.342	4.570.576	5.875.778	7.372.041	25,46%
Reclamos Directos	1.308.704	1.693.423	2.252.757	2.617.177	2.989.249	14,22%
Activos	4.838.384	5.770.684	6.848.683	9.223.745	12.186.546	32,12%
Reservas Técnicas	3.797.697	4.804.045	5.534.224	6.812.839	8.768.222	28,70%
Capital	118.530	118.530	118.530	130.043	143.130	10,06%

FUENTE: Estados Financieros - Dirección Financiero Contable INS.

Este cuadro resume las principales cifras macro-económicas del Instituto Nacional de Seguros para el período de años 1984-1988.

Puede apreciarse la mejoría notoria en todos estos indicadores.

La utilidad neta del Instituto fue superior al año anterior en 57,29%.

Las Primas Netas Suscritas muestran un incremento del 25,46% en tanto que los Reclamos Directos crecieron solamente un 14,22%, reflejo de la buena experiencia siniestral del Instituto en el nivel global.

Destacamos asimismo el crecimiento de los productos por inversiones (30,24%); el de los activos totales (32,12%) y de las Reservas Técnicas en 28,70%.

Cuadro Nº 4.4

CREDITOS HIPOTECARIOS OTORGADOS 1984-88

(En miles de colones corrientes)

Año	Nº Créditos	Monto
1984	1.366	472.935
1985	1.883	923.743
1986	1.481	920.063
1987	1.364	956.905
1988	1.393	1.265.816
Totales	7.487	4.539.462

FUENTE: Reportes Mensuales - Departamento de Crédito INS.

Históricamente el Instituto Nacional de Seguros ha tenido una especial vocación por incentivar el financiamiento a los asegurados para que estos adquieran vivienda propia.

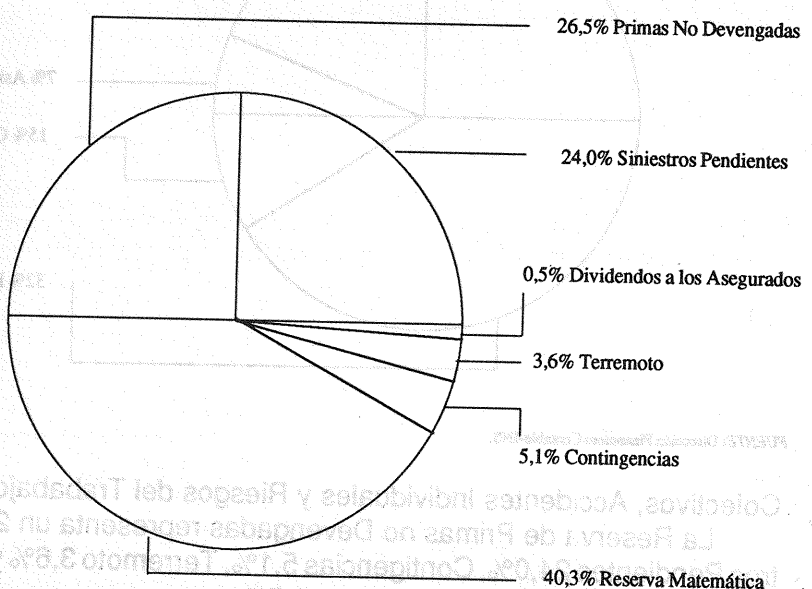
Esta actitud se ha constituido en un pilar de la política de proyección del Instituto hacia sus asegurados en el ramo de Vida y es en este campo en el que contribuye en forma significativa al desarrollo del país por medio del incentivo a la industria de la construcción.

Este esfuerzo en el sector vivienda es coincidente con el programa de Gobierno de la anterior Administración.

Así puede apreciarse en el *Cuadro Nº 4.4* cómo la colocación hipotecaria ha crecido sustancialmente. En 1988 el INS otorgó 1.393 créditos por un monto total de ¢1.265.8 millones, es decir, más de ¢300 millones adicionales con respecto al año anterior, lo cual representó un 32,3% de variación respecto al monto total de créditos concedidos.

GRAFICO Nº 4.1

COMPOSICION DE LAS RESERVAS TECNICAS



FUENTE: Dirección Financiero contable-INS

Solamente para la serie de años que se presenta en el *Cuadro Nº 4* el Instituto otorgó 7.487 créditos por un monto de ¢4.539 millones, lo cual explica por sí mismo el aporte en este campo y la conciencia institucional del positivo impacto socio-económico de los préstamos para vivienda.

Como ocurre en todas las compañías de seguros, las reservas técnicas

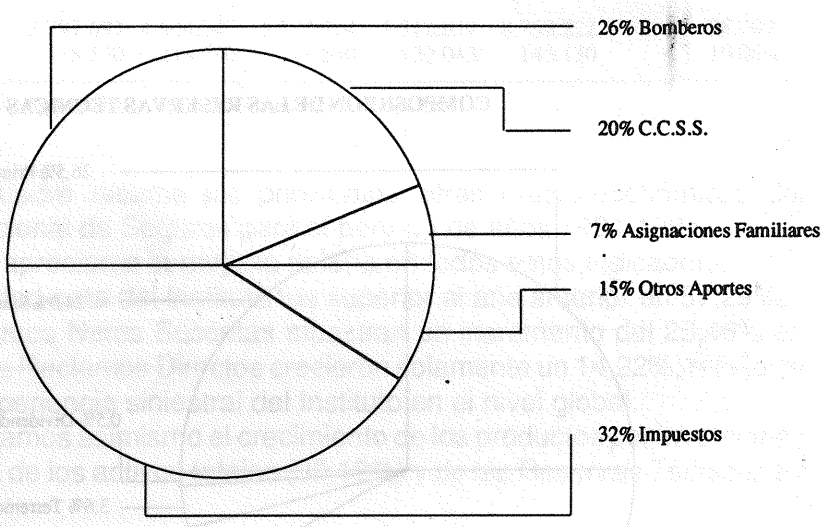
del Instituto son la principal garantía de cumplimiento de las obligaciones del ente asegurador para con sus clientes y público en general. Por esta razón cada año se ajustan e invierten en las mejores condiciones de rentabilidad y liquidez, acorde con la naturaleza de las obligaciones que protegen.

A diciembre 1988 el monto total de las reservas técnicas fue de ¢8.768,2 millones, con un aumento de ¢1.955,38 millones en términos absolutos y de 28,70% en términos relativos, respecto al año anterior a la misma fecha.

Como se observa en este gráfico, el 40, 3% del total de reservas está compuesta por la Reserva Matemática (Seguro de Vida Individual, Vida

GRAFICO Nº 4.2

APORTES AL GOBIERNO CENTRAL Y SUS INSTITUCIONES



FUENTE: Dirección Financiero Contable-INS.

Colectivos, Accidentes Individuales y Riesgos del Trababajo).

La Reserva de Primas no Devengadas representa un 26,5%, Siniestros Pendientes 24,0%, Contigencias 5,1%, Terremoto 3,6% y finalmente la de Dividendos a los asegurados un 0,5%.

Durante el año 1988 esta Institución aprobó al Gobierno Central de la República, la importante suma de ¢984,9 millones, superando en un 17,05% la del año 1987.

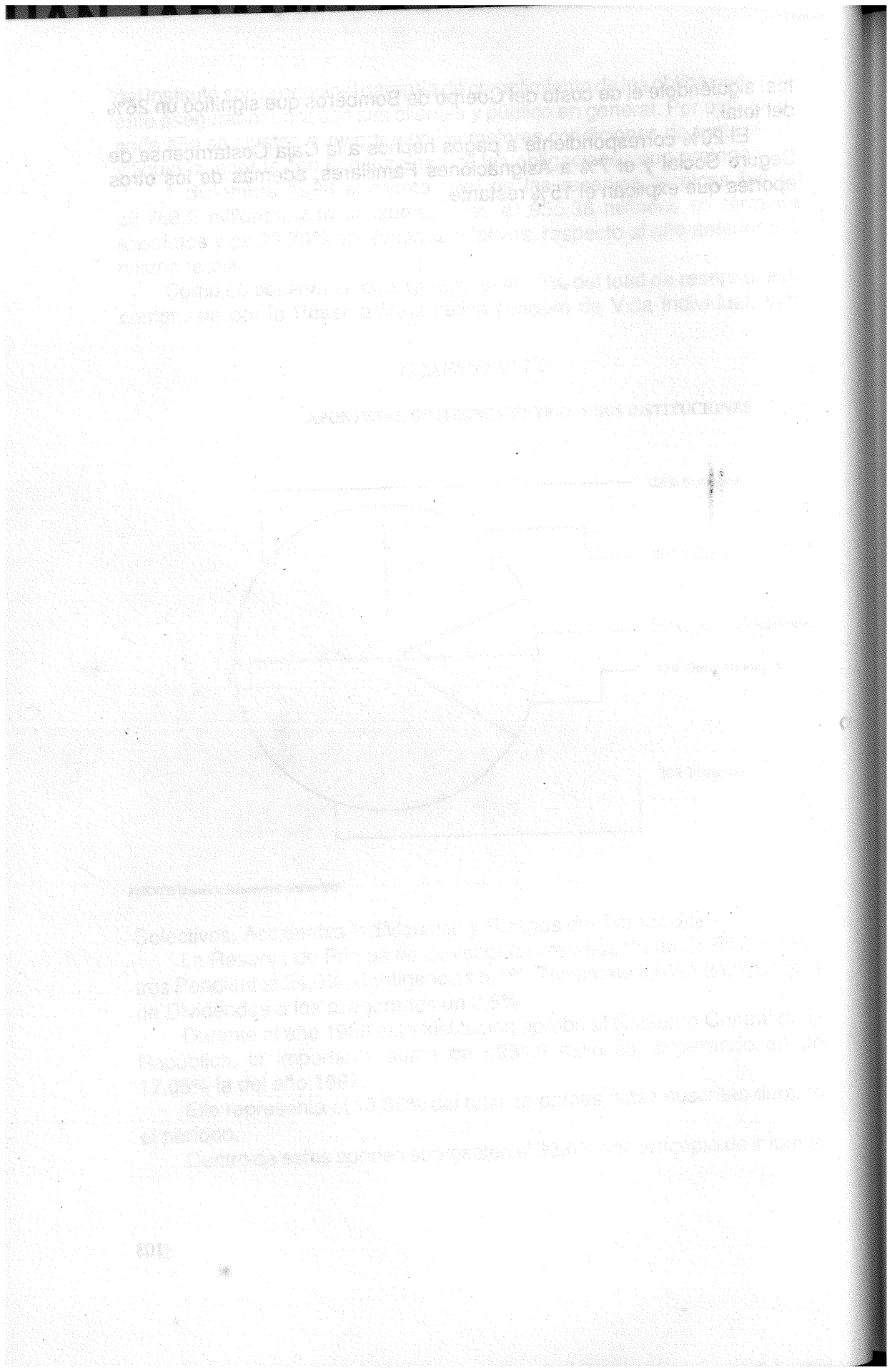
Ello representa el 13,36% del total de primas netas suscritas durante el período.

Dentro de estos aportes sobresalen el 32,0% por concepto de impues-

tos, siguiéndole el de costo del Cuerpo de Bomberos que significó un 26% del total.

El 20% correspondiente a pagos hechos a la Caja Costarricense de Seguro Social y el 7% a Asignaciones Familiares, además de los otros aportes que explican el 15% restante.

Capítulo 3
DESARROLLO HISTÓRICO DE LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL



Capítulo 5

DESARROLLO HISTORICO DE LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Capítulo 5

DESARROLLO HISTÓRICO DE LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

DESARROLLO HISTORICO DE LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

5.1 INTRODUCCION

Como ya pudimos apreciar, antes del Siglo XIX no se tiene antecedentes en el país de ningún tipo de organización de servicios de salud correspondiéndole la atención de la enfermedad al ámbito privado en forma exclusiva. A inicios del siglo pasado se funda el primer establecimiento de "atención médica" que fue un leprosario y no es sino hasta el 11 de julio de 1852 que se crea e instala la Junta de Caridad en San José, con el encargo de abrir un Centro Hospitalario para la atención de enfermos, llamado luego Hospital San Juan de Dios. Este binomio, Junta y Hospital, se convirtió en un modelo, de este modo, otras juntas y otros hospitales se crearon en el país. [165]

Con el correr del tiempo, las Juntas de Caridad adoptaron nuevos sistemas de trabajo y otros nombres: primero Junta de Beneficencia Pública y luego Junta de Protección Social. Así, esta actividad se fue conformando con un carácter de asistencia pública, estableciéndose la obligación del Estado de velar por la salud de los costarricenses o más bien dicho de protegerlos en su enfermedad, en especial a las clases menesterosas. Aunque desde 1845 se creó la Ley de la Lotería en beneficio del Hospital San Juan de Dios, no fue posible ejecutarla por muchos años y la Junta subsistió con las donaciones efectuadas por diversos benefactores, hasta que por fin la lotería fue capaz de proporcionar fondos suficientes. De hecho, la lotería pasó a convertirse en una de las principales fuentes de financiamiento de los hospitales del país. Sin embargo, a pesar de esto, los dineros siempre fueron insuficientes no solo para dar los servicios adecuadamente en el

Hospital San Juan de Dios, sino para extenderlos a todo el país, ya que en la capital se concentraban hasta 1940 e incluso después, la mayoría de los recursos médicos y hospitalarios.

Pero, ¿qué pasaba en Costa Rica antes de la década de los cuarenta, y en el transcurso de la misma, para que posteriormente a una gran depresión económica que afectó a todos los países incluyendo al nuestro y en medio de una guerra mundial, nos lanzáramos a la aventura de construir un sistema de Seguridad Social a sabiendas de las limitaciones que teníamos?

La verdad es que una vez abiertos al mundo como nación, en especial mediante la exportación del café y posteriormente del banano, estos elementos no sólo impulsaron un desarrollo económico, sino que crearon una vinculación externa para captar divisas e ideas. Los principales países involucrados inicialmente fueron Chile e Inglaterra y los conceptos sobre dignidad y derechos humanos ahí prevalentes fueron apreciados perfectamente por una sociedad que, aunque pobre, era en cierto modo muy igualitaria, individualista y democrática y, por tal razón, permeable a las ideologías, primero liberal y luego a la socialista y social cristiana que imperaba en Europa.

Ya vimos cómo en el campo de la seguridad social se venían realizando cambios en la mayoría de los países industrializados, en especial, para proteger a los trabajadores sobre accidentes y enfermedades, dando, además, las razones que, como ya se señaló, existían para ello. En el país, en el año 1907, don Enrique Pinto Fernández, diputado al Congreso, presentó un proyecto de Ley para la protección al trabajador en los accidentes de trabajo con 16 artículos, pero lamentablemente ni fue apoyado y ni siquiera discutido en el Congreso. A partir de ahí, hubo múltiples intentos para encargar al Estado de la administración, no solo de los riesgos del trabajo, sino incluso de regímenes de invalidez, vejez y muerte. Remitimos al lector al *Capítulo 4* del Instituto Nacional de Seguros, que por ser la primera institución de esta índole fundada en el país, tiene una historia previa muy interesante en donde se podrán ampliar los conocimientos de las diferentes figuras nacionales que hicieron conciencia sobre la importancia de la protección a los trabajadores.

En el año 1928 fue electo por segunda vez presidente de Costa Rica don Cleto González Víquez, en esta oportunidad, su oponente fue don Carlos María Jiménez Ortiz, rival distinguido y de gran arraigo, quien había prometido en su campaña la creación de un "Instituto de Seguro Social" y un "Ministerio de Trabajo". Pese a su derrota, siendo diputado propuso la creación del Ministerio de Trabajo y Bienestar Social y contando, al parecer, con el apoyo del propio Presidente y sus diputados, el 2 de julio de 1928 ese Ministerio recibió el visto bueno.[176, 177]

En ese mismo período de gobierno, Don Cleto encomendó a don Max Koberg Bolandi preparar un programa de Seguridad Social para ser presentado al Congreso. Conocido como "Plan Koberg", incluía protección

contra accidentes, enfermedad, maternidad, invalidez y vejez para el trabajador, su esposa y los hijos menores de 16 años. Primero, daría atención al trabajador urbano y luego a otras áreas.[243] Este Seguro Social fue, al parecer, hecho Ley en 1928, pero, por causas que se desconocen, no fue implementado ni puesto en ejecución.[304]

Puede entonces observarse que, desde 1910, existía un claro fermento ideológico en nuestro medio y que varias de nuestras principales figuras políticas, de gran riqueza de pensamiento, habían plasmado esas ideas de seguridad social, en programas e incluso las habían convertido en Leyes, una de ellas y en franco florecimiento, el "Banco Nacional de Seguros", que había originado un monopolio de los seguros para el Estado; y otras, como las analizadas, que aún no habían logrado consolidarse. Pero, está claro que ya, en la Costa Rica de esa época, existía conciencia de la necesidad de fundar algún sistema de cuidados médicos para la enfermedad y de proteger la salud mediante participación estatal. Para 1927 y en el período de don Cleto González Víquez, se había creado ya la Secretaría de Salubridad, y puesta a cargo del Doctor Solón Núñez como vimos en el capítulo respectivo.

5.2 EL DR. RAFAEL ANGEL CALDERON GUARDIA

A partir de 1940, sin embargo, todas las ideas que se tenían en el campo social para proteger a los trabajadores hicieron una explosión al unísono, y el detonante principal fue una extraordinaria figura política que alcanzó el poder en el año 1940. El doctor Rafael Angel Calderón Guardia, quien desde su primera lectura al Congreso como Presidente de la República, enunció ideas y proyectos para favorecer al trabajador costarricense y para realizar reformas políticas y sociales que dieran mayor bienestar a la clase trabajadora. En una línea que podría calificarse de socialcristiana, el Dr. Calderón habría de justificar las leyes que pensaba promulgar mediante las doctrinas pontificias, en especial la Encíclica de León XIII llamada *Rerum Novarum* y el Código de Malinas. Al parecer, sus experiencias y contactos en el círculo de la Universidad de Lovaina en Bélgica, donde se graduó de médico,[182] además del indudable ejemplo de su padre, el Dr. Rafael Calderón Muñoz, un médico ilustre y con gran sensibilidad social, deben haberlo condicionado mucho en ese sentido. Se iniciaba, así un período de constantes y radicales cambios en las estructuras económicas y sociales, calificadas por Don Carlos Monge como:

> El Estado de Costa Rica venía manifestando en forma lenta un viraje hacia la izquierda para garantizar la vigencia de una democracia más humana y dinámica, abandonando con cautela y hábil estrategia, la posición liberal y para adquirir una fisonomía y un contenido, características de la social democracia. [226]

Y si bien, don Ricardo Jiménez y don Cleto González Víquez habían cimentado las bases de la democracia costarricense; con don Rafael Angel Calderón Guardia, se iniciaba el proceso del cambio de una democracia liberal a uno de tipo social que don José Figueres Ferrer terminó de consolidar.

Estas son, a mi juicio, las cuatro grandes figuras políticas de este siglo, cada uno con sus logros y por supuesto con sus desaciertos, pero el peso de sus realizaciones ha sido precisamente lo que nos ha brindado esta Costa Rica de hoy.

El Presidente Calderón Guardia inicia los cambios promulgando, el 26 de agosto de 1940, la ley de creación o restauración de la Universidad de Costa Rica, la cual se ha constituido en la cuna del desarrollo posterior de nuestra cultura y posiblemente el crisol donde se cimentó la democracia de los años siguientes.

A lo anterior siguieron tres reformas sociales fundamentales:

a) El Seguro Social en 1941, para ello se creó la Caja Costarricense del Seguro Social, encargada de administrarlo. Consistía en un seguro obligatorio para proteger a los trabajadores contra la enfermedad, apoyarlos en su maternidad, en la invalidez, vejez y muerte. Aunque la Ley fue aprobada en octubre de ese año, prácticamente estuvo sometida a estudio por la primera Directiva de la Caja, también se le hicieron reformas, de este modo entra en verdadera vigencia en octubre de 1943. La Ley del Seguro Social fue promulgada el 1º de noviembre de 1941 (Ley Nº 17) y reformada mediante otra ley también Nº 17 del 22 de octubre de 1943, llamada "Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social," y que le daba gran autonomía para su administración y gobierno.[31, 304]

b) La segunda reforma fue: "Las Garantías Sociales" en 1942 mediante las cuales, el obrero costarricense aseguró su dignidad e importancia y sus derechos en la producción de la riqueza del país. Se estableció la jornada ordinaria de 8 horas, el salario mínimo, el día de descanso semanal, el derecho a la sindicalización y al paro, etc.

c) La tercera fue la promulgación del **Código de Trabajo,** el cual establecía la relación que debía existir entre el patrono o el capital y el trabajador. Se les daba una serie de garantías que los afirmaban como ciudadanos y cuyos derechos había que respetar.

Como todas estas reformas eran patrocinadas por el Gobierno se sentaba un precedente en cuanto a la injerencia que debería tener el Estado en los problemas sociales y se iniciaba así lo que algunos han considerado como la aparición del Estado Paternalista o Benefactor.

Aunque es innegable que en este proceso de reformas, el Dr. Rafael Angel Calderón Guardia es la figura más destacada y quien llevó el máximo de responsabilidad, no puede omitirse que varias personas y hechos fueron trascendentales para que esos logros hayan sido una verdadera realidad. El primero es la presencia de Don Víctor Manuel Sanabria, Arzobispo carismático de San José y amigo del doctor. Estudió en el Colegio Pío Latinoamericano de Roma y se doctoró en Derecho Canónico, de gran inteligencia, siempre apoyó al Presidente en la promulgación de las leyes sociales que éste sometió al Congreso.[31,182] Muy interesado en los problemas sociales y temeroso de los avances del marxismo había estimulado la aparición del sindicalismo católico apoyado por la Encíclica *Rerum Novarum* de 1891 y *Cuadragésimo Anno* de 1931.

Las ideas enunciadas por el General Volio y los miembros diputados del partido Reformista en el Congreso durante el período 1924-1928, dieron lugar a que los trabajadores adquirieran clara conciencia de su importancia y de los derechos que les asistían.

Posteriormente, el viaje a Europa y la enfermedad del General aunado a otros hechos liquidaron el Partido Reformista, al cual se habían unido los obreros y los intelectuales más revolucionarios. Estos quedaron prácticamente al garete por decirlo así, y no fue sino con la fundación del Partido Comunista en 1931, dirigido por el licenciado Manuel Mora, que encontraron cobijo. Este partido, organizado bajo el nombre de "Bloque de Obreros y Campesinos" y posteriormente conocido como **Vanguardia Popular** elaboró un programa de reformas sociales que incluía un seguro social, protección a la infancia, programas de salud y reforma agraria, entre otras cosas. Don Manuel Mora y su grupo proporcionaron permanente apoyo al Presidente Calderón Guardia durante toda su gestión para hacer efectivas las reformas propuestas por éste. Decía don Manuel:

> Los costarricenses debemos hacer nuestra propia revolución social tomando en cuenta las características de nuestro medio, sus tradiciones, sus costumbres, su grado de evolución. La revolución no se importa, ni se exporta. Quien dijera lo contrario no sería un revolucionario sino un charlatán.

Es posible que la poca virulencia de sus escritos y discursos y su posición razonable y congruente haya sido el responsable de la poca agresividad de la lucha de clases en el país. Eso lo manifestó don Constantino Láscaris y ha sido reafirmado por el tiempo.[182]

Otras personas que parecen haber colaborado en el proceso aunque no en el plano político sino por amistad y apoyo técnico son el Dr. Mario Luján Fernández, quien estudió en Europa y a quien nombró en su período Secretario de Salubridad, para que reorganizara la Secretaría y preparara programas de higiene y asistencia pública; y el Dr. Guillermo Padilla Castro, abogado, compañero también de estudios en Europa, enviado a Chile a

estudiar los seguros sociales creados ahí y quien se encargó de redactar el proyecto de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social.

El doctor Calderón consideraba que los bajos salarios de los trabajadores no les daban oportunidad de atenderse durante su enfermedad o invalidez y que el sistema hospitalario existente no era adecuado ni siquiera para los pobres. De ahí la necesidad de intervención estatal para resolver esta situación.

Otras distinguidas figuras han sido citadas en cuanto a que en alguna forma participaron ya fuera en apoyo o en la redacción de algunos aspectos de la Ley Constitutiva de la Caja o de las Garantías Sociales y el Código de Trabajo, entre éstas tenemos a: Don Carlos María Jiménez, el Lic. José Albertazzi Avendaño, el Lic. Francisco Fonseca Chamier, el Lic. Ernesto Martín Carranza, don Walter Dittel Mora, don Oscar Barahona Streber y el Lic. Harry Zürcher Acuña.[304, 20]

Así quedó inscrito en el artículo 73 de nuestra Constitución, el capítulo único de los Derechos y Garantías Sociales lo siguiente:

> se establecen los seguros sociales en beneficio de los trabajadores manuales e intelectuales, regulado por el sistema de contribución forzosa del Estado, patronos trabajadores, a fin de proteger a estos contra los riesgos de enfermedad, invalidez, maternidad, vejez, muerte y demás contingencias que la ley determine. La administración y gobierno de los seguros sociales estarán a cargo de una institución autónoma denominada Caja Costarricense de Seguro Social.[57]

Complejo y polémico fue el nacimiento del Seguro Social en el país, había gran desconocimiento del tema y, lo peor, no se contaba con una infraestructura en los servicios médicos o de salud que garantizara un despegue adecuado de los programas. Por ello, la implementación del mismo sería sumamente difícil. Inicialmente el Seguro era de reducido tamaño en cuanto a su extensión, pues sólo abarcaba a los trabajadores con salarios fijos y estaba localizado en áreas urbanas. Era pues un seguro clasista, similar al existente en la Europa Industrial. Los trabajadores por cuenta propia e incluso las familias de los asegurados, estaban excluidos del mismo. Entre las ventajas con que nacía, primeramente estaba el que una sola institución, la Caja Costarricense del Seguro Social, era la responsable del sistema. Posiblemente, la experiencia obtenida por el Dr. Padilla en Chile le demostró que una de las causas del fracaso del sistema en ese país, era la diversidad de instituciones encargadas de administrar los seguros. La segunda era el ingreso mediante cuota tripartita: patrono, trabajador y Estado y la obligatoriedad del mismo. Tercera, que el proyecto original obligaba a cotizar a todos los trabajadores manuales que ganaran salarios menores a 300 colones al mes (privados o públicos). Como al parecer, el salario promedio de esa época era de unos 150 colones, la Ley involucraba a los trabajadores de bajos y medianos ingresos, los que constituían la mayoría del país. En cuarto lugar, el hecho de que muchos

asuntos básicos no los resolvió la Ley y fueron dejados para su reglamentación por la propia Caja, lo cual era una ventaja, ya que podría más adelante realizar muchos cambios y extenderse según tuviera capacidad para hacerlo sin obedecer a presiones políticas. Esta era una autonomía decisoria muy importante para la institución. Fue necesario elaborar todo un sistema administrativo para comenzar a funcionar y fue muy compleja su creación y difícil desarrollo. Hubo mucha oposición, como ya se dijo, a su avance y extensión y sus primeros años estuvieron llenos de incertidumbre y muchas fallas por corregir, debido a la falta de experiencia que se tenía en este campo. La primera Junta Directiva de la Institución estaba formada por el Lic. Octavio Beeche Argüello, Presidente, Lic. Juan Rafael Arias Bonilla; Lic. Arturo Volio Jiménez, Lic. Carlos Orozco Castro y Dr. Francisco Cordero Quirós. El primer Gerente fue el expresidente don Julio Acosta García y el Subgerente, el Dr. Guillermo Padilla Castro. (Una lista con los nombres de las autoridades de la Institución a través de su historia puede verse en el anexo del libro).

La sesión de Junta Directiva Nº 4 del 29 de enero de 1942, fijó el salario del Gerente en 1250 colones, el del Sub-Gerente en mil. El del abogado consultor en ochocientos y el de los altos Jefes en cuatrocientos. El Lic. Carlos María Jiménez, un luchador en pro del Seguro Social fue nombrado Abogado-Consultor y Don Fabián Dobles Rodríguez como Secretario. Don Oscar Barahona Streber como Jefe de la sección de Propaganda y Educación Social. Se dispuso realizar dos sesiones semanales. En la sesión Nº 12, febrero 26 de 1942, se fijó la dieta para la sesión en cincuenta colones, suma igual a la que se pagaba en los Bancos. El presupuesto para el año 1943 era de 2.292.543, colones. Para esta fecha se decidió elevar el salario del gerente a 1.500 colones mensuales y el del Sub-Gerente a 1.200 colones. A la secretaría se le asignaban 148 colones mensuales. Al Jefe médico más alto 800 colones, a los médicos del hospital 300 colones, y a la enfermera de 75 colones al mes si trabajaba en hospital y de 200 colones en dispensario. En Alajuela, Cartago y Heredia, los médicos ganaban un poco más, 425 colones mensuales. Los gastos totales eran de: 300 mil colones en el Seguro de Enfermedad y los de Administración de 300 mil colones, más 40 mil de gastos mortuorios. De un total de ingresos de 2.292.543 colones, se gastaban 640 mil colones quedando en reserva 1.600.000 colones aproximadamente. Los asegurados eran 14 mil y se le dieron servicios médicos a 1500 en 1943.[36]

La Junta Directiva se abocó a revisar la Ley y a corregir errores con el fin de proponer otra Ley, la Nº 1 que fue aprobada posteriormente. Durante estos dos años, no hubo servicios médicos adecuados, en parte debido a la oposición de los médicos, que temerosos de que se perdiera la medicina liberal existente, hacían una oposición cerrada al progreso de la Caja, en sus inicios. Pero, influía más para no poder dar buenos servicios, la evidente falta de instalaciones y equipos y el hecho de que por muchos

años la mayoría de los médicos más brillantes del país se negaron o no se les propuso trabajar para la Institución. En razón de lo anterior, las autoridades fueron muy cuidadosas en su extensión de cobertura, escogiéndose inicialmente sólo las áreas urbanas de San José, Cartago, Heredia y Alajuela, comprándose ahí servicios a las Juntas de Protección Social que manejaban los hospitales. Además, la lentitud de su extensión inicial obedecía a que les interesaba lograr primero una base financiera segura en el rubro de enfermedad y maternidad, para poder crear posteriormente con reservas de esos fondos una infraestructura de servicios médicos adecuada.

De 1944 a 1947, el seguro de Enfermedad y Maternidad con protección familiar se extendió al Valle Central. Es interesante que desde el inicio, las poblaciones de Turrialba, Juan Viñas y Heredia, pidieron la cobertura familiar en esas regiones. En el caso de Turrialba, es bueno recordar que ya desde hacía muchos años existía un servicio de atención médica y de farmacia para atender a los trabajadores y sus familias, que prácticamente eran asegurados mediante una cuota que esos trabajadores y los patronos pagaban como un impuesto a la Municipalidad para ese efecto únicamente.[52, 65] O sea, esta población se había adelantado al resto del país en cuanto a protección médica, en sí era un seguro social cantonal y que incluso puso a funcionar un hospital regional que fue el primero que tuvo la Caja y que sirvió de modelo para la creación de otros en diversos cantones muchos años después.

Al finalizar la década de los 40, la Caja cubría en Enfermedad y Maternidad al 10% de la población total del país y al 23% de la económicamente activa.[151]

En 1946, la Institución trató de quitar los topes salariales para incorporar a todos los trabajadores a la misma sin distingo de salario. En razón de esto, hubo mucha oposición y se originó además la primera huelga médica contra la Caja, la cual tuvo éxito. La Unión Médica había sido formada en 1944 y su primer presidente fue el Dr. Antonio Peña Chavarría, Director del Hospital San Juan de Dios y ex Secretario de Salubridad.

En vista de la falta de planta física para dar servicios, se decidió comprar una casa cuna y remodelarla para convertirla en el primer hospital metropolitano de la Caja, llamado luego Hospital Central y posteriormente, Hospital Rafael Angel Calderón Guardia en homenaje al fundador del sistema.

5.3 EL SEGURO SOCIAL POSTERIOR A LA DECADA DE LOS CINCUENTA

En 1956, la Directiva decidió modificar el reglamento de Enfermedad y Maternidad para extender la cobertura a toda la familia. Solo 15 años después de haber sido fundada la Caja, se cambia su derrotero al introducir

esta cobertura obligatoria para la esposa o compañera, los hijos menores de 12 años y los padres si son dependientes del asegurado directo. Esta medida, de enorme trascendencia social, obliga a cambiar radicalmente la estructura de los servicios asistenciales, pues generará una demanda que absorberá toda la mano de obra nacional en el campo de los servicios médicos. Se consolida así una política de seguridad social más amplia y por supuesto de inmediato crecieron las demandas de servicios y fue necesario contratar a cuanto médico joven regresara, así como al personal de enfermería auxiliar existente o en formación.

Para 1960, la Caja cubría, en el Régimen de Enfermedad y Maternidad, al 18% de la población total del país y al 27% de la económicamente activa.

Es interesante señalar cómo la revolución del 48 y la dirigencia nacional que apareció como consecuencia de esto, llevando como líder a Don José Figueres, no sólo no obstaculizó el Seguro Social, sino que fue gracias a ese grupo y al partido Liberación Nacional que se logró desarrollar y consolidar la Caja hasta alcanzar el tamaño y la universalidad que posee actualmente. Pero, las principales acciones fueron llevadas a cabo a partir de 1961, ya que, en el período anterior, las realizaciones se efectuaron muy lentamente.

Sin embargo, debe destacarse que fue durante el Gobierno de Don Mario Echandi Jiménez (1958-1962), con su Ministro de Trabajo don Franklin Solórzano, que se presentó al Congreso un proyecto de ley muy polémico para elevar el tope de cotización existente; lo anterior era necesario debido a la existencia de una crisis financiera en la institución por la ampliación de sus servicios sin haberse roto los topes, y ante la falta de pago de la cuota estatal (más de 13 millones de colones que adeudaba el Gobierno). El Presidente Echandi y su Consejo de Gobierno decidieron elevar los topes pasando una Ley en la Asamblea para el efecto. La fracción de la oposición constituida por el Partido Liberación Nacional, se oponía inicialmente a esa elevación, sin embargo el Lic. Alfonso Carro, ex Director de la Caja, liberacionista y contrario al Gobierno, se sumó a las explicaciones del Ministro Solórzano en la necesidad de aprobar el proyecto y fue así como se logró convertirlo en Ley.

Para resolver el problema del pago de la cuota estatal, se le pasó a la Caja el impuesto de los cigarrillos. Con lo anterior, se logró nuevamente equilibrar las finanzas de la Institución y obtener verdaderamente la autonomía económica. En esta oportunidad, se obligó a pagar la cuota del Seguro a aquellos trabajadores que ganaran menos de 1000 colones.[79, 328]

Por ese año se produce un hecho negativo para la Institución como lo es el que los maestros, por medio del gremio (ANDE), lograran, lamentablemente con el apoyo político del Partido Liberación salirse del Régimen de Pensiones del Seguro Social. [304] Todo este apoyo fue en cierto modo con fines electoreros, pues ese gremio constituía el principal "grupo

de presión" del país. Ahora al cabo de muchos años y con el sistema de pensiones desfinanciado de estos maestros, se da uno cuenta del error cometido. Sin embargo, fueron momentos muy difíciles y pudo haberse dado al traste con el sistema de pensiones existentes en la Caja, ya que otros grupos trataron de seguir el ejemplo de la ANDE.

En el año 1961, se produce uno de los hechos más significativos en el campo de la seguridad social, trascendental por su contenido institucional y social. El Congreso de la República, bajo propuesta de la fracción del Partido Liberación, entre los que destacaban los diputados Daniel Oduber, Luis Alberto Monge, Enrique Obregón, Alfonso Carro y Fernando Volio, proponen y lanzan la aprobación de la obligatoriedad de la extensión a toda la población del Régimen de Enfermedad y Maternidad dándose el plazo de 10 años a la Caja para hacer realidad esta universalización de los servicios médicos. Esta disposición modifica el sistema tradicional de servicios, obligando a la incorporación de nuevos grupos como eran los trabajadores independientes que se estimaban en un 25%, y de los indigentes que eran aproximadamente el 10%. La medida era arriesgada ya que ningún país latinoamericano poseía un seguro social universal como el que se aspiraba tener, además daba al Estado la responsabilidad directa de llevar a cabo esta universalización de servicios médicos que en cierto modo no fue una socialización como se ha dicho, sino una "estatización" de estos servicios, a cargo en una sola institución. Tuvo también papel destacado para apoyar a partir de 1970 la eliminación del tope salarial, el Lic. Danilo Jiménez Veiga, en ese entonces Ministro de Trabajo y quien en la Asamblea fue uno de los defensores de esa sentida necesidad para la Caja, en unión del Presidente de la Asamblea Daniel Oduber y del Diputado José Luis Molina quien proponía el proyecto. El Presidente de la República, Don José Figueres, apoyaba totalmente la eliminación de los topes para así consolidar económicamente a la Caja.

Es conveniente señalar que, en el año 1970, el cuerpo médico nacional reunido en pleno en el Colegio de Médicos, bajo la dirección de la Unión Médica Nacional y del propio Colegio en asamblea presidida por el Presidente de dicho Colegio el Dr. Saeed Mekbel A. y el Presidente de la Unión Médica el Dr. Juan Jaramillo A., decidió apoyar la universalización de los servicios médicos, en aras de colaborar en la protección de todos los costarricenses. No sabemos qué pudo haber pasado si hubiera habido oposición y huelgas para que no se llevara a cabo esta ampliación de los servicios, fenómeno que se dio en casi toda América de parte de los profesionales en medicina cuando se pretendió una medida similar. En cambio y con razón se opuso a la incorporación de médicos del exterior para solventar la falta de este tipo de profesional y exigió acelerar el proceso de formación de médicos en el país.

La ampliación general de los servicios requirió incorporar todos los recursos humanos disponibles al sistema, por lo que comenzaron a hacer

programas para la formación de técnicos y profesionales. En 1961, la Escuela de Medicina de la Universidad de Costa Rica inicia esta carrera con un ingreso de 16 estudiantes, graduando en la primera década 1440 médicos, pero después elevando su capacidad hasta incluso graduar 100 o más profesionales anualmente. Se esperaba que por lo menos, la Escuela de Medicina produjera los recursos médicos que el aumento de la población requeriría, lo cual unido a los médicos graduados en el exterior, hacía una cifra aceptable para cumplir con los compromisos de la universalización.

Se inicia la construcción de hospitales y clínicas para lograr cubrir las demandas que se presentaran tanto urbanas como rurales; como ejemplo del cambio, se levantó el Hospital México dotado de toda la tecnología moderna y como cabeza hospitalaria del sistema el cual se abrió en setiembre de 1969. De 1966 a 1969 por primera vez, un médico, el Dr. Fernando Escalante Pradilla, fue nombrado gerente.

Previamente, de 1962 a 1966, le había correspondido la Gerencia al Lic. Rodrigo Fournier Guevara, quien desde esa posición inició los cambios en la institución para su expansión y posterior universalización. Regresó nuevamente a la Gerencia en el período 1970-1973; y en ambos períodos tuvo papel destacado en lograr crear una infraestructura de clínicas y hospitales y en la formación de personal, adecuados para el compromiso que tenía la institución. Contó además para ello, con el apoyo en la Junta Directiva, de destacadas personalidades como: el Lic. y Dr. Alfonso Carro Zúñiga de amplia trayectoria en el campo de la seguridad social y posiblemente el director que más períodos ha permanecido en la Caja. El Lic. José Luis Molina, el Lic. Otto Fallas y posteriormente otros directores de gran capacidad y dedicación como el Dr. Roberto Ortiz Brenes y el Lic. Alberto Cañas Escalante.

En noviembre de 1970 hizo su ingreso en la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, Rafael Angel Calderón Fournier, hijo del fundador de la institución, Dr. Rafael Angel Calderón Guardia, quien a partir de mayo de 1990 por azar del destino, es Presidente de la República de Costa Rica.

Para 1970 la institución, presidida por el Lic. Danilo Jiménez Veiga, modificó su esquema de mando y la gerencia se acompañó de dos subgerencias, una administrativa y otra médica, y en 1984 desaparecieron las sugerencias y aparecieron tres gerencias: médica, administrativa y financiera. Debe recordarse que, desde 1974, la máxima autoridad de la Institución era un Presidente Ejecutivo, siendo el primero el Lic. Jenaro Valverde Marín. Desde el año 1966, se había llevado la docencia médica al hospital Central y ahora ésta se incrementó en el nuevo hospital México (llamado así en honor de este país por la donación que hiciera el Seguro Social de este país, de los planos del Hospital). La pretensión de universalizar los servicios en 10 años obligó a la Caja a enviar un grupo numeroso de médicos a especializarse al exterior, de manera que pudieran estar

preparados en 1971 para asumir la responsabilidad de los nuevos servicios. Para 1972, la Caja tenía la responsabilidad del 50% de la población y solamente contaba para atenderla con dos hospitales, el México y el Central y otros dos en provincias lo que hacía un total de 1049 camas que correspondían al 15% de las existencias en el país. Los servicios restantes que requería los compraba a los hospitales de las Juntas de Protección. De acuerdo con el Dr. Lenín Sáenz,[309] la política de extender o universalizar los servicios se previó efectuarla en varias etapas apoyados en la Ley 4750 del 16 de abril de 1971.

La primera era la llamada extensión vertical, lograda mediante la eliminación del "tope salarial", que en esa época era ya de 2000 colones, se liberaba así el salario, de manera que toda persona que ganase un salario tenía la obligación de cotizar para el sistema. (Si ya lo estaba haciendo hasta 2000 colones debería hacerlo ahora por el total del salario). Toda la población asalariada del país comenzó a cotizar para la Caja, y esto fue un soporte fundamental para financiar la universalización.[31]

La extensión horizontal o ampliación de los servicios a las áreas geográficas donde aún la Caja no proporcionaba estos, estaba restringida por la falta de plantas físicas, para esto se promulgó otra Ley llamada de "Traspasos de Hospitales", teniendo papel destacado el Ministro de Salud Dr. José Luis Orlich B., para que fuera promulgada. La ley obligaba al Ministro de Salud y las Juntas de Protección a traspasar sus hospitales al Seguro Social (en realidad la ley señalaba que se traspasaban gratuitamente, los recursos humanos, físicos y financieros de los establecimientos hospitalarios bajo su jurisdicción). En abril de 1974, se inician los traspasos de los Hospitales a la Caja, esto concluye en setiembre de 1977, se traslasaron 24 hospitales, con una capacidad de 5800 camas. Los derechos laborales de los trabajadores fueron mantenidos e incluso se les pagaron prestaciones por el cambio de patrón. La Caja se comprometió a mejorar las plantas físicas y equipar esos centros, lo cual se realizó en la medida de la capacidad de la institución. El último hospital traspasado fue el de San Ramón en diciembre de 1984, con ello el sistema hospitalario en pleno pertenecía ya al Seguro Social.

A partir del año 1980 entramos en un período que califico como "El Presente del Seguro Social" y que se prolonga hasta el momento actual o sea 1991. En el *Capítulo 24, Pasado, Presente y Futuro del Seguro Social en Costa Rica*, se detalla con más amplitud lo acontecido. Aquí solo vamos a citar que la crisis económica que afectó a todas las naciones casi por igual, en esa época, repercutió en Costa Rica, lo cual unido a problemas internos condicionó en el campo de la Salud y Seguridad Social, una detención de los programas y casi un colapso económico de la institución. Esta crisis, y cómo se salió de ella, está magistralmente expuesta en el libro **La Seguridad Social y el Desarrollo en Costa Rica** del Dr. Guido Miranda.

La Institución tomó una serie de medidas financieras muy agresivas,

entre ellas el aumento de la cuota obrero-patronal, el no aumento de plazas, el pago de prestaciones, la reducción del formulario terapéutico, no compró equipos por un tiempo, etc. Lo anterior afectó desde luego la capacidad de servicios, pero era más importante esto que la posibilidad de un colapso del sistema. Dos años después, los problemas económicos se habían superado y la institución estuvo ya en condiciones de extender sus acciones al resto del país donde antes no se daban servicios. Para lo anterior, se llevó a cabo la Integración de Servicios de Salud, Caja-Ministerio, hecho extraordinariamente positivo porque se evitó duplicación de funciones y se permitió llegar con mecanismos de Atención Primaria a áreas de muy difícil acceso. La primera Clínica Integrada de Salud se estableció en 1982 en Buenos Aires, y al presente parece haber un 70% de integración. Además era necesario por la crisis, apoyar a los marginados, los cuales por la carencia de recursos eran los más afectados y si no se les daba soporte, podrían enfermar masivamente lo que condicionaría un descenso en los índices de salud y significaría la negación de las políticas que el Gobierno propugnaba de una mayor justicia social. Se llevó a cabo un Convenio Caja-Ministerio, para atender a los indigentes en su enfermedad y maternidad en todos los hospitales de la Caja lo cual se inició en 1984 y ha continuado hasta el presente, gracias a esto, se puede decir que ya existe una verdadera universalización de los servicios médicos de la Institución.

En realidad entrar en el período de 1982, significó para la Caja y sus autoridades, una reconceptualización de la filosofía imperante en este tipo de sistema ya que, si bien antes el fundamento de los servicios era la atención del enfermo, había que ir lentamente cambiando a un esquema de educación-prevención y recuperación de la salud como un todo indisoluble para la prestación de servicios, y unidos en sus acciones con el Ministerio de Salud. Se creó así por primera vez, una sola política nacional de salud para la protección de todos los costarricenses. Es necesario citar que la Institución creó un Centro Nacional de Docencia de Investigación en Salud y Seguridad Social y lo dotó de fondos para la docencia y formación profesional. Es el órgano responsable y rector de la formación, capacitación y actualización del personal. Fue idea del Dr. Guido Miranda Gutiérrez y en razón de eso hace pocos años dicho Centro recibió el nombre de este eminente médico, quien por 16 años, ocho como Subgerente y Gerente y ocho como Presidente Ejecutivo ha servido de manera muy eficiente a la Caja del Seguro Social.

Con los fondos de la reserva del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte, la Institución ha colaborado con los programas de viviendas, ayudando a construir miles de casas y edificios a través del tiempo. Solamente en 1988 dio préstamos por 2.467 millones de colones.

Un hecho es evidente para el futuro de la Institución, el crecimiento de los costos, muy especialmente en el área hospitalaria, puede ser el causante de la crisis. A un tiempo relativamente corto, la inflación, la

depreciación permanente de nuestra moneda, el aumento creciente del costo de los equipos médicos, los aumentos salariales y la falta de políticas definidas en algunos campos, pueden hacer que los fondos no sean suficientes para pagar los costos del sistema. Esto parece que será una triste realidad en el Régimen de Pensiones para 1994 y podría para esa época serlo también para el de Enfermedad y Maternidad si no se implementan medidas correctivas adecuadas.

En el *Capítulo 24, Pasado, Presente y Futuro del Seguro Social,* revisamos el conjunto de problemas que pueden surgir y la posible manera de modificar conductas y crear programas en áreas prioritarias con la mayor racionalización posible de los gastos sin menoscabo de la calidad de los servicios.

LABOR QUE DESARROLLA ACTUALMENTE LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

La Caja Costarricense de Seguro Social es la institución que mejor representa por sus acciones a la seguridad social en nuestro país. Desempeña por ello, un importante papel en la vida de los costarricenses, proporcionando protección para la salud y recuperación de la enfermedad para todos los ciudadanos mediante sus servicios médico-asistenciales, suministra apoyo para todos los asegurados gracias al sistema de pensiones del seguro de Invalidez, Vejez y Muerte y administra además, el llamado régimen No Contributivo de Pensiones por Monto Básico para los indigentes.

Está dirigida por una Junta Directiva compuesta por 9 miembros; tres escogidos por el Ejecutivo, tres del sector patronal, uno del movimiento solidarista de los trabajadores, uno del sector cooperativo de los trabajadores y otro de las organizaciones sindicales de los trabajadores.

Uno de los tres representantes del Ejecutivo, es a la vez, el Presidente Ejecutivo de la Institución, existen además como autoridades superiores que integran la administración de la Caja: un Gerente Administrativo, uno Médico y otro Financiero, además el Auditor General.

5.4 SEGURO DE ENFERMEDAD Y MATERNIDAD

Está financiado a través de una cotización tripartita de parte de:

a) *Patronos:* con un 9,25% sobre el monto de las planillas de salarios.
b) *Trabajadores:* un 5,5% sobre los salarios ordinarios y extraordinarios.
c) *Estado:* como tal 1,25% sobre la planilla nacional de los salarios.

CUADRO 5.1

Distribución de porcentaje de cotización en regímenes de Enfermedad y Maternidad e Invalidez, Vejez y Muerte de la CCSS

Enfermedad y Maternidad		Invalidez, Vejez y Muerte	
Trabajador	5,5%	Trabajador	2,5%
Patrono	9,25%	Patrono	4,75%
Estado	0,25%	Estado	0,25%

Hasta 1990 la cobertura de la población asegurada llega al 92%. Este grupo se encuentra compuesto por:

a) Los asegurados directos activos, representados por los trabajadores manuales e intelectuales que perciben un salario y cotizan al régimen a través de la relación obrero-patronal y los que se encuentran laborando por cuenta propia o incluidos dentro de este régimen a través de la existencia de convenios especiales.

b) Asegurados directos pensionados, constituidos por todos los pensionados que permanecen activos dentro del régimen a través de los diferentes fondos de pensiones existentes, entre los que figuran los correspondientes al seguro de Invalidez, Vejez y Muerte, Régimen No Contributivo, y los regímenes especiales del Estado, tales como el Fondo de Pensiones y Jubilaciones del Magisterio Nacional y la Ley de Pensiones de Hacienda.

c) Los asegurados por cuenta del Estado considerados como población de recursos mínimos conforman un sector del 7% al 9% de la población total, y tienen acceso a los servicios médicos a través de la Ley de Traspaso de Hospitales Nº 5349 del 24 de setiembre de 1973, que vino a aplicarse al entrar en vigencia el Convenio Caja-Ministerio de Salud según Decreto Nº 15.133 SPS del 4 de abril de 1984.

La población que no se encuentra asegurada fluctúa entre el 8% al 10% de la población total y tiene acceso a servicios médicos en función a la Ley y el Decreto ya mencionados, y deben aportar el costo de los servicios que se les otorguen según la capacidad económica que posean, sujeto esto a estudios que realiza la institución.

Los trabajadores asalariados constituyen el grupo mayoritario de asegurados directos activos, aportando el 92% de los ingresos percibidos por la Institución y de éstos, los asegurados directos de la empresa privada contribuyen con un 50,78% del aporte, siguiéndole con un 27,12% los asegurados de las instituciones autónomas y con un 13,93% los del Estado. Los asalariados por cuenta propia aportaron el 1,67% y los de convenios especiales con el 6,50%.

A diciembre de 1987 habían 326.736 trabajadores particulares; 96.063 trabajadores de Instituciones Autónomas, 68.681 trabajadores en el Gobierno Central; 126.356 trabajadores por cuenta propia y 39.871 asegurados por Convenios Especiales. El total de trabajadores era de 659.707[32] (Gráfico 5.1).

En forma global, los ingresos crecieron en 1987 un 27,01% en relación con los de 1986, crecimiento que en términos absolutos significa 3504 millones de colones (ingresos del período en EyM, 18 mil millones). Mientras tanto los gastos crecieron durante el período citado un 14,03% con respecto a 1986, aumento total que en cifras absolutas significa 1581 millones de colones.[32]

5.5 PRESTACIONES EN ESPECIES

Son los servicios que el Seguro de Enfermedad y Maternidad ofrece a los asegurados.

5.5.1 Servicios médicos y hospitalarios

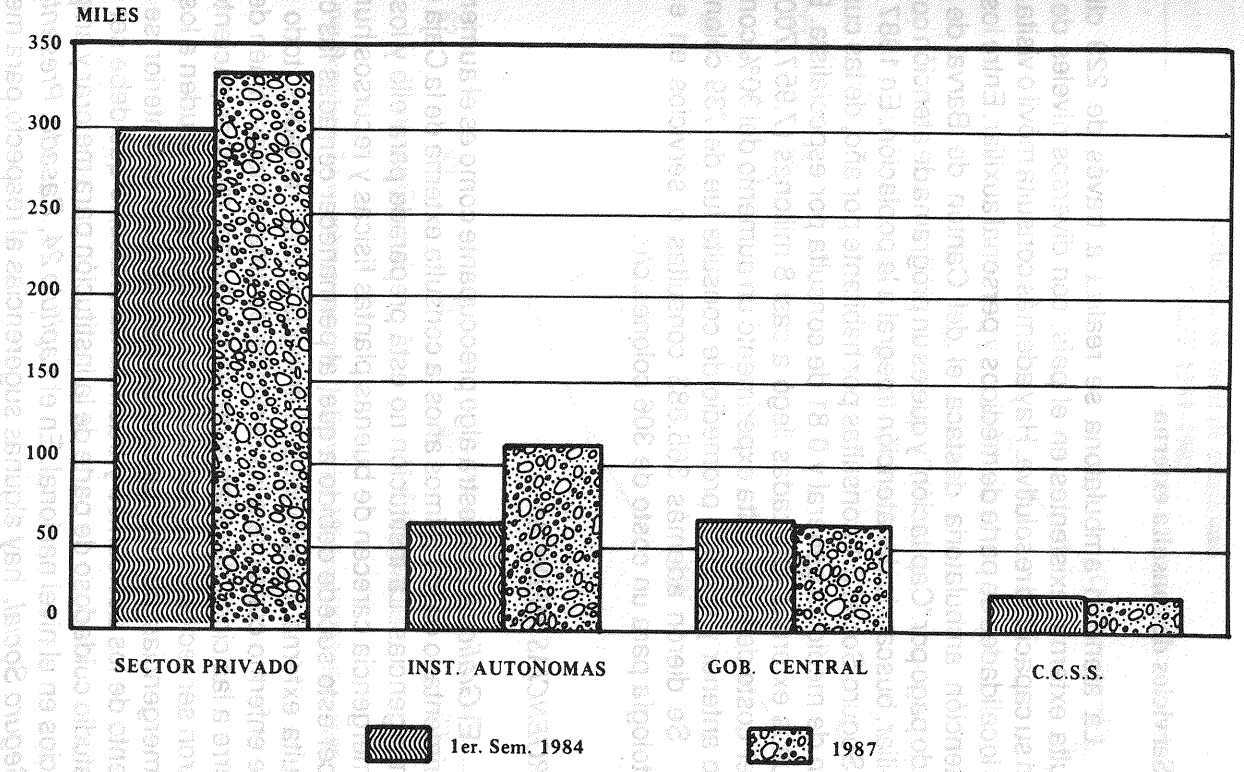
En 1987 absorbió el 86,4% del total de egresos del Seguro de EyM. El restante 13,6% fueron gastos de mantenimiento, construcciones, remodelaciones, adquisiciones, etc. La atención hospitalaria consumió el 56.5% de esos gastos.

De una dotación en 1987 de 6.774 camas, se destinaron el 25,7% de estas a pacientes crónicos de larga estancia y el 74,3% a pacientes de corta estancia. La estancia promedio por egreso fue de 6,6% días paciente y el giro de cama de 44,6% egresos por cama por año en el nivel nacional. El nivel de ocupación media nacional fue de 79,1%. Los hospitales nacionales ubicados en el área metropolitana poseen el 63,9% de la dotación de camas.

Incluyendo las camas administradas aún por el Ministerio de Salud (Inciensa-INSA-Centros de Salud) y las pocas privadas, para 1987 había 7.129 camas para una proporción de 2.76 camas por 1000/habitantes. Para esa época, la Caja atendió 72.848 partos de un total de 80.326, lo que le dio un 90,7% de cobertura en los nacimientos registrados en el nivel nacional.

GRAFICO 5.1

Número trabajadores según sector laboral



FUENTE: Primer Seminario Taller sobre evaluación de Servicios médicos. CCSS. Feb. 1989.

Se realizaron 132.631 operaciones quirúrgicas y se dieron 121 egresos por cada 1000/habitantes.

5.5.2 Servicios de consulta externa

La atención ambulatoria se realiza a través de 229 clínicas de consulta externa, existentes en el país, con diversos niveles de atención según su capacidad resolutiva. Hay además consulta móvil o visita periódica a 106 localidades de parte de médicos y personal auxiliar. Entre los modelos de atención ambulatoria destaca el del Cantón de Barva de Heredia, llamado pago por "Capitación" y que es un programa de atención comunitaria y familiar, buscando dar atención integral a la población. En 1987 se dieron en el Seguro Social 3.1 consultas por habitante por año, de las cuales, 1.93 fueron de medicina general y 0.81 de consulta por especialista. El total de consultas externas realizadas llegó a casi 8 millones (7.957.700). En ese año, el costo de la consulta experimentó un aumento del 30% con respecto al año anterior y el costo promedio de consulta fue de 739 colones.

Se dieron además 365.883 consultas o servicios en el área de odontología para un costo de 306 colones/c/u.

EMERGENCIAS MEDICAS

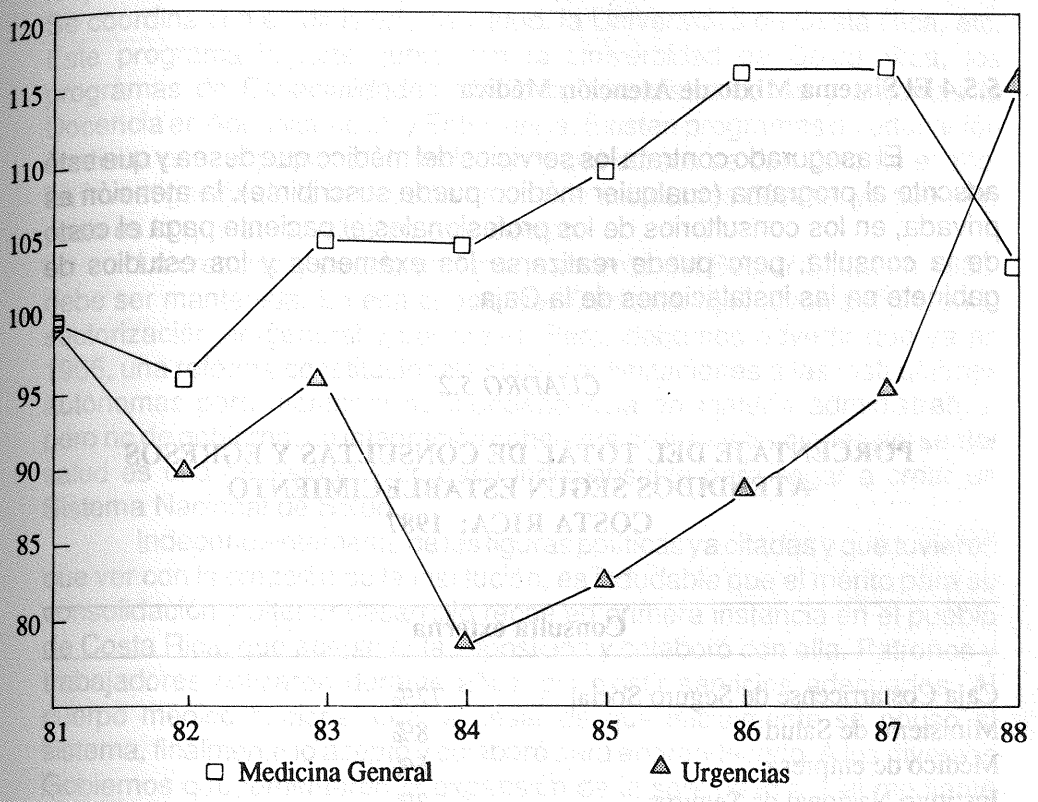
El *Gráfico 5.2* muestra algo preocupante como es el aumento que ha experimentado en los últimos años la consulta externa de la Caja en el área de emergencias. La institución no está preparada para ello y los servicios de emergencia carecen de buenas plantas físicas y recursos humanos. Al parecer esto sucede debido a que, al permanecer cerradas las clínicas de consulta externa los sábados, domingos y días feriados, todo el que se siente enfermo concurre a los servicios de emergencias, amén de que, con el cierre a las cinco de la tarde de las consultas, muchos pacientes que no lograron ser recibidos en sus clínicas de adscripción acuden a los servicios de emergencias por demandas de servicios. A lo anterior se añade el aumento de los accidentes y traumas laborales, lo que debe ser motivo de un estudio cuidadoso de parte de la Institución para mejorar y ampliar estos servicios en el nivel nacional. En el *capítulo 24, Pasado, Presente y Futuro del Seguro Social,* hay algunas sugerencias al respecto para mejorar esta situación.

5.5.3 Sistema médico de empresa

En esta modalidad la Caja da suministros de medicamentos y servicios de laboratorio y gabinete. La empresa aporta el médico, el

GRAFICO 5.2

Variación de total de consultas
CCSS 1981-1988



FUENTE: Primer Seminario Taller sobre evaluación de Servicios Médicos CCSS. Feb. 1989.

personal de apoyo y las instalaciones equipadas para otorgar atención ambulatoria a sus trabajadores, los familiares de éstos y los pensionados de la empresa. Para 1989 había crecido hasta dar el 6% de las consultas.

5.5.4 El Sistema Mixto de Atención Médica

El asegurado contrata los servicios del médico que desea y que esté adscrito al programa (cualquier médico puede suscribirse), la atención es privada, en los consultorios de los profesionales el paciente paga el costo de la consulta, pero puede realizarse los exámenes y los estudios de gabinete en las instalaciones de la Caja.

CUADRO 5.2

PORCENTAJE DEL TOTAL DE CONSULTAS Y EGRESOS ATENDIDOS SEGUN ESTABLECIMIENTO COSTA RICA: 1987

Consulta externa	
Caja Costarricense de Seguro Social	72%
Ministerio de Salud	8%
Médico de empresa	6%
Instituto Nacional de Seguros	3%
Medicina mixta	1%
Medicina privada	10%
Hospitalización	
Entidades privadas	2%
Entidades públicas	98%

FUENTE: Dirección Técnica de Servicios de Salud CCSS. Feb./89.

Existe además un programa de Trabajo Social para dar atención familiar, individual, grupal y comunal; y un programa de Hospitalización a Domicilio que aún está en fase experimental pues cuenta con muy poca amplitud y se le brinda poco apoyo de parte de la institución.

El Seguro de Enfermedad y Maternidad concede prestaciones en dinero a los asegurados, esto corresponde a un 7,27% del total de gastos de este régimen y consisten en subsidios por maternidad y enfermedad.

Existe un programa a cargo del Centro Nacional de Docencia e Investigación en Salud y Seguridad Social (CENDEISSS), que es el responsable de la docencia y formación profesional dentro de la Institución. Se coordina con el Ministerio de Salud, la Universidad de Costa Rica, etc. Este programa imparte, junto con la Universidad de Costa Rica, los programas de Especialidades Médicas, suministra becas y organiza la Docencia en Administración y Enfermería. Existen programas de educación continua para el personal de todo tipo y sus cursos se dan durante el año. La Investigación de la Institución es uno de sus puntos débiles, ya que muy poco es lo que se efectúa en este campo.

La creación y puesta en funcionamiento del Sector Salud en 1983, debe ser mantenida. En esa época, dos Decretos Ejecutivos definieron la sectorización en general y por áreas. Pero, debemos advertir que ya en 1966, una reforma constitucional estableció limitaciones a las instituciones autónomas para mantener su independencia en materia administrativa, pero no de gobierno. La integración coherente de las instituciones del sector salud es una necesidad y un paso indispensable para llegar a crear un Sistema Nacional de Salud.

Independientemente de las figuras políticas ya citadas y que tuvieron que ver con la creación de la Institución, es indudable que el mérito para su consolidación y ulterior desarrollo recae en primera instancia en el pueblo de Costa Rica, que aceptó esta imposición y colaboró con ella. Patronos y trabajadores cotizaron durante años, sin existir servicios adecuados. Al cuerpo médico nacional que, a pesar de que inicialmente se opuso al sistema, finalmente lo aceptó y colaboró para engrandecerlo. A los diversos Gobiernos que fomentaron la expansión de la seguridad social mediante leyes y apoyo estatal y finalmente a las Autoridades de la Institución, pasadas y presentes que implementaron los cambios para llegar a obtener un Seguro Social que, pese a sus defectos, es ejemplar para un país en desarrollo y modelo para América.

Cerramos el capítulo señalando que para 1990, la Institución tuvo un presupuesto de 58 mil millones de colones; el mayor de cualquier Institución o Ministerio (el ICE que le sigue tiene 32 mil millones), de hecho apenas inferior a todo el Gobierno que fue de 77 mil millones. Posee casi 22 mil empleados, 4 mil de ellos profesionales. En el año de 1989 dio: nueve millones de consultas, atendió 85 mil partos, egresaron 37 mil pacientes de sus instalaciones. Posee 29 hospitales, con 7 mil camas y se realizaron 150 mil operaciones, aparte de 144 clínicas de atención médica. Todo eso deja ver la magnitud de la tarea que realiza y el gigantesco paso dado en casi 50 años de vida.

Para 1990, el Estado tenía acumulada una deuda con la Caja por 6.800 millones de colones ($74 millones). El desglose de la deuda es como sigue: cuota del Estado como patrono: 5.117 millones de colones, Estado como tal (0,25% del total salarial nacional) 1.200 millones. Los intereses por

acumulación suman 532 millones y la atención a los indigentes cuesta 2.600 millones de colones. Más de 5 mil millones son del Régimen de Enfermedad y Maternidad.

En mayo de 1990, con el cambio de gobierno, la fracción del partido político Unidad Social Cristiana, apoyada por los restantes partidos políticos, logró en la Asamblea Legislativa pasar una ley para quitarle a la Caja Costarricense de Seguro Social la potestad que hasta ese momento tenía para aumentar sus cuotas cuando lo creyera necesario.

Los proponentes señalan que con ello se le devuelve a la Asamblea Legislativa una atribución exclusiva y lo que se ha logrado es poner a derecho una situación que para ellos es antijurídica e inconstitucional ya que está en contra de las facultades de la Asamblea que señala el artículo 121 de nuestra Constitución Política inciso 13 como es la de que corresponde exclusivamente a la Asamblea Legislativa establecer impuestos y contribuciones nacionales.

Y como parece obvio que las cuotas obrero-patronales constituyen un tributo de clara naturaleza impositiva sobre todo en lo que toca al patrón y con características de tasa en cuanto al trabajador; por eso consideran que se ha actuado correctamente.

Por el lado de la Caja, esta señala que al quitarle esa potestad, se ha atentado contra la autonomía de la Institución y es inconstitucional, poniendo en peligro la estabilidad financiera de la institución.

Desde el punto de vista del Seguro Social, este ha sido un duro golpe, ya que las cuotas de la Caja se han elevado obedeciendo a los problemas financieros que ha tenido la Institución y no obedeciendo a factores políticos. Ahora la potestad de fijar los aumentos y su distribución (de las cuotas) corresponderá a la Asamblea Legislativa, donde pueden en un momento primar otros intereses y no los meramente institucionales.

En el mes de junio, el Lic. Rafael Angel Calderón, Presidente de Costa Rica, vetó dicha ley, que permitía que las cuotas obrero patronales fueran fijadas por la Asamblea Legislativa. En su lugar envió una contrapropuesta consistente en un proyecto de Ley, por medio del cual será facultad de la Caja Costarricense de Seguro Social, establecer las cotizaciones siempre que éstas, sumados los regímenes de Enfermedad y Maternidad y de Invalidez, Vejez y Muerte, no excedan el 30% del salario del trabajador. Pero, la Comisión de Asuntos Sociales reselló el veto interpuesto por el Poder Ejecutivo y recomendó al Plenario seguir adelante con la Ley que traslada a la Asamblea Legislativa la fijación de las cuotas obrero patronales. El Dr. Miguel Angel Rodríguez al defender esta posición señaló que se trata de un reenfoque de la seguridad social hacia el futuro, porque *no puede ser que ella dependa de seguir aumentando los impuestos en la planilla.*

5.6 CUADROS Y FIGURAS SOBRE LOS SERVICIOS QUE PROPORCIONA EL SECTOR SALUD

El *Cuadro 5.3.* da una idea de los principales indicadores de producción de servicios de salud, en relación con la población existente y a través de los años 1970, 1978 y 1987.

CUADRO 5.3

INDICADORES SOBRE PRODUCCION DE SERVICIOS DE SALUD

Detalle	1970	1978	1987
Población del país	1.737.367	2.111.648	2.555.704
Camas:			
Seguro Social	1.045	6.856	6.776
Corta estancia		4.928	5.037
Larga estancia		1.928	1.739
Ministerio de Salud	5.659		243
Privadas	300		140
Camas por mil habitantes	3,9	3,2	2,7
Egresos:			
Seguro Social	35.921		313.900
Ministerio de Salud	156.764		3.824
Clínicas privadas			
Consultas Seguro Social:			
Medicina General	1.767.343	3.249.992	3.779.900
Especializada	512.286	2.053.588	2.080.930
Consulta General por Asegurado	2,2	1,8	1,7
Consulta especializada por Asegurado	0,6	1,2	1,5

FUENTE: Memoria CCSS 1987. Primer Seminario Taller sobre Evaluación de Servicios Médicos. CCSS. Feb. *La Seguridad Social y el Desarrollo en Costa Rica.* Guido Miranda. 1989.

Lo más llamativo es ver cómo el Ministerio de Salud dejó de tener camas al traspasar estas a la CCSS; el descenso de las pocas camas privadas de 300 a 140 muestra cómo la Medicina Liberal continúa perdiendo terreno.

Es interesante ver cómo las camas por mil habitantes han ido descendiendo de 3,9 en 1970 a 2,7 en 1987 y pese a ello, los índices de salud han aumentado. Lo anterior deja ver tres hechos:

a) Que tener muchas camas de hospital no es un índice de salud sino de enfermedad.
b) Que el cuerpo médico nacional ha hecho un uso racional de las mismas.
c) Que la disminución de las camas no ha significado mala atención de la enfermedad sino racionalización de recursos. La mejor demostración de esto es que de 1969 a 1989 se mantiene el mismo número de camas hospitalarias, pese a que la población del país ha crecido en un 60% y los indicadores de salud se han mejorado en todos los niveles.

En cuanto a consultas general o de especialista por asegurado, el número que se da en el país es no solamente un número aceptable, sino que compite con ventajas con los sistemas de salud de los países desarrollados. Con ello, queda demostrado que nuestros pacientes no están abusando del Seguro Social como se ha hecho creer a la población o si esto fuera cierto, en otros países el abuso sería descomunal. *(Ver capítulo 26).*

El mismo cuadro muestra cómo el Sistema Hospitalario Nacional pertenece con algunas excepciones a la CCSS; siendo así que esta Institución da el 72% de las consultas y realiza el 98% de los internamientos en los hospitales. En 1987, se reportaron más de 300 mil egresos de esos hospitales con un promedio altamente satisfactorio de estancias (nacional y general) de 6 días. De Medicina de 10 días, de Cirugía de 6,5 días; de obstetricia de 2,2 días; de ginecología de 3,5 días y de pediatría de 5 días. Cifras que compiten satisfactoriamente con las reportadas en Estados Unidos.

La *Figura 5.1* muestra los gastos del Sector Salud en el período 1984-1988, por el mismo se puede apreciar la gran importancia del aporte de la CCSS al Sistema Nacional de Salud y de no ser por ella, estaríamos muy bajos en cuanto al total del PIB aportado para Salud en el país.

El *Cuadro 5.4* señala la población total cubierta por el Seguro Social en el Régimen de Enfermedad y Maternidad en las fechas ahí señaladas.

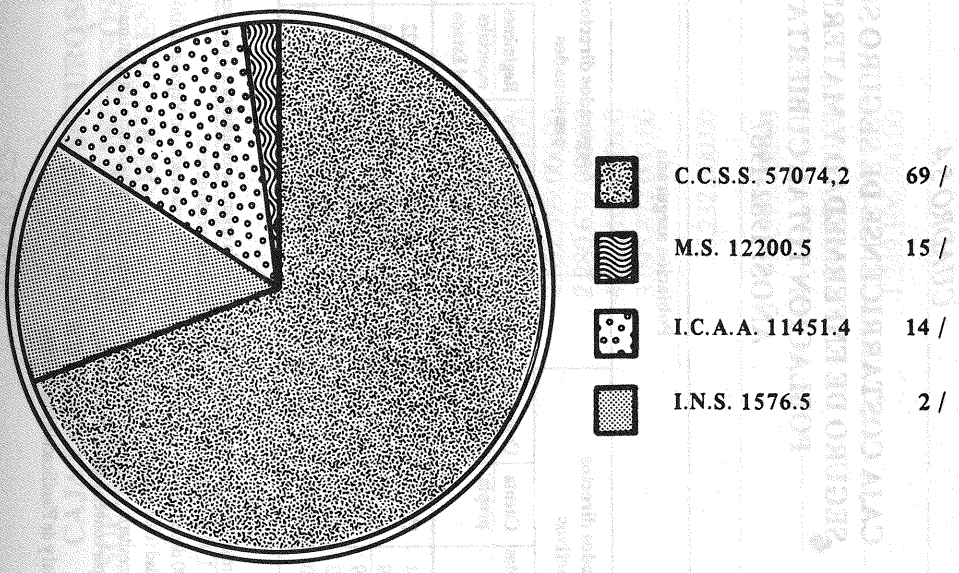
El *Cuadro 5.5* muestra el Presupuesto General de Ingresos y Gastos para el año 1988 por regímenes, el cual se ha traído a esta publicación para que los lectores tengan una visión general de cómo se distribuye el presupuesto en la CCSS.

El *Cuadro 5.6* corresponde a las cargas sociales de los salarios en el país.

NOTA: El régimen de Invalidez, Vejez y Muerte, se verá en el capítulo *Régimen de Pensiones en Costa Rica.*

FIGURA 5.1

GASTOS DEL SECTOR SALUD
DISTRIBUCION POR INSTITUCION
PERIODO 1984 – 1988



FUENTE: División Financiero Contable
Departamento de Presupuesto
Comisión Subsistema de Información M.S.
Memoria 1988.

CUADRO 5.4

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
SEGURO DE ENFERMEDAD Y MATERNIDAD
POBLACION TOTAL CUBIERTA
AÑOS: 1982-1987[1]

Año	Población nacional	Población asegurada											Población no asegurada		
		Total	Asegurados directos activos				Asegurados familiares activos[3]	Asegurados directos pensionados				Asegurados familiares de pens.[4]	Asegurados por cuenta del Estado[5]	Pago directo		
			Subtotal	Asalariados	Cuenta propia	Convenios especiales[2]		Subtotal	Seguro de I.V.M.	Regímenes especiales del Estado	Regímen no contrib.			Total[6]	Activos	Familiares
1983	2.373.516	1.977.225	570.361	448.734	121.627	—	1.083.686	81.201	32.669	13.922	34.610	68.947	173.030	396.291	136.652	259.639
1984	2.428.610	2.085.030	604.360	480.049	124.311	—	1.148.284	87.549	36.583	14.245	36.721	74.834	170.003	343.580	118.476	225.104
1985	2.484.521	2.115.605	610.070	[7]458.599	120.606	30.865	1.159.133	92.550	40.406	15.292	36.852	79.935	173.917	368.916	127.212	241.704
1986	2.529.733	2.204.455	633.220	474.732	121.478	37.010	1.203.118	101.864	44.852	17.711	39.301	89.172	177.081	325.278	112.164	213.114
1987	2.581.675	2.304.952	659.707	493.480	126.356	39.871	1.253.443	111.967	49.761	20.011	42.195	99.118	180.717	276.723	95.421	181.302

(1) Cifras a diciembre de cada año.
(2) Corresponde a grupos de trabajadores organizados. La relación de aseguramiento se establece con la organización jurídica a la cual pertenecen.
(3) A partir de 1982 se asume una composición familiar de 1.90 dependientes, en promedio por cada asegurado directo.
(4) Se utilizó en Invalidez una composición familiar de 1.90 depedientes en promedio por cada asegurado pensionado. En Vejez se utilizó una composición familiar promedio de 1.37 dependientes.
(5) Corresponde a la población en condiciones de marginidad (cifra estimada).
(6) Población que tiene acceso a la asistencia en caso de necesitarla y posee además capacidad de pago por dicha asistencia (cifra estimada).
(7) En 1985 se separaron 30.865 trabajadores clasificados por convenio de la cifra de trabajadores asalariados.

FUENTE: Unidad de Estadística. Dirección Técnica Actuarial y de Planificación Institucional.

CUADRO 5.5

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
PRESUPUESTOS GENERALES DE INGRESOS Y EGRESOS
PARA EL AÑO 1988 POR REGIMENES

Conceptos	Seguros		Totales
	Enfermedad y Maternidad	Invalidez, Vejez y Muerte	
Ingresos Corrientes			
Contribución a la Seguridad Social	13,093,210,000.00	5,202,676,000.00	18,295,886,000.00
Contribución patronal Gobierno Central	716,000,000.00	139,000,000.00	855,000,000,00
Contribución patronal sector público	2,652,599,000.00	982,460,000.00	3,635,059,000.00
Contribución trabajador sector público	2,280,639,000.00	660,261,000.00	2,940,900,000.00
Contribución patronal sector privado	4,348,100,000.00	2,220,217,000.00	6,568,317,000.00
Contribución trabajador sector privado	3,095,872,000.00	1,200,738,000.00	4,296,610,000.00
Impuesto s/bienes y servicios	76,232,000.00	0.00	76,232,000.00
Venta de bienes y servicios	719,377,000.00	34,598,000.00	753,975,000.00
Renta fact. produc. y financ.	1,160,197,000.00	3,000,810,000.00	4,161.007,000.00
Transferencias corrientes	1,249,106,000.00	84,000,000.00	1,333,106,000.00

Continúa en la siguiente página

Continuación Cuadro 5.5

Conceptos	Seguros		
	Enfermedad y Maternidad	Invalidez, Vejez y Muerte	Totales
Ingresos Corrientes			
Cuota estatal a la CCSS	546,000,000.00	84,000,000.00	630,000,000.00
Otras transferencias	703,106,000.00	0.00	703,106,000.00
Saldo inicial de caja y bancos	2,500,000,000.00	610,000,000,00	3,110,000,000,00
Total ingresos corrientes	18,798,122,000.00	8,932,084,000.00	27,730,206,000.00
Ingresos de capital			
Ingresos de capital	5,000,000.00	275,019,000.00	280,019,000.00
Total ingresos de capital	5,000,000.00	275,019,000.00	280,019,000.00
Total de recursos	18,803,122,000.00	9,207,103,000.00	28,010,225,000.00
EGRESOS			
Servicios personales	8,659,632,500.00	2,925,000.00	8,662,557,500.00
Servicios no personales	1,367,804,000.00	235,892,500.00	1,603,696,500.00
Materiales y suministros	5,193,058,000.00	1,270,5000.00	5,194,328,500.00
Maquinaria y equipo	573,359,000.00	1,500,000.00	574,859,000.00

Continúa en la siguiente página

Continuación Cuadro 5.5

Conceptos	Seguros		
	Enfermedad y Maternidad	Invalidez, Vejez y Muerte	Totales
Desembolsos financieros	64,100,000.00	3,967,278,000.00	4,031,378,000.00
Construcciones adiciones y mejoras	759,918,000.00	52,000,000.00	811,918,000.00
Transferencias corrientes	2,052,345,500.00	4,908,952,500.00	6,961,298,000.00
Servicio de la deuda	132,905,000.00		132,905,000.00
Total de egresos	18,803,122,000.00	9,169,818,500.00	27,972,940,500.00
Saldo en caja	0.00	37,284,500.00	37,284,500.00
Porcentaje de crecimiento ingreso	22.67%	16.68%	23.29%
Crecimiento absoluto	4,262,567,750	1,536,017,417.00	5,798,585,167.00

CUADRO 5.6

CARGAS SOCIALES RECAUDADAS POR MEDIO DE PLANILLAS CCSS

Cotizaciones	Patrono	Trabajador	Estado	Total
Seguro Enfermedad y Maternidad	9.25	5.50	0.25*	15.00
Seguro Invalidez, Vejez y Muerte	4.75	2.50	0.25	7.50
Total CCSS	14.00	8.00	0.50	22.50
Banco Popular y Desarrollo Comunal	0.50	1.00	0.00	1.50
Asignaciones Familiares	5.00	0.00	0.00	5.00
Instituto Mixto de Ayuda Social	0.50	0.00	0.00	0.50
Instituto Nacional de Aprendizaje	2.00	0.00	0.00	2.00
Totales	22.00	9.00	0.50	31.50

* La cuota del Estado como tal permanecerá vigente hasta 1990. Según convenio firmado con el Ministerio de Hacienda.

Nota: Falta el I. N. S. con sus pólizas obligatorias para todos los trabajadores sobre accidentes.

Capítulo 6

INSTITUTO COSTARRICENSE DE ACUEDUCTOS Y ALCANTARILLADOS

Capítulo 6

INSTITUTO COSTARRICENSE DE ACUEDUCTOS Y ALCANTARILLADOS

INSTITUTO COSTARRICENSE DE ACUEDUCTOS Y ALCANTARILLADOS

Pocas acciones son tan fundamentales para proporcionar salud a una población, como el abastecimiento de agua potable y la eliminación de las materias excretadas. De esta manera, es imprescindible dotar de estos dos elementos a las poblaciones, aunque los problemas para lograrlo suelen ser diferentes cuando se trata del área urbana o la rural.

En muchos países de América Latina, las enfermedades diarreicas continúan siendo una de las principales causas de muerte; en Costa Rica esto lo hemos superado en especial por la generalización del uso del agua potable. Se consideran enfermedades de transmisión hídrica (aunque esta puede no ser la única vía de contagio de ella) entre otras a la amibiasis, la shigellosis, la tifoidea y paratifoidea, un tipo de hepatitis, muchas parasitosis y además está el peligro de intoxicaciones por sustancias químicas que afectan a las aguas, etc.[361] Costa Rica tenía, en 1987, una tasa promedio de mortalidad infantil por enfermedades diarreicas de 1,4 muertes por 1000 nacidos vivos, aunque hay cantones que aún la tienen de 8,8 y que suelen ser deficitarios de este recurso del agua potable.[214]

También es fundamental lograr la eliminación de los excrementos, ya que cuando no son adecuadamente tratados, conducen a la contaminación del suelo o de los ríos; y entonces se contaminan las verduras o por intermedio de las aguas o las moscas producen infecciones en niños y adultos del tipo de las amibiasis, giardiasis, ascaridiasis, ucinariasis, tricocefalosis, etc. Estas son algunas de las parasitosis que pueden causar entonces problemas. Además la falta de un tratamiento adecuado de los líquidos cloacales antes de su vertimiento en los ríos es causa de la contaminación de éstos.

En el año 1904, el Dr. Carlos Durán, impresionado por haber viajado a una ciudad pequeña de Estados Unidos y ver la limpieza de ella, comparada con la suciedad de San José que la convertía en una de las más

insalubres del mundo, decidió exponer públicamente cómo funcionaban los tanques sépticos y cómo tratar las aguas contaminadas procedentes de la ciudad. Ayudado por don Cleto González Víquez, don Ricardo Fernández Guardia y don Rafael Varas Quirós, en sus calidades de Presidente Municipal y munícipes, respectivamente, iniciaron los trabajos de las plantas de desintegración bacteriana y se tendieron las tuberías que hicieron posible eliminar las letrinas y pozos negros, sustituyéndolas por los inodoros.[293]

El crecimiento, que para 1960 había experimentado la distribución de agua potable y lo complejo que se había vuelto el mantenimiento de los acueductos, hizo que se considerara necesario crear un organismo autónomo y descentralizado para sustituir al Ministerio de Salud en estas funciones. Este estaba destinado a lograr suministrar agua potable y adecuada disposición de aguas negras a toda la población del país; realizando esto en forma global y con un enfoque eminentemente técnico. La entidad fue llamada inicialmente "Servicio Nacional de Acueductos y Alcantarillados" y posteriormente sustituido por el de "Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados", conocido por las siglas de ICAA.[137, 138, 139]

Inicialmente, el Instituto concentró sus actividades en el área urbana, razón por la cual el Ministerio de Salud tuvo que continuar con sus esfuerzos de abastecimiento de agua y adecuada disposición de excretas en el área rural.[309, 310] Aunque el ICAA cada día más ha abarcado los acueductos rurales, aún el Ministerio continúa colaborando en este campo, pues bien comprenden las autoridades del ramo que descuidarlos es poner en peligro los índices de salud obtenidos al presente.

Para que se logre un adecuado abastecimiento de agua es necesario no solamente que los gobiernos doten de adecuados presupuestos a la institución y se obtengan préstamos internos y externos, sino tener en cuenta que cerca de la mitad de sus costos de producción se pueden atribuir a actividades de operación y mantenimiento, motivo por el cual, las comunidades, desde la gran ciudad a la aldea, deben entender que para obtener agua potable, es necesario cobrar por esos servicios para cubrir por lo menos los costos ya relatados, de lo contrario no habría presupuesto para extender los programas a todo el país,[320] y eso posiblemente ha sido la causa de que al presente, en algunas comunidades no se haya podido llevar este precioso líquido.

Otro problema es que el área rural concentrada cubre a 1.235.090 habitantes (3000 comunidades de más de 20 casas), pero hay un área rural dispersa de 147.035 habitantes (5%) de la población muy difícil de abastecer.

El Sector Salud cuenta en su seno con el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados, ente rector en el campo de abastecimiento de agua potable y alcantarillado sanitario. Con sus fondos, se desarrolla la infraestructura nacional, se construye, opera y administran los sistemas de abastecimiento de aguas y alcantarillado del Area Metropolitana de San José; de 33 sistemas urbanos de todo el país y de 120 acueductos rurales.

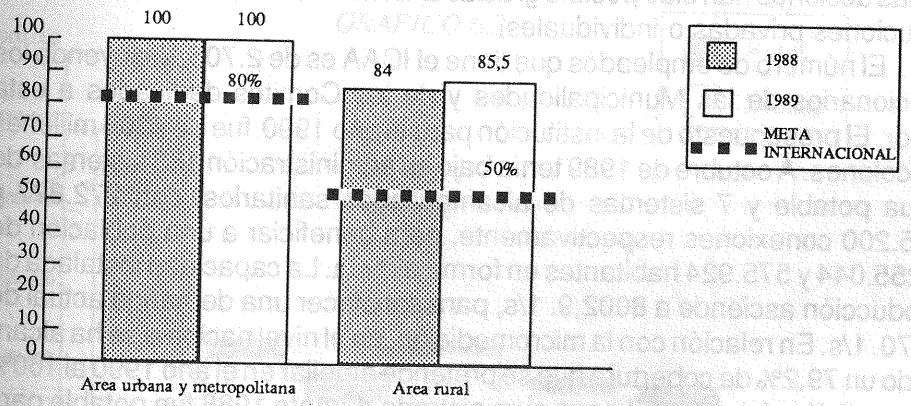
Atiende directamente a la mitad de la población del país y financia a los entes descentralizados del sector como son las Municipalidades que se encargan directamente de la administración de sistemas de agua potable en 40 ciudades y unas 1500 comunidades rurales. Apoya a los Comités Administradores de Acueductos Rurales; entes autónomos responsables de la operación y administración de los sistemas de abastecimiento de agua en cada una de sus comunidades rurales y que cuentan con el asesoramiento y apoyo del ICAA; en la actualidad funcionan 1200 comités en todo el país. Apoya a la empresa ESPH, que administra y opera el agua en Heredia; y al Instituto de Fomento y Asesoría Municipal.[138]

Recibe apoyo de Asignaciones Familiares para la construcción de acueductos rurales y el Servicio Nacional de Electricidad se encarga de revisar y aprobar las nuevas tarifas que haya que establecer a los usuarios.[139]

Los *Gráficos 6.1 y 6.2* muestran el abastecimiento de agua en Costa Rica y la meta internacional para ese decenio. Se aprecia la buena relación que tiene el país en ese aspecto. No obstante, el mismo ICAA reconoce que el abastecimiento de agua en muchas localidades es intermitente y no reúne los requisitos mínimos de calidad para el consumo humano; principalmente en aquellas áreas que están en manos de las Municipalidades, dado que los sistemas son muy viejos y se encuentran muy deteriorados. En la mayoría de los acueductos del área rural no se practica el control de la calidad en forma sistemática y permanente.

GRAFICO 6.1

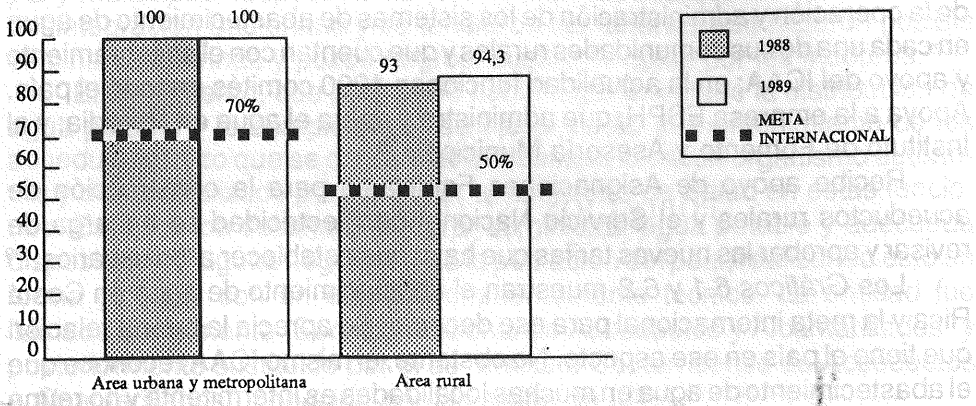
ABASTECIMIENTO DE AGUA: COSTA RICA -ICAA-
META INTERNACIONAL PARA EL DECENIO.



FUENTE: ICAA, 1989.

GRAFICO 6.2

DISPOSICION DE EXCRETAS: COSTA RICA -ICAA- META INTERNACIONAL PARA EL DECENIO



FUENTE: ICAA, 1989.

En relación con la disposición de excretas, pese a los altos porcentajes de cobertura, existe una gran cantidad de tanques sépticos y letrinas sanitarias, tanto en el área urbana como en la rural, que están en condiciones inadecuadas de operación y mantenimiento. Si bien en 15 ciudades del país, existen parcialmente redes de alcantarillados sanitarios, solo 8 ciudades poseen tratamiento parcial de aguas servidas, en la mayoría de las cuales se realizan con alto grado de ineficiencia contaminando los cuerpos receptores.[139]

El Estado ha destinado sus inversiones al abastecimiento de agua fundamentalmente y en cuanto a la disposición de excretas, la mayor parte de las acciones han sido posible gracias a la actividad comunitaria mediante soluciones privadas o individuales.

El número de empleados que tiene el ICAA es de 2.705, incluyendo los funcionarios de las Municipalidades y de los Comités dedicados a esta labor. El presupuesto de la institución para el año 1990 fue de 4306 millones de colones. A octubre de 1989 tenía bajo su administración 153 sistemas de agua potable y 7 sistemas de alcantarillados sanitarios, con 272.827 y 125.200 conexiones respectivamente, para beneficiar a una población de 1.255.044 y 575.924 habitantes en forma directa. La capacidad instalada de producción asciende a 8002,9. 1/s, para satisfacer una demanda actual de 5970. 1/s. En relación con la micromedición, en el nivel nacional se ha alcanzado un 79,2% de cobertura que se pretende ampliar en el año 1990 al 100% de medición del agua. El agua suministrada durante 1988 fue potable para el 67,9% de la población, 22,4 satisfactoria a un 9,7% no potable según el propio ICAA. Como el sistema de suministro de agua se inicia en la cuenca

que recarga la fuente que la abastece, el Instituto ha dado especial atención al manejo y protección de las cuencas hidrográficas, para lo cual se constituyó un comité interinstitucional de manejo adecuado de cuencas hidrográficas.[139]

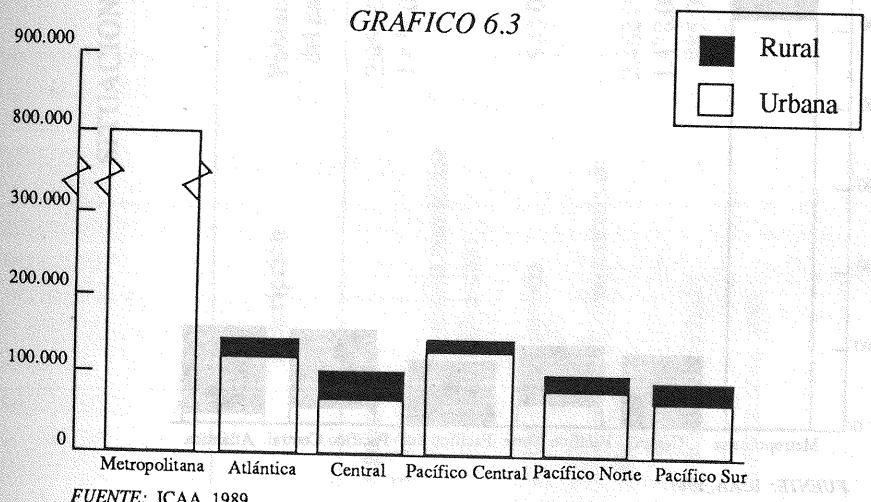
Los *Cuadros 6.1, 6.2, 6.3, 6.4, 6.5, 6.6, 6.7* y los *Gráficos 6.3 y 6.4*, son representativos por sí solos y fueron suministrados por el ICAA. En ellos se da una visión panorámica de la labor desarrollada por la Institucion, y ya explicada en parte en el texto.

CUADRO 6.1

POBLACION USUARIOS DE ICAA
ABASTECIMIENTO DE AGUA
OCTUBRE DE 1989

Región	Urbana	Rural	Total	Cobertura %
Metropolitana	751.364		751.364	100,00
Atlántica	84.143	30.240	114.383	100,00
Central	60.320	34.923	95.243	100,00
Pacífico Central	106.909	6.665	113.574	100,00
Pacífico Norte	77.487	23.874	101.361	100,00
Pacífico Sur	49.335	29.744	79.079	100,00
Total administrado directamente por ICAA	1.129.558	125.446	1.255.004	100,00
Total población nacional	1.560.951	1.362.177	2.923.128	92,50
% Atendidos por ICAA directamente	72,40	9,20	42,90	

GRAFICO 6.3



FUENTE: ICAA, 1989.

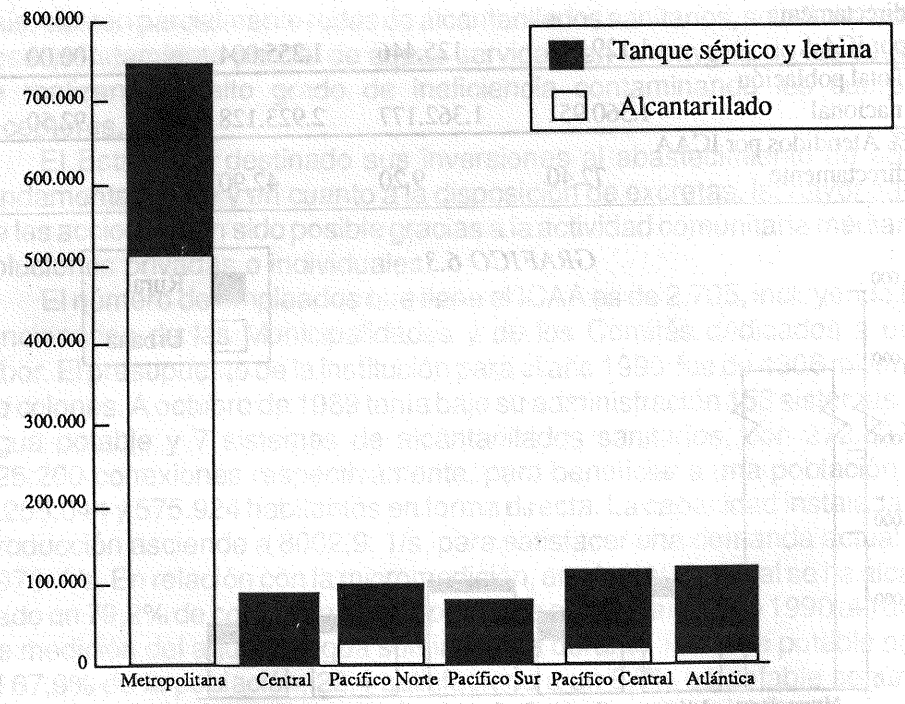
CUADRO 6.2

POBLACION USUARIOS DE ICAA ALCANTARILLADO SANITARIO OCTUBRE DE 1989

Región	Población con Alcantarillado	Población con tanque séptico individual y letrina	Total	Cobertura %
Metropolitana	519.469	231.895	756.364	100,00
Central		95.243	95.243	100,00
Pacífico Norte	22.374	78.987	101.361	100,00
Pacífico Sur	6.031	73.048	79.079	100,00
Pacífico Central	17.475	96.099	113.574	100,00
Atlántica	10.575	103.808	114.383	100,00
TOTAL	575.924	679.080	1.255.004	100,00

Nota: La totalidad de usuarios de alcantarillado sanitario se ubican en las áreas metropolitana y urbana.

GRAFICO 6.4



FUENTE: ICAA, 1989.

CUADRO 6.3

SITUACION DEL SECTOR DE AGUA POTABLE Y SANEAMIENTO 1985-1989

Descripción	1985 Población del país	1985 Población abastecida	1985 %	1989 Población del país	1989 Población abastecida	1989 %	Incremento Población del país	Incremento Población abastecida	Incremento %
Agua potable	2.462.000	2.265.040	92,00	2.940.690	2.743.664	93,30	478.690	478.624	1,30
1. Urbana	1.478.000	1.478.000	100,00	1.570.358	1.570.358	100,00	92.358	92.358	0,00
a. Con conexión domiciliar		1.448.440	98,00		1.538.951	98,00		90.511	0,00
b. Con fácil acceso		29.560	2,00		30.779	2,00		1.219	0,00
2. Rural concentrada	985.000	812.625	82,50	1.370.332	1.171.634	85,50	385.332	359.009	3,00
Alcantarillado y disposición de excretas	2.462.000	2.338.900	95,00	2.940.690	2.864.232	97,40	478.690	525.332	2,40
1. Urbana	1.478.000	1.463.220	99,00	1.570.358	1.570.358	100,00	92.358	107.138	1,00
2. Rural concetrada	985.000	881.175	89,50	1.370.332	1.292.223	94,30	385.332	411.048	4,80

FUENTE: ICAA, 1989.

CUADRO 6.4

POBLACION TOTAL CON ABASTECIMIENTO DE AGUA Y DISPOSICION DE EXCRETAS COSTA RICA 1985-1989

Año	Población Total (Hab)	Abastecimiento de agua: Población abastecida con conexión y fácil acceso	%	Alcantarillado sanitario y disposición de excretas: Población servida	%
1985	2.462.000	2.286.000	92,0	2.344.395	95,0
1986	2.715.830	2.498.564	92,0	2.589.901	95,4
1987	2.790.636	2.572.162	92,2	2.678.201	96,0
1988	2.865.812	2.652.137	92,5	2.772.329	96,7
1989	2.940.690	2.741.992	93,2	2.862.581	97,3

CUADRO 6.5

POBLACION URBANA CON ABASTECIMIENTO DE AGUA Y DISPOSICION DE EXCRETAS COSTA RICA 1985-1989

Año	Población Total (Hab)	Abastecimiento de agua: Población abastecida con conexión y fácil acceso	%	Alcantarillado sanitario y disposición de excretas: Población servida	%
1985	1.478.000	1.478.000	100,0	1.463.220	99,0
1986	1.481.200	1.481.200	100,0	1.466.388	99,0
1987	1.490.200	1.490.199	100,0	1.475.297	99,0
1988	1.530.344	1.530.344	100,0	1.530.344	100,0
1989	1.570.358	1.570.358	100,0	1.570.358	100,0

CUADRO 6.6

POBLACION RURAL CON ABASTECIMIENTO DE AGUA Y DISPOSICION DE EXCRETAS COSTA RICA 1985-1989

Año	Población Total (Hab)	Abastecimiento de agua: Población abastecida con conexión y fácil acceso	Abastecimiento de agua: %	Alcantarillado sanitario y disposición de excretas: Población servida	Alcantarillado sanitario y disposición de excretas: %
1985	985.000	812.625	82,5	881.175	89,5
1986	1.234.630	1.024.743	83,0	1.123.531	91,0
1987	1.300.436	1.081.963	83,0	1.202.904	93,0
1988	1.335.468	1.121.793	84,0	1.241.985	93,0
1989	1.370.332	1.171.634	85,5	1.292.223	94,3

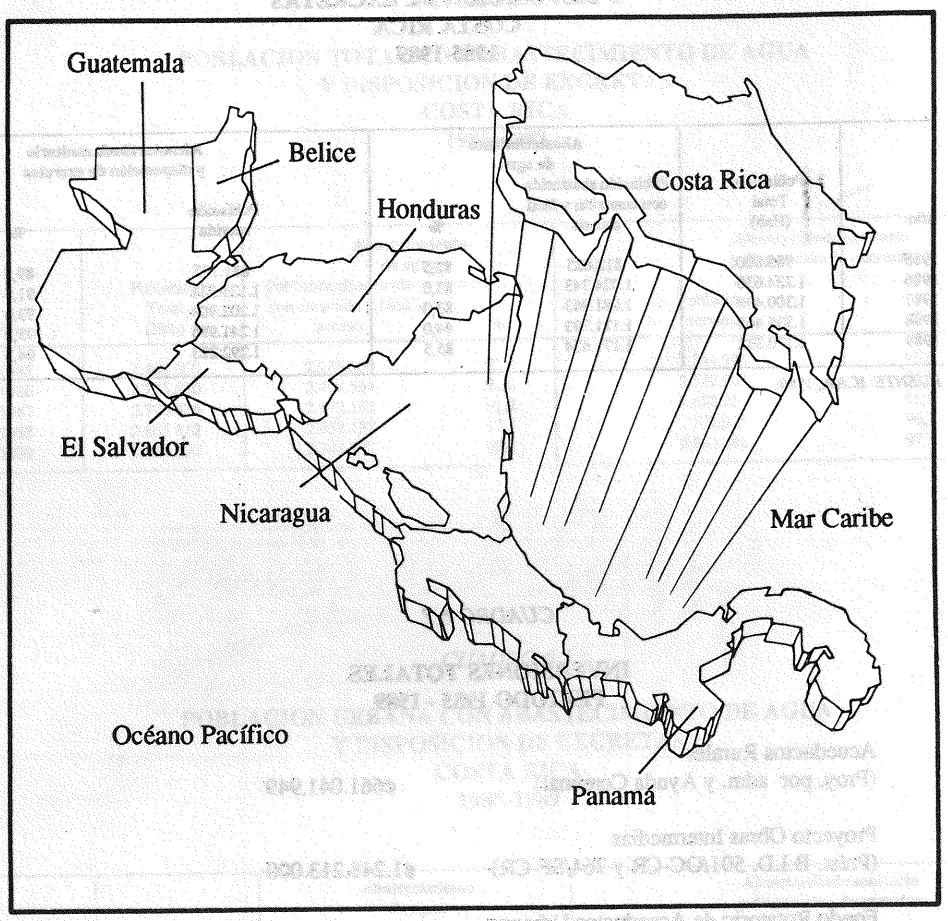
FUENTE: ICAA, 1989.

CUADRO 6.7

INVERSIONES TOTALES PERIODO 1985 - 1989

Acueductos Rurales (Proy. por adm. y Ayuda Comunal)	¢661.041.949
Proyecto Obras Intermedias (Prést. B.I.D. 501/OC-CR y 764/SF-CR)	¢1.248.213.000
Fondo Rotatorio de Acueductos Urbanos (F.R.A.U.)	¢173.000
Proyecto Orosi (Prést. Banco Mundial - CDC)	¢3.440.192.428
TOTAL DEL PERIODO 85-89	¢5.349.620.377

FUENTE: ICAA, 1989.



Ubicación de Costa Rica en Centroamérica

Capítulo 7

PERFIL DE COSTA RICA

Capítulo 7

PERFIL DE COSTA RICA

PERFIL DE COSTA RICA

7.1 INTRODUCCION

Costa Rica se encuentra ubicada en el Istmo Centroamericano entre las altitudes 08 02' y 11 13' norte y entre longitudes 82 34' y 85 58' oeste.[322] Limita al norte con la República de Nicaragua y al sur con la de Panamá. El país es flanqueado al suroeste por el Océano Pacífico y al este y al norte por el Océano Atlántico que ahí recibe el nombre de Mar Caribe. Su superficie es de 51.199 kilómetros cuadrados, tiene una anchura máxima de 275 km; una mínima de 119 km, con una longitud mayor de 484 km. La costa atlántica se extiende en una longitud de 212 km y la pacífica en 1016 km. Con Nicaragua tiene 300 km de frontera y con Panamá 362 km.[226] En una superficie tan reducida, con dos mares tan cercanos, a pocos kilómetros de los calurosos litorales (playas y llanuras costeras), existen zonas de altura, frías y con paisajes subalpinos. En razón de lo anterior, posee una gran variedad de condiciones climáticas con una muy rica vegetación y flora. El país está surcado por un sistema montañoso central orientado de noroeste a sureste que lo divide prácticamente en dos partes iguales; con un valle central y una meseta donde se sitúa la capital, San José, a 1.610 metros sobre el nivel del mar. La mayor altitud la alcanza el llamado Cerro Chirripó Grande con 3.819 metros. Las variadas condiciones climáticas y fisiográficas sustentan 12 zonas de vida ecológicas. Dos de esas zonas, la húmeda tropical y la muy húmeda tropical, comprenden la mitad del país.

Para 1977, solo quedaban 15.900 km cuadrados (31%) de los bosques, deforestación que ha aumentado al presente de manera grave y la cual se debe a la demanda de la tierra para cultivos y ganadería y en segundo lugar a la deforestación para uso de la madera. De la cantidad señalada de área que queda de bosques, 4183 km cuadrados corresponden a Parques Nacionales y a Reservas, equivalentes 2877 km cuadrados.[47] La situación de deforestación anteriormente señalada repercutirá seriamente en el

futuro, no tanto por la pérdida de la madera, como por la pérdida de la función hidrológica ya que las reservas madereras explotables ocupan cuencas colectoras de agua.

Costa Rica tiene una herpetofauna de 350 especies (sapos, tortugas, cocodrilos, etc.), una avifauna de 850 especies (guacamayos, quetzales, patos, pavos, loras, garzas, etc.), y una mastofauna de 250 especies aproximadamente (simios, felinos, ardillas, tapires (dantas), etc.)[42] La vegetación es muy rica en especies y existen más de 1200 especies de árboles, más de 1000 de orquídeas y más de 800 especies de helechos.[226]

El país es, de manera predominante, agrícola y tradicionalmente este sector ha desempeñado un papel fundamental en el desarrollo socioeconómico de Costa Rica. La agricultura justifica el 28% de la ocupación nacional, el 19% del Producto Nacional Bruto y el 74% de las entradas por exportación.[47] Los principales productos de exportación son el café, el banano, el azúcar y la carne de res; aunque en el último año, los productos no tradicionales han constituido más del 50% de las exportaciones: maquila $74.8 millones, piña $39.7 millones y pescado fresco $39.3 millones y por supuesto algunos otros no de la línea agrícola como los textiles, medicamentos $24.7 millones, plantas ornamentales 21.7 millones, etc.[9] *(Ver Cuadro 7.1)*

CUADRO 7.1

EXPORTACIONES AGROPECUARIAS *
Primer Cuatrimestre 1990

Producto	Volumen (toneladas)	Monto (miles de $)
Café	57.230.00	93.282.30
Azúcar	67.397.00	28.819.40
Cacao en Grano	231.07	190.00
Banano	391.967.00	86.624.00
Carne	5.375.40	12.421.80
Papaya	581.30	485.60
Melón	30.017.90	6.817.60
Piña	26.879.60	10.608.00
Plátanos	1.845.40	584.70
Yuca	4.407.20	2.443.00
Chayotes	2.868.00	1.669.10
Follajes	3.760.70	7.652.10
Pescado Fresco	4.814.50	13.649.10

Nota: *Datos de algunos productos.
FUENTE: Dirección General de Estadística y Censos, suministrado por la CNAA.

Nuestros principales mercados son: Estados Unidos que importó $533 millones en mercancías, siguiéndole Alemania Occidental con $183 millones, Canadá con $53 millones, Italia con $65 millones, Inglaterra con $31 millones y Japón con solo $8.3 millones.[48]

Nuestra balanza comercial señala que importamos por $1.767 millones en 1989 y exportamos por $1.319 millones. El Producto Nacional Bruto en millones de colones corrientes fue de 433.136 colones (11.825 en millones de colones de 1966). La Deuda Externa ascendía a $3.800 millones según fuentes del Banco Central.[9] El Ingreso per cápita de dólares en 1987 era de $1.610.[84]

Los bajos precios de las exportaciones tradicionales, especialmente el café que se supone llegará a ocasionarnos un ingreso menor de $100 (cien) millones en el presente año, están acentuando el déficit de la balanza de pagos, con lo cual la situación económica para los próximos años no parece prometedora y por ende la posibilidad de mayores recursos para el sector salud están en peligro, por lo que, la racionalización en los servicios es una urgente necesidad. La posibilidad de diversificación de cultivos se ha venido realizando a paso lento y es prometedora, pero para que tenga éxito en cuanto al aumento de exportación agrícola, hacen falta mercados, ayuda técnica y monetaria y un fuerte apoyo del gobierno. (Esto se dio en el período 82-86 y más intensamente en el 86-90). En 1989 se exportaron $729 millones de dólares en productos no tradicionales y $622 millones en tradicionales. El exceso de exoneraciones y la imperiosa necesidad de mantener la tendencia creciente del gasto para estimular el desarrollo e impedir el desempleo, continúa provocando el ensanchamiento de la brecha fiscal y mantiene la crisis económica vigente con los riesgos que esto significa. En 1989 hubo ingresos totales por 63.764 millones de colones y egresos por 77.850. En 1989 por primera vez la exportación de productos no tradicionales superó a los tradicionales.[9]

Nuestros gobiernos han concentrado demasiados esfuerzos en el desarrollo en todos los aspectos de nuestras ciudades, miles de millones han sido invertidos en desarrollo, construcciones y negocios en la Meseta Central, área en donde está la mayor concentración de población, por lo que aparentemente esa política pareciera correcta, aunque en cierta forma no lo es del todo como veremos más adelante.

Se ha dado gran apoyo a la industria, al comercio y recientemente a la construcción, pero desgraciadamente esta estrategia no fue acompañada de una política agropecuaria que permitiera un desarrollo urbano y rural más armónico.

Paradójicamente, en un país agrícola, ha habido un gran desenvolvimiento urbano céntrico, sin acompañarse de uno paralelo rural. Como consecuencia de ello, no solo se han encarecido los productos agrícolas, o hemos tenido que importarlos, sino que se está presentando el éxodo de los campos a las ciudades, especialmente por falta de crédito al pequeño agricultor, mal pago de sus productos, falta de fuentes de trabajo, etc.

Ante ese panorama nacional de descuido del área rural en relación con las ciudades, nuestro campesino ha buscado emigrar. Con ello han precipitado la crisis agrícola y esa emigración ha dado lugar a la aparición de las barriadas marginales periurbanas con sus problemas sociales y de salud; resultado: crisis agrícola, crisis social y finalmente de salud. *(Ver Comentario al final).*

El ejército está prohibido por la Constitución [197] y sólo se destina el 2,2% del presupuesto nacional para acciones de policía. En lo que respecta a salud, hasta 1982, se había seguido un patrón similar; construyendo numerosas clínicas y hospitales en las principales ciudades con énfasis en el aspecto curativo y no prestándole, en la misma proporción, atención a las medidas tendientes a preservar la salud y prevenir la enfermedad y con un menor apoyo al área rural; ésta es una política eminentemente pasiva que encarece los costos, al no evitar que la población se enferme.

A partir de 1982, se decidió integrar los servicios de salud Caja/ Ministerio, con énfasis en atención a la familia costarricense e incluyendo en ella a la familia campesina y bajo la estrategia de "La Atención Primaria de la Salud"; así se asimiló al indigente a los servicios médicos de la Caja. Todo ello se ha llevado a cabo a través de estos años; como resultado tenemos ahora las mejoras de los índices de salud experimentadas por el país de 1982 a 1990. Sin embargo, debemos reconocer, como ya lo hice en otra publicación anterior,[148] que en realidad los cambios se iniciaron a partir de 1970 con la aparición de la medicina rural y comunitaria, la intensificación de las campañas de inmunizaciones y la ampliación de cobertura de servicios de agua potable a toda la población.

Por el año 1978 se comenzó a presentar un debilitamiento del Mercado Común Centroamericano y un endeudamiento externo acelerado debido al clásico defecto del costarricense de consumir en exceso productos suntuarios sin producir para poder adquirirlos. A lo anterior se añadió el inicio de cobros de préstamos que muy generosamente nos habían hecho los entes financieros internacionales y la crisis del petróleo se agravó; como consecuencia de ello, apareció no solo por los factores externos ya dichos, sino por factores internos (exceso de burocracia, gastos superfluos del gobierno, etc.), una crisis económica que afectó a todos los sectores de nuestra población, la moneda nacional (el colón) se devaluó en un 320% y la inflación llegó al 81% en 1982, la tasa de desempleo abierto ascendió hasta el 9,4% y el número de familias pobres se incrementó al 53%.[258, 273] El endeudamiento externo sobrepasó la capacidad de pago del país y el servicio de esa deuda demandó usar el 50% del valor de las exportaciones y de bienes y servicios. En 1982, la deuda pública representaba el 114,5% del PIB.

Para restaurar la estabilidad económica, a partir de 1983, se aumentó la carga tributaria, incluyendo las cuotas del Seguro Social, se limitó la expansión del gasto público, se dio prioridad a la promoción de las

exportaciones, incluyendo las no tradicionales, a las cuales se les otorgaron preferencia en muchos aspectos. El ajuste requirió el aumento de precios y tarifas de bienes y servicios bajo control del Estado. Como resultado de las medidas adoptadas mejoraron los ingresos del Gobierno y los índices de inflación disminuyeron, para 1988 esta era de 25%; los salarios fueron aumentados año con año y los movimientos de huelga facilitaron que los clásicos grupos de presión, educadores, empleados de los Bancos, del INS, del ICE, los profesionales de la salud, etc., tuvieran mejores aumentos salariales que el trabajador corriente. Se observa que en la crisis son los pobres los que sufren el mayor impacto.

El Producto Interno Bruto ha reiniciado su crecimiento a 3,8% en 1988 a 5% en el 89 y la tasa de desempleo abierto se ha reducido a 5,5%. En 1981 era de 9%. La tasa de escolaridad es de 99,8%, la cual, sin embargo, disminuye a partir del III ciclo, según el censo de 1984, el analfabetismo en el país es de 6,9%. En 1987, el gasto asignado al sector educación representó casi el 20% del presupuesto nacional.

El déficit habitacional había venido creciendo a través de los últimos años, el gobierno de don Oscar Arias señala haber construido 80 mil casas o proyectos habitacionales, con lo cual el déficit ha disminuido; sin embargo, el presupuesto para ese programa fue obtenido en parte, recortando los presupuestos de los ministerios y de las instituciones autónomas. En el caso de salud, se le redujo un porcentaje importante para ese efecto (10% de su ejecución), con lo cual en realidad lo que se hizo fue "desvestir un santo para vestir otro".

Los estudios de los problemas de salud deben tener en cuenta para los efectos de protección de ésta, cuál es la ocupación habitual del trabajador costarricense. Así, tenemos que el 28% se dedica a la agricultura, el 25% a servicios sociales, comunales y personales, un 19% a comercio, hotelería y restaurantes, un 16,5% a la industria, un 5,8% a servicios básicos (electricidad, gas, agua, transportes, almacenaje, comunicaciones), un 5,24% a la construcción y finalmente un 1% a actividades no especificadas.

En cuanto a recursos energéticos, Costa Rica tiene una total dependencia de energía importada de tipo petróleo y diesel que producen el 80% de la energía que requiere el país. La fuerza hidrológica felizmente produce el 99% de la electricidad, sin embargo, ésta solo representa el 19% del consumo total de energía.[47]

El país no produce petróleo, oro y otros metales preciosos y nuestras industrias no están desarrolladas. La población consume arroz, maíz, frijoles, frutas, vegetales, trigo y carne de diversos tipos (pescado, res, cerdo y pollo), huevos y leche,[92] aunque el elevado precio de estos tres últimos productos los pone fuera del alcance de la gente pobre.

Costa Rica está dividida en 7 provincias, 81 cantones y 421 distritos. Es una República con una forma de gobierno unitario y multipartidista, está compuesta por tres poderes:

a) El Poder Ejecutivo que lo ejercen el Presidente de la República y los Ministros, que en conjunto forman el Consejo de Gobierno, dura 4 años y el Presidente no puede ser reelecto.
b) El Poder Legislativo, compuesto por 57 diputados electos también popularmente por un período de cuatro años y que forman la Asamblea Legislativa.
c) El Poder Judicial, lo ejerce la Corte Suprema de Justicia, integrada por 22 magistrados y los Tribunales de Justicia, establecido por la Ley Orgánica del Poder Judicial. Existe además el Tribunal Supremo de Elecciones, que es un órgano independiente de los Poderes, cuya atribución exclusiva es la de organizar, dirigir y supervisar los procesos electorales en el país.

El idioma oficial es el español, la religión patrocinada por el Estado es la católica aunque hay libertad de culto. La unidad monetaria es el colón con un valor U.S. $1 = 88 colones a junio 1990. Su población a 1989 era de 2.922.372 habitantes; con una densidad promedio de 56 personas por kilómetro cuadrado;[264, 273] siendo urbana el 50,3% y rural el 49,7%. La composición étnica es de, 86,8% blancos; 7,0% mestizos; negros/mulatos 2,0%; chinos 1,9%; indios 0,5% y otros 1,8%. La población se duplica cada 24 años.[84] La tasa de fecundidad tiende a declinar en los últimos años, habiendo pasado de 119 por mil en 1984 a 109 en 1988. El descenso de la natalidad y la mortalidad están conduciendo a un lento pero continuo envejecimiento de la población y la proporción de mayores de 50 años se ha ido incrementando como veremos.

La estructura de la población por edad y sexo a 1989 era: masculino el 51% = a 1.476.255/h y el femenino un 49% = 1.446.117/h para un total de 2.922.372/h en esa fecha.[32] La población por edad, se distribuía de la siguiente manera: de 0 a 4 años, 13,5%, de 5 a 14, 23%, lo que nos da un total de 0 a 15 años del 36,5% de la población (más de un millón de niños y jovencitos). De 0 a 5 años, más de 400 mil niños. De 15 a 19 años el 10,3% (286.297/h). El total de niños y jóvenes es de 1.400.000/h o sea la mitad de la población, con lo que se comprueba que Costa Rica tiene una población de gente muy joven, y estos cambios en la estructura de la población concuerdan con los que se han venido produciendo en el perfil de la morbi-mortalidad nacional, dentro de un proceso de transición epidemiológica.

7.2 INDICADORES DE SALUD

La mortalidad infantil se ha reducido de 1986 a 1989 de 17,6 por mil vivos a 13,8; *(Figura 7.1);* la mortalidad general actualmente es de 3,8 por mil. La expectativa de vida al nacer para 1989 es de 74,7. La mortalidad de niños de 1 a 4 años fue de 8,48. Han mejorado o disminuido la desnutrición

infantil, las diarreas agudas, las infecciones respiratorias y las parasitosis graves. La baja mortalidad general y la alta esperanza de vida condiciona el envejecimiento de la población, con incremento de las enfermedades crónicas y degenerativas y de todos los problemas de la tercera edad. Si bien, la cobertura con agua potable es de un 93% y la disposición adecuada de excretas llega a 94,8%, los problemas de salud ambiental comienzan a incidir en los niveles de salud y bienestar, constituyéndose en un problema de alta prioridad para el futuro inmediato. Y debe ser considerado, "problema nacional" para lograr una participación política y social de todos los ciudadanos y así presionar al gobierno y a las empresas privadas a participar activamente en la solución del mismo.

Figura 7.1

MORTALIDAD INFANTIL EN COSTA RICA 1989

De cada mil niños que nacieron el año pasado en Costa Rica, murieron 13,8 según datos del Ministerio de Salud. Esto revela una significativa disminución en relación con los años anteriores. En el año 1989 nacieron 83.460 niños y perecieron 1.149 menores de un año. Sin embargo, puede apreciarse que hay provincias con muy bajas tasas de mortalidad infantil como Heredia y Alajuela y otras con alta tasa como Limón donde también los indicadores económicos y de otro tipo son muy deficitarios.

Mortalidad Infantil en Costa Rica 1989



FUENTE: Departamento de Estadística. Dirección General de Estadística y Censos.

Como consecuencia de haber concentrado los programas de atención materno-infantil en los cantones de alta mortalidad o prioritarios, ese problema ha disminuido en ellos, mejorándose así estos índices.[225] Pero en esto, han jugado papel primordial los programas de salud rural y comunitaria del Ministerio de Salud que cubren el 60% de la población rural, que incluye a casi un 90% de la rural dispersa y al 40% de la urbana marginada. Por otra parte, la Caja Costarricense de Seguro Social ya ha alcanzado una cobertura para atención de la enfermedad de más del 95%, el 90% de los partos son atendidos en los hospitales de la Caja y todos los asegurados y casi todos los indigentes, niños y adultos reciben tratamiento médico de sus enfermedades en esa institución. Lo anterior ha influido importantemente en las mejoras de los índices de salud. Sin embargo, hay un 20% de la población ubicada en áreas dispersas de difícil acceso, con problemas críticos y muy bajos indicadores de salud, y que deben cubrirse mediante acciones de Atención Primaria permanentemente, apoyados por el Seguro Social.

Los cambios en la esperanza de vida al nacer han ocasionado modificaciones en la mortalidad y morbilidad de nuestra población, que está condicionando dificultad para atenderla adecuadamente debido a que la solución de esos problemas es compleja y costosa. Sin embargo, la mejora obtenida en la situación de la salud en Costa Rica en los últimos 20 años, es superior a lo esperado de acuerdo con las condiciones económicas nacionales, y constituye un magnífico ejemplo de lo que puede lograr un país subdesarrollado con la voluntad política de proteger de manera prioritaria a su población contra los peligros que acechan a la salud.

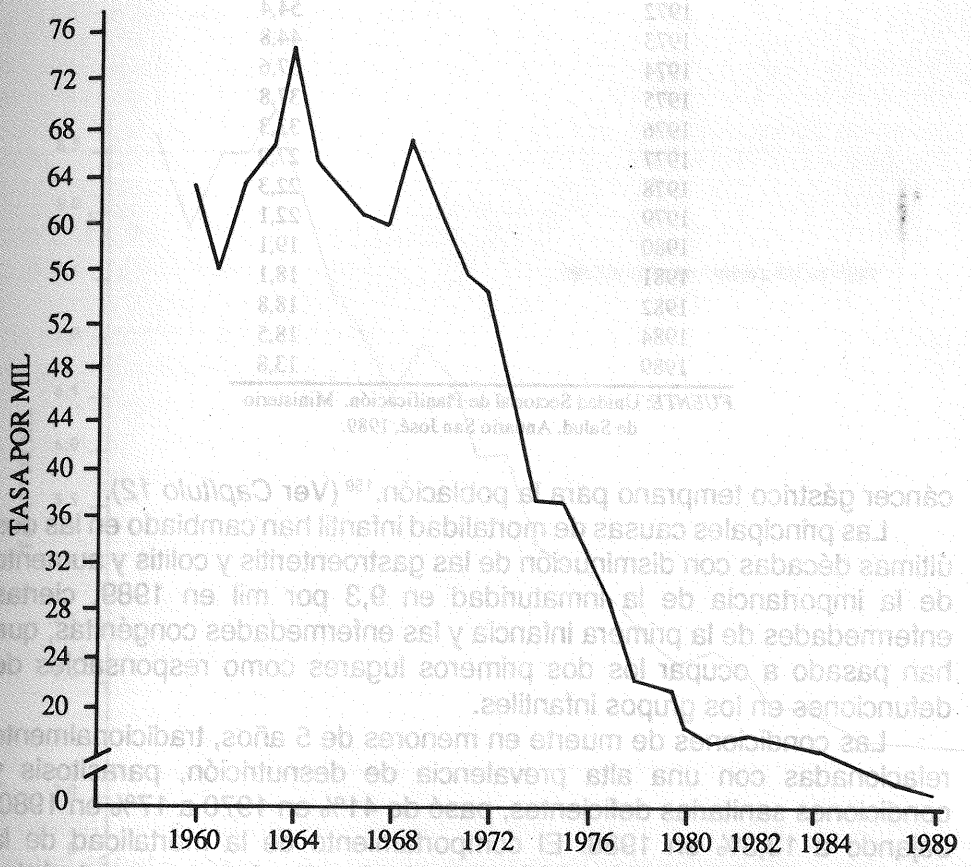
En cuanto a la tercera edad, puede decirse que el 6,2% de la población o sea 170.545 personas tienen 60 años o más y 112.536 personas, o sea el 4,1% de la población es mayor de 65 años.

Nuestros logros en el campo de la salud, nos colocan a la cabeza de los países en desarrollo, acompañados en esto solamente por Cuba y a la par de 28 de las naciones más industrializadas y ricas y con los mejores índices de salud.[343, 344]

En el lapso transcurrido de 1970 a 1990, la gastroenteritis y las parasitosis se han desplazado del segundo lugar al séptimo como causa de mortalidad general, mientras que los tumores ascendieron del tercero al segundo y los accidentes del sexto al tercero. Las enfermedades cardiovasculares se han mantenido en el primer lugar como causa de muerte desde esa fecha, correspondiendo un 50% a cardiopatías isquémicas y un 25% a accidentes cerebrovasculares. Entre los factores de riesgo que han aumentado en nuestra población para estos casos tenemos la hipertensión arterial, las hiperlipidemias, la diabetes, el tabaquismo, la obesidad y la ausencia de ejercicios. Todos ellos susceptibles de mejorar con dieta, control médico y ejercicios. El 25% de las muertes por tumor las causó el cáncer gástrico, tumor que puede ser detectado en un porcentaje de casos y curado en sus primeras etapas, si tuviéramos campañas de detección de

GRAFICO 7.1

TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL
COSTA RICA, 1960-1989



FUENTE: Estadísticas Vitales, Dirección General de Estadística y Censos. Ministerio de Economía, 1984. Información Estadística. Anuarios. Ministerio de Salud. San José, 1989 (adaptado).

CUADRO Nº 7.2

Mortalidad Infantil
Reducción relativa con respecto a 1970
Costa Rica, 1970 - 1989
(Tasas por mil)

Años	Tasas
1970	61,5
1971	56,4
1972	54,4
1973	44,8
1974	37,6
1975	37,8
1976	33,3
1977	27,9
1978	22,3
1979	22,1
1980	19,1
1981	18,1
1982	18,8
1984	18,5
1989	13,8

FUENTE: Unidad Sectorial de Planificación. Ministerio de Salud. Anuario San José. 1989.

cáncer gástrico temprano para la población.[159] (Ver *Capítulo 12).*

Las principales causas de mortalidad infantil han cambiado en las dos últimas décadas con disminución de las gastroenteritis y colitis y aumento de la importancia de la inmaturidad en 9,3 por mil en 1989, ciertas enfermedades de la primera infancia y las enfermedades congénitas, que han pasado a ocupar los dos primeros lugares como responsables de defunciones en los grupos infantiles.

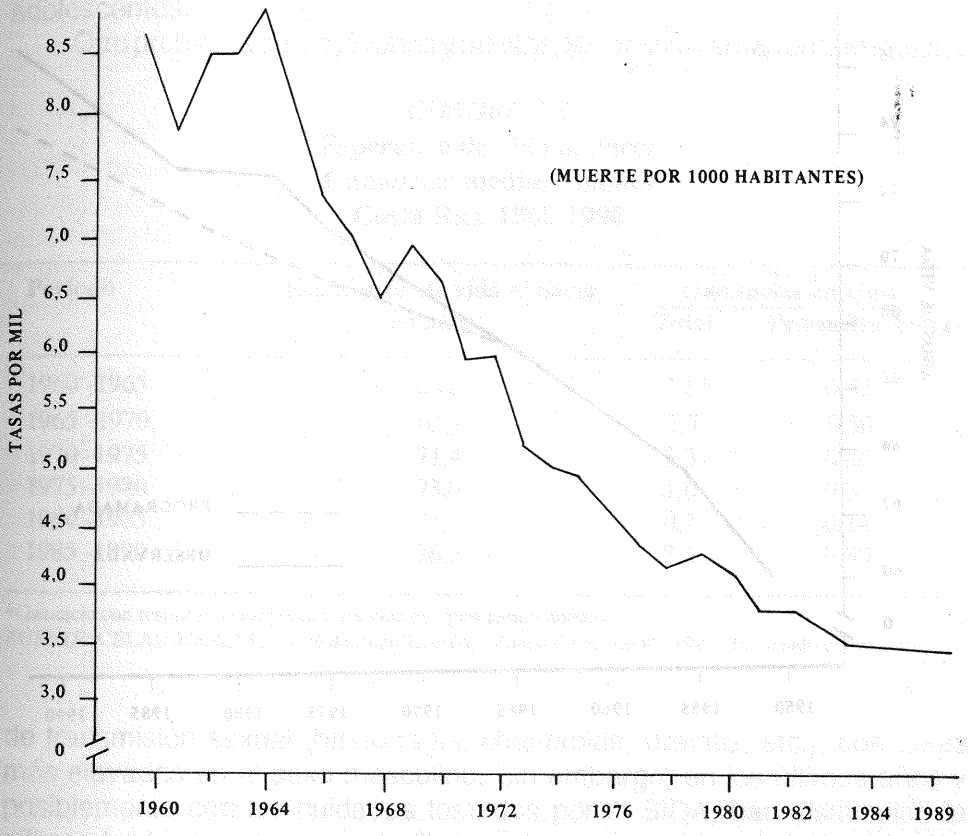
Las condiciones de muerte en menores de 5 años, tradicionalmente relacionadas con una alta prevalencia de desnutrición, parasitosis y condiciones sanitarias deficientes, pasó de 41% en 1970 a 17% en 1980, bajando a 13,3% en 1988. El comportamiento de la mortalidad de la población entre 5 y 14 años, difiere de todas las demás, ya que es la única tasa que se ha reducido de manera ininterrumpida desde 1970 pasando de 1970 a 9,0 por diez mil a 3,0 en 1985 y a 2,7 por diez mil en 1988. En este grupo ha perdido importancia la mortalidad por enfermedades diarreicas que se desplazó del tercero al noveno lugar, mientras que los tumores malignos lo hicieron en sentido inverso del quinto al segundo.[310]

El estado nutricional de la población ha tenido una evolución favorable y la desnutrición severa casi no se ve y la moderada llega a ser un 2,9% para la población menor de 5 años.

La tasa de mortalidad de 15 a 64 años descendió de 32,7 a 23,4 por diez

GRAFICO 7.2

TASAS DE MORTALIDAD GENERAL
COSTA RICA, 1960-1989

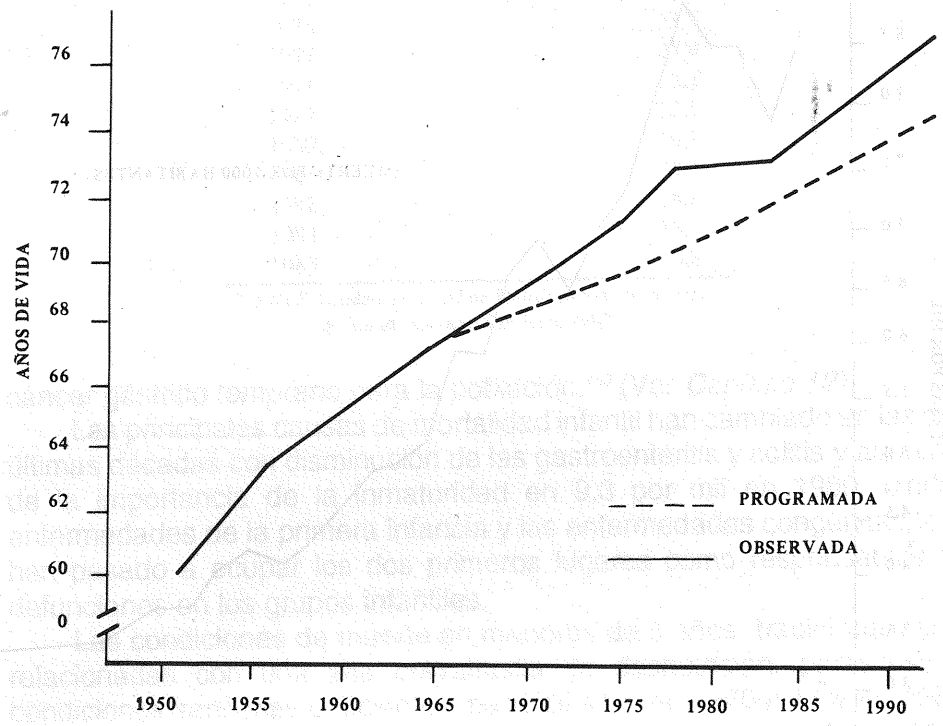


FUENTE: Anuarios Estadísticos de la Dirección General de Estadísticas y Censos
Unidad Sectorial de Planificación de la Salud.

Información Estadística Anuarios Ministerio de Salud.
San José, 1989 - (adaptado por el autor).

GRAFICO 7.3

ESPERANZA DE VIDA AL NACER OBSERVADA Y PROGRAMADA COSTA RICA, 1950-1989



FUENTE: Unidad Sectorial de Planificación de la Salud. Ministerio de Salud - 1989.

mil entre 1970 y 1980 llegando en 1988 a 19,0 por diez mil. Aquí predominan las enfermedades crónicas y degenerativas, pero los accidentes están en el primer lugar. En cuanto a defunciones por accidentes de tránsito se aprecia que han descendido de 313 en 1985 a 243 en 1989. Como esto coincide con la obligatoriedad del uso del cinturón de seguridad y esta disminución de muertes se dio entre los conductores, pues esta medida preventiva parece estar dando excelentes resultados, ver cuadro adjunto. El suicidio ha pasado del duodécimo al quinto lugar. Entre los adolescentes de 15 a 19 años uno de los principales problemas es el embarazo y sus consecuencias como el aborto, el bajo peso del niño al nacer, etc. En 1985, el 19% de los partos y abortos atendidos en el Seguro Social correspondieron a menores de 19 años. El 30% de los embarazos de alto riesgo ocurren en adolescentes y el 39% de los niños de bajo peso al nacer son hijos de adolescentes.

Otro problema de los jóvenes y adultos, lo constituyen las enfermedades

CUADRO 7.3
Esperanza de vida al nacer
Ganancias medios anuales
Costa Rica 1960-1990

Período	Esperanza de vida al nacer (en años)	Ganancias en años	
		Total	Promedio Anual
1960 -1965	65,6	2,6*	0,52
1965 -1970	68,1	2,5	0,50
1970 -1975	71,4	3,3	0,66
1975 -1980	73,0	1,6	0,32
1980 -1985	73,7	0,7	0,14
1985 -1990	76,0	2,5	0,50

*Ganancia con respecto a la esperanza de vida del quinquenio anterior.
FUENTE: CELAD-Unidad Sectorial de Planificación. Ministerio de Salud. 1989. (adaptado por el autor)

de transmisión sexual (blenorragia, chancroide, uretritis, etc.), con tasas más elevadas en el sexo masculino. Sin embargo, en los últimos años y posiblemente con los cuidados tomados por el SIDA, han disminuido la sífiles y la blenorragia. Los estudios muestran que es en esta edad entre los 15 y 19 años donde se inicia la ingesta de alcohol y la drogadicción, así como el tabaquismo verdadera droga social.

La mortalidad materna continúa alrededor de 0,2 por mil. El aborto se ha mantenido como uno de los primeros causantes de muerte para las jóvenes y en 1987, la embolia pulmonar en obstetricia fue la principal causa de muerte materna. En la población masculina entre 15 y 45 años los

traumatismos, envenenamientos y violencia fueron la principal causa de muerte, seguidos de las enfermedades del aparato circulatorio y los tumores. A partir de los 45 años el primer lugar como causa de muerte en ambos sexos son las cardiopatías y las neoplasias.

La mortalidad de 50 años y más representó en 1970, el 41,6% de la totalidad de defunciones, proporción que ascendió a 61,4% en 1980 y llegó al 68,9% en 1987. Los tres principales grandes grupos de enfermedades que causaron la muerte son el aparato circulatorio, los tumores y los problemas respiratorios, representando el 76,9% del total de defunciones en este grupo. El infarto del miocardio fue la principal causa, seguida por el cáncer del estómago y los accidentes cerebrovasculares, la bronconeumonía ocupa el quinto lugar. En este grupo de edad, se presenta la más alta cifra de consultas por habitante siendo la hipertensión arterial la principal causa de esta, le siguen las artropatías y la diabetes. Como causas de hospitalización figuran la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, las isquemias del corazón. Los tumores malignos, la diabetes mellitus y los problemas oculares, todos estos producen el 33% de los egresos del grupo.

No se han registrado casos de poliomielitis, ni difteria en los últimos veinte años y para el año 1986 parecía controlado el sarampión pero en 1986-87 se presentó una severa epidemia; no obstante, para 1988 solamente se vieron 358 casos. La hepatitis viral mantiene tasa de 159 por cien mil/h, lo que demuestra la necesidad de ampliar la cobertura con mejoramiento de la calidad del agua y las vacunas.

La malaria casi desaparecida para 1983, ha vuelto a elevarse llegando en 1987 a 883 y en el 88 a 1116, con tasa de 36 por 10.000/h. Al parecer los refugiados han sido la causa de este aumento en la incidencia de la malaria y existe el peligro de, si no se detectan oportunamente, que nuestra capacidad de atención sea sobrepasada. También ha sido necesario incrementar las campañas para así eliminar el *Aedes aegypti,* trasmisor del dengue y la fiebre amarilla, y cuyas larvas han sido detectadas en llantas y otros materiales importados usados.

El SIDA es otro de los problemas que ha afectado al país en los últimos años, en 1988 se registraron 52 casos. Se han coordinado esfuerzos entre la Caja y el Ministerio de Salud y se ha hecho una campaña preventiva que ha dado buenos resultados porque su ascenso no ha sido el esperado. Las acciones en el área educativa-preventiva son las básicas para controlar el mal y hacia ello debe encaminarse el mayor esfuerzo.

El ingreso masivo (para el tamaño del país) de refugiados procedentes de Nicaragua o de El Salvador, Honduras y Guatemala, está creando problemas a los índices de salud del país. Estas personas, de extracción campesina la mayoría, huyen de la guerra y presentan malas condiciones de salud y nutrición, tienen bajo nivel educacional y poca experiencia en trabajos calificados. Este grupo llegaba a 160.264 personas a febrero de 1988.[273] Para la atención de estos grupos se coordinó la labor del Ministerio

de Salud, la CCSS, la Cruz Roja, la Dirección General de Refugiados (DIGEPARE) y se contó con el apoyo económico del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) y la participación de Socorro Internacional. Después de dos años y medio de control, los resultados muestran cambios significativos en las condiciones de vida y salud de estas personas. La tasa de mortalidad infantil que fue de 57,0 por mil en 1986 se redujo a 23,7 en 1987 y a 15,4 en 1988. La desnutrición severa se redujo en un 83% y la moderada en un 68%. El problema es que los refugiados son un riesgo para nuestra población, ya que ellos sufren de enfermedades "ya controladas" en el país como son: la malaria, la tuberculosis, el dengue, las parasitosis múltiples, la tosferina, etc., que se agravan no solo por sus bajos niveles educativos sino por los malos hábitos higiénicos que poseen, pudiendo por ello ser fuentes de contagio.

7.3 CAUSAS QUE INCIDIERON EN LAS MEJORAS DE SALUD

Se puede apreciar que como resultado de una serie de medidas y acciones que se han realizado en Costa Rica de 1928 a 1990, la salud general de la población ha mejorado hasta el punto de mostrar indicadores en muchos aspectos similares a los países desarrollados. La baja mortalidad infantil y general y la elevada esperanza de vida de un país como el nuestro, inmerso en un istmo en crisis social, económica y militar y con pésimas condiciones de salud de los países que lo componen, obligan a preguntarse ¿cómo ha logrado una nación pobre como Costa Rica obtener esos índices? y ¿mediante qué mecanismos los ha sostenido?

La posible respuesta a esto se encuentra en los antecedentes del país. En el inicio de la década de los treinta, el problema de la salud se centraba en la alta mortalidad y morbilidad infantiles, condicionadas en parte por la pobreza y la ignorancia que afectaban a importantes sectores de la población y por la ausencia de orientaciones definidas en las políticas de salud del país. Esta situación mejoró gracias a la realización de acciones concretas en las estrategias de salud del país dentro de un contexto de mejoras económicas y sociales que se iniciaron en 1960 y perduraron hasta 1980. Algunos de los factores determinantes fueron, el incremento de la alfabetización, hasta un 90% antes del 80 y el crecimiento del producto interno bruto, asociado a los precios elevados en ese entonces, en el mercado internacional para las exportaciones tradicionales del país (café, cacao, banano, azúcar y carne). Este grado de bonanza económica aceleró el desarrollo y permitió impulsar diversas acciones en el campo de la salud, con lo cual, se corrigieron muchos de los problemas existentes anteriormente. Pero al analizar los buenos resultados logrados al presente con solo lo relatado, no se explica claramente cómo se pudieron obtener estos en una nación que posee: un mercado internacional de productos agrícolas

inestables que cambia constantemente (ahora estamos en crisis con caída grave de los precios del café), que tiene una industria mínima y que además para rematar no posee recursos del tipo petróleo del cual depende el 80% de la energía que consume el país.

Entonces para que este pobre país se haya podido presentar ante la Comunidad Mundial como ejemplar dentro del campo de la salud y que incluso sea utilizado como una comunidad educativa en esta área, debemos añadir que:

a) Hay, como ya se dijo, una amplia difusión de la educación con un índice de alfabetización de 95% y gran cantidad de Colegios y Universidades, y que todos los sectores tienen gratuitamente acceso a ella.

b) Somos una democracia estable, basada en la alternabilidad del poder de nuestros partidos políticos.

c) Hay tolerancia a todo tipo de ideologías y la madurez política de nuestro pueblo es muy avanzada en especial si lo relacionamos con nuestro subdesarrollo económico.

d) Recientemente festejamos cien años de democracia, siendo el único país en América Latina que puede hacer esta celebración.

e) Nuestro país, jamás ha atacado a otras naciones, y después de la colonización española nunca volvió a ser ocupado por algún país extranjero. Los cambios posteriores a las elecciones en el gobierno, son seguidos por el reemplazo de la mayoría de los miembros de las fuerzas de policía y sus jefes, con lo cual no se entroniza una "casta" militar como sí ha sucedido en las naciones vecinas. Usualmente los directores de la policía son civiles incluso sin entrenamiento militar.

f) Probablemente constituimos una excepción en el mundo al no tener ejército, el cual se proscribió por Ley en el año 1949 a sugerencia de don José Figueres Ferrer. Esto pudo ser considerado una temeridad viviendo en un área geográfica con países en plena guerra; sin embargo, dio resultados, por lo menos hasta el presente. Lo anterior ha hecho que no realicemos gastos en armas y soldados, así los presupuestos pueden ser empleados en acciones sociales. Nos enorgullecemos en señalar que tenemos más maestros y empleados del sector salud y seguridad social que policía en proporción de 6/1 en ambos casos.

g) El país ha sido siempre un pionero en sostener los derechos humanos y Costa Rica fue el primer país de América en abolir la pena de muerte en 1882 y nunca más fue reestablecida.[197] Las mujeres adquirieron el derecho al voto en 1949; a la fecha, hemos tenido diputadas, ministras y vicepresidentas de la República.

Si a lo anterior agregamos que nuestros gobiernos, en una acertada decisión, dedicaron parte muy importante del presupuesto nacional para la educación, la salud y la seguridad social, con mínima fracción para las acciones policíacas como ya vimos, es posible entonces ir comprendiendo el porqué de esos resultados obtenidos. De hecho se puede decir que tenemos una tradición en el gobierno para realizar reformas sociales en beneficio del pueblo que cristalizó en su primera etapa en el período de 1941-1944 cuando Rafael Angel Calderón Guardia, entonces Presidente de la República, decidió reabrir la Universidad, creó el Seguro Social, las Garantías Sociales y promulgó el Código de Trabajo.

Antes de 1941, nuestros hospitales carecían de todo tipo de recursos, pues sus presupuestos eran pobres, ya que funcionaban amparados principalmente al concepto de caridad, la cual no alcanzaba a proporcionar lo indispensable debido a una necesidad creciente de servicios.

Posterior a 1948, el Estado asumió una activa intervención del desarrollo económico y social del país; consolidó el Seguro Social hasta llevarlo a su universalización, aumentó los presupuestos universitarios y se crearon otras universidades e institutos. Nacionalizó los Bancos y creó el Banco Central. Fundó y desarrolló el Instituto Costarricense de Electricidad (ICE), el Servicio Nacional de Acueductos y Alcantarillados (AyA), el Instituto Nacional de la Vivienda (INVU), el Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS), Asignaciones Familiares y Desarrollo Social, etc. Se buscaba con esto descentralizar las acciones del gobierno, dotar de recursos a esas instituciones para que cumplieran sus objetivos y dar autonomía para realizar sus programas.

De acuerdo con lo anterior, considero que es posible aceptar la tesis de que, la salud de un país depende más de la política social de los gobiernos, que del nivel de desarrollo económico que poseen. Por lo menos, eso ha sido una realidad en esta pequeña y pobre nación.

Es razonable pensar que la riqueza de un país está más que en su tierra, primordialmente en sus "hombres", así como en la organización social que se han impuesto y en los resultados que de ello se derivan.

Para apoyar lo anterior deseo recordar al Japón, típico ejemplo de eso. Con su riqueza basada en su organización social y en el esfuerzo colectivo; con una tierra escasa y carente de recursos energéticos, han alcanzado, gracias al esfuerzo y sacrificio en conjunto, superar una guerra y hasta un cataclismo nuclear, llegando a hacer de la tecnología un arte y del comercio casi una religión. Con ello lograron convertirse en el tercer país más poderoso de la tierra, desde el punto de vista industrial y comercial.

Por supuesto no debemos ser tan pretensiosos en compararnos al Japón, nos separa un milenio de cultura, tradición y organización social, pero para nuestro medio y área geográfica a pesar de nuestro escaso desarrollo económico y nuestros numerosos defectos, no somos un pueblo subdesarrollado espiritualmente. Prueba de ello, es que hemos creado una

CUADROS QUE MUESTRAN LO ACONTECIDO EN SALUD EN COSTA RICA EN LOS ULTIMOS 60 AÑOS

CUADRO 7.4

MORTALIDAD GENERAL

	1928	1937	1970	1983	1989
No.DE CASOS	11.332	11.032	12.000	9.432	11.273
POR 1000/ HABITANTES	23,2	18,2	6,6	3,9	3,8
POBLACION TOTAL DEL PAIS/h	492.541/h	606.581/h	1.727.367/h	2.435.000	2.780.000/h

CUADRO 7.5

MORTALIDAD INFANTIL (0 A 1 AÑO) TASA POR MIL NACIDOS VIVOS

1928	1937	1970	1984	1989
166	141	61,5	18,4	13,6

CUADRO 7.6

ESPERANZA DE VIDA AL NACER

AÑO	1950	1960	1970	1984	1989
EDAD EN AÑOS (PROMEDIO)	56	65	71	73,5	75

FUENTE: Adaptado por el autor de diversas proyecciones de CELADE, Dirección General de Estadísticas y Censos y Unidad de Planificación del Ministerio de Salud. 1990.

J. Jaramillo A.

serie de instituciones y programas de bienestar social, algunos de los cuales ya enumeramos, que están ampliamente extendidos y consolidados y que nos han aportado notables indicadores en el campo de la educación, la seguridad social, el bienestar general, la salud y la política, con los cuales hemos logrado mayor justicia social y sostener esta democracia y la paz que disfrutamos.

Posiblemente, la labor desarrollada por esas instituciones y programas han contribuido a hacer la diferencia con otros países del área. El hecho de que existe una relativa homogeneidad étnica, cultural y socioeconómica tal vez ha impedido la aparición de la lucha de clases que en Centroamérica se ha manifestado en forma de guerrilla y que ha destruido la economía y la paz en esas naciones.

Continuando con los mecanismos que nos ayudaron a consolidar los índices de salud diremos que con recursos propios y préstamos externos se realizó un amplio programa de acueductos urbanos y rurales, así como campañas de vacunación y actividades regulares de inmunización permanente en todo el país. También se crearon los programas de salud rural y comunitaria, con muchos componentes de atención primaria que luego fueron adaptados a las premisas dadas por la OPS/OMS para estos programas. El Seguro Social extendió la cobertura de servicios con la construcción de hospitales y clínicas por todo el país universalizando, prácticamente, la atención médica y finalmente se logró que la población urbana y la rural contaran con agua potable y servicios de evacuación de excretas en porcentajes superiores al 90% y 80% respectivamente. El Cuadro 7.7 muestra los gastos en salud realizados por habitante y por año desde 1937 a 1989.

Costa Rica no escapó a la crisis energética mundial, a ello se sumaron los altos costos de los servicios hospitalarios debido a su gran dependencia tecnológica en equipos, materiales y medicamentos, procedentes del exterior, y que tenían que obtenerse con divisas escasas y cada día más costosas; hubo necesidad de crear una política restrictiva por varios años en cuanto a nombramiento de personal y compra de equipos, para consolidar nuevamente los recursos económicos de la Caja del Seguro Social y como consecuencia de ello en los últimos años la calidad de los servicios médicos (no así los de salud) se ha deteriorado, lo que ha motivado quejas de los usuarios y los médicos; ante esta situación la institución requerirá definir prioridades para poder soportar los gastos que estas mejoras demandan. (Ver *Capítulo del Seguro Social).*[257, 258]

La pérdida del poder adquisitivo de nuestra moneda y los precios inflacionarios conllevan el descenso del nivel de vida de la población y generan pobreza, con lo cual se podría favorecer la aparición de enfermedades trasmisibles ya controladas y la desnutrición infantil. Además, aunque los presupuestos de salud han crecido, se han destinado sobre todo a aumentos salariales, de modo que las partidas correspondientes a los servicios son proporcionalmente menores que en los años anteriores,

CUADRO 7.7

GASTOS EN SALUD QUE REALIZA EL ESTADO POR HABITANTES POR AÑO (EN COLONES)

1937	1986	1989
¢ 6.6	¢6.000.00	¢11.000.00

GASTOS EN SERVICIOS DE SALUD

1937	1986	1989
4 millones	16 mil millones	40 mil millones

PORCENTAJE DEL PIB GASTADO EN SALUD

%

1979	1982	1985	1989
7,4	5,6	6,9	6,8

CAMAS POR 1000 HABITANTES

1960	1970	1985	1989
5,4	3,9	2,9	2,6

CAMAS DE NIÑOS EN SAN JOSE

AÑO	1974	1979	1987
No. CAMAS	677	650	408
INDICE DE OCUPACION	64%	70%	82%

FUENTE: Adaptado por el autor del Boletín Salud del Ministerio de Salud y de Publicaciones del Ministerio de Salud. CCSS, Dirección General de Estadísticas y Censos y Unidad Sectorial de Planificacióndel M.S. 1990.

J. Jaramillo A.

mientras que la demanda de estos servicios se incrementa a medida que crece la población.[159] (Ver *Cuadro 7.12* de pobreza en Latinoamérica al final).

De acuerdo con estas consideraciones, se creyó necesario realizar un cambio en la organización y funcionamiento de los servicios de salud del país y se decidió crear un sistema de prestación de servicios preventivos y asistenciales equilibrado en cuanto a alcances y recursos, y en el cual las instituciones participantes fueran integrando progresivamente sus acciones en un solo Plan Nacional de Salud. Este sistema pretende obtener una mejor utilización de los recursos disponibles, mediante prioridades definidas, evitando duplicaciones que afectan los costos de operación y encarecen los servicios. Y gracias a la "Integración de Servicios de Salud" Caja/Ministerio, se ha conseguido alcanzar prácticamente la cobertura universal en salud para el país en 1990.

El Ministerio de Salud es el responsable de las acciones de promoción de la salud y prevención de las enfermedades y lucha contra la contaminación ambiental. La Caja de Seguro Social da servicios de atención de la enfermedad y maternidad a toda la población, y apoya con diversas medidas la educación para la salud y la prevención. Además posee un régimen de pensiones para todos los trabajadores y administra un fondo de pensiones para los indigentes. El Instituto Nacional de Seguros se encarga de los accidentes de trabajo, tránsito, y del pago de indemnizaciones para los accidentados, etc., y el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (AyA), del suministro de agua potable y servicios de alcantarillado a toda la población. Las Universidades deben participar con la formación de los recursos humanos necesarios para el sector.

Se consideró que el sistema de servicios que requiere el país no debe orientarse ya a la construcción de hospitales para la curación de enfermos, sino que debe tender a la creación de una infraestructura que, primordialmente, se dedique a prevenir la enfermedad, a fortalecer la salud y en general a proporcionar los servicios de manera más sencilla pero no menos eficaz, sin que eso signifique minimizar la importancia de las acciones curativas que siempre son necesarias y ocupan lugar preferente en la prestación de los servicios del Seguro Social.

Desde 1983 a la fecha se han tomado diversas medidas y estrategias para ir creando y consolidando el "Sistema Nacional de Salud" que el país necesita, y que para llevarse a efecto requiere que las siguientes acciones estén funcionando armónicamente:

a) que el Sector Salud opere adecuadamente,
b) que la integración de Servicios sea finalizada,
c) que las actividades de salud tengan en todas las instituciones una orientación integral o sea, que sus actividades abarquen, la promoción de la salud, la prevención, la reparación, la rehabilitación y la investigación aplicada,

d) que las estrategias de "Atención Primaria" clave para atender la población rural y urbana marginada sea reforzada,
e) que los "SILOS" o Sistemas Locales de Salud de reciente creación (1988) y cuya función es fortalecer la capacidad resolutiva de las unidades en el nivel local y de la articulación de ellas, puedan funcionar adecuadamente,
f) que se pueda llegar a una descentralización y desconcentración efectivas,
g) y que, la participación comunitaria sea incrementada adecuadamente.

(Para ampliar conocimientos en este tema ver los capítulos de Sistema Nacional de Salud, SILOS. Desconcentración y Descentralización y Participación Comunitaria).

CAUSAS QUE INCIDIERON EN LAS MEJORAS DE SALUD

A mi entender, las causas principales y directas que incidieron en las mejoras de la salud del pueblo costarricense serían las siguientes:

a) *El factor educativo:* La educación del pueblo a partir de la alfabetización, y la escolaridad primaria y secundaria para los padres, facilita entender los problemas de cuidados de la salud del niño pequeño, del joven y de sí mismos. En 1990 el índice de alfabetización alcanzaba el 94% y existían 4100 centros de enseñanza pública, 600 mil estudiantes de primaria y secundaria y 60 mil jóvenes cursan la educación superior.
b) *Mínimo pero suficiente desarrollo económico y social obtenido por la mayoría de la población:* trabajo, alimentación adecuada, casa, caminos, electrificación, diversión.
c) *Programas de atención primaria:* educación para la salud, prevención, vacunación, agua potable, letrinas, control de enfermedades endémicas en áreas (hepatitis, malaria, parasitosis, etc.).
d) *Programas de soporte alimentario - (CEN-CINAI-Comedores Escolares) educación para nutrición.*
e) *Generalización del Programa Nacional de Acueductos Urbanos y Rurales del ICAA:* Agua potable para toda la población, sistemas de cloacas y excretas en ciudades y área rural.
f) *Recuperación de la salud perdida. Universalización de los servicios de atención médica de la CCSS:* Integración de servicios Caja/ Ministerio e incorporación del indigente a los servicios de enfermedad y maternidad de la Caja. Atención de emergencias en el nivel nacional, incremento en la atención prenatal, *trans* y *post partum* para todas las embarazadas, etc.
g) *Control de la natalidad.*

Creemos que es muy difícil fijar porcentajes para tratar de ver la importancia de cada acción en proporcionar salud a la población del país. De hecho es especulativo darle expresión numérica a cada fenómeno, ya que en el éxito de cada estrategia hay una serie de imponderables imposibles de predecir y mucho menos de evaluar pues suelen incluso interrelacionarse.

7.4 PRODUCCION DE SERVICIOS*

En 1970, se produjeron 192.746 egresos hospitalarios, equivalente a 110 egresos por cada mil habitantes; el 18% en hospitales de la CCSS, el 75,2% en los del Ministerio de Salud y el 6,3% en los privados. En 1987, los egresos ascendieron a 313.871 de los cuales, la Caja atendió en sus hospitales el 96,3% (en diciembre de 1984 se trasladó el hospital de San Ramón al Seguro Social, y con ello todo el sistema hospitalario nacional quedó en manos de esa institución), el sistema privado de clínicas atendió el 3,7%. Se tuvo una tasa de 112 egresos por mil habitantes y una estancia promedio de 6 días, la cual varió desde 2,2 días en obstetricia a 10 días en medicina. (Para ampliar el conocimiento del tema, se sugiere ver el capítulo del Seguro Social).

En cuanto a consultas médicas, en 1970, el 64,5% del total, fueron dadas por la CCSS, el 32,8% en los establecimientos del Ministerio de Salud y el 2,7% privadamente. Se dieron en ese año 2 consultas por habitante por año. En 1987, el 72% de las consultas se llevaron a cabo en las clínicas y hospitales de la Caja, 10% la Medicina privada, 8% el Ministerio de Salud, 6% la medicina de empresa, el INS dio el 3% y la medicina mixta el 1%.

7.5 CAPACIDAD INSTALADA DEL SECTOR*

En 1970, el país contaba con 51 establecimientos con camas y 348 sin camas. De los hospitales, el 80% pertenecían al Ministerio de Salud, el 8% a la Caja, y el 12% a entidades privadas. De los establecimientos sin camas el 80,5% eran del Ministerio y el 19,5% de la CCSS. Todo esto cambió con el traspaso de los hospitales de las Juntas de Protección Social a la Caja y la construcción de una red de clínicas y hospitales por la CCSS para poder universalizarse, así como nuevas construcciones del Ministerio. En 1989, el país cuenta con 1956 establecimientos de los cuales, 1669 son del Ministerio, 578 (35%) llamados CEN y CINAI y destinados a programas de atención integral y nutrición del niño pequeño; 140 (8%) a los programas de odontología sanitaria y 951 (57%) a atención integral de los cuales: 494 (52%) corresponden a Puestos de Salud, 325 (34%) a Areas de Salud

---

* *FUENTE:* OPS 273; CCSS 32; Ministerio de Salud 214 y Dr. Lenín Sáenz 309, 310.

Comunitaria, 93 (10%) a Centros de Salud y 39 (4%) a Unidades Móviles de atención médica.

Por otro lado, la CCSS cuenta con 29 hospitales; 9 (31%) de nivel nacional, 6 (21%) de nivel regional y 14[48] de nivel periférico. Hay 237 clínicas de consulta externa, de las cuales 182 (77%) son de tipo I (107 de visita médica periódica); 36 (14%) son de tipo II; 13 (5%) de tipo III y 12 (4%) de tipo IV. El INS dispone de los dispensarios médicos, 1 consultorio central y 1 centro de rehabilitación. Las tres clínicas privadas (Bíblica, Católica y Santa Rita) tienen consulta externa e internamientos. Hay otras pequeñas clínicas con un número insignificante de camas que no han sido tomadas en cuenta.

En 1970 el país dispuso de 7008 camas (4/mil/h), de las cuales 2,2 estaban destinadas a la población menor de 12 años. El 70% eran de corta estancia y el resto de larga permanencia. El 81% correspondía a establecimientos del Ministerio, 15% a la Caja y 4% eran privadas. En 1987, el número total de camas había disminuido a 7173 (2,6/mil/h), de las cuales estaban asignadas a menores de 12 años el 1,3 por mil. El 74% era de corta estancia. Ahora se invirtieron los papeles, el 3% correspondía al Ministerio y en cambio el 95% a la Caja, el 2% restante a entidades privadas.

El "Sistema Integrado de Mantenimiento de Servicios de Salud" ha señalado que el 70% estaba en buenas condiciones físicas, un 15% tienen deterioro leve y otro 15% alto deterioro y requieren reparaciones y ampliaciones urgentes.

7.6 OTROS SERVICIOS

En 1988, el país contaba con 127 farmacias en el sector público y 304 en el privado; 119 laboratorios clínicos, 16 laboratorios especializados, 27 bancos de sangre y 38 servicios de radiología distribuidos en diversas instituciones del sector público. Se disponía de 227 equipos de radiología de los cuales el 61% operaba normalmente y los restantes en forma irregular o inactivos. En cuanto a laboratorios clínicos de 1604 equipos solamente el 60% estaba en condiciones normales.

En 1987, la Caja despachó un total de 21.528.195 medicamentos; el 70% en la consulta externa, 9% a pacientes hospitalizados y 10% en los servicios de urgencias. Se realizaron 11.622.299 exámenes de laboratorio clínico, 49% en la consulta externa, 35% para los servicios de hospitalización y 7% para los de urgencias. Ese mismo año, la institución efectuó 629.129 estudios radiológicos; 38% en la consulta externa, 21% en los servicios de hospitalización y 29% en urgencias. Los bancos de sangre suministraron material para transfundir a 27.334 enfermos, 2% en la consulta externa, 93% en los servicios de hospitalización y 5% en los de urgencias.

El Ministerio de Salud ha registrado y autorizado el uso comercial de 4500 productos farmacéuticos; desde 1982, el país cuenta con un formulario

CUADRO 7.8

ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE ATENCION HOSPITALARIA, AMBULATORIA E INTRADOMICILIARIA, POR TIPO, REGION E INSTITUCION AÑO 1989 – (Cifras Absolutas y Relativas)

Tipo de establecimiento	Total		Regiones											
			Central Sur		Central Norte		Huetar Norte		Chorotega		H. Atlántica		Brunca	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Total de Establecimientos	1.862	100	538	28,9	404	21,7	136	7,3	377	20,2	177	9,5	230	12,4
MINISTERIO DE SALUD														
Centros de Salud	93	100	28	30,1	31	33,3	4	4,3	15	16,1	5	5,4	10	10,8
Unidades móviles médicas	39	100	7	18,0	5	12,8	5	12,8	8	20,5	7	18,0	7	18,0
Puestos de Salud Rural	494	100	88	17,8	83	16,8	64	13,0	111	22,5	60	12,1	88	17,8
Areas Salud Comunitaria	325	100	127	39,1	92	28,3	7	2,2	58	17,8	19	5,8	22	6,8
Total Establecimientos de Nutrición	578	100	168	29,1	111	19,2	30	5,2	136	23,5	56	9,7	77	13,3
CEN y CENCE	521	100	141	27,0	98	18,8	28	5,4	125	24,0	55	10,6	74	14,2
CINAI	57	100	27	47,4	13	22,8	2	3,5	11	19,3	1	1,7	3	5,3
Total Establecimientos de Odont.	140	100	58	41,4	40	28,6	6	4,3	17	12,1	8	5,7	11	7,9
Clínica Dental Centro Salud	18	100	7	38,9	6	33,3	–	–	4	22,2	1	5,6	–	–
Clínicas Escolares	62	100	38	61,3	20	32,3	2	3,2	–	–	1	1,6	1	1,6
Clínicas Colegiales	6	100	1	16,7	4	66,6	–	–	1	16,7	–	–	–	–
Unidades Móviles Ondontológicas	54	100	12	22,2	10	18,5	4	7,4	12	22,2	6	11,1	10	18,5
Total Establecimientos M. S.	1.669	100	476	28,5	362	21,7	116	7,0	345	20,6	155	9,3	215	12,9

Continúa en la siguiente página

Continuación del Cuadro 7.8.

Tipo de establecimiento	Total		Regiones											
			Central Sur		Central Norte		Huetar Norte		Chorotega		H. Atlántica		Brunca	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL														
Clínicas	143	100	49	34,2	28	19,6	16	11,2	26	18,2	15	10,5	9	6,3
Hospitales	29	100	8	27,6	8	27,6	2	6,9	4	13,8	2	6,9	5	17,2
Total Establecimientos C.C.S.S.	172	100	57	33,1	36	21,0	18	10,5	30	17,4	17	9,9	14	8,1
CLINICAS PRIVADAS	3	100	2	66,7	1	33,3	–	–	–	–	–	–	–	–
INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS														
Consulta Central	1	100	–	–	1	100,0	–	–	–	–	–	–	–	–
Centro de Rehabilitación	1	100	–	–	1	100,0	–	–	–	–	–	–	–	–
Dispensarios Médicos	16	100	3	18,8	3	18,8	2	12,5	2	12,5	5	31,2	1	6,2
Total Establecimientos INS	18	100	3	16,7	5	27,8	2	11,1	2	11,1	5	27,8	1	5,5

FUENTE: Departamento de Estadística.
Memoria Ministerio de Salud, 1988.

nacional de medicamentos obligatorio para el sector público, el cual contiene 360 productos. Se gastan en medicinas en el sector público, $30 millones de dólares (1987) de los cuales, el 90% los compra la CCSS. El gasto estimado en medicamentos en el nivel de las farmacias privadas ascendió a otros 30 millones de dólares.

El país cuenta con 15 laboratorios de producción de medicamentos, incluyendo tres internacionales, pese a ello se importa el 60% de estos productos.

7.7 INGRESOS DEL SECTOR

Provienen del presupuesto nacional, las cuotas de la CCSS, el porcentaje que Asignaciones Familiares da al Ministerio de Salud y Educación; los ingresos del Consejo Técnico de Asistencia (Lotería Nacional). Recaudación por servicios, contribuciones y fuentes varias.

En el año 1970, la participación del gasto en salud en el PIB era de 5,1% y ascendió a 7,9% en 1980, descendió al 5,6% en 1982, para luego recuperarse lenta y progresivamente hasta llegar al 6,8% en 1988. En relación con el gasto total del sector, al Seguro Social, le correspondió el 69,6%. Al Ministerio de Salud el 14,3%, al ICAA el 14,3% y al INS el 1,8% (gastos realizados en la prestación de servicios de salud).

En el Seguro Social, el crecimiento de los gastos tiende a elevarse en la consulta externa, desviación intencionada hacia los nuevos modelos de atención. (Capacitación, Cooperativización, Medicina de Empresa, etc.), según señala la institución.

CUADRO 7.9

PORCENTAJE DEL PIB GASTADO EN SALUD

Años	Porcentaje
1978	6,4
1979	7,4
1980	7,9
1981	6,9
1982	5,6
1983	6,0
1984	6,7
1985	6,9
1986	7,0
1988	6,8

FUENTE: Unidad Sectorial de Planificación, Ministerio de Salud.
Logros de una Política. Lenin Sáenz J., 1989.

7.8 RECURSOS HUMANOS

Uno de los más serios obstáculos para dar buenos servicios, es la falta de personal ya no solo en el nivel institucional sino incluso en el mercado laboral. Hay un severo déficit de enfermeras profesionales, auxiliares de enfermería, algunas ramas técnicas y especialidades médicas. Le cabe el máximo de responsabilidad en esta falla a la CCSS, debido a que siendo el mayor empleador de trabajadores de salud, no ha resuelto esta necesidad adecuadamente.

La formación y capacitación de recursos humanos en el Sector Salud no se ha basado en una planificación apropiada y coordinada, que logre estimular a los estudiantes a ingresar en carreras del área de salud; lo anterior debido a los malos salarios existentes hasta hace poco tiempo (fueron elevados como productos de movimientos de presión y laudos arbitrales, pero no por decisión propia de la institución), lo pesado de la labor en especial en el nivel hospitalario con guardias en horarios no tradicionales y finalmente con la gran responsabilidad que afecta a las profesiones de medicina y que incide en el aumento de demandas de *mala praxis.* Todo esto no resulta estimulante y más bien es negativo para que los jóvenes costarricenses se sientan atraídos por carreras en esta área de servicios de la Universidad.

Tampoco ha habido planificación para producir un equilibrio entre las necesidades y el número de profesionales que se forman, de tal manera que se pueda garantizar un puesto y un salario a los graduados, y finalmente aún necesitándose un numeroso personal, no ha sido posible contratar el existente de manera formal (en propiedad), ya que las restricciones de la Autoridad Presupuestaria y la aceptación de esta imposición por parte de la Caja, ha creado un clima de déficit e incertidumbre muy serio, que se acompaña de gastos muy elevados por horas extra, superiores a los que se tendría que pagar si estos trabajadores fueran nombrados en propiedad desde el principio.

A lo anterior se añade la necesidad de modificar muchos aspectos de las residencias médicas, mediante cambios en los programas de manera radical.

Como si fuera poco, el problema ya no solo es de déficit de recursos humanos, sino también de mala distribución, ya que el personal tiende a concentrarse en las áreas más desarrolladas, dejando a las rurales marginadas, no sólo en la calidad de ese personal, sino en la cantidad.

Lo anterior se ha debido a la ausencia de una política clara, acompañada de estímulos y regulaciones para la formación de este tipo de recursos. Deben adecuarse los planes y los programas con la formación del personal necesario y con la inclinación hacia una medicina más de tipo social que asistencial o liberal, ya que actualmente tiene un enfoque educativo predominante hacia la patología y el tratamiento de las enfermedades,

fenómeno que se da en las escuelas de medicina, odontología, farmacia y otros. En el caso de enfermería, la formación de este profesional ha estado dirigida más a producir la graduada que el sistema necesita, pero una vez hechas profesionales, es el grupo que con mayor facilidad abandona el trabajo o busca cambios incluso de especializaciones que ya han realizado, lo que encarece su producción y crea dificultades a las instituciones y servicios donde se desempeña.

En 1987, el Sector Salud disponía de 28.130 trabajadores en tres de sus instituciones principales. La CCSS con un 71%, el Ministerio de Salud con 23,4%, el INS con un 1,3%. El 37,9% de los recursos de la Caja y el Ministerio estaban ubicados en el nivel central. Lo anterior significa que el 1% de la población se dedica a laborar para las instituciones de salud.

CUADRO 7.10

RECURSOS HUMANOS DEL SECTOR SALUD POR GRUPOS E INSTITUCIONES 1988

Tipo de trabajador	No. Trabajadores	Instituciones			
		CCSS	M. S.	ICAA	INS
TOTAL GENERAL	29238	21200	5043	2663	288
Profesional en Salud	4694	3944	670	8	12
Médicos	2263	2016	212	2	33
Odontólogos	291	150	137	—	—
Microbiólogos	314	255	65	6	—
Farmacéuticos	175	140	23	—	42
Enfermeras	1419	1260	183	—	18
Otros*	197	138	50	—	9
Otros profesionales**	301	155	45	101	—
Personal técnico y auxiliar paramédico	9899	7376	2406	—	117
Personal administrativo técnico y auxiliar	14334	9759	1922	2554	99
PORCENTAJE TOTAL	100%	72.5%	17.3%	9.1%	1%

* y ** Ingenieros, Abogados, Economistas, Trabajadores Sociales, Nutricionistas, Etc.
FUENTE: Publicaciones e Información Secciones de Personal de las Instituciones Señaladas 1989.

J. Jaramillo A.

TIPO DE TRABAJADOR SECTOR SALUD (1987)	TASA POR 10000/HAB.
MEDICOS	8,1
ODONTOLOGOS	1,0
FARMACEUTICOS	0,6
ENFERMERAS PROFESIONALES	5,1
MICROBIOLOGOS	1,1
AUXILIARES DE ENFERMERIA	13,3
INSPECTORES DE SANEAMIENTO	0,7
ASISTENTES DE SALUD RURAL	1,7
ASISTENTES DE SALUD COMUNITARIA	1,2

Un 52% del personal de estas instituciones desempeñaba funciones administrativas o relacionadas con servicios generales y un 48% funciones de atención directa a pacientes. De los profesionales en ciencias médicas y los paramédicos, trabajan para la Caja el 84,3% y el 77,5% respectivamente. Con ello se demuestra que la capacidad empleadora de profesionales en el campo de la salud pertenece al Seguro Social.

7.9 INVESTIGACION

La investigación en el Sector Salud no está adecuadamente desarrollada, de hecho se puede decir que es mínima y ni siquiera ha figurado entre las prioridades de desarrollo del sector y mucho menos nacional.

Las instituciones que han desarrollado cierta infraestructura y capacidad técnica en este campo como INISA e INCIENSA, han llevado a cabo sus investigaciones por cuenta propia y sin directrices emanadas de autoridades superiores producto de programas de investigación previamente elaborados; ambas son excelentes para la cantidad de recursos que poseen y debido a ellas es que podemos hablar de esta área en salud. La Caja Costarricense de Seguro Social, el Ministerio de Salud, el ICAA y el INS, no suelen fomentar este tipo de acciones salvo casos esporádicos. Actualmente existen 11 centros de investigación distribuidos en diversas instituciones.

Para desarrollar la ciencia y la tecnología en este sector se debe en primer lugar establecer vínculos estrechos con el Ministerio de Ciencia y Tecnología, el cual es el organismo rector en este campo y puede aportar, por su experiencia, muchas ideas y programas y fiscalizar las acciones e investigaciones que se lleven a cabo en el área.

Deben analizarse los principales problemas del sector y a partir de ahí, buscar adecuadas soluciones mediante la investigación y el uso racional de la tecnología. La investigación aplicada debe ser estimulada en todo nivel. Deben fijarse directrices y elaborar un proceso de planificación integral de investigación en salud con el apoyo del Ministerio de Ciencia y Tecnología.

La investigación fundamental y la aplicada son elementos importantes en la acción para mejorar la salud pública, esencialmente, la investigación sistemática y racional de los principales problemas médicos y de salud que afectan a la población.

Lo anterior requiere de:

a) tener o formar investigadores;
b) tener centros para la investigación; y
c) dar apoyo logístico y soporte económico para realizar los estudios y;
d) establecer un orden de prioridades e investigar en estos campos.

Los dos tipos de investigación ya relatados tienen distintas finalidades y estrategias; la investigación biológica fundamental trata de comprender los mecanismos de las enfermedades, y la aplicada trata, una vez comprendidos estos, cómo dominarlos o utilizarlos para prevenir o evitar enfermedades. Ambas deben ser estimuladas dentro de nuestras posibilidades buscando con ello encontrar mejor solución a los problemas del medio.

7.10 CONCLUSIONES

El Sector Salud se enfrenta a la necesidad de mantener y mejorar los niveles que ha alcanzado en cuanto a atención médica y superar los índices de salud que, en la actualidad, posee Costa Rica, todo ello a pesar de que las condiciones económicas no son favorables.

Los grupos marginados deben continuar recibiendo los servicios, lo mismo debe decirse de los refugiados e indocumentados, basado en el principio de solidaridad y justicia social, derechos claramente definidos en nuestro marco social.

A las acciones de control de las enfermedades trasmisibles y carenciales tradicionales, propias del subdesarrollo y que aún no hemos vencido totalmente, deben agregarse nuevos programas para la atención de enfermedades crónicas y degenerativas; lo mismo puede decirse para los problemas del proceso del envejecimiento y las diversas manifestaciones de patología psicosocial como los trastornos emocionales, el alcoholismo y la drogadicción. Debe darse un nuevo enfoque multiinstitucional con coordinación superior para atender la contaminación del "medio ambiente" y la pérdida de los recursos naturales que, a mediano y largo plazos, se convertirán en uno de los más serios problemas del país.

La salud, como ya hemos señalado, está determinada por una serie de variables que trascienden el ámbito del Sector Salud; de allí, la urgencia de articulación intersectorial y de que algunos proyectos incluyan recursos para coordinar y desarrollar acciones conjuntas con otros sectores econó-

micos y sociales.

Una necesidad sentida en el sector es la de incrementar la capacidad operativa y fortalecer la capacidad instalada para mejorar ya no tanto la cantidad, como sí la calidad de la prestación de servicios y poder además terminar de extender la cobertura a todo el país.

Por ello, la consolidación del Sistema Nacional de Salud es un imperativo ya que sin eso, será imposible facilitar atención integral a toda la población, sin distingo de ninguna naturaleza; sobre todo, por el creciente costo de las prestaciones que está constituyendo un factor restrictivo del desarrollo de los servicios, para proporcionar atención adecuada en los hospitales con la nueva tecnología que la medicina moderna demanda.

Sin la centralización de especialidades complejas para la atención de ciertas enfermedades, los costos de tratamiento de algunas patologías, (neurológicas, cáncer, cardiopatías) se encarecerá en niveles que podrían ser incompatibles con proporcionar una terapia eficaz. La prioridad de las actividades es esencial para que el sistema pueda hacer frente a los crecientes costos en los servicios con los recursos limitados que poseemos, la centralización de estos problemas es pues una necesidad.

La prestación de los servicios de salud para los próximos años, urge una profunda reforma administrativa y legal, que facilite la utilización de los recursos y asegure su uso racional. Se requiere de decisión política para introducir los ajustes necesarios para darle al sistema un soporte legal que permita cumplir con los fines para los cuales fue creado. Los gastos del sector salud en 1989 representaron el 6,8% del PIB; una comparación con períodos anteriores puede verse en el cuadro siguiente. Pero no es posible esperar un mayor incremento del mismo para el sector. De hecho, ni el Ministerio de Salud, ni el INS han aumentado su parte en el último quinquenio y ha sido la CCSS la que incrementó la tasa con un 14,3%, lo que sostuvo el nivel de aporte al sector para llegar a dar el 6,6% ya relatado, pues incluso el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados disminuyó su aporte en una tasa de 18,2% en el período.[214]

Como dice el Dr. Lenín Sáenz:

> La disminución brusca del aporte económico al sector como se vio de 1980 a 1983 pone en evidencia cómo esto, produce impacto sobre la situación de salud del país, ya que en ese período fue notoria la reducción de recursos para atender los problemas del área, la limitación consecuente de las acciones y el estancamiento de muchos índices de salud. Sin embargo, llamó la atención que en estas circunstancias, no se produjo el deterioro que cabría esperar, lo cual nos inclina a pensar que las acciones previas en el campo de la salud, cuando hay una buena extensión de cobertura y se concentran sus acciones en los grupos más vulnerables y si además se continúa brindando acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades, no se presenta la crisis y mucho menos una debacle.[310]

Y aún sin negar la influencia del desarrollo económico sobre la

posibilidad de mantener las acciones de salud, si los recursos son mínimos, pero bien dirigidos y ya el país había usufructuado de mejoras en ese campo, es posible soportar una crisis y remontarla cuando las condiciones económicas mejoran o se estabilizan como ha pasado en Costa Rica, en los últimos años, en que los índices han vuelto a ascender de manera satisfactoria.

7.11 COMENTARIO

Entre 1986 y 1989, la economía del país registró aspectos positivos. El Producto Interno Bruto (PIB) creció de 2,41% en 1988 a 4,9% para fines de 1989. En apariencia este porcentaje puede considerarse bajo, pero si comparamos la experiencia de la mayoría de los países latinoamericanos, que no crecieron o sufrieron más bien decrecimiento en sus economías, la coyuntura económica de Costa Rica parece muy positiva. Si a lo anterior añadimos que la tasa de desempleo abierto fue de 3,8% y que las exportaciones totales crecieron en promedio un 11,6% en términos reales, que hubo diversificación en las mismas y que las exportaciones no tradicionales aumentaron del 12% en 1980 a un 36,8% en 1989 y que los índices de salud se incrementaron de manera importante, pareciera que el camino hacia el progreso económico y social en esta pequeña nación está ya establecido. Incluso, en marzo de 1990, el director del Fondo Monetario Internacional visitó Costa Rica y, en esa ocasión, comentó que el problema de nosotros era en alguna medida, el éxito económico tenido y la franca recuperación que en ese aspecto mostrábamos. Y que lo que tocaba ahora hacer, era corregir el problema fiscal del gobierno mediante las medidas económicas adecuadas.

De acuerdo con lo expuesto, todo parece indicar que el país marcha hacia el bienestar de manera indeclinable. Sin embargo, existen preocupaciones tanto en el campo económico como en el de salud y por supuesto en otras áreas, por una serie de situaciones no resueltas y que pueden provocar una crisis.

El Ministerio de Planificación y Política Económica de Costa Rica, en el mes de julio señaló que la mayoría de los ticos están al margen del crecimiento económico experimentado y que la relación que existe entre el costo de la Canasta Básica Alimentaria y el Salario Mínimo es un indicador que nuestra que, el 97,3% del salario mínimo promedio se gasta en alimentos.

A lo anterior, hay que sumar el porcentaje de inflación acumulado que ya para julio de 1990 era de 14,45% debido al aumento de precios en el pan, tarifa de buses, electricidad, y restantes alimentos. Inflación que se espera sea mucho mayor a muy corto plazo con el posible nuevo aumento en la gasolina y diesel debido a la crisis del Medio Oriente (Irak "vs." el mundo).

Al parecer, el aumento en las exportaciones no se reflejó en los ingresos de los trabajadores pues sus salarios reales tuvieron una caída del 5,1%.

Si bien ha existido una gran promoción del sector exportador no tradicional, este al parecer se ha convertido también en una fuente adicional de importaciones, y el crecimiento de las exportaciones no ha sido suficiente para financiar los niveles de importaciones requeridos. Ya sea en productos básicos o suntuarios. El país ha venido registrando déficits comerciales superiores a los registrados en 1982 y 1986, llegando en 1989 a $339.1 millones (MIDEPLAN, julio 1990).

Pero no deseo finalizar esta presentación sin señalar lo siguiente: Existen al parecer dos Costa Ricas, una de índices generales e incluso económicos que indican gran prosperidad, en especial si nos comparamos con los países del área e incluso con Latinoamérica. La otra Costa Rica, que felizmente parece ser minoritaria, tiene múltiples problemas; ahí aún persisten la miseria y la desigualdad y lo mismo nos pasa en salud. Colocados entre los treinta primeros países del mundo en cuanto a bajos índices de mortalidad infantil y elevada esperanza de vida, sin embargo eso es un reflejo del promedio general, y pese a ser muy satisfactorio, esos indicadores no se dan para toda la población y hay áreas en que abundan aún las enfermedades, las parasitosis y la desnutrición. En agosto de 1990, la subdirectora del Departamento de Nutrición del Ministerio de Salud anunció que la desnutrición moderada y severa era de 3,14% y 0,17%, mientras que en 1987 había tenido un índice de 2,9% y 0,2% respectivamente. La especialista aseveró que en zonas que en 1985 no tenían problemas de desnutrición como Palmares, San Ramón y Naranjo (cantones que siempre han tenido buenos índices económicos y de salud), se están diagnosticando en la actualidad casos de desnutrición.

Los problemas ya relatados, unidos a déficit en cuanto a fuentes de trabajo y al proceso de educación básica que parece estar deteriorándose con gran rapidez, están condicionando una "patología social" muy grave en la que predominan los embarazos no deseados en las adolescentes, las madres solteras, las violaciones, las agresiones al niño pequeño, los accidentes, el alcoholismo, la drogadicción, los asaltos y los trastornos de la conducta. Todo esto, agravado por la contaminación del ambiente y los malos ejemplos que en muchos aspectos dan los políticos de turno, los maestros y los padres a los niños pequeños, parecen estarnos conduciendo a una crisis cercana, motivo por el cual requerimos un cambio en todos los niveles, para poder no sólo mantener los índices que poseemos, sino para lograr solventar la situación de los grupos marginados, ya que el bienestar individual y de un sector de la población, puede ponerse en peligro (Centroamérica es un ejemplo típico de eso), si no logramos extender el mismo, aunque sólo sea de manera simple a toda la población. El *Cuadro 7.11* nos muestra las cifras de pobreza en América Latina incluyendo Costa Rica, según la CEPAL.

POBREZA

Un estudio realizado por la Comisión Económica para América Latina (CEPAL) en 1990, mostró que la pobreza aumentó en la última década en Argentina, Brasil, Costa Rica, Perú, Uruguay y Venezuela especialmente.

Argentina y Uruguay tienen los porcentajes más bajos de pobreza de los 10 países analizados, Guatemala y Perú los más elevados.

Como ya lo señalamos, Costa Rica no escapó a la crisis, la CEPAL señala que la pobreza se agudizó en el período entre 1980 y 1986 en que estalló la crisis de la deuda externa que socavó las economías y frenó el desarrollo de los países, deteriorando sensiblemente las condiciones de vida de vastos sectores de la población.

CUADRO 7.11

LAS CIFRAS EN DIEZ PAISES

País	Año	% Pobres	% Indigentes
Argentina	1986	16	5
Brasil	1987	45	23
Colombia	1986	42	19
Costa Rica	1988	27	9
Guatemala	1986	73	49
México	1984	37	13
Panamá	1986	41	20
Perú	1986	60	30
Uruguay	1986	20	5
Venezuela	1986	32	11

FUENTE: Comisión Economía para América Latina (CEPAL).

POBREZA EXTREMA

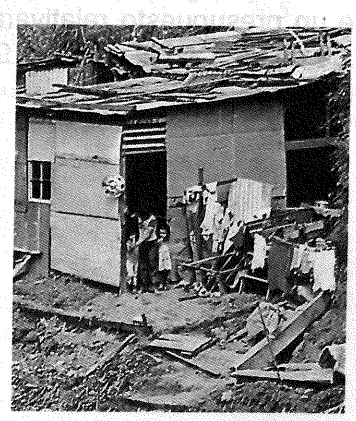


FOTO 7.1 "No necesita comentarios".

7.12 CUADROS, GRAFICOS Y FIGURAS

Los siguientes cuadros hablan por sí solos sobre lo acontecido en aspectos económicos y sociales y especialmente en salud en el país en los últimos años.

El *Cuadro 7.12* muestra indicadores generales de salud en relación con la población estimada según diversos años.

El *Cuadro 7.13* nos hace ver el crecimiento anual de la población y la expectativa de vida del costarricense, mostrándose las diferencias de esperanza de vida que favorecen a las mujeres sobre los hombres de manera muy clara.

El *Cuadro 7.14* muestra las oportunidades que nuestra población ha tenido para obtener una vivienda con electricidad, teléfono, y el número de automóviles, radiorreceptores y televisores existentes, así como la población con servicios de agua potable.

La participación del Sector Salud en el PIB según institución puede verse en este cuadro que incluye al Ministerio de Salud, la CCSS, el INS, el ICAA y las Municipalidades. *(Cuadro 7.15).*

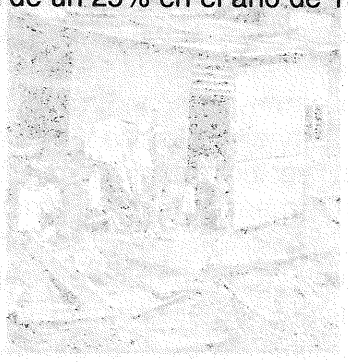
La Figura 7.2 muestra los gastos en salud según institución y sus diversos porcentajes.

Los gastos totales y relativos en salud según institución se ven en el cuadro siguiente. *(Cuadro 7.16).*

Los gastos del Sector Salud según su aporte en el PIB son indicados en el *Cuadro 7.17.*

Este *Gráfico 7.4* muestra cómo la CCSS es la Institución del Sector Salud que cuenta con el mayor presupuesto anual, siguiéndole muy por debajo el INS y a distancia el ICAA y el Ministerio de Salud.

Como se trata de presupuestos totales y no desglosados, en realidad en la Caja el aporte a Salud es de menos del 60% del presupuesto anotado ahí. El INS gasta en acciones propiamente de Salud aproximadamente un 14% de sus ingresos; el ICAA sí gasta en salud su presupuesto y el Ministerio de Salud tiene un presupuesto relativamente muy bajo y que incluso tuvo una merma de un 25% en el año de 1990.



CUADRO 7.12

ALGUNOS INDICADORES GENERALES DE SALUD COSTA RICA 1980-1988

INDICADOR	1980	1981	1982	1983	1984	1988
Población estimada	2.227.506	2.342.708	2.406.904	2.471.104	2.535.300	2.710.000
Tasa natalidad por 1000/habitantes	30.7	30.8	30.4	29.5	30.8	28.6
Tasa bruta mortalidad por 1000/habitantes	4.1	3.8	3.8	3.8	3.9	3.8
Tasa mortalidad infantil por 1000/nacimientos	19.1	18.0	18.9	18.6	18.5	14.7
Muertes registradas en cada año	9273	8990	9168	9432	9931	10.596

FUENTE: Departamento Estadísticas. Ministerio de Salud. Anuarios 1984-1989. San José, 1989 (Adaptado por el autor).

CUADRO 7.13

INDICADORES GENERALES DE POBLACION 1979 - 1989

	TASAS					
Nombre del Indicador	**1979**	**1980**	**1981**	**1982**	**1984**	**1989**
Crecimiento anual/ 1000 hab.	27,4	27,2	27,4	26,9	26,4	25,0
Expectativa de vida al nacer (años)	73,2		73,2		73,7	75,0
Hombres	66,3		70,5		71,1	72,2
Mujeres	70,4		75,5		76,4	78,0

FUENTE: Dirección General de Estadística y Censos. Unidad Sectorial de Planificación, Ministerio de Salud. Información Estadística. Anuarios. San José, 1989. (Adaptado por el autor)

CUADRO 7.14

EVOLUCION SOCIOECOMICA DE COSTA RICA 1930-1988

Indicadores	1930	1940	1950	1960	1970	1980	1988
Viviendas con electricidad(%)	–	–	40	51	65	79	86
Teléfonos (por 1000 habitantes)	–	7	11	12	23	70	135
Automóviles (por 1000 habitantes)	–	5	9	22	43	63	210
Viviendas con radiorreceptor(%)	–	2	–	47	70	95	98
Viviendas con televisor(%)	0	0	0	0	20	79	87
Esperanza de vida al nacimiento (años)	42,2	46,9	55,6	62,6	65,4	72,6	75
Tasa de mortalidad infantil (por 1000)	172	137	95	80	67	21	13,8
Población con servicios de agua de tubería(*)	–	–	53	65	75	84	91

FUENTE: Rosero, L.: *Bol. of Sanit. Panam.* 99(5), 1985.
Instituto Costarricense de Electricidad (ICE) y
Dirección General de Estadística y Censo, 1988.

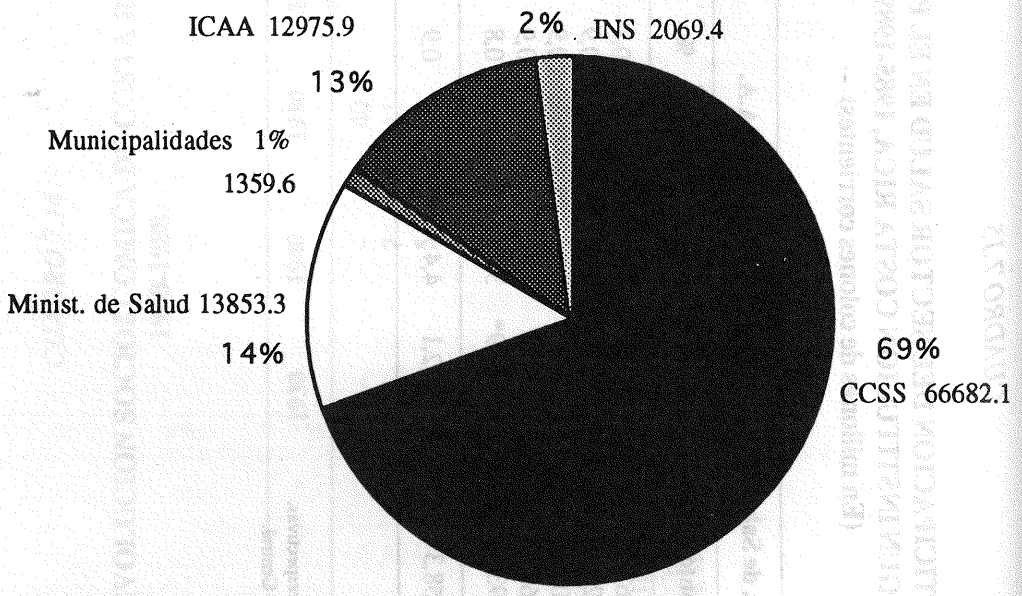
CUADRO 7.15

PARTICIPACION DEL SECTOR SALUD EN EL PIB SEGUN INSTITUCION COSTA RICA, 1985-1989
(En millones de colones corrientes)

Año	PIB	M. de Salud		C.C.S.S.		I.C.A.A.		I.N.S.		Municipalidades*	
		Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%
1985	197.919,8	1.867,4	1,0	8.671,2	4,4	1.575,1	0,8	251,2	0,1	—	—
1986	246.579,3	2.627,6	1,1	11.297,6	4,6	2.143,4	0,9	324,5	0,1	—	—
1987	284.852,6	2.706,8	1,0	13.565,6	4,8	2.499,1	0,9	368,4	0,1	—	—
1988	358.219,2**	3.162,6	0,9	16.678,8	4,7	3.436,3	0,9	432,1	0,1	592,1	0,2
1989	428.858,7**	3.493,9	0,8	16.468,9*	3,8	3.322,0***	0,8	702,2*	0,2	767,5***	0,2
Totales	1.516.429,6	13.858,3	0,9	66.682,1	4,4	12.975,9	0,9	2.069,4	0,1	1.359,6	0,1

* Se incluye a partir de 1988.
** Cifras preliminares.
*** Estimación.
FUENTE: Información suministrada por las instituciones respectivas.
Anuario estadístico Cuentas Nacionales, Banco Central.

FIGURA 7.2
GASTO EN SALUD (MILLONES DE COLONES)
PERIODO 1985-1989



* Absoluto y Relativo
FUENTE: Ministerio de Salud. 1989.

CUADRO 7.16

GASTO TOTAL, ABSOLUTO Y RELATIVO EN SALUD SEGUN INSTITUCION COSTA RICA, 1985-1989
(En millones de colones)

Año	Gasto total		M. de Salud		C.C.S.S.		I.C.A.A.		I.N.S.		Municipalidades*	
	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%
1985	12.364,9	100	1.867,4	13,5	8.671,2	70,2	1.575,1	12,7	251,2	2,0	—	—
1986	16.393,1	100	2.627,6	19,0	11.297,6	68,9	2.143,4	13,1	324,5	2,0	—	—
1987	19.139,9	100	2.706,8	19,5	13.565,6	70,9	2.499,1	13,1	368,4	1,9	—	—
1988	24.292,9	100	3.162,6	22,8	16.678,8**	68,7	3.436,3	14,1	423,1	1,7	592,1	2,5
1989	24.754,2	100	3.493,9	25,2	16.468,9	65,3	3.322,0	13,2	702,2	2,8	767,5	3,0
Totales	96.945,0	100	13.858,3	14,3	66.682,1	68,8	12.975,9	13,4	2.069,4	2,1	1.359,6	1,4

* Se incluye a partir de 1988.
** Estimación.

FUENTE: Información suministrada por las instituciones respectivas.

CUADRO 7.17

P.I.B., GASTO DEL SECTOR SALUD Y SUS INSTITUCIONES
COSTA RICA, 1985-1989
(En millones de colones constantes)

Año	PIB (¢ Const.)		Sector Salud		M. de Salud		C.C.S.S.		I.C.A.A.		I.N.S.		Municipalid.*	
	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%
1985	7.366,4	—	460,2	—	69,5	—	322,7	—	58,6	—	9,4	—	—	—
1986	7.640,9	3,7	508,0	10,4	81,4	17,1	350,1	8,5	66,4	13,3	10,0	6,4	—	—
1987	7.880,6	3,1	529,5	4,2	75,0	(7,9)	375,3	7,2	69,1	4,1	10,2	2,0	—	—
1988	8.011,3	1,7	543,3	2,6	70,7	(5,7)	373,0	(0,6)	76,8	11,1	9,5	(6,7)	13,2	—
1989	7.686,5	(4,0)	443,8	18,3	62,6	11,47	295,2	20,9	59,5	22,5	12,6	32,6	13,8	4,5
Total	38.585,7	—	2.484,8	—	359,2	—	1.716,3	—	330,4	—	51,7	—	27,0	—

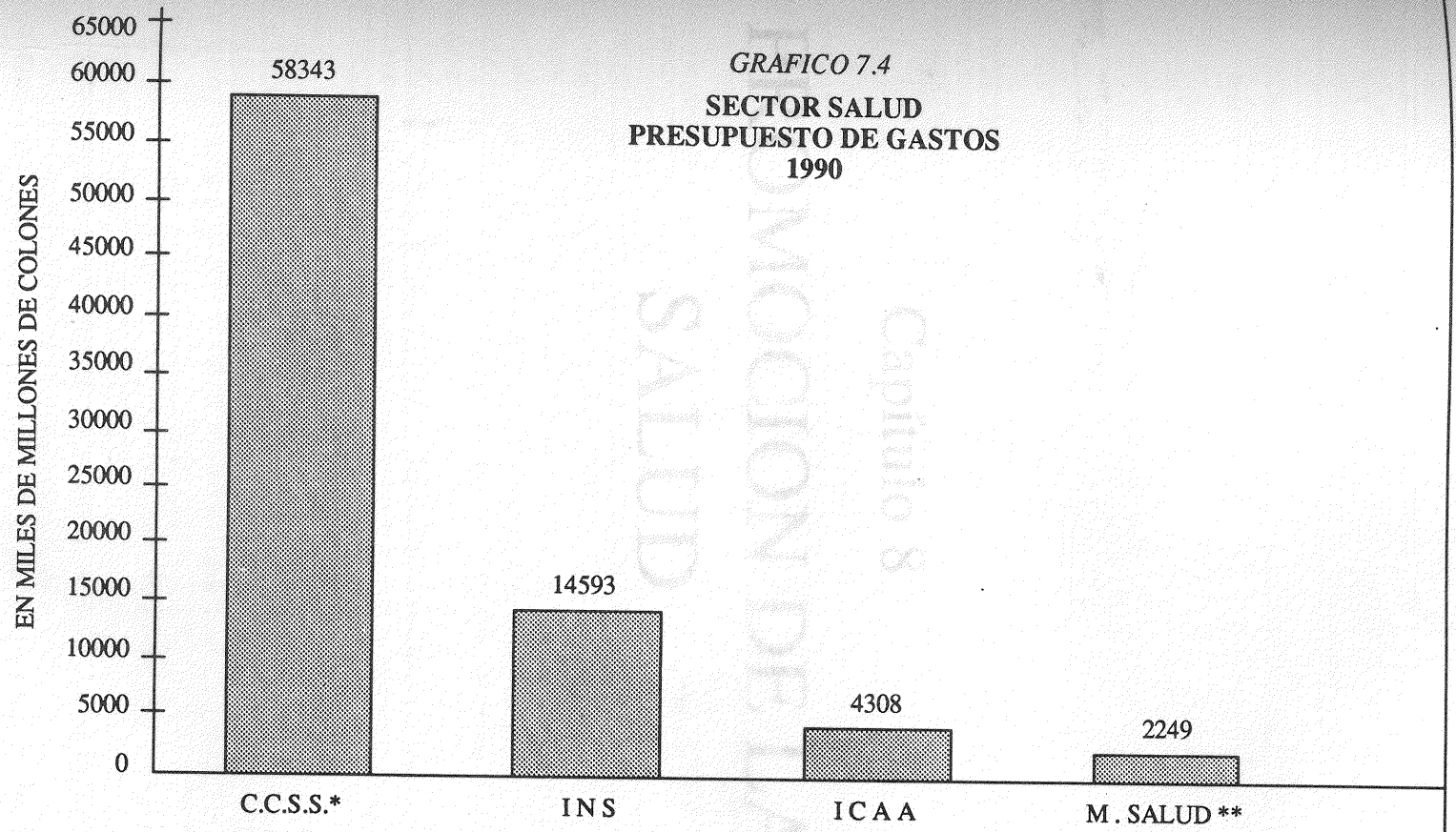
* Se incluye a partir de 1988.

NOTAS: 1. Año base 1966. Se aplica índice de precios implícito en el gasto público.
2. La variación porcentual se obtiene con respecto al año anterior.

FUENTE: Información suministrada por las instituciones respectivas.
Anuario Estadístico Cuentas Nacionales, Banco Central.

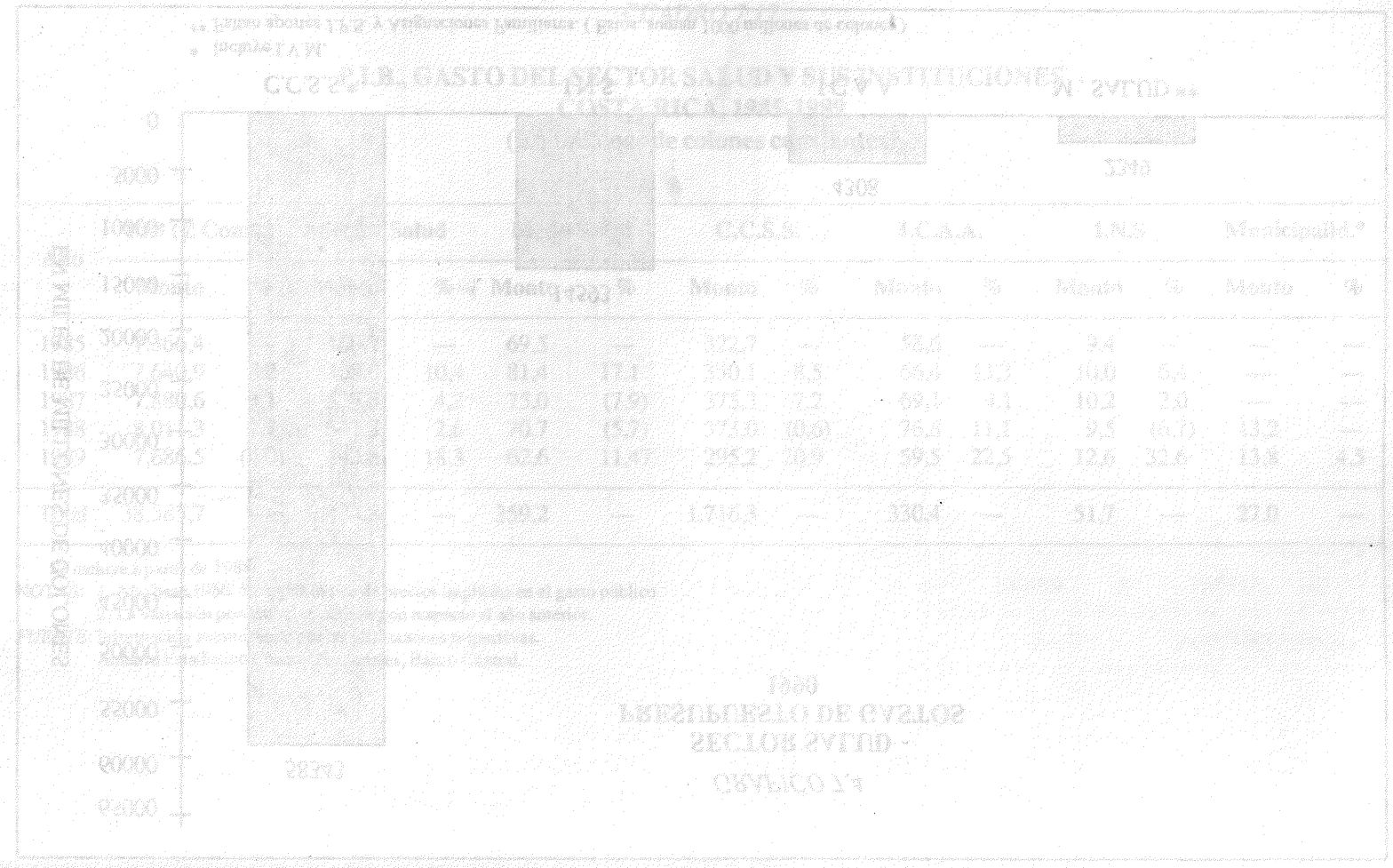
GRAFICO 7.4

SECTOR SALUD
PRESUPUESTO DE GASTOS
1990



* Incluye I.V.M.

** Faltan aportes J.P.S. y Asignaciones Familiares. (Estos, suman 1000 millones de colones)



Capítulo 8

PROMOCION DE LA SALUD

Capítulo 8

PROMOCIÓN DE LA SALUD

PROMOCION DE LA SALUD

8.1 INTRODUCCION

El área de promoción de la salud tiene dos contenidos que son: la Educación para la Salud y la Prevención de Enfermedades. Ambos tienen sus estrategias por desarrollar, sus medios por emplear y los campos en que se deben ejecutar. En el *Capítulo 20* se encuentran esquematizados estos componentes.

La promoción de la salud busca promover estilos de vida que mantengan y mejoren el bienestar de un individuo o una colectividad; la manera para realizar esto es transmitiendo conocimientos a las personas de los problemas, los malos hábitos y de todos los riesgos que pueden afectar la salud del individuo o de su familia, o sea educarlos en salud; la otra manera es ayudarles a prevenir las enfermedades antes de que se presenten; eso se llama *prevención*. La promoción de la salud busca crear medidas en la comunidad, ya sea individuales o colectivas que ayuden a adoptar estilos de vida adecuados y que busquen mejorar o mantener el bienestar de las personas.

Para algunos autores, la educación para la salud es fundamental para promover la salud o prevenir enfermedades; nosotros creemos que es como lo dijimos al principio, un componente de la promoción como lo es también la prevención, en todo caso, el orden de los factores no altera el producto, sino que lo complementa.

8.2 EDUCACION COMO MEDIO PARA PRESERVAR LA SALUD

Ya hemos señalado previamente, que el desarrollo de una nación no depende solamente de factores económicos, pues su consolidación requiere de aspectos culturales, sociales y políticos, donde el factor educativo resulta imprescindible para lograr un adecuado progreso.[218]

Pero, ¿qué se entiende por educación? Esta es la acción de desarro-

llar, o efecto de enseñar facultades físicas, intelectuales y morales, según lo que se desee perfeccionar y formar en el sujeto.[70] La educación es entonces un proceso que persigue la realización del individuo, incrementando sus conocimientos intelectuales y capacitándolo física, moral y emocionalmente para que dirija sus esfuerzos a mejorar su nivel de vida y el de la sociedad a la que pertenece.

Se ha definido también como un "proceso social", representado por aquellas influencias que contribuyen a que el individuo modifique su comportamiento. En realidad es un proceso continuo que acompaña al ser humano durante toda su vida desde el nacimiento, mediante los conocimientos que adquiere informalmente (en el medio en que se desenvuelve) o de manera formal como instrucción en un aula de escuela o colegio.

La educación de este modo no es un concepto neutro sino que refleja actividad o vitalidad, se nace para ser educado y se educa para vivir mejor. Es una actividad que se debe dar en todo momento y edad, en otras palabras es un fin de toda sociedad.

El proceso de la educación consta de dos partes: la primera es proporcionar conocimiento a las personas y la segunda es que estas acepten aprender, es decir, que aprovechen adecuadamente la información recibida. La educación se produce cuando ambas partes se conjugan. Suministrar información no es educación, se necesita de su asimilación y puesta en práctica. El analfabeto o el poco informado ignoran que las leyes los protegen y por lo tanto tampoco saben cuáles son sus derechos y deberes como individuos y miembros de una sociedad.

La **Declaración Universal de Derechos Humanos** establece en su artículo 26 que: Toda persona tiene derecho a la educación, etc.[276] O sea se consagra la educación como derecho y como tal debe ser igual para todos los hombres. Costa Rica no escapa a esta inquietud, como lo comprueba la existencia en nuestra **Constitución Política** de todo un capítulo, el 78, dedicado a la educación y la cultura.

La educación para la salud busca lograr que la gente reconozca cuáles son sus necesidades reales en materia de salud. De ahí que este tipo de educación debe formar parte de los programas nacionales en este campo. Se tendrá un pueblo saludable, en la medida que cada quien acepte su propia responsabilidad y obligación de cuidar de su salud.

Por mucho tiempo, la salud fue erróneamente interpretada como un problema de la medicina y de los hospitales, cuando en realidad esto se refería a un solo aspecto de ella como era la recuperación de la salud. En el afán de superar esta visión, se ha intentado concientizar a los pueblos de que la salud no es simplemente la ausencia de enfermedad sino que es mantener un estado que le permita al individuo disfrutar del bienestar que le sea posible conseguir. Para lo anterior se supone que cada quien debe aprender a cuidar de sí mismo y a contar con los conocimientos básicos para proteger su salud y la de su familia. Edgar Mohs señala:

La responsabilidad individual en el cuidado de la salud, tendrá que ser cada vez más importante y habrá que enseñar a las personas que la principal responsable de su salud es ella misma, así como la forma de lograrlo.[223, 224]

El objetivo primordial de la educación para la salud es no sólo educar en el nivel popular para el cuidado de la salud, sino además contribuir a la organización y participación de la comunidad mediante el conocimiento de situaciones dadas en este campo en su pueblo o ciudad. Se pretende entonces, desarrollar mecanismos de participación de la sociedad en todos los niveles para atender la salud.

Un servicio de salud sin componente educacional no suele funcionar, pero para que logre sus objetivos se requiere motivar a la gente o a la población a participar en el programa que se pretenda implantar.

Para lo anterior se necesita emplear "tecnología", la cual se puede definir como los métodos, instrumentos o enfoques que se emplean con el objeto de facilitar el resultado de una enseñanza. La Tecnología en Salud, sería *una asociación de métodos, técnicas o equipo que, junto con las personas que los utilizan, pueden contribuir en gran medida a resolver el problema de salud.* [298] Esta tecnología es apropiada cuando puede ser fácilmente asimilada por la población a la que está destinada. En cuanto a educación en salud, la tecnología será adecuada si logra fomentar la salud creando o reforzando hábitos sanos y patrones de comportamiento naturales. La población debe considerar que el conocimiento que se le da es útil y valioso y por eso decide aceptarlo y apoyarlo. El éxito de un programa está en relación con las necesidades que tiene la población.

Los responsables de suministrar la educación para la salud, deben actuar como agentes de cambio y para ello se necesita lograr una buena relación con la comunidad a la que se pretende instruir y dar nuevas ideas en salud. El educador en salud debe ayudar a la gente a reconocer sus necesidades y a establecer prioridades para resolverlas.

En el país ya comienza a existir la convicción de que la primera línea de atención para proteger la salud es promocionar la misma mediante la educación y la prevención de las enfermedades.

Como la "familia" es el núcleo de la sociedad, en ella debe residir el fundamento de la educación inicial. Y es a los niños, futuros adultos, a quienes hay que concientizar adecuadamente. El instrumento educativo por excelencia son la madre y el padre, ellos deben transmitir los valores, principios, creencias y hábitos que con el ejemplo acompañarán a las personas durante toda su vida.

Partiendo de esta perspectiva, la primera fase de la educación sanitaria se debe dar en el hogar, por los progenitores. Ahí el niño desarrollará los primeros hábitos higiénicos y los sentimientos de riesgo para la salud. La madre es, por lo general, el primer trabajador de la salud, pues sobre ella recae usualmente el cuidado del niño a partir del parto.

Cualquier país que intente desarrollar sus recursos humanos para

enfrentar los retos del futuro, debe reconocer que la salud es un factor clave para el progreso, y que las mujeres en su condición de madres, esposas y/o encargadas del hogar o profesionales resultan de vital importancia.[274]

Rosero Bixby dice:

> La educación de la madre ha sido uno de los factores mejor identificados como determinantes para disminuir la mortalidad infantil en el país.[306]

Se confirma así el importante "rol" materno y de la familia en la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.[3] Sin padres, medianamente educados, cualquier esfuerzo educativo externo suele fracasar o no dar buenos resultados. Por ello, los programas de educación para la salud deben hacer énfasis en ayudar a las madres a adquirir los conocimientos adecuados para proteger sus hogares. También el padre y los abuelos deben participar de estas acciones ya que en más de una oportunidad se convierten en sustitutos de la madre.

Posteriormente, la educación pasa a cargo de los maestros y profesores los cuales también deben estar preparados para continuar colaborando en este campo. La educación sanitaria debe darse con base en ejemplos prácticos, consejos, adiestramiento y especialmente buscando despertar el interés de niños y adultos. Se requiere elaborar un plan nacional de educación para la salud, con participación del Ministerio de Educación y sus maestros, previa capacitación de éstos.

El papel de la Universidad en esta área ha sido hasta ahora muy reducido y suele girar alrededor de las escuelas de enfermería y medicina. Los médicos y las enfermeras no son los únicos individuos capaces de educar en materia de salud, sin embargo, sí deberían ser los principales educadores y catalizadores de los grupos de profesionales y otras personas que por oficio o interés, tengan que ver con salud. Los médicos y las enfermeras deberán pensar y actuar más en términos de salud que en los de enfermedad y aplicar conjuntamente a sus habilidades diagnósticas y de tratamiento la promoción de la salud y la prevención de manera conjunta.

En el año 1986 se celebró en Ottawa (Ontario), Canadá, una conferencia internacional sobre la promoción de la salud, la cual emitió una "carta", que entre otras cosas dice: *La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma.* La salud fue concebida por los asistentes a dicha reunión, no como un objetivo, sino como fuente de riqueza de la vida cotidiana y dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sana, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario; requiere de una estrecha cooperación multisectorial para alcanzarla y especialmente de la colaboración de la comunidad.

La promoción de la salud se plantea entonces como una estrategia de acción para lograr el mayor bienestar posible y debe abarcar a toda la población. Como ha habido confusión para definir o precisar el término

"promoción de la salud" se insistió en que esta consta de: comunicación (información), educación, prevención y participación social o de la comunidad organizada.[115]

Se señaló también que las condiciones o requisitos para la salud son: la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad. Cualquier mejora de la salud ha de basarse necesariamente en estos prerrequisitos. Pero, insisto, como lo señalé al principio del libro, que a su vez una buena salud es también un prerrequisito para que el ser humano logre alcanzar y disfrutar de todos los factores ya enumerados y sin salud, poca significación tienen todos ellos para el enfermo.

8.3 EDUCACION PARA LA SALUD

Encontrar una definición de lo que es verdaderamente la educación para la salud, no es fácil, sobre todo porque en la práctica es un componente de la medicina preventiva y sin ella esta es incompleta, a su vez constituye parte de la promoción de la salud como ya vimos. En todo caso, ha sido calificada como un proceso que sirve de puente entre la información de la salud y las prácticas de la salud.[118] Lo que sí está muy claro es que sus contenidos deben proporcionarse a todo nivel, como el hogar, la escuela, la universidad, el trabajo; al paciente, a la comunidad y al país en general. Tiene áreas específicas como son la educación sexual, la prevención de enfermedades, la educación para la nutrición, la lactancia materna, etc. Puede ser dada por un simple auxiliar de atención comunitaria, hasta llegar a la enfermera o al médico, pasando por el maestro, los periodistas, los consejeros de salud, etc.

Está claro que la meta primaria de esta educación es informar y motivar a los individuos para cuidar de su propia salud mediante cambios en su conducta, actitudes, valores y sentimientos. Como consecuencia de lo anterior se busca tener una población más sana y apta para el trabajo y disfrute de las oportunidades de la vida.[272]

Como sabemos que la salud depende de gran parte del medio social, económico y físico donde se encuentran y desarrollan las familias y de su comportamiento y estilos de vida, el lograr mediante la educación influir esto para mejorarlos es fundamental. Las políticas sociales en el campo de la salud deben establecerse sobre el principio fundamental de dar prioridad a la educación para la salud y a la prevención como primeras líneas de acción. Lo anterior nos muestra pues la gran importancia del tema.

Es importante recalcar que la salud, como tal, no puede darse a una comunidad, o a un país. Lo que se busca es proporcionar información y motivación para que la gente se cuide y acepte prevenir o tratarse enfermedades. Un servicio de salud no puede obtener buenos resultados en una nación, si no existe un componente educativo adecuado y es mediante esta

estrategia, que la población habrá de convencerse de lo importante que es poner atención y utilizar los servicios que en ese campo tiene el gobierno.

Como ya dijimos, el medio social, económico y cultural en que transcurre la vida de cada uno de nosotros, tiene hondos efectos en nuestras condiciones de salud y de enfermedad, y por ello entre los factores determinantes de la susceptibilidad a adquirir enfermedades crónicas están nuestro contexto social y nuestro estilo de vida.[359]

Así, las condiciones económicas ejercen profundos efectos en alterar por ejemplo la presión sanguínea o los mecanismos inmunológicos de una persona para disminuir sus defensas contra la aparición de una enfermedad o el cáncer. El mantener como hábito el abuso del tabaco, conduce con los años a múltiples enfermedades pulmonares y de otros sitios. Si hay exceso de problemas sobre una persona, esta puede mostrar dos tipos de respuestas emocionales; o le hace frente a la situación y lucha, o huye sin buscar solución. Estos mecanismos defensivos son útiles hasta ciertos extremos, si se prolongan pueden provocar trastornos serios ya sea mentales o físicos. Aquí el ambiente y los medios de las personas condicionan estas situaciones en gran parte.

La falta de una buena información para lograr resolver los problemas, o la falta de apoyo familiar o médico, genera enfermedades que pudieron ser evitadas, aquí el educador para la salud tiene un papel relevante a todo nivel. La responsabilidad de los gobiernos es proporcionar acceso a fuentes de información en salud y de ayudar a adquirir por parte de la población la experiencia necesaria en cada individuo para realizar prácticas de salud adecuadas para preservar la misma en relación con su capacidad, aspiraciones y valores. Sin embargo, la decisión final de aceptar esa ayuda y colaborar convirtiéndose en su propio gestor está en todos y cada uno de los individuos de la comunidad.

La educación para la salud comprende áreas tan diversas como la educación pública, la comunitaria, la capacitación de personal en los trabajos, en la tercera edad, a la madre para el cuido de sus hijos, el asesoramiento de empresas o instituciones, la colaboración para crear métodos educacionales, la educación para salud ambiental o en la administración de servicios sanitarios. Debe apoyarse en la psicología, la sociología y la antropología, las ciencias políticas, la historia, la economía y las ciencias biomédicas.

Debo insistir que aparte de los educadores para la salud de las instituciones del ramo, la madre y los maestros de escuela son fundamentales, en razón de la oportunidad que tienen de influir a los niños a cuidar su propia salud. Por tal razón deben ser adecuadamente capacitados y estimulados a colaborar en esta área.

Los educadores para la salud deben trabajar en diversos niveles y ambientes, con diferentes poblaciones y sus objetivos pueden diferir en muchos casos, según la preparación o la cultura del medio. Además, usualmente se requieren meses o años para lograr crear buenos hábitos en una población.

Los tres dominios del aprendizaje que deben servir para orientar son:

a) El cognoscitivo que es no sólo conocer los hechos, sino tener buena información de ellos y comprenderlos adecuadamente para poder aplicar ese conocimiento a situaciones concretas.
b) El dominio afectivo del aprendizaje, que incluye cuidado al enseñar sobre creencias, actitudes y valores, intentando influir estos. Y
c) el dominio psicomotor que se interesa por habilidades y conductas y estimula éstas cuando son positivas.

La práctica de la educación para la salud requiere de habilidad, trabajo, creatividad y dedicación; hay diferentes áreas de responsabilidad, cada una con sus funciones específicas como ya vimos. En términos generales para actuar bien en este campo debe: efectuarse un diagnóstico de las necesidades educacionales que se requieren en determinada área o sector de población. Desarrollar objetivos simples y establecer actividades de enseñanza-aprendizaje lógicos y fáciles, diseñando además instrumentos de evaluación. Se deben obtener los recursos necesarios de tipo económico, y humanos, suficientes para cumplir con un programa dado. Buscar y obtener colaboración del público, los medios de comunicación, el gobierno, etc. y finalmente, deben diseñarse instrumentos de evaluación para medir los resultados. *(Ver el Capítulo 20).*

8.4 PREVENCION DE LAS ENFERMEDADES

Prevenir una enfermedad, requiere conocer y poner en práctica todas aquellas medidas que son capaces de evitar la aparición de una lesión o enfermedad en una persona o en la población. Esto es en esencia la llamada "prevención primaria". Las inmunizaciones evitan enfermedades transmisibles, una buena alimentación mejora la salud e impide enfermedades. La fluorización de la sal evita las caries, los preservativos disminuyen las enfermedades venéreas, el cinturón evita a veces traumas graves en los accidentes automovilísticos.

"Prevención secundaria" consiste en descubrir temprano una enfermedad y lograr que ésta no progrese o se agrave, y si fuera posible curarla, ejemplo: la nipertensión arterial incipiente, la diabetes cuando es fácil de controlar, un cáncer temprano, etc. Sus componentes son el diagnóstico, ojalá precoz y la terapéutica adecuada, tratando de lograr la curación o impedir el progreso de la patología ya establecida. Además en esta parte se acepta la prevención de complicaciones o secuelas.

La "Prevención terciaria" es la rehabilitación de una secuela o incapacidad dejada por una lesión. Rehabilitación del amputado, del cardíaco, etc. Las acciones preventivas pueden realizarse tanto personal como individualmente o a nivel colectivo o comunal e incluso regional o nacional, como es fluorizar la sal para disminuir las caries o yodarla para evitar el bocio en toda la población.

La enfermedad es usualmente el resultado de un error biológico de interrelación o una negociación fracasada de una simbiosis entre el hombre y las bacterias o virus que lo rodean, aunque puede ser también influida o directamente ocasionada por fallas de adaptación o por accidente entre el hombre y su medio externo.

Sabemos que existe un equilibrio ecológico entre los microbios y las personas, fenómeno que también parece suceder con los virus en muchos aspectos. A la vez, existe ese mismo equilibrio entre el ser humano y su ambiente.

La "etiología" se refiere a lo que produce la enfermedad en el hombre, y los mecanismos por los cuales se da y manifiesta la misma se conoce como "patogenia". Puede haber etiología distinta y patogenia similar para algunas infecciones e incluso para el cáncer.

La "epidemiología" estudia la distribución de la frecuencia de las enfermedades y fenómenos de la salud en grupos sociales y los factores que influyen en la aparición y variación de esta distribución.

Para trabajar adecuadamente en el campo de la prevención, se requiere dominar todo lo anteriormente señalado, ya que la enfermedad es un proceso que suele afectar al ser humano por etapas, interrelacionadas entre sí y enmarcadas dentro del contexto social de un área determinada. Por supuesto, cualquiera puede rechazar esta idea, al decir que un accidente no tiene etapas, sin embargo, un análisis exhaustivo del porqué se presentó éste, puede llegar a descubrirlas en la mayoría de los casos.

El estudio y la observación de una persona que sufre una enfermedad nos muestra que esta suele variar en su presentación, según el grupo social al que pertenezca el individuo, el área geográfica o urbana donde vive, la edad, el sexo, su trabajo, su alimentación, estado socioeconómico, sus costumbres, el trabajo que realiza, etc. En el aspecto de salud y enfermedad, hay una relación muy directa con los factores genéticos, y los fenómenos culturales y ambientales de las personas.

Así, en los grupos sociales de escasos recursos económicos, la falta de una buena alimentación, suele estar más relacionada con el exiguo ingreso monetario que con los factores educativos, aunque por supuesto estos también son menores en esos grupos. El sarampión suele ser una enfermedad benigna en niños en condiciones nutricionales normales, pero muy grave en desnutridos e incluso mortal. En los años 1984 y 1985 no tuvimos esta enfermedad en el país, pero a fines de 1986 se presentó con gran severidad ya que no se había logrado inmunizar a todos los niños como hubiera sido de desear. Se puede ver entonces la gran complejidad de las relaciones humanas con respecto a los factores desencadenantes de la enfermedad.

La malaria no se observa en muchas áreas altas (superiores a 2500 metros), ya que el anófeles no se encuentra en densidad suficiente o en condiciones de transmitir la enfermedad a tal altura.

En la creación de políticas de salud en un país, hay que orientar las

acciones hacia los problemas más importantes, eso significa, crear prioridades; de todas las propuestas que se hacen para gastar dinero en salud o enfermedad, la más razonable es aquella que se encamina especialmente a la prevención. Esta en muchas oportunidades es tan sencilla de aplicar que ahorra sufrimientos a las personas y sumas considerables a los gobiernos.

La vacuna contra la poliomielitis, no solo ha hecho desaparecer esta enfermedad del país, sino que el sufrimiento en los hogares por esta causa ya no existe y el no uso de los pulmones de acero y la rehabilitación de los hospitales en estos casos ha disminuido los costos.[231] La elección en casos como estos de vacunar a toda la población infantil contra la poliomielitis, no debe tener alternativa, es una prioridad. Una inyección de penicilina de acción prolongada mensual en niños que sufren de amigdalitis recidivante, les evita una fiebre reumática.

Uno de los factores de riesgo más importante en la arterioesclerosis, es la tasa elevada del colesterol. Su reducción temprana, evitando la ingesta de grasas y la obesidad consecuente, disminuye esta enfermedad, pero también se puede bajar el colesterol con medicamentos, ambos caminos pueden o deben ser usados; todo depende del momento y la oportunidad.

Los hombres son demasiado débiles; requieren de tratamiento cuando se enferman, pero no prevención, ya que no tienen voluntad para resistir las tentaciones como: el fumado, el licor, los excesos dietéticos, los descansos prolongados, el abuso de las relaciones sexuales, etc.

La incidencia de cáncer podría ser fuertemente reducida siempre y cuando no se confiara esto únicamente a esfuerzos médicos o a las autoridades de salud, y si la población participara activamente evitando los factores de riesgo para sufrir neoplasias, pero esto requiere de un proceso de educación que se inicia en la niñez y se continúa en la juventud y en la edad adulta; desde el hogar a la escuela, el colegio, la universidad y el trabajo. Mediante la educación para la salud, se deben impartir conocimientos de los problemas de una manera simple y razonable a toda la sociedad y no sólo a los profesionales o especialistas.

La medicina ha sido impotente para detener el progreso de dos de las más importantes causas de enfermedad y muerte, como son el "tabaquismo" y el "alcoholismo". Aquí requerimos de apoyo social total para evitar la promoción de estos productos por todos los medios de comunicación, que son los que difunden "los beneficios" o el placer de estas drogas.

El evitar enfermedades es problema de todos y debe primar el ejemplo para lograr la comprensión en los niños y que no actúen por asociación. La prevención está basada en mucho en lograr modificar las costumbres del comportamiento humano.

En el pasado, una forma coercitiva de hacer medicina preventiva era poner en cuarentena a los viajeros o exigir la vacunación previa y obligatoria si esta existía. En la China Continental, el cólera ha desaparecido y lo mismo el paludismo. Como medida preventiva se le pidió a la población exterminar

las ratas, los mosquitos y las moscas. Cinco años después estas enfermedades no existían ahí.

En cierto modo, la medicina preventiva debería ser coercitiva, al igual que por ley está prohibibo robar, matar, etc. Lamentablemente esto no es posible y lo que hay que tener es un mejor mecanismo educacional y mejor control de esta situación. Necesitamos hacer conciencia en los médicos y las enfermeras del papel tan importante que ellos pueden tener y la responsabilidad que les corresponde en educar a la población acerca de los factores de riesgo más importantes que existan para contraer enfermedades y las medidas que se puedan tomar para su control.

Debe señalarse que la finalidad de la promoción de la salud no es prolongar la vida en sí misma como piensan algunos, sino mejorar la calidad de vida y ampliar la esperanza de vida "activa".[192] Se ha enseñado que la reducción del riesgo cardiovascular no influye en forma apreciable en la mortalidad total.[244] La prolongación de la vida puede ser una meta realista, siempre que el objetivo consista en prevenir fallecimientos tempranos; por ejemplo, mediante leyes sobre el uso de cinturón de seguridad que ha disminuido la mortalidad y la morbilidad por los accidentes de automóvil,[145] y medidas preventivas durante la infancia como las vacunas.

Fries[100] cita algunos hechos muy interesantes. Señala que si se eliminara la arteroesclerosis, que es la causa del 49% de todos los fallecimientos en los Estados Unidos, el promedio de esperanza de vida aumentaría en 8 a 10 años. Sin embargo, en Japón no existe prácticamente esta y el promedio nacional de colesterol sérico es muy bajo. Los japoneses viven un poco más que los americanos, pero no 8 a 10 años. Posiblemente esto se debe al exceso de cáncer gástrico e ictus que padecen. En Utah (Estados Unidos), los índices de consumo de tabaco y alcohol por aspectos religiosos mormónicos, son mucho más bajos que los promedios nacionales, pero las estadísticas sobre mortalidad no son particularmente diferentes.

El tabaquismo, entre los médicos de EE.UU., ha disminuido hasta un 6%, pero los médicos apenas viven más que sus compañeros universitarios de la misma raza.

Aunque preconizamos la promoción de la salud en el hogar, escuelas y colegios, hay también prioridades por enseñar a los niños y jóvenes como son: evitar accidentes, las drogas, el tabaco y el alcohol y estimular la práctica de los deportes. A su vez, nunca es tarde en cuanto a la edad para realizar prevención, ya que sabemos que los riesgos de patología pulmonar disminuyen al dejar de fumar, cualquiera sea la edad en que eso se haga. La dieta y los ejercicios pueden revertir las lesiones arteroescleróticas.

A medida que disminuyen los índices de mortalidad y aumenta la edad senil, comienza a aparecer también la desilusión sobre la ancianidad, si en esta se sufren diversas enfermedades que impiden hacer una vida más o menos útil, entonces no parece muy importante haber aumentado la esperanza de vida; lo cual es positivo si la vejez se logra disfrutar sin sufrimientos importantes. Se busca pues la prevención, para reducir las

enfermedades en la población senil y aumentar así la calidad de vida.

Las nuevas orientaciones en medicina preventiva buscan no tanto ayudar a que las personas lleguen a la vejez, sino que lleguen a viejos sanos, o sea se busca, "añadir vida a sus años, no años a su vida".

8.4.1 La prevención de las enfermedades no transmisibles

Los altos índices de salud de un país desde el punto de vista médico, obedecen mucho más a las acciones de educación para la salud y a la prevención que a la acción curativa.[148] Para hablar del logro alcanzado en los índices, es imposible solo relacionar estos con las acciones médicas.

Los factores más importantes y que en los últimos años han contribuido a disminuir la morbilidad y mortalidad en Costa Rica, han sido, aparte de los cambios sociales y económicos que tuvimos, las medidas de control ambiental (agua potable, letrinización, vigilancia epidemiológica, etc.) y las masivas inmunizaciones llevadas a cabo, la difusión de la lactancia materna para citar solo unos pocos hechos.

El cuidado *per se* del paciente ha desempeñado un papel secundario, aunque no puede dejar de tomarse en cuenta. Así, los esfuerzos hechos en los últimos 10 años en todos los campos pero en especial en salud, han contribuido a transformar en mucho el tipo de enfermedad existente en nuestro medio.

Estamos casi superando los problemas de salud de los países subdesarrollados y ya nos estamos enfrentando a patología, médico-social del tipo que prevalece en naciones más desarrolladas y que ameritan modificaciones en las estrategias de las campañas de salud para combatirlas.

La desnutrición, la parasitosis y las infecciones que afectaban y causaban alta mortalidad al costarricense, especialmente al niño, han disminuido significativamente. Aunque estadísticas recientes muestran que aún en 1990 existe una alta incidencia nacional de parasitismo según lo manifiesta el propio Ministerio de Salud,[215] ya que en muestras de su red de laboratorios del país se encuentran en las heces parásitos en más del 50% de los casos, en especial con *Giardia Lamblia* y *Entamoeba Histolytica* con 20% y 12% respectivamente. Las mejoras en la salud han sido en parte producto de un aumento en las fuentes de trabajo debido a la incipiente industrialización que tenemos, a mejores ingresos de la población, a mejor alimentación, mejor vivienda, más agua potable y saneamiento ambiental, y como dijimos a ellos se añadió las campañas de inmunización masivas. Los índices de mortalidad cayeron en forma espectacular y secundariamente las expectativas de vida mejoraron.

Se ha comenzado a producir el envejecimiento de nuestra población y la aparición con ello de una patología predominante diferente a la época anterior.

Las enfermedades de carácter degenerativo como cardiopatías,

hipertensión, diabetes, cáncer, etc., unidas a los problemas que nos ha traído la industria y la tecnificación del agro, nos causan otras dificultades, relacionadas con accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, y a ello se añaden problemas como accidentes automovilísticos, envenenamientos, drogadicción, alcoholismo, etc., todo ello nos conforma un medio en el cual tengamos, pese a ser país subdesarrollado, índices de salud y problemas de país desarrollado. Tal vez en parte debido, a que los préstamos exteriores y mucho de los recursos internos, los dedicaron los anteriores gobiernos a mejoras en la educación y la salud y no a la compra de armas. ¡Qué paradoja, tener problemas por ser pacifistas!

La medicina del futuro, si es que nuestro país desea hacerle frente a la situación que se avecina de manera lógica, debe ser una que tienda a prevenir la mayor parte de lo que son ya los principales problemas de salud existentes.

La prevención de esas enfermedades y situaciones enumeradas, tiene poco que ver aunque no lo parezca, con más hospitales, equipo de alto costo y gran tecnología y más aún, ya no se podría realizar con vacunas dichas acciones, sino que su estrategia, deberá estar en la promoción de la salud, mediante las campañas educativas y en el éxito que éstas tengan a nivel de los individuos para que asumiendo la responsabilidad que les corresponde, modifiquen hábitos de vida y su comportamiento y no solo las personas individualmente hablando, sino las poblaciones y la sociedad en conjunto deben adaptarse al cambio.[188, 362]

Si a lo anterior, agregamos la problemática de la crisis económica que afecta al país y el límite de capacidad de inversión que el mismo tiene para dar apoyo a la salud; y si vemos el enorme encarecimiento de los servicios de atención de la enfermedad mediante acciones hospitalarias, y si sabemos que este problema de encarecimiento de la medicina no mejorará y es más, tiende a agravarse, sobre todo por el empleo de medicinas y tecnología externa muy costosa y en constante cambio y renovación; vemos pues que estamos ya en el límite de nuestra capacidad de gastos en salud y que requerimos, no solo de un cambio en el cual logremos mejorar la eficiencia de los servicios y racionalizar los gastos, sino que también, las estrategias basadas primordialmente en la atención de la enfermedad como primera barrera, deben ser modificadas radicalmente.

Si no adoptamos rápida y generalizadamente el principio de la prevención ya no solo para las enfermedades infecciosas prevenibles, sino para las enfermedades no transmisibles, no será posible llevar a cabo ninguna campaña para reducir la morbilidad y la mortalidad, sin contar con la incapacidad laboral en la población de Costa Rica producida por esta situación.

La transición de la medicina individual a la medicina social y de la medicina de atención de la enfermedad a la de prevención, no es una estrategia sencilla, exige no solo de la reorganización de los servicios de salud y enfermedad (del Ministerio y la Caja Costarricense de Seguro Social), sino también la reorientación de la profesión médica y de las ideas

y valores prevalentes en relación con la enfermedad y la salud como ya lo señalamos.

Se requiere además convencer a la sociedad de su obligación de tomar las medidas sociales adecuadas, así como las gubernamentales, comunales, familiares e individuales en busca de soluciones "en conjunto" a los problemas de salud.

Se necesita, además, de un replanteamiento de políticas de gastos en que se logre repartir los fondos y recursos humanos y tecnológicos según prioridades nacionales y de manera más lógica y equitativa.

El principal problema médico hace veinte años, era la lucha contra las enfermedades transmisibles, ahora no solo tenemos que continuar esta acción para evitar que se derrumbe nuestro actual estado de salud, sino que también debemos actuar contra las enfermedades no transmisibles, ya que el primer lugar como causa de muerte en Costa Rica, lo están ocupando las enfermedades del aparato circulatorio, seguidas en el adulto por los tumores y los accidentes y envenenamientos, casi un 55% de las muertes obedecen a esta patología. (Ver *Capítulo 18).*

Salta a la vista por lo expuesto, que como en el caso de las enfermedades transmisibles, la prevención constituye el medio más eficaz de reducir la morbilidad y la mortalidad de las poblaciones.

Además la profilaxis de estos problemas constituye una fuente de ahorro por economizar recursos que se gastarían en tratar y pagar atención de la enfermedad y subsidio de las mismas a las víctimas de incapacidad por esta patología.

8.4.2 Factores de riesgo

Hoy es posible predecir en muchos aspectos, las probabilidades de que aparezcan enfermedades no transmisibles en individuos que no presentan indicios clínicos de enfermedad.

Conviene aclarar que no nos referimos a la detección precoz de las enfermedades sino a la predicción de la probabilidad de que aparezcan.

La teoría de "los factores de riesgo" es una manera de analizar el problema.

En el caso de las cardiopatías esquemáticas, existen tres grandes factores de riesgo: el hábito de fumar, la hipertensión arterial y la hipercolesterinemia, fenómeno muy extendido en la población urbana de los países en desarrollo. Este problema ya afecta a Costa Rica.

Otros factores de riesgo son la obesidad y la falta de ejercicio, o sea, todos ellos son en realidad malos hábitos de vida individual.

Señalan S.P. Burenkov y I.S. Glasunov, Ministro de Salud de la Unión Soviética y Director de la División de las Enfermedades no Transmisibles de la Organización Mundial de la Salud, en su artículo *Criterio en Salud Pública en la Unión Soviética.*[148]

La prevención de las enfermedades no transmisibles es, la medida que más eficacia puede tener para reducir la morbilidad en la Unión Soviética, y que aplicando a los factores de riesgo, el método estadístico conocido como función logística múltiple, se puede descubrir un 10% de individuos aún no aquejados de cardiopatía isquémica, pero entre los que se producirán en los cinco años siguientes el 47% de todos los casos conocidos de nuevos infartos del miocardio, es decir es un grupo de individuos que se halla 8 veces más expuestos al infarto que el resto de la población en la Unión Soviética. En ese país, el 51% de las defunciones eran causadas por enfermedades cardiovasculares y el 17% por enfermedades oncológicas.

La posibilidad de predecir o pronosticar la aparición de enfermedades no transmisibles, ofrece a los investigadores un instrumento para clasificar a la población de un país, según el mayor o menor riesgo de enfermedad indicándole además los medios de prevenirla.

Por ejemplo, aún no se le da el verdadero valor a la tensión emocional y la ansiedad generada por problemas propios o externos llamado también estrés. Creemos que este es capaz de precipitar o generar muchas enfermedades.

Las sociedades primitivas de Australia y Africa, sometidas a poco estrés, tienen rara vez hipertensión arterial, o niveles elevados de colesterol.

Algunos rasgos del comportamiento de los individuos y de su modo de vida son sumamente importantes en causar desórdenes futuros: El exceso de velocidad para conducir automóviles está aumentando el número de accidentes en todo el mundo, este es entonces un factor de riesgo, y el uso del cinturón de seguridad disminuye las lesiones.[358]

El hábito de fumar es causa común de problemas en varias enfermedades. Aumenta o agrava el riesgo de cardiopatía isquémica o neumopatías y contribuye notablemente a la aparición del cáncer pulmonar y de hecho el tipo más importante de este cáncer se da casi solo en fumadores.

Si los cigarrillos desaparecieran del mercado y la gente dejara de fumar, se calcula que por lo menos disminuirían en un 20% o más las muertes por cáncer, ya que aparte del cáncer pulmonar, se le ha relacionado con el cáncer de la boca, la lengua, el del esófago, y de la vejiga. Las afecciones pulmonares crónicas deben al tabaco mucho de su causa.

La obesidad es un factor de riesgo en el caso de las cardiopatías isquémicas, la diabetes, la hipertensión, colecistopatías, problemas de columna, hernia hiatal, accidentes vasculares cerebrales, trastornos en la cadera, tobillos, etc., del tipo osteopatías degenerativas.

Las clases, alta y media, tienen en un alto porcentaje sobrepeso y esto las relaciona más con el tipo de enfermedad ya señalado.

Por lo tanto, buenas campañas antitabáquicas y enseñar a buenos regímenes alimenticios, reducen las tasas de incidencia y de mortalidad de enfermedades como el cáncer del pulmón, cardiopatías, diabetes, etc.

De esta manera, es evidente que el control de los factores de riesgo,

antes enumerados, con criterios preventivos, resulta un medio muy racional de profilaxis primaria de las enfermedades no transmisibles.

Aparte del factor de concientizar al cuerpo médico y a las enfermeras de la importancia de esto, estos profesionales deberían de ser el agente de información para la comunidad sobre estos riesgos.

Los recursos humanos en salud no médicos, deben acentuar este capítulo de la prevención de enfermedades no transmisibles en sus acciones cotidianas; y debe incorporarse esta información al sistema de enseñanza de la medicina y de otros profesionales en ciencias de la salud y de los técnicos de salud.

Es evidente que, la mayoría de los hábitos se adquieren en la primera infancia y en la adolescencia. De aquí la importancia de esta información en el hogar y la escuela. Los niños por ejemplo, comienzan a fumar a los doce años y la educación puede ahí inducir al cambio con facilidad. En Costa Rica, el 50% de los alcohólicos ha comenzado a tomar licor en su casa, entre los 10 y 14 años.[148]

También es el hogar, donde se pueden corregir hábitos tradicionales de alimentación y de actividad física. Los principales factores de riesgo identificados son: fumar, exceso de peso, mala nutrición, hipertensión arterial, falta de ejercicio, abuso de drogas o alcohol, tensión, peligros en el lugar de trabajo, problemas de contaminación ambiental y exceso de velocidad al conducir.[118]

8.4.3 Papel de la comunidad

Debemos obtener que la población participe intensamente en las campañas contra el tabaco, la obesidad, el alcoholismo, la falta de ejercicio, los accidentes, etc., si pretendemos mejorar la profilaxis de estas enfermedades, de ahí pues la importancia de informar de los factores de riesgo e inculcar lo trascendente que es llevar una vida sana.

Una encuesta llevada a cabo en Moscú reveló que un 65% de los adultos consideraba nocivo el hábito de fumar y deseaban abandonarlo. Posteriormente a una campaña contra el cigarrillo hubo un abandono de este vicio en un 20%.

El alcohol, probablemente el peor azote de nuestra sociedad y tal vez del mundo, causa numerosas patologías independientemente de los problemas sociales y económicos que genera. Entre los problemas que ocasiona están: la cirrosis del hígado, las muertes por cáncer del hígado, la hipertensión portal y sangrados, las gastritis, pancreatitis, los accidentes fatales que ocasiona, pérdidas de trabajo, accidentes laborales, etc. Es fácil comprender la importancia que reviste una buena campaña preventiva sobre el abuso del alcoholismo o evitar que las personas se inicien en el vicio, con énfasis en educación a nivel de los hogares y escuelas y con el ejemplo de los padres como fundamento de esta acción.

En el caso del síndrome de Down, se sabe que cuanto mayor sea la

edad de la madre, mayor será el riesgo, ya que en mujeres de 40 años o más la incidencia es de 1 en 50 y en cambio en menores de esta edad es de 1 por 900 nacimientos.

La medicina tiene la obligación de dar a conocer a las mujeres el problema de nacimientos después de los 40 años, sobre la aparición de esta enfermedad.

El ambiente incluye sustancias cancerígenas en las comidas, drogas, etc., así por ejemplo, los estrógenos pueden contribuir a causar aumento en la aparición de ciertos cánceres del útero. El cáncer del cérvix es mayor cuanto más relación sexual tenga; a su vez las mujeres sin relaciones sexuales suelen tener elevado el cáncer mamario.

La medicina del futuro parece estar más relacionada con la educación, las mejoras en los hábitos de vida, cambios de comportamiento y acciones sobre el "medio ambiente", que en pensar en nuevos hospitales y nueva tecnología para curar enfermedad. Es decir, muchas enfermedades dependen pues de las comidas, las drogas que ingerimos, el agua que tomamos, el aire que respiramos y que está contaminado, las ocupaciones y los hábitos que practicamos, hacia ahí debe ir la acción de la medicina del futuro.

El objetivo de desarrollar una orientación preventiva de la salud pública, consiste en coordinar todos los aspectos educacionales de los profesionales y de los paramédicos, así como las acciones del Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social y el INS en un solo sentido. La meta final de esa coordinación e integración tiene dos aspectos por considerar:

a) *Uno científico:* desarrollar una base científica, previo al conocimiento que se adquiera del problema en Costa Rica de las enfermedades no transmisibles, para desarrollar la profilaxis primaria de estas.

b) *Otro práctico:* crear un sistema global de medicina preventiva, basado ante todo en la prevención primaria de estas enfermedades, mediante ideas o planes concretos, con recomendaciones aplicables para la atención de nuestra población.

En la puesta en práctica de estas medidas, habrán de participar no solo el Ministerio de Salud y sus recursos, sino la Caja Costarricense de Seguro Social, el INS, las Escuelas de Medicina, los organismos docentes, los medios de comunicación y la propia población.

En estas acciones se deben tomar en cuenta todo tipo de disciplinas, especialmente las clínicas, ya sea médicas o quirúrgicas y no solo pensar que es el especialista en salud pública el que puede aportar conocimientos a estas situaciones.

Por ejemplo, hace muchos años, los cirujanos de pulmón, E. Graham y A. Ochsner, fueron los primeros en darse cuenta de la asociación existente

entre el hábito de fumar y el cáncer de pulmón. Fue un oftalmólogo N. McAlister G., quien basándose en observaciones hechas en sus pacientes, desarrolló y ensayó la hipótesis, hoy confirmada, de que la rubéola en los primeros meses de embarazo causa deformaciones congénitas.

En nuestro país, se le deberá solicitar colaboración en este campo de la prevención a todos los profesionales de las ciencias relacionadas con la salud, de manera que agudicen sus observaciones y dediquen sus esfuerzos en búsqueda de alternativas para prevenir nuestras principales enfermedades.

8.4.4 Resumen de prevención de la enfermedad

PREVENCION PRIMARIA

—Medidas encaminadas a evitar la aparición de una enfermedad (vacunación).
—Lactancia materna prolongada.
—Agua potable para una comunidad (evita infecciones gastrointestinales por bacterias o parásitos).
—Promoción de la Salud mediante propaganda contra el tabaco y licor.
—Bajar de peso a los obesos.
—Educar a toda la población acerca de los factores de riesgo más importantes en cada edad y de las medidas que se puedan tomar para controlarlos.

Las campañas contra el licor y el tabaco dependen en sus buenos resultados del ejemplo en su casa y de mentalizar a los niños y jóvenes con propaganda sobre los peligros de estos vicios. Ejemplo en EE.UU., los médicos han dejado de fumar de una manera muy notoria. En cambio, en España los médicos y los maestros fuman mucho.

Educación para la Salud en escuelas deben comenzar a partir de 5º ó 6º grado y proseguir 1 ó 2 años.

PREVENCION SECUNDARIA

Medidas que se pueden tomar para detectar enfermedades (que ya empezaron), pero que aún no se han detectado o manifestado clínicamente.

Controles de presión en personas sanas para descubrir hipertensos. Glicemia a los obesos o personas con familiares diabéticos. Papanicolau, para cáncer de cérvix. Mamografía para descubrir cáncer de mama pequeños, gastroscopías para grupos de riesgo a sufrir cáncer gástrico.

En esta etapa, lo fundamental es el diagnóstico temprano de una

enfermedad para así evitar que esta se agrave, y para que pueda ser curada con tratamiento médico.
No basta con indicar a una persona un tratamiento para una enfermedad, sino controlar adecuadamente que esta lo haga.
Suministrar al enfermo conocimientos de cuidados de su enfermedad, y motivarlo para que se cuide.

PREVENCION TERCIARIA

Medidas encaminadas a evitar el desarrollo de complicaciones de una enfermedad ya establecida o rehabilitación para recuperar al enfermo después que ésta lo ha afectado. (Rehabilitación del amputado, del cardíaco post-infarto, del que ha tenido un accidente vascular, cerebral, etc.). *(Ver figuras 8.1. y 8.2.).*

NOTA: En el Capítulo *Sistema Nacional de Salud* al final, se muestran figuras consistentes en pirámides que detallan gráficamente los Niveles de Atención comenzando por el hogar, y las líneas o barreras de atención iniciándose con la Promoción de la Salud.

Finalmente en cuanto a la Promoción de la Salud, debo señalar que, dado que de hecho en este país se considera la protección de la salud como un derecho de todos los costarricenses sin excepción, es muy importante hacer conciencia en los políticos y los gobernantes sobre la importancia de la salud y la necesidad de aportar los recursos suficientes para ello.

Lo anterior porque, podría pasarnos en salud lo que en educación, en la cual, la educación básica está en crisis por falta de recursos, ya que de todos es conocido que en las escuelas y especialmente en las rurales falta toda clase de implementos para la enseñanza, mientras que en la enseñanza superior o universitaria se consumen sumas enormes incluso en equipos y tecnología.

La situación es similar en Salud, donde hay mucho dinero (el presupuesto de la CCSS) para atender la enfermedad y muy poco para la salud (el del Ministerio de Salud).

Debemos hacerles ver que el desarrollo de la salud contribuye al desarrollo socioeconómico y a su vez es resultado de él.

La Promoción de la Salud no debe darse solo a la población o a los estudiantes de Ciencias de la Salud, sino también a los políticos y al Gobierno de turno, responsabilidad que recae en las autoridades de salud y en los expertos del campo. Sin apoyo de los políticos, y especialmente de los diputados y el Presidente, los presupuestos pueden ser recortados a Salud y la crisis hace acto de presencia en este campo.

Ejemplo de lo anterior ha sido el Gobierno recién pasado del Presidente

Arias en el cual se dio el hecho, de una reducción del presupuesto del Ministerio de Salud en un 20% (lo que no sucedió ni en medio de la crisis económica que se presentó en el período 1982-1986 del Presidente Luis Alberto Monge), según lo señaló el propio Ministro Dr. Mohs en una publicación.[224]

Esa reducción, acompañada de otra como fue la de la eliminación del porcentaje que le debió tocar al Ministerio de Salud por la "Lotería Instantánea" que produce más de mil millones al año, se debió a que el Gobierno de Arias cumpliendo con una promesa de campaña política, de construcción de casas, dedicó ese porcentaje de los presupuestos de los Ministerios, el producto de esta lotería y varias rentas más a la construcción de viviendas.

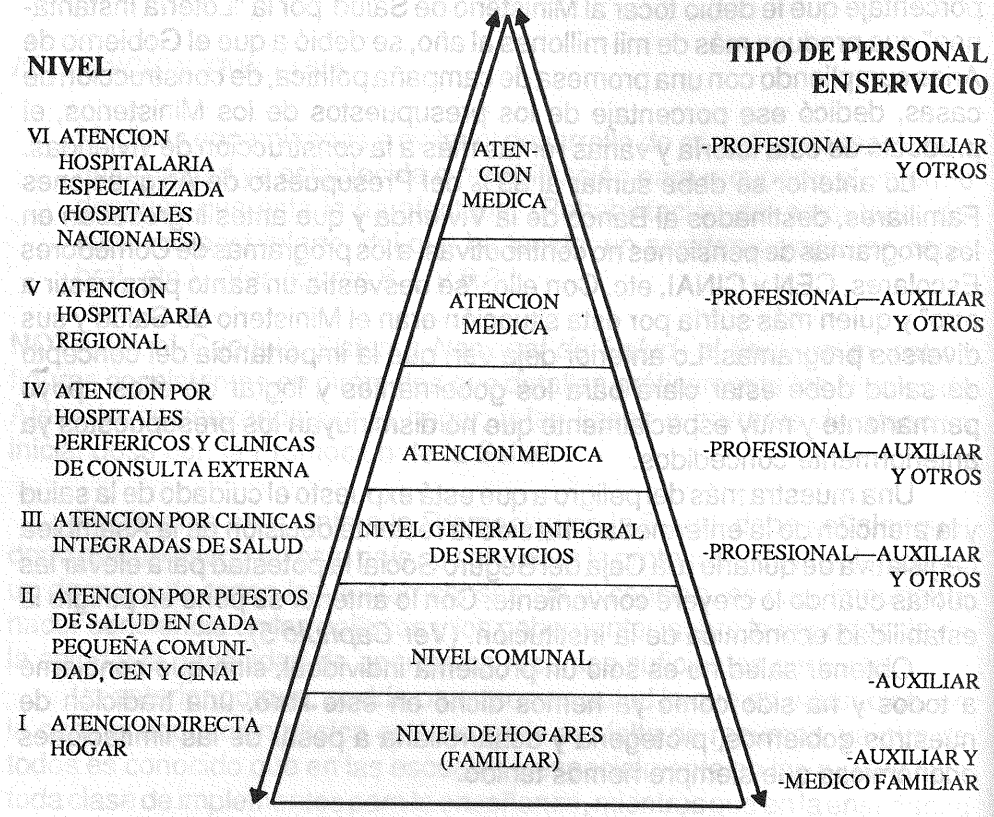
Lo anterior se debe sumar al 33% del Presupuesto de Asignaciones Familiares, destinados al Banco de la Vivienda y que antes ingresaban en los programas de pensiones no contributivas, a los programas de Comedores Escolares, CEN y CINAI, etc. Con ello, "se desvestía un santo para vestir a otro" y quien más sufría por esta situación eran el Ministerio de Salud y sus diversos programas. Lo anterior deja ver, que la importancia del concepto de salud debe estar clara para los gobernantes y lograr de ellos apoyo permanente y muy especialmente que no disminuyan los presupuestos ya anteriormente concedidos.

Una muestra más del peligro a que está expuesto el cuidado de la salud y la atención de la enfermedad, ha sido la reciente decisión de la Asamblea Legislativa de quitarle a la Caja del Seguro Social la potestad para elevar las cuotas cuando lo creyere conveniente. Con lo anterior se pone en peligro la estabilidad económica de la institución. (Ver *Capítulo 5).*

Obtener salud no es solo un problema individual, sino que concierne a todos y ha sido como ya hemos dicho en este libro, una tradición de nuestros gobiernos, protegerla y desarrollarla a pesar de las limitaciones económicas que siempre hemos tenido.

FIGURA 8.1

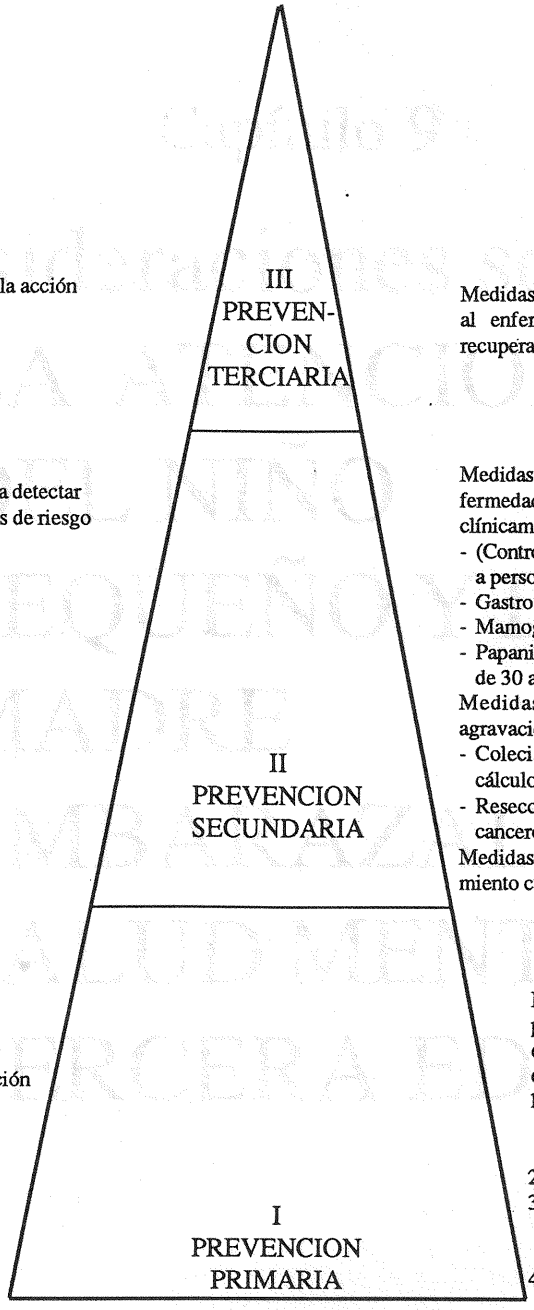
SISTEMA PIRAMIDAL DE LOS NIVELES DE ATENCION EN SALUD



J. Jaramillo A.

FIGURA 8.2

NIVELES DE PREVENCION DE LA ENFERMEDAD



Lugar donde se realiza la acción

- Hogar
- Clínicas
- Hospitales

III
Medidas encaminadas a rehabilitar al enfermo o accidentado para recuperar su salud.

Campañas públicas para detectar enfermedades en grupos de riesgo en:

- Clínicas
- Consultorios
- Hospitales

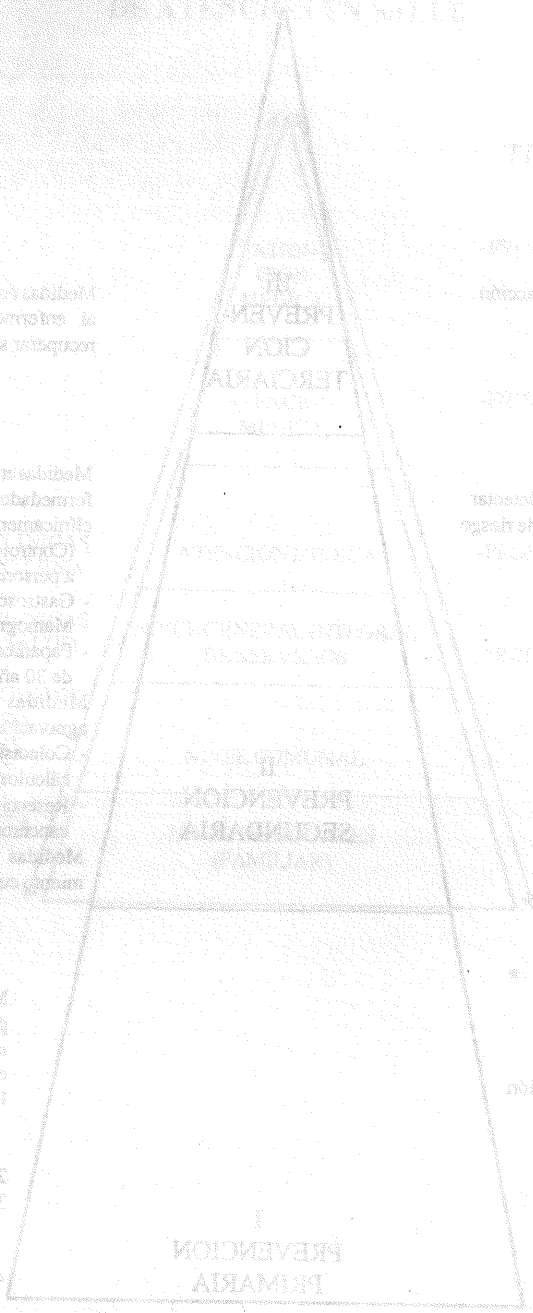
II
Medidas encaminadas a detectar enfermedades que no se manifiestan clínicamente.
- (Controles de presión o gliceminas a personas o grupos de riesgo)
- Gastroscopías
- Mamografías
- Papanicolau a mujeres mayores de 30 años.

Medidas tendientes a evitar agravación de una enfermedad.
- Colecistectomía al que tiene cálculos
- Resección de un tumor para el canceroso.

Medidas de diagnóstico y tratamiento curativo.

- Hogar-Comunidad
- Escuelas
- Reuniones
- Medios de Comunicación

I
Medidas encaminadas a promocionar la salud para evitar la aparición de enfermedades o accidentes.
1. Educación para la salud (para modificar malos hábitos)
2. Inmunizaciones
3. Uso de cinturón de seguridad o casco para manejar
4. Diversas.



Capítulo 9

Consideraciones sobre:

1. LA ATENCION DEL NIÑO PEQUEÑO Y LA MADRE EMBARAZADA
2. SALUD MENTAL
3. TERCERA EDAD

Capítulo 9

Consideraciones sobre:

1. LA ATENCION DEL NIÑO PEQUEÑO Y LA MADRE EMBARAZADA
2. SALUD MENTAL
3. TERCERA EDAD

Consideraciones sobre:

1. LA ATENCION DEL NIÑO PEQUEÑO Y LA MADRE EMBARAZADA
2. SALUD MENTAL
3. TERCERA EDAD

9.1 GENERALIDADES SOBRE LA ATENCION DEL NIÑO PEQUEÑO Y LA MADRE EMBARAZADA

Existen sectores de la población en los países pobres —Costa Rica no escapa a eso— que están cada vez más sometidos al ciclo de pobreza y enfermedad; estos factores repercuten en todos los aspectos de su vida. Estos grupos son la madre embarazada y el niño pequeño de escasos recursos económicos. Tanto en las zonas urbanas como en las rurales marginadas, la pobreza de las familias, la falta de una adecuada regulación de la fecundidad, y las complicaciones del embarazo y parto, nos están dando altos índices de morbimortalidad en los recién nacidos. Si a lo anterior añadimos la mala nutrición de la madre durante el embarazo pues se comprende por qué este es el grupo donde existe la más alta mortalidad en el país, amén de que las secuelas de esas situaciones dejan una cantidad importante de niños inválidos de diversos tipos y con limitaciones en su vida futura.[157]

La atención de la salud materno infantil tiene connotaciones específicas que responden fundamentalmente a las características biológicas de ese grupo, al medio donde se desarrollan y al crecido número que representan en la población. De ahí que los programas que atienden a esos grupos tienen actualmente plena vigencia.

La experiencia en la atención infantil, en cuanto a las etapas del

crecimiento y desarrollo del niño, ha identificado los factores que debemos tener en cuenta para realizar un programa en este campo.

Estos son:

a) Un contenido preventivo, con resultados rápidamente observables.
b) Empleo de una tecnología adecuada y de bajo costo para el control de salud, y la detección y tratamiento oportuno de enfermedades en esos grupos.
c) Un costo beneficio con alto rédito, difícil de observar en acciones que se llevan a cabo en otros períodos de la vida y
d) un fuerte contenido docente, que transmita experiencias simples a las madres para que éstas puedan a su vez aplicarlas en sus hogares de manera fácil.

Finalmente, estos programas deben comprender la participación de la comunidad en ellos. El proceso de crecimiento y desarrollo no tiene un carácter lineal, existen períodos de máxima aceleración como son: el crecimiento prenatal, los tres primeros años de vida y la adolescencia. Los otros períodos evolucionan a un ritmo más estable.

Este concepto de velocidad de crecimiento implica el reconocimiento de períodos de máxima vulnerabilidad que requieren una atención más diferenciada. Junto a éstos, está la nutrición de la madre durante la gestación.

Cada etapa del crecimiento se apoya en lo logrado en la fase precedente y provoca a su vez impacto sobre la que sigue. Si las necesidades fisiológicas y psicológicas no se satisfacen en la etapa correspondiente, resulta cada vez más difícil reparar el daño y lograr un crecimiento normal. De ahí que la salud del niño determina la salud del adulto y que el crecimiento y desarrollo de una generación afecte a la que continúa.

La pérdida de la oportunidad para satisfacer las necesidades biológicas y psicosociales de nuestros niños pequeños, determinará el déficit que se observará en las etapas futuras.

Si bien, en el nivel biológico, la alteración del crecimiento en talla por desnutrición puede parcialmente recuperarse, posteriormente, no suele suceder igual nivel psico-social; la pérdida de oportunidades para adquirir una experiencia vivencial a veces no se recupera jamás, influyendo negativamente en el rendimiento escolar y en la conducta del período de la adolescencia y aun en la vida adulta.

De lo expuesto, surge que la atención de la salud de la madre embarazada y del niño pequeño son fundamentales, y que ésta debe abarcar los procesos de crecimiento y desarrollo de la reproducción y de la niñez y no separadamente. La atención en estas etapas son de vital importancia para la protección de la salud del niño y lograr un mejor desarrollo y una mejor calidad de vida posterior. Cualquier sistema de salud debe tener este grupo como prioritario y organizar la manera de darle

atención adecuada.

A la fecha, el Seguro Social cubre casi un 90% de la población; esta cobertura es en aspectos de atención de enfermos. El Ministerio de Salud por su parte actúa sobre la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades. Sin embargo, existe aún un porcentaje de la población extremadamente pobre o indigente que por esa causa debe recibir un apoyo más efectivo que el mero derecho a la atención de la enfermedad. (Se calcula que un 30% de nuestro pueblo vive en la pobreza y con recursos mínimos).

En razón de lo anterior, nuestros gobiernos han venido creando un Sistema Nacional de Salud, basado en el derecho de toda la población a ser atendida en su enfermedad por la Caja, sin distingo de que sea asegurado o no. Pero como las políticas de prestaciones médicas se están ahora estableciendo sobre el principio fundamental de la prevención como primera línea de atención en salud, el programa de cuidados del niño pequeño y a la madre embarazada es uno de los principales soportes de este nivel de atención. Es más fácil, barato, humano y lógico, prevenir las enfermedades que curarlas. Por ello, los cambios que introduzcamos para proteger la salud, deben estar apegados a nuestra realidad económica y acordes con las necesidades básicas de la población.

Dentro de las estrategias para dar servicios en las zonas rurales y urbanas marginadas —lugares donde existen los mayores déficits en todos los indicadores de desarrollo— está la creación de Centros Infantiles de Atención Integral o CINAI; para dar soporte especial al niño menor de 6 años, madres embarazadas de escasos recursos, y madres —cabezas de familia— que trabajan y no tienen facilidades para dejar a sus hijos adecuadamente atendidos.

No se concibe en el momento actual, ninguna área prioritaria más importante en el cuidado de la salud, que la atención de este niño pequeño.

En nuestro sistema nacional de salud, como dijimos, el primer nivel de atención lo constituye el hogar, o sea *la familia;* es ahí donde se debe enseñar a la madre las ventajas de: la lactancia materna, las medidas higiénicas, evitar malos hábitos, el valor de los alimentos, el empleo de las vacunas y apoyarlas para que la familia sea un ejemplo moral, religioso y cívico. Esas son, ni más ni menos, las funciones que están supuestas a llenar esos Centros.

Esta estrategia trata de convertir a las madres en las primera promotoras de salud, pero debe entenderse claramente, que dentro de ese proceso de apoyo, el CINAI no puede ni debe convertirse en un sustituto del hogar. La familia es la célula social por excelencia de nuestra sociedad, la unidad primaria de atención a través de la cual el niño ingresa en el mundo de relación. Es en ese medio donde deben crecer y desarrollarse psíquica y físicamente y donde inician sus relaciones sociales y motrices. Por ello, insistimos que ahí debe estar la base de nuestras acciones. Sin embargo, en nuestro país y acorde con estudios realizados, un porcentaje, algo mayor

del 30% de los hogares, tiene problemas serios por lo que la educación y la salud de los niños pequeños es afectada por ausencia del padre, o porque no hay buena relación matrimonial entre la pareja, hay alcoholismo en uno de los padres, hay pobreza extrema, no hay trabajo y finalmente porque por déficit educacional no saben cuidar adecuadamente a los niños. Sumado a lo anterior está el hecho de que cuando la madre es la jefa del hogar debe trabajar para mantenerlo, por lo que se ve obligada a dejar a los niños solos o en compañías poco aptas para su cuido.

En estas condiciones es en las que los Centros de Atención Integral se convierten en protectores de nuestros niños y, en muchos casos, sus cuidados son imprescindibles y fundamentales para ellos.

Visto así, puede entenderse por qué es un imperativo moral y un principio de la más elemental justicia, poder garantizarles a los niños de hogares problemas o de madres que trabajan la oportunidad de crecer y desarrollarse de una manera normal.

9.2 VENTAJAS DEL PROGRAMA PARA EL PAIS

a) Proporciona a nuestra nación niños mejor dotados física y psíquicamente. La extracción humilde no es un obstáculo para obtener niños sanos y bien desarrollados de comunidades pobres. Es posible que muchos de ellos puedan llegar a ser líderes comunales que por la atención recibida no tengan resentimientos sociales que puedan actuar negativamente en la vida futura de ellos.

b) En caso de hogares problemas, ayuda a los mismos en la educación de esos niños, adaptándolos a la convivencia de grupo; el apo-yo psicosocial que brinda, recompensa en parte, el déficit en ese sentido que tienen en la familia. Esto es incuestionable aunque no mesurable.

c) Al niño, le permite un mejor y más normal desarrollo. El equipo médico y de enfermería que periódicamente visita el Centro, logra detectar con mayor oportunidad las enfermedades o incluso prevenirlas. Debe recordarse que hay ahí maestras que imparten conocimientos básicos a los niños sobre diversos asuntos y de manera permanente.

d) A la madre que trabaja le da oportunidad de dejar a sus hijos al cuidado de un equipo profesional especialmente entrenado para educarlos y protegerlos. En realidad, este programa creado en el Ministerio de Salud ha logrado *institucionalizar la atención del niño pequeño de escasos recursos en el nivel nacional.*

e) Es una ventaja para los empleadores o empresarios, pues al existir un mejor cuidado del niño, las empleadas en las industrias, comercios, labores agrícolas, etc., dan un mejor rendimiento por tener menos preocupaciones. Como el niño es más saludable, se

pierde menos tiempo laboral para el cuido de él.

f) Tiene ventajas para la comunidad como tal, ya que da oportunidad a la población donde estos Centros son establecidos, para obtener un mejor equilibrio social en la formación de la niñez de esos pueblos. Lo anterior, porque los pobres usualmente están marginados de la oportunidad de un buen cuido del niño pequeño. El lograr una uniformidad del cuido de los infantes de esas edades en una comunidad determinada, proporciona una serie de ventajas sociales a la misma. Además, obliga, por razón de sus servicios, a la participación de los padres en los programas de esos Centros, incluso contribuyen económicamente cuando tienen capacidad para ello; lo anterior, crea mayor responsabilidad de la comunidad en el manejo del Centro Infantil.

g) El programa es una fuente de empleo. Estos centros requieren de un equipo de trabajo multidisciplinario, usualmente escogido de la propia comunidad, si hay ahí personal apto para eso. El mismo incluye cocineras, auxiliares de enfermería, maestras y auxiliares de educación, trabajadores sociales, nutricionistas, enfermeras, médicos, guardas, etc.

Estos programas se iniciaron en pequeña escala en 1975 con el apoyo del Ministerio de Salud, Asignaciones Familiares y el Ministerio de Educación. En vista de que la experiencia acumulada fue favorable respecto de ellos y el beneficio que los mismos brindaban al país eran tan notorios, el Ministerio de Planificación, una vez completado un estudio de ellos, recomendó se continuara con estas políticas ya que los hogares pobres recibían un verdadero soporte de parte del Estado con estas acciones. En 1983, solicitamos a la Asamblea Legislativa fondos para ampliarlos y darles las características que tienen en la actualidad, en que ya no son ni meras guarderías infantiles, ni centros de nutrición, sino verdaderos Centros de Atención Integral.

Se nos concedieron 300 millones anuales para el mismo con los cuales se amplió la cobertura de ellos a nuevas áreas del país. A pesar de lo anterior, muchísimas poblaciones solicitan ese apoyo y habrá que brindárselo so pena de que se sientan marginadas comparadas con otras similares. Además ya el programa requiere una revisión de los fines y resultados obtenidos hasta el presente.

Este programa es no sólo un éxito político y social, sino que también constituye una estrategia para bienestar de nuestros niños pobres que nos ha puesto a la par de los que existen en los países de gran desarrollo.

Finalmente, señalar que hay actualmente 500 CEN (Centros Infantiles de Nutrición) simples, sin componente educativo y 50 CINAI (Centros de Atención Integral) con todo lo relatado anteriormente. Lo ideal sería poder lograr que muchos de esos CEN de áreas muy pobres, se conviertan en CINAI. A la fecha miles de niños y cientos de madres embarazadas se benefician de la labor de ellos en todo el país.

9.3 LA MUJER COSTARRICENSE Y EL EMBARAZO

Otra manera de visualizar la importancia de dar apoyo al niño pequeño y a la madre que trabaja en nuestro país, se aprecia en los siguientes datos.

Anualmente nacen 81 mil niños en Costa Rica, un promedio de 221 al día. Según datos aportados por la Asociación Demográfica Costarricense en el Seminario Informativo sobre el crecimiento poblacional en el país, llevado a cabo el 1º de agosto de 1990 en la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad de Costa Rica, el 39% de esos niños son engendrados fuera del matrimonio, o sea 32 mil infantes al nacer, posiblemente no contarán con un hogar estable donde puedan crecer y desarrollarse adecuadamente. El 17% son madres menores de 20 años, el 37% son madres solteras y el 57% de los embarazos habidos no fueron planeados, lo que indudablemente constituirá una fuente de problemas en ciertos aspectos para los matrimonios o las madres solteras.

Es fácil apreciar que todos esos aspectos inciden en el desarrollo físico, psíquico y social no solo del niño, sino incluso de la madre y la familia en general. Muchas mujeres jóvenes que trabajan deben dejar sus empleos al embarazarse (15%) y un porcentaje menos tuvo que dejar de estudiar con la frustración que eso produce.

Como consecuencia de un embarazo no planeado, o de una adolescente con un niño, sin ninguna experiencia para cuidarlo y en especial sin el deseo de haberlo concebido, aparece el mal trato, el descuido e incluso el abandono del niño pequeño.

Los programas ya relatados se convierten en un soporte para esas madres, una vez que el niño cumpla el año de edad, de manera que puedan continuar trabajando o estudiando si es su deseo.

Existe un programa integral de atención prioritaria de las madres y niños costarricenses llamado "Plan Nacional de Salud de la Mujer, la Madre y el Recién Nacido". El control prenatal, la atención del parto hospitalario y la asistencia inmediata del recién nacido, constituyen parte de dicho programa. Pero los programas materno infantiles, ya no pueden seguir siendo considerados como un conjunto de actividades de los servicios de salud, sino que requieren de otras áreas de servicios y muy especialmente de la participación efectiva de la comunidad. El programa CEN-CINAI está basado en este tipo de acciones.

Nuestra población es sumamente joven, ya que el país cuenta con un 36% de habitantes menores de 15 años; la mitad de la población está constituida por mujeres y un 47% se encuentra en edad fértil (15 a 45 años). Otro grupo de estas mujeres está en el 36% que constituyen las menores de 15 años y solamente un 7% del total de mujeres tiene una edad mayor de 60 años. La tasa general de fecundidad es actualmente de 2,21 hijos por madre, aunque en las regiones Brunca y Huetar Atlántica, ha permanecido siempre por encima del promedio nacional (y con el mayor déficit económico y educacional y de protección de la salud del país).

Es esencial contar con programas que protejan al niño y a la madre desde el embarazo y años posteriores. La consulta prenatal está tratando de generalizarse y debería llegar a cubrir todo el país incluyendo la atención del parto; sin embargo, comprendemos que algunas áreas geográficas son tan inaccesibles que difícilmente se podrá llegar a una cobertura del 100%. En especial hay que lograr aplicar el enfoque de riesgo en el nivel nacional para, con base en él, atender el parto problema en los hospitales (para 1987 había una cobertura de parto institucional de 94%). Pero, únicamente, hubo una cobertura de control prenatal en ese mismo año del 69% e incluso, la cobertura de las mujeres entre los 15 y 19 años fue muy deficiente, de solamente un 44%. El porcentaje de cesáreas en mujeres de 20 a 29 años fue del 20%. (Plan Nacional de Salud de la Mujer, La Madre y el Recién Nacido. Ministerio de Salud y OPS/OMS).

La mortalidad neonatal constituye el 60% de la mortalidad infantil y el 50% de estas defunciones ocurren en las primeras 24 horas de vida y se refieren a: hipoxia, asfixia, recién nacidos pretérmino, sepsis, lesiones congénitas, causas obstétricas y traumas del recién nacido. Para ello se ha sugerido, el mejor control prenatal y en especial el detectar los embarazos de alto riesgo y controlarlos; un mejor sistema de traslados a hospitales de las embarazadas y mejorar en estos los recursos humanos y tecnológicos en especial de los servicios de neonatología, y muchas medidas más.

Entre las intervenciones sugeridas para disminuir la mortalidad infantil están: familia constituida, edad óptima para el embarazo, espaciamiento de ellos, tener únicamente el número deseado de hijos, atención prenatal conveniente, parto institucional, atención del niño en el hogar y si esto no es posible en un CINAI, vigilancia del crecimiento y desarrollo, lactancia materna, etc.

9.4 SALUD MENTAL

Podríamos decir que salud mental es el conjunto de actividades que se desarrollan en el campo de la salud y atención médica y que tiene como fin promocionar, conservar, atender y restablecer la salud mental del ser humano. La salud mental es una dimensión de la salud integral del sujeto, y en ella están implicados una serie de factores biológicos, físicos, culturales, sociales y personales que se entremezclan para tratar de obtener un conjunto armónico de la persona consigo misma y con su medio. Lo anterior se manifiesta en la capacidad que tienen las personas de dar respuestas adecuadas a los procesos de adaptación, requeridos por las diversas situaciones que se presentan a través de su vida y en el medio en que se desenvuelven.

Participan para tratar de crear un marco de referencia científica a esta área de la atención del ser humano las siguientes ramas del saber: la psiquiatría, la medicina con todas sus ramas, la psicología, la antropología,

la sociología, la epidemiología, la farmacología, la investigación, etc.

Posiblemente la psiquiatría sea la que aporta una de las partes más importantes del conocimiento de esta rama, al darnos una visión de las enfermedades mentales de las cuales debemos proteger a los individuos, ya que trata acerca de las causas por las cuales aparecen los desórdenes mentales o de la conducta y cómo evitarlos o tratarlos.

Estos problemas están aumentando, no solo en Costa Rica, sino en el mundo y las psicosis, las psiconeurosis, el alcoholismo, etc., dan lugar a un alto porcentaje de las consultas y las incapacidades en el seguro social.

La aparición de estos problemas es favorecida por la inestabilidad política internacional y local, los problemas económicos del país y las familias, la industrialización, los cambios de vida, el abandono de las prácticas religiosas, la atracción sexual, las dificultades en el trabajo, el desempleo, y los diversos problemas de salud que afectan al hombre.

Durante muchos siglos, la enfermedad mental fue considerada de causa sobrenatural y estos enfermos eran considerados posesionados por espíritus o embrujados. Hipócrates señaló acerca de esta enfermedad, que la misma considerada sagrada, no le pareció más divina que las demás enfermedades, ni más sagrada, sino que tiene también un carácter natural.[323] Con el tiempo se comenzó a dar mucha importancia a los factores socioculturales, como causa efecto de los desórdenes de la conducta e incluso de trastornos de su cuerpo. En los últimos años han logrado ocupar un lugar importante en la génesis de esta patología, los trastornos bioquímicos en el nivel cerebral y los factores genéticos. En esta dimensión, el hombre fue entonces enfocado como un conjunto de mente y cuerpo inseparables y además considerado, bajo las influencias del contexto sociocultural en que crece y se desarrolla.

En Costa Rica, la atención psiquiátrica (no existía el concepto salud mental) se inició hace unos cien años con la creación del Asilo Chapuí, asilo-nosocomio que posteriormente evolucionó hacia un hospital mental y en donde se inició la formación de los psiquiatras costarricenses ya en el país y de manera programada. Posteriormente, se inició la formación de enfermeras psiquiátricas y se les dio capacitación en salud mental a los trabajadores sociales. Con el tiempo, apareció la formación académica de psicólogos clínicos.

Hace unos 20 años se inició la descentralización de los servicios de psiquiatría, hasta entonces concentrados en la capital.

El Ministerio de Salud creó un Departamento de Salud Mental que ha desarrollado programas nacionales en estimulación temprana y parto psicoprofiláctico, pero por carencia de personal y recursos no ha podido extenderse adecuadamente a pesar de tener personal capaz y planes de atención bien elaborados. En 1983, se solicitó a un grupo de expertos elaborar un programa nacional de salud mental con apoyo de la OPS, pues los servicios en psiquiatría en la Caja del Seguro Social eran eminentemente curativos, muy poco rehabilitadores y casi nada preventivos.

Así se inició una red de talleres de Salud Mental y Psiquiatría para detección temprana, seguimiento de egresados, control de tratamientos y que abarcaba no solo a los especialistas del ramo, sino a médicos generales, enfermeras, etc., y los mismos han continuado hasta la fecha. Los profesionales en psiquiatría y psicología han comenzado a trabajar en aspectos preventivos y de rehabilitación y se han ido formando equipos multidisciplinarios para atender a los enfermos en diversas áreas del país. El Ministerio de Salud, mediante especialistas del ramo, ha venido dando educación continua en este campo a todo el país.

La pretensión es que el mismo equipo responsable de proteger la salud física de una comunidad, lo sea para la salud mental, para lo cual se requiere mantener programas educativos permanentes y de capacitación en servicios para todos los profesionales que tengan que ver con cuidados de la salud.

Los mismos procesos de coordinación nacional e institucional en salud, deben actuar en psiquiatría y salud mental, los servicios deben ser regionalizados y desconcentrados, y el trabajo debe desarrollarse en equipos multidisciplinarios con diferente responsabilidad de sus integrantes.

Las acciones de salud mental deben ser consideradas una labor ordinaria y del trabajador primario de salud, previa instrucción y apoyo del equipo multidisciplinario. Los SILOS deben contar con todos los recursos humanos para integrar la salud mental a la atención de la salud en sus regiones.

Un Plan Nacional de Salud Mental fue elaborado y terminado en diciembre de 1985 a solicitud del Ministro de Salud y puesto a la orden del nuevo Ministro. Los responsables del mismo fueron: Dr. Alvaro Gallegos, Dr. Rodrigo Carballo, Dr. Gonzalo Adis, Dr. René González (OPS/OMS), Licda. Isabel Martínez (OPS/OMS), Dr. Gary Arce, Licda. Cristina Garita, Licda. Elizabeth Buján, Licda. Vera Leitón, Licda. Ana Ma. Monteverde, Dr. Francisco Golcher y Lic. Cristóbal Granados. Este grupo produjo un excelente Plan Nacional de Salud Mental, que ha estado esperando una decisión superior para ser llevado a la práctica en forma integral.

Lo importante del mismo es que las acciones de promoción y prevención de la enfermedad mental pasan a ocupar un primer plano de atención y se realizan formando parte de los programas que el Ministerio y la Caja tienen en estos campos. La salud mental es entonces comprendida y protegida de manera integrada dentro del Sistema Nacional de Salud y busca que los servicios de salud mental amparen a toda la población, integrando los mismos de manera natural a los que ya tienen la Caja y el Ministerio de Salud. La Prevención primaria, secundaria y terciaria de los problemas mentales se desarrollarán al unísono con los que el sistema tiene ya en funcionamiento y con amplia participación de la comunidad. Las investigaciones sociológicas han señalado la importancia de los estudios de la comunidad en lo que se refiere a los diversos problemas que la afectan no solo en el campo de la salud, sino en el área de la salud mental, pues es en el hogar y en la comunidad donde una serie de factores interactúan para

producir, o contribuir a que un problema mental, aparezca en un individuo. De tal forma que no solo importa la alimentación que se haya tenido, las enfermedades que haya padecido, sino también los factores socioculturales pasan a ser motivo de estudio y análisis debido al "medio ambiente" o a la "atmósfera" que han creado alrededor del individuo a través de su vida. Y si bien un buen marco cultural, económico y social, no impide por ejemplo el desarrollo de una enfermedad mental de origen genético, sí puede contribuir a impedir la aparición de algunos otros desórdenes de la salud mental.

9.5 TERCERA EDAD (EL ENVEJECIMIENTO)

Hace pocos años falleció en Francia el famoso pintor Marc Chagall a la edad de 97 años. Su muerte fue "inesperada" ya que a pesar de su edad, se mantenía perfectamente bien y no se le conocían enfermedades; conservaba un excelente estado físico y mental y trabajó en su profesión hasta el último día.

He ahí el problema de la tercera edad, este consiste en lograr que las personas mueran de viejos y no de enfermos. Lo anterior significa haber logrado que el adulto llegue sano a la tercera edad o sin factores de riesgo agregados y desde luego, eso también implica haber sido un niño sano o por lo menos no haber sufrido ninguna grave enfermedad que lo incapacitara, o lesiones que *a posteriori* pudieran generar problemas físicos o psíquicos.

Todos podemos estar absolutamente seguros de una sola cosa dentro del proceso natural de nuestro desarrollo, y esta es que al vivir, inexorablemente en algún momento vamos a morir. De los demás hechos, especialmente de poder llegar a viejos y a pesar de que debería ser una ley natural, nadie puede estar seguro. Hay que considerar pues, que la vejez es más que todo un "don" y que el obtenerlo es una oportunidad que la vida nos brinda. Pero para que esa vejez pueda ser considerada un "don", se requiere que logremos llegar a ancianos de manera normal, con conservación en lo posible, de las principales facultades físicas y psíquicas y con un mínimo de recursos económicos y de protección que nos permitan disfrutar de ella.

La finalidad de la Gerontología sería entonces lograr no tanto prolongar la vida de nuestros ancianos, sino lograr darles una mejor calidad de vida, para que la vejez se convierta en un "don" preciado y no en una carga, para las familias, la sociedad y el propio anciano.

Como la medicina no puede devolver la juventud, debe por lo menos tratar de devolver la salud perdida o rehabilitar a los ancianos cuando esto es necesario. El sistema de servicios de salud debe tener la capacidad para educar a las familias de los ancianos y a ellos mismos, a fin de que ambos soporten a gusto la vejez y no se convierta el cuido de ellos en un calvario para el propio viejo y un problema para las familias.

La cuestión de dar lugar a las mujeres y hombres viejos, en una sociedad que se precia de justa y armoniosa, proviene más del corazón que de la razón; sin embargo, hay fundamentos de costo social que señalan, que es muy importante que la sociedad y los gobiernos estén adecuadamente organizados para tratar de lograr una vida mejor y más duradera a sus ancianos. El "mañana del adulto es la vejez" y toda generación está llamada a crecer y envejecer inexorablemente. Es pues muy importante dar a conocer esto y buscar un enfoque solidario de las familias, las instituciones de bien social y el gobierno para conocer y buscar soluciones al problema de la tercera edad en el país.

La esperanza de vida del costarricense al nacer es ahora de 75 años (en 1960 era únicamente de 65 años), el 6,5% de la población tiene 60 años o más (doscientas mil personas) y el 4,3% de la población tiene 65 años o más. Nuestra población comienza pues a envejecer y este aumento en la edad de ese grupo, debe hacernos pensar en la necesidad de crear una estrategia común, con el fin de que el gobierno y sus instituciones y la propia comunidad, puedan hacer frente a una serie de situaciones especiales que esto genera como son: el aumento de las pensiones, la edad más adecuada para ello, el cuidado de la salud del anciano, los mecanismos sociales de apoyo en especial si es pobre o enfermo, etc.

En los países desarrollados, la mayoría de las personas que envejecen, es aún económicamente productiva, debido a que suelen conservar sus facultades en mayor o menor grado y permanecen en el trabajo o se adaptan a un cambio en él y en su forma de vida; amén de que las pensiones de vejez, les permiten vivir adecuadamente.

La aspiración de cualquier sistema de atención de los ancianos debería ser, el poder ayudar a que estos conserven después de su jubilación, una buena capacidad física y mental para que puedan vivir independientes, logrando no solo así disfrutar de la pensión, sino también de un merecido descanso.

Si no se logra lo anterior y se hacen dependientes de ayuda, lo ideal en estos casos es que lo sean únicamente de sus familias y no debe pensarse en el Estado como primer punto de apoyo, a menos de que exista abandono claro de parte de sus familiares o cuando hay una enfermedad que amerita la intervención de los servicios médicos del Seguro Social.

Se dice que actualmente el viejo no tiene la protección de su hogar, como sí sucedía en el pasado, hay pocos estudios para valorar adecuadamente este fenómeno. Sin embargo, lo que sí es cierto, es que aquellos Estados que crean instituciones o mecanismos para el cuido del anciano, se ven pronto saturados de demandas por tener este tipo de política paternalista. Ningún hospital o asilo de ancianos puede proporcionar más cuido y apoyo que un hogar y los hijos.

Uno de los problemas de la ancianidad, es el aumento de la vulnerabilidad a las enfermedades, el abandono social de ellos por sus familias y amistades y la disminución de sus sentidos, con menor capacidad para adaptarse a

nuevas situaciones. El viejo al ser marginado perdiendo el apoyo de sus seres queridos, se siente débil y extraño en un ambiente y un mundo muy diferente al que nació y se desarrolló.

El problema es que la gran familia de tres generaciones ya casi no existe y si la hay, no suele vivir en una misma casa, especialmente en la clase obrera y campesina. La extensión de la familia ya no es importante y la gente acepta una organización de la misma basada en los padres e hijos únicamente. En parte condicionada por el alto costo de las casas grandes y el desarraigo de la vida en sus comunidades de origen.

Algunos otros cambios en las estructuras de la sociedad han creado conflictos a los ancianos. La declinación de las ocupaciones tradicionales, especialmente en el campo, hacen que las personas se desplacen en busca de un mejor empleo, dejando a los ancianos atrás, separados de sus hijos. Otro cambio es el número muy alto de mujeres casadas o no y con hijos que optan por trabajar. Si hay un anciano en malas condiciones en esa familia les quedan dos opciones, o conseguir una empleada doméstica (que ahora cuesta mucho dinero), o internarlo en un albergue o asilo de ancianos.

La jubilación es en sí otro problema, por un lado es necesario esta para dar así oportunidad a los jóvenes de obtener fuentes de trabajo. Sin embargo, la obligatoriedad de pensionarse a una edad determinada puede causar un trauma psíquico a aquellos que no lo desean y están en condiciones de continuar laborando. Para otros, la jubilación puede ser un alivio por el esfuerzo físico o psíquico que representaba su trabajo. La mayoría de los pensionados se aburren en especial si están en buenas condiciones y no tienen ocupaciones; pierden también el contacto con sus compañeros de trabajo que a veces era el único vínculo extrafamiliar que poseían y esto es más grave si no poseen familia. Han dejado de ser útiles e importantes y usualmente la pensión significa una drástica disminución de sus ingresos y por ello, deben realizar ajustes en su modo de vida y en su conducta que a cierta edad es difícil de lograr.

La jubilación suele ser un problema mayor para el hombre que para la mujer, ya que ésta, tradicionalmente, no le da tanta importancia al trabajo, pues sus vínculos con el hogar y los hijos suelen ser muy fuertes y ahí en el hogar vuelve a encontrar el quehacer, es decir vuelve a ser útil. El hombre al no desarrollar una labor esencial para alguien, se desorienta.

Los cuidados de la vejez deben comenzar en la niñez y la juventud, los mecanismos preventivos y educativos sobre cuidados de la salud son fundamentales y ya han sido discutidos y para obtener viejos sanos es de todos conocidos que se hace necesario: una buena dieta, ejercicios adecuados, evitar tabaco, licor y drogas, tener algún entretenimiento y asistir a control médico a la menor molestia importante y especialmente prolongada o diferente, para que se puedan detectar tempranamente las enfermedades. Disminuir los factores de riesgo que producen enfermedades es esencial, pero no es realista pretender que un anciano cambie los hábitos de toda una vida. Para obtener éxito, las campañas deben estar dirigidas al

niño y al joven e incluso al adulto, de manera que poniendo de su parte lleguen a viejos sanos o en la mejor condición posible.

El envejecimiento es un proceso fisiológico y natural de los organismos vivos, desde la ameba al pez, pasando por el mono y el hombre, todos los seres vivientes nacen, crecen, se desarrollan, envejecen y mueren. Es pues una ley natural envejecer y no existe forma de evitar esto excepto con una muerte prematura. La vejez puede ser normal, con conservación de las principales facultades físicas y psíquicas, aunque disminuidas por el proceso de antigüedad, o acompañada de disminución de esas capacidades causando ineficiencia e incapacidad parcial o total. Los seres humanos deberían aprender que la vida es un cambio de formas que se van superponiendo y fundiendo unas con otras desde el huevo al embrión, el niño al adulto y al viejo. Estos aspectos morfológicos son la expresión de los sucesos químicos, fisiológicos y anatómicos del desarrollo del ser humano.

Cuando se habla de crear servicios hospitalarios para los ancianos o de abrir asilos para ellos, en realidad es porque la gente no desea modificar sus costumbres o volver al sistema antiguo de que el abuelo se queda en la casa.

No podemos aún prolongar la vida conservando intactas las actividades mentales y físicas; de hecho si todas las personas llegasen a los cien años, la humanidad a corto plazo no lo soportaría.

Experimentalmente se ha logrado triplicar la longevidad de los ratones, simplemente reduciendo la cantidad de alimentos desde el destete. Al parecer el hambre los obliga a estar moviéndose constantemente y este ejercicio causa una mejor salud. Los llenos están hartos y descansan y mueren muy pronto. Una primera conclusión de esto es que no hay que engordar y que el ejercicio y una dieta frugal son preventivos para una buena salud. Lo segundo es que dejar de trabajar al retirarse causa problemas a la salud.

La mujer en el país vive 4 ó 5 años más que el hombre y es conocido que hay más del doble de viudas que viudos.

El objetivo prioritario de acción respecto de la tercera edad, es entonces como ya dijimos, la estrategia de enfoque solidario de manera que los ancianos sean mantenidos en los hogares y apoyados por sus familiares. El fin de las campañas es crear conciencia en las familias de continuar dando apoyo a sus mayores. Sin embargo, ya sea que el anciano se quede en su hogar o en uno sustituto, se requiere siempre el apoyo familiar con visitas frecuentes y muestras de afecto.

El gran problema de los ancianos no es tanto darles estancias en sus propias casas, en asilos o en hospitales, sino la soledad y el aislamiento en que se encuentra el viejo al enfermarse o ser marginado por las generaciones más jóvenes. Los ancianos no suelen desear ser separados de sus familias o separados de sus hogares que son su ambiente habitual y que conocen bien. El concepto de familia no es solamente darle un cuarto al viejo, significa además continuar participándolo de la vida familiar y ayudándolo

en sus deficiencias. Todo viejo tiene un tesoro inapreciable, su experiencia; lamentablemente casi siempre es menospreciado, excepto cuando se tiene una inteligencia superior o poder económico. Las funciones del anciano en un hogar pueden y deben ser muy variadas y relacionadas a su estado de salud. Nuestros niños deben ver en el abuelo, no un ser inútil sino al contrario, una persona que conserva autoridad, merece respeto y puede prestarles ayuda en muchos sentidos.

Pero no solo el hogar es importante, sino incluso su calle y su barrio, todo ello guarda mucha significación para el viejo y constituyen medios de apoyo. El desarraigo al sacarlos de ese medio, es una experiencia traumática, y los afecta psíquica y físicamente.

El problema que constituye el *tendón de Aquiles* de la Tercera Edad es probablemente el de una buena comunicación del anciano con sus semejantes. El viejo se margina lentamente o es marginado por su grupo familiar o medio social. En lo íntimo, al no poder intercambiar sus ideas ni expresarse ni ser escuchado, se traumatiza y deprime. No es lo mismo para ellos ver la televisión (que parece ser el mayor apoyo con que cuenta el viejo como entretenimiento), que poder participar en las conversaciones familiares. Si recordamos que en antaño era el jefe de la familia y en esa época era quien dirigía las comunicaciones, al perder esto se crea un desequilibrio cultural, afectivo y psíquico que lo lleva a aislarse por sentir que no es tomado en cuenta o que estorba. Creemos que es obligatorio extender todos los derechos y privilegios humanos a las personas de edad avanzada, las cuales en razón de haber luchado y trabajado toda una vida, tienen derecho a participar equitativamente de los beneficios, muchos o pocos que se derivan del desarrollo de nuestras familias y de nuestra sociedad. Pero esto no solo implica ayuda para sus necesidades materiales, sino integración familiar y social y apoyo emocional. Tan indispensable para sobrevivir a cualquier edad.

El proceso de integración familiar que buscamos y pretendemos crear para el cuido de la población anciana, coloca a la familia como el primer agente de servicios de esos viejos. Pero posiblemente requiera, que los hogares pobres o sin medios económicos o las familias que cuidan a enfermos o desvalidos, reciban un apoyo de las instituciones nacionales responsables. Deberá establecerse un soporte económico para ellas, amén de asistencia técnica, médica y de enfermería y una organización de voluntariado social a domicilio para ayudar en los hogares donde el anciano queda solo o vive aislado. La asistencia en el hogar, en que tanto he insistido, no solo es la solución más económica para el país, sino la que aporta mayor apoyo desde el punto de vista psicológico. Contrariamente a lo que se cree, una buena parte de los trastornos mentales del viejo pueden ser tratados en sus hogares.

Es importante insistir en que la vejez en la mayoría de los casos no significa pobreza mental o pérdida de la capacidad de mando o ejecutividad. El solo revisar cuáles hombres han dirigido a las grandes potencias en los

últimos años, nos permiten apreciar que un Adenauer, un Mao Tse Tung, un De Gaulle y muchos otros lo hicieron ya viejos y de manera extraordinaria. Lo anterior puede extenderse a otros campos como son las ciencias, las artes, etc. Hay ejemplos pasados y presentes que atestiguan que el viejo no solo puede ser útil, sino que a veces es indispensable para un hogar o un pueblo. De hecho, el *Winston Churchill síndrome o factor,* revela un fenómeno extraordinario de longevidad y capacidad física e intelectual, sobre todo si a ellos se añade que este famoso hombre no respetaba reglas, sino que las rompía y vivió intensamente hasta los 95 años, aconsejando a su patria y comiendo, bebiendo y fumando en exceso.

El Ministerio y la Caja, apoyados por otras instituciones —IMAS, Asignaciones Familiares, educación, etc.— deben formar grupos de apoyo profesional y para-profesional para instruir a las comunidades y las familias sobre los problemas del envejecimiento. Crear manuales sencillos de ayuda y autoasistencia mediante información adecuada, sobre el cuidado de la salud y de las principales enfermedades de la vejez. La asistencia diurna a centros especiales de ancianos o la atención directa en el hogar son estrategias que deben ser reforzadas.

Todos los hospitales deben tener grupos de apoyo del anciano, para cuidados en su hogar que periódicamente los visiten y en especial cuando se encuentran afectados por alguna enfermedad. Con ello se evitan los internamientos en los hospitales de los casos no graves y se les da apoyo a las familias para el cuidado del viejo.

Es conveniente establecer comités regionales multidisciplinarios para la asistencia del anciano, que se relacionen con los de salud y seguridad social. Además deben establecerse normas para la atención del anciano, no solo en la enfermedad, sino en nutrición, para los trastornos mentales simples y en el campo social. La prevención de accidentes mediante la educación es muy importante. La instalación de asideros en los baños y barandas en las escaleras pueden evitar accidentes graves o invalidantes que complican la vida de todos, del enfermo y su familia.

Se requiere poner en ejecución un Plan Nacional de la Tercera Edad ya elaborado en 1985 y que requiere ser llevado a cabo con las modificaciones que se consideren convenientes. No debemos pensar en economizar lo que ya se está gastando, sino el lograr emplearlo de la mejor manera y en beneficio del mayor número posible de viejos y sobre todo con mayor eficiencia. Una política integral de atención al anciano debe ser formulada y llevada a cabo. La mayoría de los ancianos del país pueden con ayuda de sus familias, lograr una vida, sino plena, por lo menos adecuada y cuidarse por sí mismos. La familia es pues el elemento clave de este sistema de atención para las personas de la tercera edad pero, a su vez, debemos crear servicios de apoyo para ella como ya lo hemos señalado.

Sería interesante estudiar la posibilidad de traspasar costos de pacientes viejos internados en el Hospital Blanco Cervantes y en hogares de ancianos, para que familias pobres se hagan cargo de ellos a cambio de una

remuneración por parte de la CCSS con apoyo por ejemplo de Asignaciones Familiares y el IMAS (mediante la pensión del enfermo anciano, ya sea de la Caja o del Régimen no Contributivo y el presupuesto destinado a ellos para su atención en los hospitales) podrían en conjunto dar lugar a una suma que permitiría mejorar los presupuestos de esas familias. A su vez, los ancianos si están lúcidos y físicamente aptos, pueden cuidar niños, ayudar a educarlos, etc. Además si han sido maestros pueden colaborar en la enseñanza de niños en el hogar o en una comunidad, actuar como guardas de apoyo en tiendas, casas y escuelas, etc. Los hogares de ancianos deben dar preferencia a los indigentes que no tengan pensión o no dispongan de recursos o de familia que los cuida. Los ancianos que reciben pensión deberán dar la misma al hogar de ancianos o la familia que los cuida. No hay que crear servicios especializados en el campo de la atención médica para el viejo, sino más bien servicios básicos en los hospitales generales y en las clínicas para dar apoyo con afecto al viejo que se enferma. Debe, eso sí, darse cursos de refrescamiento por geriatras a los médicos generales y enfermos para actualizarlos sobre los problemas de la edad y su relación con determinadas enfermedades.

Un hogar de ancianos, donde no hay cariño ni apoyo de la familia o de la comunidad o sea donde no hay calor humano se convierte en una especie de cárcel o "gheto". Solidaridad y no caridad es lo que se requiere, para ello hay que volver a mejorar los vínculos entre las generaciones. La creación de "Unidades de Apoyo Familiar" para los ancianos (servicio a domicilio) de diversos tipos como ya expliqué puede llegar a ser el mecanismo ideal para que el país logre dar asistencia a los ancianos.

El envejecimiento progresivo de la población constituye un problema con importantes implicaciones sociales, económicas y políticas. Son muy complejos los diversos aspectos del envejecimiento que obligan a buscar nuevos métodos de atención del anciano. Hemos hecho especial hincapié en el apoyo familiar, pero nos vemos actualmente con el problema de que la participación de la mujer en las fuerzas de trabajo está modificando la estructura tradicional de la familia en algunas áreas, lo que impide que las hijas puedan apoyar a sus padres o las nietas a sus abuelos, con motivo de la ausencia obligada de su hogar en el día. En estos casos, el apoyo de parte del Estado puede manifestarse de diversas maneras como ya hemos señalado.

No obstante, estamos ciertos de una cosa, la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades es la manera más barata de lograr, si es aceptada por la comunidad, que nuestros viejos lleguen sanos a la edad senil.

En setiembre de 1987 fui comentarista en un seminario sobre tercera edad patrocinado por el Consejo Nacional de la Tercera Edad y el Centro Latinoamericano de Demografía. *Investigaciones sobre el envejecimiento en Costa Rica,* fue presentado por el Lic. Carlos Raabe Cercone y constituía

un análisis parcial de una encuesta realizada anteriormente por la Organización Panamericana de la Salud, con la colaboración de la CCSS, el Ministerio de Salud, etc. Los siguientes son algunas de sus conclusiones.

a) El nivel de educación de los ancianos costarricenses es bastante reducido, únicamente el 19% de los entrevistados logró al menos completar la primaria (pese a que el estudio comprendió especialmente la zona urbana) y un 24% no asistieron a la escuela. En el área rural esto fue muy frecuente.
b) La proporción de ancianos que viven solos no llega al 10%, la mayor parte continúa formando parte de núcleos familiares. Esto significa que felizmente en Costa Rica la familia aún constituye el mejor soporte del anciano. Por lo tanto es hacia ella a la que debemos dirigir nuestros esfuerzos educativos para que continúe protegiendo al viejo. Si la familia se deteriora y fragmenta, los primeros que sufrirán las consecuencias son los niños y luego los ancianos.
c) La mayor parte de los ancianos comparte el dormitorio con su cónyuge o disponen de un cuarto solo para ellos.
d) El porcentaje de hombres que indicaron no tener ningún problema específico de salud, es mayor que el de mujeres.
e) La hipertensión arterial y las dolencias reumáticas fueron los problemas de salud más frecuentemente citados por los ancianos. Le siguieron la diabetes, las cérvico-lumbalgias, la tensión nerviosa y las alteraciones de la visión.
f) Las mujeres se quejan más que los hombres de sufrir de esas enfermedades.
g) Un 86% señaló el tener derecho a recibir servicios médicos en el Seguro Social, pero un 96% han recurrido a los servicios de esa institución cuando lo han necesitado. Un 5,5% no ha utilizado "nunca" los servicios, un 18% no los utilizaron en el último año y un 42% lo usó más de 6 veces en un año.
h) El entretenimiento más frecuente fue oír radio, ver televisión y asistir a servicios religiosos y realizar visitas a familiares.
i) Las actividades religiosas generan una participación de un 24% de los encuestados.
j) Un 40% de los entrevistados indicaron estar interesados en estudiar o aprender cosas nuevas: entre los varones, la construcción, aprender a leer y escribir, la agricultura y la ganadería. Entre mujeres, la artesanía o manualidades, la costura y bordado.
k) Un 41% afirmó tener interés en cooperar con voluntariado de algún tipo.
l) La mayoría de los ancianos efectuaban sus comidas con los familiares.

m) Cuanto más educación, mayor satisfacción de llegar a viejo, en especial para los que viven con su cónyuge.

n) Los problemas más importantes que enfrentan los ancianos de edad menor a los 64 años son los de tipo económico, posteriormente los de salud pasan a ocupar el primer lugar.

o) Un 44% de las mujeres y un 53% de los hombres consideran que no tienen problemas importantes en su diario vivir.

p) La mitad de los entrevistados piensa que la principal medida que el gobierno debería tomar con respecto a los ancianos, es otorgarles pensión o mejorar la que actualmente disfrutan. Solamente un 7,5% citó la creación de centros de atención para personas de edad avanzada (no asilos) y ayuda para conseguir vivienda pidió el 9%. La creación de asilos de ancianos fue indicada por el 5% y la entrega de comida sugerida por el 4,5%.

q) Algo más del 40% de los hombres, pero únicamente un 8% de las mujeres, fueron considerados como económicamente activos.

r) Los hombres que tenían trabajo en el momento de la entrevista, en su mayoría lo hacían en actividades agropecuarias.

s) Un 45% de los hombres y un 30% de las mujeres reciben algún tipo de pensión, siendo las del Fondo No Contributivo las más difundidas.

t) Es interesante anotar que a pesar de lo reducido de sus pensiones y de la pobreza relativa en que se desenvuelve su vejez, solamente un 14% dijeron que sus necesidades básicas estaban mal satisfechas.

u) Un 70% tenía refrigerador y un 80% agua potable, ambos importantes para la salud (conservación de alimentos, evitar infecciones y parasitosis por el agua). El 75% tenía luz y cocina propia.

El anciano costarricense parece un conformista o acepta filosóficamente la edad, ya que se queja poco o está verdaderamente sano según esta encuesta. Por ejemplo a pesar de lo reducido de sus pensiones (solo un 48% recibía más de 4 mil colones) un 63% dijo que sus necesidades básicas estaban regular o bien satisfechas y el 80% consideró que su estado de salud era regular o bueno.

Un 72% de los ancianos dijeron estar satisfechos de la atención recibida en los servicios de la Caja y un 15% muy satisfechos. Fue muy satisfactorio saber que el 86% tenía derecho a servicios médicos del Seguro Social, pues muestra el grado de cobertura de nuestro sistema de salud, el primero en este aspecto en América Latina.

Más impresionante fue, en relación con esta institución, que solamente un 1,5% de los ancianos que utilizaron los servicios de la Caja, señalaron estar muy insatisfechos de la atención recibida; insatisfechos el 11% y en cambio un 72% los encontró satisfactorios y un 15% se mostró muy

satisfechos de ellos.

Ha sido una bendición para los ancianos que la radio y la televisión se encuentre tan difundida y que ellos o sus familias puedan comprar este último artefacto pues un 81% se entretenía oyendo radio y un 64% viendo televisión. Si nos acordamos que en los viejos, hay mucho déficit visual o auditivo, esos medios de comunicación los apoyan en un grado muy importante, ya que los sordos pueden ver la TV y los ciegos escuchar la radio. Se constituyen pues esos medios en una medida de sostén fundamental.

Fue desalentador saber que solamente el 47% de los hombres y el 22% de las mujeres caminan regularmente por la vecindad; de todos es conocido que el ejercicio no violento es uno de los mejores medios para mejorar la circulación, mantener el peso y lograr descanso mental. Es posible que esto se deba a: falta de apoyo de parte de los familiares para acompañarlos, y aunque parezca increíble, al mal estado de las aceras que llenas de huecos constituyen un gran riesgo para caerse.

Finalmente, un dato negativo es la participación del anciano en la labor de la comunidad, solamente el 7% participaba en la comunidad como voluntario en escuelas y hospitales, sin embargo, más del 40% se mostró dispuesto a ayudar en alguna labor. Todo parece indicar que las comunidades no los toman en cuenta en sus actividades.

Como la expectativa de vida está aumentando en este país, al igual que en el mundo desarrollado por encima de los 75 años, debemos entonces prepararnos para ello, con un programa multinstitucional y multidisciplinario y con la colaboración de la comunidad y las familias.

La vejez, como ya lo especifiqué anteriormente, es parte de la vida, constituye la fase final de esta, no hay razón para que no transcurra en una forma normal si se han tomado las prevenciones adecuadas.

> Como todos tenemos que morir, deberíamos aspirar a morir de viejos, y no a morir porque somos viejos enfermos.
>
> *J. Jaramillo*

Capítulo 10

ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD

Capítulo 10

ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD

10.1 GENERALIDADES

La salud es una condición de bienestar que nos permite poder realizar las actividades de la vida cotidiana; podría considerarse como el estado que existe cuando las enfermedades no están presentes. En 1946, la Organización Mundial de la Salud (OMS) formuló una definición que dice:

> La salud es un estado de bienestar físico, mental y social total o completo y no simplemente la ausencia de dolencias o enfermedades.[246]

Con ello, la OMS identificó tres dimensiones de la salud. Esta definición ha sido alabada por completa y al mismo tiempo criticada por esta causa, en especial por el término "total o completo" que usa, ya que eso coloca a la medicina o a las instituciones de salud y a la misma sociedad, ante metas prácticamente inalcanzables. Milton Terris cree que se debería eliminar de la definición la palabra "completo" ya que en la realidad, encontramos distintos grados de salud y propone sustituir el término enfermedad por malestar.[332] La aclaración anterior se hace necesaria debido a que un porcentaje importante de cualquier población estará comprendido entre el límite de la salud y cierto grado de enfermedad o malestar relativamente simples. Estas personas no requieren una atención compleja y costosa,[362] sino que podrían ser tratadas sencillamente con pocos gastos en su hogar o en la propia comunidad.

Los servicios de atención médica corrientes en clínicas y hospitales suelen ser costosos e incluso no ofrecen todos los aspectos de la atención de la salud, como son la prevención y la educación para la salud, y por diversas razones, tampoco suelen estar al alcance de toda la población, especialmente en los países en desarrollo. Por consiguiente se justifica otro sistema de atención de salud y eso precisamente es la "Atención Primaria de Salud".[150]

En el año 1977 la OMS y los Gobiernos que formaban parte de ésta,

decidieron buscar una meta para todos los pueblos la cual fue calificada como *Salud para Todos en el año 2000.* Al año siguiente en Alma-Ata, ciudad de la Unión Soviética, los países participantes en una Conferencia Internacional, auspiciada por la misma OMS, decidieron que la estrategia clave para alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000 era "La Atención Primaria" (APS).

La definición de la OMS señala:

> La atención primaria de salud, es la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y su núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto entre los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.
> 4, 245, 246, 362

Se aprecia que la finalidad es ofrecer servicios de salud convenientes, continuos y lo más completo posible con carácter ambulatorio a las personas y familias de una comunidad.[126] Los servicios para ser eficaces han de estar situados en la propia comunidad o cerca de ella, orientados hacia los principales problemas de salud de la región, con la finalidad de que sus acciones sean tanto de promoción y prevención, como de tratamiento y rehabilitación para resolver esos problemas. Es importante recalcar que al hablar de atención en salud no estamos refiriéndonos a atención médica únicamente, sino que es una asistencia sanitaria esencial que comprende además, educación para la salud, prevención, inmunizaciones, alimentación, vivienda, higiene, etc., o sea participa en todos los aspectos que contribuyan a mejorar la salud de la población.

La atención primaria se realiza, en especial, en el primer nivel de complejidad (ver Sistema de Salud), o sea en el nivel básico del sistema de servicios de salud y en el nivel administrativo primario del sistema local de salud, pero como estos dependen de otros niveles técnicos y administrativos, ahí también se realizan actividades de atención primaria.

Aunque la APS representa el primer nivel de contacto de las personas con los servicios de atención para cuidar la salud que el gobierno ofrece a sus ciudadanos (lo cual implícitamente deja ver que toda la población tiene derecho a esa atención), sin embargo no todas las personas van a tener problemas de salud tan simples que requieren cuidados en este nivel, de ahí que entonces deberán ser elevados a otros niveles que ofrezcan determinados servicios, adecuados a su padecimiento; para esto, el sistema

se ha organizado según una pirámide escalonada en niveles de atención que van de menor a mayor complejidad y que creo es el mejor modo de organización de este tipo de servicios. Sin embargo, algunos enfermos (por ejemplo con un trauma craneoencefálico severo o una infección grave) requieren de inmediato ir a un nivel superior de tipo hospitalario, saltándose, por decirlo así, los niveles previos; en razón de esto, algunos autores proponen otra pirámide en que la base del sistema es la atención primaria en el hogar o comunidad y a partir de ahí se puede ir a cualquier otro nivel en forma directa y sin pasar por los superiores. A mi juicio, esto sirve en casos de emergencias muy calificadas, pero trastorna el sistema al llegar pacientes sin adecuado control a los niveles de gran complejidad. Los gráficos de estas pirámides y su explicación pueden verse en el capítulo de "Sistema Nacional de Salud". En el caso de existir médicos familiares, en una comunidad se acepta que éstos pueden referir a cualquier nivel dada la experiencia que poseen.

La atención primaria de la salud como estrategia, debe dar lugar a un proceso de planificación con planes y programas concretos para alcanzar el objetivo de la salud para todos. El éxito de esta estrategia requiere como condición previa que exista una política nacional bien definida en el campo de la salud, acorde con los problemas existentes y con los recursos con que cuenta en esta área. Esta estrategia es mucho más que una simple extensión de los servicios básicos de salud, pues forma parte del conjunto de acciones para desarrollar social y económica a una comunidad; además, para implementarla requiere de una tecnología apropiada para la salud.

Esta consiste en un conjunto de métodos, técnicas y equipo para solucionar problemas de salud que, aparte de tener base científica, debe ser simple y admitida fácilmente por quienes la emplean o reciben. Debe estar acorde con la cultura de la comunidad donde se pone en práctica, fácil de comprender y aplicada de ser posible por personas de la misma región. La atención primaria debe implantarse de manera general, en razón de que la salud es un derecho fundamental y una meta social para todos y teniendo como marco el buscar proteger en especial a los marginados.

Es fundamental para la estrategia, una distribución equitativa de los recursos de salud, para atender a toda la población, sin distingo de localización geográfica, trabajo, sexo o edad. Hasta ahora, por ejemplo, en Costa Rica la mayor parte del presupuesto del sector se ha destinado a servicios médicos de atención de enfermedad, extremadamente complejos, especializados y costosos, en provecho de grupos pequeños; casi podríamos decir, que son grupos privilegiados de pacientes de las áreas urbanas.

Se hace necesario cambiar esa orientación, ampliando el apoyo a la atención primaria. La población tiene el derecho, pero también el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y la protección de su asistencia sanitaria. Debe entenderse que existe un compromiso político del Estado en su conjunto y no solo del Ministerio de Salud o incluso del Sector Salud. Esta autorresponsabilidad nacional comprende una iniciativa

general en todo nivel e incluso con apoyo internacional para la ejecución de la estrategia. El sector, por sí solo, no puede alcanzar la meta de Salud para todos. Será preciso coordinar esfuerzos con los demás sectores sociales y económicos (educación, agricultura, vivienda, etc.), y lograr además la coordinación adecuada e incluso la integración del sector salud. De acuerdo con los postulados de la OMS, para el año 2000, cada país debe aspirar a que sus habitantes gocen de un grado de salud que les permita vivir, estudiar o trabajar productivamente y tomar parte activa en la vida social de la comunidad en la que reśiden.[248]

Entre los componentes prioritarios de la estrategia de la APS se encuentra la universalización de los servicios a todo el país y el lograr una amplia participación comunitaria para ayudar a resolver sus problemas de salud, para lo cual se requiere del apoyo de las municipalidades, los comités de desarrollo, los de salud, etc.

10.2 PROGRAMAS O ACCIONES ESENCIALES DE LA APS

a) Educación sobre los principales problemas de salud de la región, enseñar métodos de prevención y tratamiento simples en el nivel del hogar y la comunidad. Aquí, es fundamental obtener la colaboración de los maestros, los cuales, una vez instruidos sobre los temas, pueden, al igual que la madre, influir en los estilos de vida de la población, tratando de combatir los malos hábitos y corregir los defectuosos.

b) Lograr el abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico; esto incluye no solo dotar de agua potable mediante un sistema de acueductos rurales o pozos con sus bombas de agua, sino también una buena disposición de desechos sólidos y otros desechos líquidos y de las excretas. Este componente es básico y debe ser llevado tanto a las áreas rurales como a las urbanas, en especial a las marginadas. Requiere de una coordinación con las Municipalidades, el Instituto de Acueductos y Alcantarillados, el Ministerio de Salud, el de Transportes, etc.[348]

c) Suministro de alimentos y de nutrición apropiada, en especial a los niños pequeños de escasos recursos y a las embarazadas pobres. El programa de Atención Integral del Niño Pequeño, del Ministerio de Salud, cumple con todas estas premisas en una forma integral, apoyando además a las madres que trabajan.

d) Asistencia Materno-infantil con inclusión de la planificación familiar a toda mujer embarazada.[59] El acceso a la consulta prenatal, postnatal y de crecimiento y desarrollo, en clínicas y hospitales debe ser gratuito como está ya establecido en el país, con lo cual la morbimortalidad de embarazadas y niños ha disminuido de manera importante. Debe hacerse énfasis en la lactancia materna

y en la higiene personal. En Costa Rica nacieron 83 mil niños en 1989 y de ellos, uno de cada cinco bebés pertenecen a madres solteras. En total 16 mil niños de madres adolescentes, lo que constituye un serio problema tanto para la madre como para el niño e incluso para el país.[17] De ahí la importancia de una buena educación a las niñas y mujeres jóvenes en cuanto a planificación familiar para evitar un embarazo no deseado.

e) Inmunización contra las principales enfermedades infecciosas, en programas permanentes.

f) Prevención y lucha contra las enfermedades endémicas del área o del país. (Hepatitis, malaria, venéreas, meningitis, SIDA, etc.). La elaboración de programas para la prevención y detección precoz de la hipertensión arterial, diabetes, obesidad, desnutrición, las cardiopatías, algunos cánceres, etc., es muy importante.

g) Dotar a la comunidad de capacidad para atender ahí, las enfermedades corrientes y los traumas simples (rehidratación oral, sutura de heridas, atención de infecciones y suministro de medicamentos como: antiparasitarios, antibióticos, analgésicos, antidiarreicos, etc.).

h) Atención odontológica: Mediante las unidades móviles de penetración rural para realizar, prevención y extracciones, obturaciones, etc., especialmente a la población escolar. Establecer como en Costa Rica, programas de fluoruración de la sal para combatir las caries, pero vigilando adecuadamente la dosis para evitar factores adversos que han sido comunicados, ya que las dosis excesivas pueden producir en animales de experimentación, un tipo de cáncer. Sin embargo, en mi experiencia sobre estos problemas, muchas sustancias empleadas a dosis excesivas pueden causar lesiones y cánceres en animales, y por ello no se justifica suspender este beneficio sino controlar bien la dosis que se emplea.

i) Laboratorios clínicos rurales, fijos o móviles, para apoyar la atención médica.

j) Programa de salud ocupacional; el seguro de riesgos profesionales debe extenderse a todo el país y el Instituto Nacional de Seguros debe crear acciones de cobertura nacional. Además, en unión de todo el sector salud, elaborar programas de prevención de accidentes y de enfermedades profesionales para apoyar a áreas problemas, donde por la índole de los trabajos que ahí se realizan, esta contingencia se presenta con mayor frecuencia.

k) Programa de unidades móviles médicas de penetración. Para las áreas rurales de difícil acceso y que no cuentan aún con clínicas médicas. Debe asegurarse la visita semanal del médico a cada puesto previamente designado, dotando al médico del personal auxiliar de apoyo y de los implementos indispensables.

10.3 OTROS ELEMENTOS ESENCIALES DE LA ATENCION PRIMARIA

Debe identificarse, en cada programa de salud, las actividades cuya ejecución incumbe a las personas de la comunidad, a los técnicos o profesionales de salud o a otros sectores para elaborar planes al respecto:

a) Debe apoyarse muy especialmente a la madre de familia, educándola para la administración de la autoasistencia, tratamientos profilácticos, etc.
b) Hacer estudios de los requerimientos de infraestructura para la estrategia de APS en el nivel comunal, regional y nacional; para planificar la financiación, el tipo de programas, el personal y la aplicación de tecnologías que se necesitan.
c) Concientizar a las comunidades para colaborar en la construcción de pozos, acueductos rurales, letrinización, caminos vecinales, etc. El sector salud debe fijar prioridades y obtener apoyo del Ministerio de Educación, Obras Públicas, etc.
d) De ser posible todos los individuos de una comunidad deben participar en la decisión de asistencia sanitaria para sí mismos y sus familias, en la medida de sus posibilidades y con acciones de tipo comunal.
e) Salud pública veterinaria: se debe tratar de reducir en lo posible las enfermedades en animales e incrementar la vigilancia epidemiológica en todo el país con especial énfasis en áreas problemas.
f) Proteger y promocionar la salud ambiental en todas las comunidades.
g) Desarrollar una adecuada articulación intersectorial.
h) Desarrollar los recursos humanos necesarios para los diferentes programas y establecer un sistema de educación continua o actualización para todo nivel y en especial para los asistentes de salud rural y comunitaria, los auxiliares de salud, etc.
i) Obtener apoyo internacional ya sea en recursos físicos o en asesoramiento sobre diversos problemas.[245, 246, 247]
j) Salud mental; enfocar dichos problemas (neurosis, alcoholismo, drogas, retardo mental, etc.), desde el punto de vista integral y mediante una campaña nacional.[231]

Las estrategias de la APS se orientan de ser posible hacia la prestación de servicios completos de salud a la comunidad y sus grupos, reconociendo la necesidad de la participación activa de ésta en el sistema de prestaciones de asistencia de salud. Los grupos humanos prioritarios dentro del sector salud son los pobres e indigentes de toda las edades y que por habitar en áreas rurales lejanas y urbanas marginales no tienen fácil acceso a la atención médica; además, sus recursos no dan para tener una alimentación

adecuada, por lo que les es imposible satisfacer sus necesidades básicas. A estos grupos preferentemente debe ir el apoyo, sin descuidar por supuesto al resto de la población.

Para lograr todos los objetivos de la atención primaria y con el fin de una ejecución eficaz de la estrategia, deben fortalecerse las atribuciones del Ministerio de Salud, el cual debe contar con autoridad para encauzar las actividades hacia un sistema nacional de salud adecuado. Con la creación del "Sector Salud", el Ministro del ramo figura como la autoridad coordinadora entre los diversos ministerios e instituciones, lo que permite planear mejor las acciones. Deben además designarse autoridades regionales, para lo cual la consolidación de los Sistemas Locales de Salud o SILOS deja a una sola autoridad como responsable de las actividades en las diversas áreas de salud en que se divide el país. Dentro del esquema de los SILOS, la comunidad debe participar en la administración de sus propios programas de salud. Debe revisarse la legislación para adecuarla en busca de un mayor apoyo legal para finalizar la integración de servicios y realizar una desconcentración y descentralización efectivas.

En el campo de la investigación, necesitamos establecer prioridades y orientarlas hacia la identificación y análisis de los principales problemas nacionales. Estos estudios deben ir inclinados hacia la investigación del desarrollo técnico y administrativo del sector, estudio de los insumos que se requieren y de tecnología apropiada para esos programas. El CENDEISSS, el INCAE, el ICAP, el Tecnológico y las Universidades deben colaborar para que esto sea una realidad.

Los centros de investigación existentes en el país como INCIENSA, INISA, CITA, etc., deben realizar investigaciones aplicadas a nuestros principales problemas, nutricionales, de enfermedades, etc., de hecho lo han estado haciendo así, pero debe ser incrementado con recursos aportados por las instituciones del sector.

Algunos de los estudios que urge realizar son los de aceptación y utilización de los servicios de salud por parte de la comunidad. De esta manera, es importante evaluar el bienestar que dicho servicio está produciendo en esas poblaciones en relación con el costo de los mismos. El estudio de productividad y eficiencia del Sector Salud en su forma actual es indispensable para la reorganización que preconizamos; lo mismo el del costo/beneficio en los hospitales, etc.

Dos campos indispensables de acción son: a) lograr determinar cuáles son los insumos que requerimos en nuestras acciones de salud y ver la posibilidad de su producción total en Costa Rica; y b) determinar cuáles son los equipos necesarios y más efectivos, eliminar los superfluos, racionalizar el uso de los sofisticados y desarrollar programas para un mejoramiento de esos equipos incluyendo el mantenimiento de las instalaciones que poseemos, ya que será muy difícil sustituir alguno a corto plazo si se deterioraran.

Debe estrecharse el contacto con instituciones como el Tecnológico, el

INA (Instituto Nacional de Aprendizaje) y el complejo industrial existente en nuestro país, para ver si tienen capacidad de producción de nuestras necesidades en equipo y para la formación de recursos humanos en manejo y mantenimiento de equipo.

Debemos dar información al país de manera permanente sobre los problemas de salud. Se utilizará esta información para movilizar apoyo político, financiero, administrativo, técnico y popular. En especial, se debe suministrar ésta a los dirigentes comunales sobre los objetivos y los posibles beneficios socioeconómicos de la estrategia, así como informarles sobre la marcha de ellos. Al personal de la salud, debe explicársele sobre la validez de las diversas tecnologías de salud y los problemas de aplicación que entraña. Además es necesario dar información a la comunidad mediante folletos, periódicos, cines, televisión y charlas.

10.4 DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS

La mejor manera de conseguir movilizar a la población es concientizar acerca de la importancia de su participación, delegando responsabilidad, autoridad y recursos para establecer la Atención Primaria en la Comunidad. Deben crearse comités de salud en todos los distritos para establecer y vigilar la Atención Primaria. Fomentar mediante principios educacionales, la responsabilidad de la población para la autoasistencia individual y familiar, adaptando un estilo de vida sano y aplicando principios adecuados de higiene y nutrición.

La creación de las Juntas de Salud y Seguridad Social en todos los cantones del país y el programa de "SILOS" favorece lo anterior, delegan a la comunidad la responsabilidad de administrar los alimentos, los equipos, etc.[152]

Deben incluirse representantes de la población ya no solo en las Juntas de Salud y Seguridad Social, sino también en el nivel regionales y nacionales o de escalón intermedio —como en el programa de los "SILOS".

Lograr el adiestramiento y orientación de agentes de salud de la comunidad y solicitar ayuda a los dirigentes cívicos, maestros, agentes de policía, cooperativistas, debe ser realizado.

Además, debe estimularse al máximo la creación de organizaciones benéficas para que participen en las actividades de fomento de la salud, prestación de servicio de urgencia (socorro), Cruz Roja, Comités de Nutrición, etc.

10.5 RECURSOS FINANCIEROS Y MATERIALES

a) Revisar la distribución de su presupuesto de salud en el Ministerio y de los créditos para la Atención Primaria de Salud, lo mismo en

la Caja Costarricense de Seguro Social y en el Instituto Nacional de Seguros. Creemos que estas dos últimas instituciones contribuyen relativamente con pocos recursos para la estrategia, a pesar de que logran grandes beneficios con ello.

b) Reasignar los recursos disponibles en la medida de lo necesario o dedicar recursos adicionales a la provisión de la Atención Primaria de la Salud. Tanto la Caja como el INS deben proveer éstos.
c) Considerar los beneficios de los diversos programas de salud en relación con el costo, así como la eficacia de las diferentes tecnologías.
d) Tratar de conseguir fondos adicionales para la estrategia.
e) Revisar las distintas posibilidades de financiar el sistema.
f) Identificar las actividades que puedan atraer subvenciones o préstamos externos.
g) Presentar al Gobierno un plan general para el uso de todos los recursos financieros y materiales existentes. La ayuda internacional, técnica y financiera, provenientes de la OMS, OPS, y de otras agencias deben ser reorientadas para apoyar estas políticas basadas con preeminencia en la atención primaria de la salud.
h) Incrementar el programa de los "SILOS".

10.6 RESUMEN

La Atención Primaria ha sido una de las estrategias más importantes para lograr los índices de salud que posee el país. Luis Rosero, en un interesante trabajo sobre **Determinantes socio-económico y sanitarios del descenso de la mortalidad infantil**,[306] la pone como la acción más influyente para lograr esa reducción; si a lo anterior añadimos la Integración de Servicios de Salud y Médicos entre la Caja del Seguro Social y el Ministerio de Salud, con esto, se ha podido extender la cobertura de servicios médicos a casi toda Costa Rica. Estas dos etapas vienen a ser complementadas por la creación de los SILOS o Sistemas Integrados de Salud, que deberán terminar de implementarse en el nivel nacional, para lograr mejores servicios a la comunidad, al obtenerse mayor autonomía de área por descentralización y desconcentración efectivas. El proceso se inicia y debe, en los próximos cuatro años, estar totalmente finalizado.

Se requiere ahora como parte de ese nuevo esquema de acción, obtener cooperación e integración no sólo entre la Caja y el Ministerio, sino también con el Instituto Nacional de Seguros y el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados. A su vez es necesario obtener apoyo "intersectorial" con otros Ministerios e instituciones como el de Educación, el IMAS, Asignaciones Familiares, el INVU, Agricultura, Obras Públicas, etc.[260]

La Atención Primaria es un nivel de atención simple, que busca dar servicios aceptables y accesibles a toda la población, con la participación de la comunidad, no simplemente como beneficiaria pasiva de los servicios, sino como un elemento que contribuye y actúa en cuidado de su propia salud. La comunidad se convierte en parte integrante del desarrollo del campo de la salud. En esta estrategia las ciencias médicas se interrelacionan con las sociales y políticas para un mejor accionar.

La búsqueda de una mayor justicia social nos obligó, por esas mismas razones, a involucrar en la atención de los servicios a los indigentes. La Caja Costarricense del Seguro Social se adelantó a todas las instituciones de Seguridad Social de América, al aceptar ese reto y cumplir con el compromiso de incorporarlos al sistema de atención médica de la institución; con ello, se universalizaron los servicios médicos bajo un solo sistema y se cumple así con una verdadera seguridad social y no simplemente con dar atención a quienes cotizaban para el sistema. La "solidaridad" de los trabajadores costarricenses ha quedado además patente al aceptar la incorporación de los indigentes a los servicios de la institución.

Cuidadosa pero efectivamente, la Caja Costarricense de Seguro Social tendrá que realizar una distribución más equitativa de sus recursos, todo ello no solo para asumir la responsabilidad de la atención de la enfermedad de todos los costarricenses, sino su atención deberá encaminarse también en unión del Ministerio a las acciones preventivas, primordialmente en un futuro no muy lejano.

La Atención Primaria, por ser de menor costo, contribuye a racionalizar servicios, y a que estos se organicen de manera que permitan extender la atención de la salud a los grupos marginados, o desatendidos por pobreza, área geográfica, etc. Debemos además mantener la calidad de los actuales servicios y si es posible mejorarlos, respondiendo con ello a las nuevas necesidades creadas por el crecimiento de la población, la contaminación ambiental y los cambios en la morbi-mortalidad.

Para lograr éxito en la Atención Primaria, se requiere como ya dijimos implementar una tecnología adecuada, en razón de eso, el final de este capítulo está dedicado a este tema.

10.7 TECNOLOGIA PARA LA SALUD

10.7.1 Tecnología

Es un conjunto de procedimientos, métodos e instrumentos empleados en las distintas ramas industriales, en la ciencia, etc.

La creación y adecuada supervisión de una tecnología apropiada para la salud son indispensables para obtener un alto grado de desarrollo en este campo.

Hay diversas tendencias relativas al concepto de tecnologías apropiadas y su utilización.

Aclaramos que la tecnología abarca no sólo los elementos físicos evidentes o tangibles como los aparatos o instrumentos, sino también una serie de variables de todos los procesos de crear o producir, como son la formación de recursos, la utilización, la gestión y la administración de ellos.

La tecnología apropiada para la salud o medicina supone un "concepto global".

La tecnología para la salud, según la OPS/OMS, es un conjunto de materiales, técnicas, medios (o recursos) e instrumentos que, debidamente utilizados por un personal de salud con la adecuada formación, puedan contribuir a resolver total o parcialmente problemas que se plantean en el campo de la salud o afines como: enfermería, medicina, investigación, etc.

La Oficina de Evaluación de Tecnología de los Estados Unidos, la define como el conjunto de técnicas, medicamentos, equipo y procedimientos utilizados por los profesionales de la salud en la distribución de atención médica a los individuos y sistemas en los cuales se suministran.

La tecnología apropiada para la salud de un país, ha de guardar relación con la situación particular que tiene cada uno, como, idiosincrasia de los individuos, desarrollo socioeconómico, nivel de vida, etc.

Criterios para elegir una tecnología

Al hablar de tecnología apropiada, se refiere, en países de vías de desarrollo, a lograr la mejor tecnología no solo en eficacia, sino en su aceptación por la comunidad y sobre todo en costo compatibles para países pobres. En estos países se da además, la necesidad de una cooperación intersectorial en materia de tecnología para mejorar la de salud con el fin de disminuir costos.

Es necesario que los responsables de proporcionar cuidados de la salud, se preocupen por hacer modificaciones o adaptaciones, para mejorar la tecnología que poseemos en Costa Rica. Sobre todo, ver si es adecuada y si cumple con el fin para que la ha sido implementada; esto debe investigarse en especial en el campo de la tecnología médica, debido a los altos costos de la misma.

El papel del técnico y de los medios que emplea en el campo de la salud y la medicina debe ser revisado, para ver si están bien utilizados, y si las técnicas empleadas son las más apropiadas.

En los planes de estudio de la medicina de grado y postgrado, debe insistirse en el uso adecuado de la tecnología, acorde con los recursos existentes en el país.

Es necesario conocer si la formación continua del personal de atención primaria de salud posee métodos de enseñanza adecuados; si se están formando los técnicos que el país requiere para los próximos años y si es necesario crear más programas o innovar los existentes para capacitar mejor a los estudiantes e integrarlos a los conceptos modernos de la tecnología.

10.7.2 Tecnología educacional

Los aspectos fundamentales para el desarrollo de los recursos humanos en salud son:

a) La planificación y la programación de esos recursos.
b) La capacitación en áreas prioritarias.
c) La utilización dél recurso humano en forma adecuada y
d) El tipo de tecnología educativa empleado para ello.

Debe destacarse la tecnología científica de la educación, ya que esta última deriva de la investigación educacional, la sociología, la pedagogía, etc. Su objetivo es el mejoramiento de la salud y para esto el perfeccionamiento del proceso de *enseñanza-aprendizaje* es esencial.

En realidad, la tecnología educacional participa en todas las etapas del proceso educativo, desde la planificación, a la delimitación de adiestramiento de habilidades específicas.

La tecnología utiliza los criterios de eficiencia y eficacia para mejorar el sistema educativo.

10.7.3 Transferencia de tecnología, ventajas y riesgos

La transferencia de conquistas científicas y tecnológicas, para que den resultado, implican que exista estructura y adiestramiento cultural y desarrollo adecuado en otras realidades, ya que si no tienen el mismo nivel socio-económico, pueden proporcionar resultados decepcionantes o ser experiencias inadecuadas.

Condiciones o métodos para crear una tecnología apropiada:

1º) Análisis del problema (diagnóstico). 2º) Tipo de estrategia por crear. 3º) Capacitación del personal. 4º) Tecnología por emplear. 5º) Recursos de que se dispone. 6º) Resultados.

La Tecnología apropiada está en razón de los recursos existentes y como estos son escasos en nuestros países, la más simple debe ser la que se deba emplear, pero, no por ello menos eficaz. En tecnología es posible ver que a veces, la más simple, como es aplicar una vacuna, es en cierto modo más eficaz que tratar una hepatitis y sus secuelas que sería un estadio intermedio y por supuesto muy superior a tener que hacer por destrucción del hígado provocado por una hepatitis, un transplante de hígado que involucra la más compleja y costosa tecnología médica con beneficio reducido a una persona y con interrogantes sobre costo/beneficio.

El problema es seleccionar y utilizar las tecnologías según necesidades y recursos del país y de las instituciones y en beneficio de las mayorías.

10.8 COMENTARIO FINAL

Un estudio realizado hace un tiempo por un grupo de investigadores de INCIENSA con apoyo del CID de Canadá y llamado "Determinantes de la Evolución de la Situación de la Salud de la Población" Costa Rica, 1970-1980. INCIENSA-CID, Oct. 1988, pone en duda que los programas de la Atención Primaria de la Salud hayan tenido un papel tan preponderante para disminuir la mortalidad infantil en el país, como se ha venido señalando. Estos autores (Sonia Cervantes U., Carlos Raabe C. y Miguel Flores C.) en los resultados de esta investigación —calificada de inicial— indican que, por ejemplo, la mayor reducción en el porcentaje de defunciones postneonatales y en el porcentaje de nacidos vivos que han fallecido, ocurrió en las zonas con más acceso a servicios médicos asistenciales y en las áreas con buena situación económica y social (incluye cañería, alfabetización, electrificación, vivienda, etc.) y no como consecuencia de los programas de Atención Primaria.

Los autores señalan que, probablemente, el proceso de descenso de la mortalidad infantil, ocurrido durante el período de análisis, podría haber sido más complejo de lo previsto o que las contradicciones existentes entre los resultados generados, por los tres indicadores usados, se deben a deficiencia que presenta la información disponible. También es de tomar en cuenta que las zonas de mayor reducción de la mortalidad infantil y que tendieron a ser las de menor cobertura de la Atención Primaria, no eran objeto de ese programa de manera intensa, ya que las zonas de mayor cobertura de Atención Primaria son las más rurales y atrasadas del país.

En todo caso, hemos creído importante citar este interesante estudio, ya que considero que "todos" los programas sin excepción del Sector Salud, deben estar sujetos a análisis y modificaciones buscando mejores resultados. En la actualidad se acepta que las mejoras en los índices de salud tienen origen en múltiples acciones y factores y no en un solo programa.

Capítulo 11

Participación comunitaria en el campo de la salud y seguridad social

Capítulo VI

Participación comunitaria en el campo de la salud y seguridad social

PARTICIPACION COMUNITARIA EN EL CAMPO DE LA SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL

Entre las conquistas fundamentales del desarrollo social a que tienen derecho los pueblos se encuentra la protección de la salud y la atención de la enfermedad para todos los ciudadanos.

La seguridad que tiene el costarricense de que será protegido en la enfermedad o invalidez, mediante atención médica o con recursos económicos (pagos de incapacidad y pensiones), es posible haya sido uno de los mecanismos que ha contribuido junto con la educación y la libertad política a conservar la democracia y la paz social que poseemos.

La salud ocupa ya un lugar muy especial en nuestro desarrollo. Debido a los éxitos obtenidos con nuestras acciones hemos vencido o controlado la mayoría de las enfermedades de los países pobres, y en cambio, poseemos ya la patología de los países desarrollados, pero inmersos en un estado económicamente débil y con pocos recursos para sostener los índices alcanzados, recursos que son necesarios para evitar que vuelvan las antiguas enfermedades y además contar con medios para solucionar adecuadamente los nuevos problemas que se avecinan.

Muy avanzados en salud para un país subdesarrollado, no podemos captar experiencia de países pobres y no tenemos suficientes recursos para llevar a cabo programas de los países desarrollados.

Entre las estrategias fundamentales para hacer frente a la nueva situación y mejorar nuestros indicadores de salud, está buscar l**a participación de la comunidad** en la resolución de sus propios problemas de salud; esto es esencial para tener éxito en el proceso de cambio que requerimos para facilitar las acciones de protección de la salud.

Cuando los países miembros de la Organización Mundial de la Salud y las autoridades de dicha institución decidieron que la estrategia clave para lograr la meta de *salud para todos en el año 2000* era la "Atención Primaria de Salud", se decidió que la participación comunitaria era una estrategia complementaria indispensable y sin la cual no funcionaría la primera. Así a

nivel mundial quedó decidido que había que buscar fórmulas satisfactorias en cada país o región, para involucrar a la comunidad organizada a participar en las acciones de salud. Esto es básico, ya que el estado de salud de los individuos de una población no depende únicamente de un equilibrio de su medio interno sino también de las influencias de su medio externo como son los factores económicos, culturales, geográficos y alimentarios, que suelen estar presentes en la comunidad donde este actúa y se desarrolla como veremos más adelante.

Los pueblos deben entender que la protección a la salud no solo es un derecho de todos, sino que también significa responsabilidad compartida del gobierno (Ministerio de Salud y Caja) y ciudadanos.

También creemos que si la población acepta asumir parte de la responsabilidad en el proceso, deberá tener derecho a participar en él, escuchándola cuando identifique problemas en su comunidad y permitir que colabore para resolverlos.

Toda esta unidad de acción, añadida a la información y educación en salud que se les suministra, fortalecerá también la educación cívica de nuestros ciudadanos.

El Estado no debe ni puede hacerlo todo en materia de salud y seguridad social; eso sería actuar con el paternalismo acostumbrado, el cual a la larga es negativo. La comunidad debe pues participar en su gestión para generar espíritu de responsabilidad social y convertir así el sistema de salud que estamos construyendo en patrimonio de todos.

La producción de salud en un área determinada se convierte así en una tarea de conjunto entre la comunidad y los servicios técnicos existentes en el área. Su capacidad de producción y efectividad estará determinada por su nivel de organización y la forma que adopten para cumplir su cometido. En la medida que cada individuo, cada familia y por ende, cada comunidad colaboren y sean capaces de plantearse problemas de salud, podemos decir que a partir de ahí, será también capaz de tomar decisiones correctas en la materia y participar en la adecuada solución de esos problemas.

Sin embargo, las condiciones económico-sociales y culturales de las personas o las comunidades no siempre permiten esta participación. Las decisiones tradicionalmente se generan en los sectores o grupos que manejan recursos o sea en los estratos superiores de la sociedad.

Así, en las comunidades donde existe un solo dueño o pocos de tierras, comercios o industrias, o políticos de oficio que saben montarse sobre las ideas prevalentes, ocasionan marginación de muchas personas deseosas de participar pero que no lo hacen porque no tienen acceso al conocimiento de problemas y a la toma de decisiones, o porque esos individuos tratan de acaparar el poder y, por tal motivo, la participación se limita a ellos.

La política de Integración de Servicios de Salud, desarrollada desde 1983, como parte de la creación del Sistema Nacional de Salud, hace que un programa, científicamente estructurado y masivamente desarrollado, de salud comunitaria se transforme por sí mismo en una forma eficaz de

racionalizar los recursos en función de las necesidades reales de la población porque esta ha participado en la planeación del mismo. La estructura piramidal de los Servicios de Salud del país que hemos venido creando constituye el mejor modelo de desarrollo del sistema de prestación de los cuidados de la salud y en el cual los dos primeros niveles: *el del hogar* (La Familia) y el segundo nivel o *comunitario*, requieren de la participación total y coordinada de los habitantes y el personal de servicios de una población dada. (Ver *Capítulo 14).*

Aún más, estos niveles están diseñados para convertir a la madre en el primer motor de la salud.

Es en este medio donde los niños crecen y se desarrollan psíquica, física y socialmente. El paso por estas etapas iniciales de la vida del pequeño ciudadano determinará las variables en salud y en su conducta cívica, moral y social.

La salud no solo es un fenómeno biológico, sino también un fenómeno social y por lo tanto solo es comprensible dentro de un contexto que englobe ambos componentes.

El conocimiento de los problemas de la sociedad, entendiendo como tales los que sufren las familias y sus comunidades, son fundamentales para lograr el éxito en la atención de estos, ya que en muchos sentidos es ahí donde se da el ambiente que gesta la enfermedad o conserva la salud.

Es por ello que la reaparición del médico familiar se está constituyendo en uno de los más esplendorosos éxitos de la medicina moderna, que pasa a ser ahora no meramente curativa, sino que comienza a hacer de lado la enfermedad como base de sus acciones y se inclina por medidas educativas y preventivas para conservar la salud.

El médico familiar requiere trabajar con los hogares y la comunidad, se compenetra con sus problemas, ambos se educan así mutuamente (médico y comunidad) y se dan apoyo. He aquí la esencia de un cambio trascendental.

Debemos entender que la salud es el resultado de la interacción de factores socioeconómicos con los biológicos o sea del individuo con su medio interior y los acontecimientos que ahí se presentan y cómo lo afectan y no solo su adaptación a su "medio ambiente".

Es fácil pues entender que el estado de salud, en una comunidad determinada, es el resultado de la susceptibilidad y exposición a los diferentes riesgos de los individuos (influencia del ambiente) y la constitución genética y física (congénita y adquirida) de cada individuo. Pero en esto intervienen activamente los recursos económicos y educativos que posea la familia y la misma comunidad, ya que habrá más salud entre mejor sea la educación y menor la pobreza.

Con la participación plena de la comunidad, los recursos disponibles en un campo (salud) son puestos a disposición de todos, eliminando las diferencias entre asegurados o no y entre pobres y ricos por lo menos en este sector de los servicios.

La integración de los programas de salud en una región depende en gran medida de la participación comunitaria, así como de los esfuerzos que

se realizan en el nivel técnico para ese propósito.

Es necesario que las comunidades asimilen los importantes avances que en materia de salud se están dando y esto se realiza con base en la promoción educativa y concientización de la población.

Sin embargo, la participación comunitaria debe ser analizada en forma muy diferente en las áreas urbanas y rurales. Los factores sociales, económicos y de desarrollo inhiben o promueven la participación ciudadana.

Sería muy útil realizar investigaciones operativas sencillas, con el propósito de explorar o determinar los patrones estructurales de relación de las comunidades, sus instituciones internas, sus elementos socio-culturales, para no chocar con ellos y más bien valerse de estos para facilitar la comprensión de los problemas de salud y estimular su participación. Las campañas por televisión de gran utilidad suelen, sin embargo, tomar en cuenta solo los problemas nacionales y no los locales, por lo que para estos se requiere de otro tipo de promoción.

Es conveniente poner a prueba distintos modelos de participación comunitaria, y quienes mejor pueden informarnos al respecto son los trabajadores de salud que residen en las mismas comunidades, los maestros, los sacerdotes, y en fin los líderes de la misma. Esto puede ayudar a obtener un conocimiento más íntimo sobre las acciones por llevar a cabo y cuál sería el método más efectivo para estimular su participación.

Los funcionarios del Ministerio y Caja deben capacitar a grupos de líderes comunales para que transmitan a la restante población los alcances de los cambios que se pretenden.

Los asistentes de salud rural y comunitaria del Ministerio de Salud pueden tener un lugar preponderante en áreas alejadas y carentes de clínicas de la Caja o del Ministerio, pues son ellos los que conocen mejor las características del medio y los problemas que afrentan en especial en las pequeñas comunidades. Constituyen por sí mismos un cuerpo de orientación y trabajo y deben ayudar a detectar a los líderes comunales y apoyar las iniciativas de éstos para que se desenvuelvan con propiedad en el campo de la salud.

La Educación para la salud es el elemento base para informar e interesar a la comunidad.[105] Debe darse en el nivel de grupos de madres, en escuelas y colegios, Iglesia, con grupos de voluntariado existentes, en las municipalidades, etc. Un programa común CCSS, Ministerio de Salud, INS y AyA debería desarrollarse para informar sobre los diversos problemas en cada área y solicitar colaboración y apoyo. La radio, la televisión y los medios de comunicación escritos, juegan aquí papel muy importante para lograr campañas publicitarias que lleguen a todos los rincones del país. También la elaboración de folletos y su aporte a la comunidad son básicos para suministrar información.

Antes de solicitar el apoyo y la participación de la comunidad, ésta debe estar perfectamente bien informada de los problemas generales para la conservación de la salud o la atención de la enfermedad y su rehabilitación.

Esto no es sencillo y requiere tiempo y esfuerzo.

Creemos que al presente se ha menospreciado la capacidad de los maestros para ayudar en este campo; posiblemente después de las madres, son ellos los que deben ser informados y concientizados para que colaboren en la promoción de la salud de los niños y de la comunidad.

El Ministerio de Salud y el de Educación deberían crear un programa especial educativo en salud para los maestros, y elaborar un manual con los principales conocimientos que debe tener el educador para transmitirlo a sus educandos.

APOYO DE LA COMUNIDAD

Este depende de la importancia del proyecto o acciones en salud que se propone y de la capacidad de convicción de los proponentes (trabajadores de salud). Lo anterior requiere convencer a las autoridades y líderes de la comunidad previamente, para así facilitar la concientización para colaborar en el programa. También influyen las condiciones culturales, socioeconómicas y la experiencia cívica y política que posea dicha comunidad. En este sentido, el religioso del lugar puede proporcionar mucha ayuda (Iglesia). Son muy importantes los objetivos propuestos y la autonomía que se dé a la comunidad para alcanzarlos y el asesoramiento permanente que se le dé. Influye además la capacidad personal (individual) de cada miembro. En razón de lo anterior, hay que adecuar las acciones a las condiciones ya señaladas.

Por ejemplo: las huertas familiares o escolares pueden ser hechas por cualquiera que conozca de cultivos, pero la hidratación oral debe ser realizada por la madre o auxiliar de salud una vez capacitadas al efecto.

En la vacunación puede colaborar la comunidad, pero el diagnóstico de las condiciones prevalentes debe hacerlo un experto, así como la identificación de los problemas del área.

Las formas en que la comunidad participa en un programa, puede ser mediante cuatro tipos de gestión:

a) *Autogestión:* La comunidad administra los recursos y da las actividades con apoyo y sin él. Aquí la toma de decisiones es puramente en el nivel de la comunidad (un turno para recoger fondos), una cooperativa, etc. La comunidad puede dar apoyo económico, humano (trabajo) y aporte de materiales.

b) *Coadministración:* Cuando la comunidad comparte la administración de un programa con una institución de salud. Colabora en la toma de decisiones, pero las políticas las establecen las autoridades de salud. Por ejemplo un acueducto rural, lo diseña y planifica el Ministerio o AyA y lo construyen los vecinos. La cooperativización de la Clínica de Pavas, la medicina de

empresa, etc., son ejemplo de lo anterior.

c) *Recepción pasiva de servicios:* La comunidad no toma decisiones, simplemente permite que se realicen las acciones. Vacunación de los niños, asistir a conferencias y charlas, etc.

d) *Mixta e intermedia:* El sistema de medicina familiar y comunitaria de pago por capacitación de Barva de Heredia; crea condiciones de participación médica en el hogar y la comunidad y a la vez refuerza los conocimientos de ésta, se da medicina más integral y se obtiene una colaboración más directa en los hogares.

La Atención Primaria ha sido el instrumento mediante el cual se ha logrado extender la cobertura de los servicios de salud, en especial en el área rural y la urbana marginal. Pero esta estrategia para que dé resultado ha requerido del apoyo y participación de la comunidad.

Por comunidad se entiende un grupo humano residente en una área geográfica determinada con valores, patrones culturales y problemas sociales comunes (no así los económicos). La participación de la comunidad en salud o seguridad social no es más que la integración de miembros de ésta al proceso administrativo, al financiamiento e incluso cuando se tiene experiencia para colaborar con el proceso técnico, ya sea de atención primaria o de otro tipo.

Lo anterior implica que la comunidad representada por uno o varios miembros, participa en la planificación, organización, funcionamiento y control de las acciones de salud de su área. La participación de la comunidad en programas puede ser: 1º) Nivel local; 2º) nivel regional; y 3º) nivel nacional.

En Costa Rica ésta existe a nivel local (cantones, distritos, comunidades). La participación puede realizarse mediante:

a) Personas entrenadas como promotores de salud, si éstos han sido extraídos de la propia comunidad y forman parte de ella. (Promotores de salud rural y comunitaria).

b) Líderes comunales, adiestrados para ayudar en proyectos (letrinización, nutrición, vacunación, etc.).

c) Comités de salud (comités de salud y seguridad social, de nutrición, de desarrollo, etc.), que regularmente colaboran con acciones de salud. A los consejos técnicos de los hospitales regionales se deberían incorporar personas de la comunidad (de su área de atracción).

d) La *comunidad* en forma *colectiva*: respaldando acciones para obtener fondos, construir edificios, etc.

Cuando se desea ejecutar programas de salud comunitarios, lo primero es ver si en ésta hay ya organizados comités o asociaciones de algún tipo. Eso refleja el grado de desarrollo y la experiencia que la comunidad tiene en otras áreas.

En 1983, señalaba en la página 82 y siguientes del libro **Los Problemas de la Salud en Costa Rica,**[148] que era imprescindible desarrollar regionalmente los grupos responsables de dar salud, coordinándolos e integrándolos para obtener así una mejor utilización de los recursos.

Consideraba, en ese entonces, que no sería fácil lograr la armonía para llegar a los mismos objetivos debido a que las metas hasta ese entonces del Seguro Social y del Ministerio de Salud parecían ser diferentes, lo cual era un error y deberíamos lograr crear un "sistema regional" de servicios unificados y funcional.

Para ese entonces, uno de los problemas que existían era la falta de personal administrativo, convenientemente capacitado en administración de servicios de salud.

Se proponía en ese entonces, que las unidades regionales debían ser definidas con carácter geo-económico y con participación en la organización, no sólo de funcionarios de salud y seguridad social, sino también con personal de los gobiernos locales, municipales y de los comités organizados existentes en el área.

Se decidió, en ese entonces, para apoyar estas políticas de participación comunitaria y de integración, crear "comités sectoriales de salud regional" que programarían y coordinarían las actividades del sector, con miras a orientar y coordinar a las "Juntas de Salud y Seguridad Social" de los cantones respectivos y de reciente creación.

Sin embargo, por ese tiempo, los técnicos del Ministerio y de la Caja consideraron que era mejor consolidar las Juntas de Salud y Seguridad Social y luego pasar a la etapa siguiente ya señalada.

En el año 1984, buscando crear una estrategia nacional de participación de la comunidad en el campo de la salud, decidí crear en mi condición de Ministro de Salud, las "Juntas de Salud y Seguridad Social" en todos los cantones del país, con el objeto de obtener la participación de las comunidades en la identificación y solución de sus dificultades en salud y además, con la posibilidad de ejercer un control constante de la burocracia administrativa y de las acciones del personal que presta los servicios. Entre los fines señalados estaban servir de vínculo entre el Ministerio y la Caja y la respectiva comunidad a efecto de ejecutar las políticas, programas y actividades que ambas instituciones acuerden desarrollar en materia de salud por medio de los servicios que se den en el nivel local, así como también, transmitir a las instituciones los problemas e inquietudes comunales tendientes a mejorar la prestación de servicios. Otras funciones que les correspondían eran cooperar mediante organismos voluntarios en los programas de bienestar que se establecieron, recaudar y administrar fondos provenientes de ayuda comunal para cooperar en el financiamiento de acciones de salud; velar por la realización de obras de saneamiento ambiental y de prevención; organizar campañas para crear conciencia en la comunidad de la importancia de participación individual y colectiva en los programas de salud.[152]

Sugerir los medios para obtener la mayor eficacia en la prestación de los servicios que brinda la Caja y el Ministerio; y vigilar que los servicios médicos que recibe la comunidad sean los más adecuados.

Las Juntas operan en las cabeceras del cantón y estaban integradas por 9 miembros entre los que se encuentran: el médico directo o el administrador de la clínica de la Caja, el director médico o la enfermera jefe del centro de salud, el presidente de la municipalidad y 6 miembros de la comunidad. Las Juntas se reunirían ordinariamente una vez al mes.

Los cargos de presidente, secretario y tesorero serían elegidos por votación de todos los miembros y los acuerdos aprobados por mayoría de votos. (Decreto 14222-SPPS, publicado en **La Gaceta** Nº 77, el 25 de abril de 1983).

Como se puede apreciar, el Gobierno daba a la comunidad, representada en esas Juntas, la oportunidad de participar activamente para promover la salud rural y comunitaria de sus áreas de atracción.

En el año 1988, la OPS propuso en la 33 Reunión del Consejo Directivo Panamericano de la Salud, transformar la cooperatividad de los sistemas nacionales de salud con la creación de "Sistemas Locales de Salud" denominados desde entonces SILOS, para acelerar los programas de Atención Primaria en los países.[267] Esta estrategia necesita de una importante participación comunitaria, pero requiere además de una descentralización y desconcentración de la cual se habla mucho pero aún en 1990, no se había logrado efectivamente.

Los SILOS *(Capítulo 13),* para que puedan funcionar, presuponen la existencia de una población con capacidad de trabajar en conjunto con el personal del sector salud y con recursos y programas asignados a una región determinada y bajo un mando único. En 1983 esto no existía y tampoco hay al presente en forma suficiente y adecuada y no hay además las leyes que faciliten este tipo de acción. Sin embargo, el país está, hasta el momento, en este sentido en una posición privilegiada, ya que la "Integración de Servicios de Salud" (Caja-Ministerio) iniciada en 1984 y que ha continuado realizándose ofrece los medios para llevar a cabo la acción de los SILOS. Sin la Integración no sería posible consolidar los SILOS y de hecho para que éstos funcionen se requiere además de integración, la participación comunitaria ya expuesta y que existe en forma de comités de Salud y Seguridad Social y que debe extenderse a Comités Regionales de Salud y Seguridad Social (englobando varios comités cantonales), acompañarse de desconcentración y descentralización y contar además con un buen programa de Atención Primaria, el cual existe en Costa Rica.

Los SILOS son, como veremos más adelante, no solo una división de trabajo administrativo, sino un cambio total en el desarrollo de nuevas formas de servicio y con efectiva participación de la comunidad.[265]

Pero, para lograr que esto funcione, efectivamente, se requiere además lograr desarrollar la capacidad administrativa y gerencial del personal, en las áreas donde se crearán esos SILOS, de manera que ahí se analicen los problemas, se les busque solución y se tomen las decisiones adecuadas.

RESUMEN

La participación comunitaria es la integración de las personas de la comunidad al proceso administrativo y al financiamiento de los servicios de salud y seguridad social, sea este de atención primaria o de otro tipo. Esta integración implica que la comunidad participa en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de servicios que recibe, en especial los de atención primaria.

Capítulo 12

MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Capítulo 12

MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Si hemos aceptado el principio del derecho de toda la población a la protección de la salud y a la atención de la enfermedad, lógico es pensar que en un país en vías de desarrollo como el nuestro, la Atención Primaria de Salud es el mecanismo viable para llevar a toda la población estas acciones. Esta estrategia consiste en proporcionar cuidados de la salud, aceptables y accesibles a todos; tratando de darlos lo más cercano posible al lugar donde residen las personas. Es pues la asistencia primaria sanitaria esencial puesta al alcance de los individuos y las familias de la comunidad, mediante plena participación de esta y a un costo que esa comunidad o el país pueda soportar. Constituye el primer nivel de contacto de las personas, la familia y la comunidad con el Sistema Nacional de Salud de un país.[148]

Requiere de una tecnología apropiada conformada por un conjunto de métodos, técnicas, equipo y personal que son los que van a solucionar los problemas. Esta atención usualmente se presta en el primer y segundo niveles de atención, como son el hogar y la comunidad. (Ver Pirámide de Niveles de Atención en el Capítulo 14) y el personal que corrientemente brinda esos servicios es personal auxiliar del tipo: promotores de salud rural y comunitaria, auxiliares de enfermería, etc. y ocasionalmente médicos y enfermeras.

Al hacer su aparición la medicina familiar y el médico familiar, supuestamente éste va a constituirse con el correr del tiempo, en la figura base y el coordinador de esas acciones, lo que mejorará indudablemente los servicios, aunque por supuesto los va a encarecer. Lo anterior dificultará obtener una cobertura universal mediante este tipo de profesional en la atención primaria; por lo que por muchos años se tendrá que mantener esta estrategia como ha venido sucediendo con base en personal auxiliar. En aquellas regiones en donde se logre implementar la medicina familiar y comunitaria como programa, será el médico el responsable de coordinar todas las acciones de este tipo.

Los logros de la Atención Primaria, como estrategias para mejorar la salud, nos han hecho ver que son el hogar y la comunidad los lugares donde

dan mejor resultado las medidas de fomento de la salud y de prevención de enfermedades; por lo tanto es vital educar a esos niveles en cuanto a hábitos higiénicos y nutricionales ya que la enfermedad no es solo la expresión de un problema biológico o de un trastorno interno del individuo, sino que es también un fenómeno social, que solamente puede entenderse y enfrentarse si se visualiza en su contexto bio-psico-social.

Entonces surge el "entorno"de las personas como algo fundamental y al que hay que prestarle atención como causa probable de patología. Este entorno comienza en el hogar y se continúa en la comunidad y tiene que ver con la conducta de los padres y parientes, los problemas de ellos y sus ejemplos y cómo repercutieron en el enfermo; su nutrición, el estado económico de la familia, la existencia de agua potable y excretas, la educación general que existe en el hogar y la del propio paciente, su trabajo, su salario, sus estudios, etc., o sea todos los condicionantes del nivel de vida de un individuo que ayudan o no a lograr una buena salud.

Las autoridades de salud, de la mayoría de los países, observaron que el médico general de consulta externa o el especialista no estaba en condiciones, ni tenía la disposición para advertir todos esos fenómenos, tan importantes, ni cómo encontrar la manera de influirlos, ya no solo para combatir una enfermedad, sino para tratar de prevenirla, que a fin de cuentas debería ser el objetivo de un sistema de servicios de salud.

En razón de lo anterior, se pensó en la necesidad de crear un profesional en medicina que pudiera llenar a cabalidad estas acciones y surgió así la especialización en "Medicina Familiar" que, a mi juicio, debe ir acompañada del término "comunitaria", pues sin este complemento no cumpliría todos los fines para los que ha sido propuesta ya que sin la participación de la comunidad, la estrategia de la atención primaria no daría buenos resultados, y el profesional sería un médico general mejor preparado únicamente.

En América, las primeras experiencias en medicina familiar se producen en México en el año 1953. Cuando el Instituto Mexicano del Seguro Social la inicia.[40] Ya en 1954 en la ciudad de Panamá, el IMS presentó un trabajo sobre las características que debería tener este profesional llamado "médico de familia". Entre estas estaban el tener el médico, adscrita una población definida, incluyendo adultos, niños y ancianos con visita domiciliaria, etc.[237] Para 1971, en forma de residencia médica se inicia la especialización en medicina familiar, y en 1974 la Universidad Nacional Autónoma de México la reconoce como postgrado.[141]

El Seguro Social de México instituyó este sistema de atención, con el propósito de ampliar la cobertura de sus servicios y disminuir costos. A cada médico familiar se le asigna una población determinada de aproximadamente 2500 personas, se le contrata por 8 horas al día de las cuales trabaja 6 en la consulta de la clínica y dos en consulta domiciliaria, tiene apoyo de odontólogos, trabajadores sociales y el resto del personal de la clínica. Se atiende consulta prenatal de bajo riesgo con ayuda de enfermeras adiestra-

das en este campo. Aunque esta consulta es dada por médicos especialistas en medicina familiar, aun la mayoría es proporcionada por médicos generales o especialistas que están en este programa en función de médicos familiares.[345]

En 1966, Canadá establece programas de residencia en medicina familiar, según las experiencias que tenían con los programas para médicos generales e incluso, existía un Colegio de Médicos Generales que luego se denominó "Colegio de Médicos Familiares", al dirigirse todos los esfuerzos no ya a la especialización de médicos generales, sino familiares, teniendo que presentar al final un examen de certificación de la especialidad.[201, 202] Desde hace varios años, todas las Escuelas de Medicina de Canadá tienen su departamento de medicina familiar, y los programas básicos duran dos años, con un tercero opcional. Como en este país existe un Servicio Nacional de Salud, y todos los médicos trabajan para él, la práctica de la medicina familiar se realiza en el área rural, lo cual garantiza excelentes resultados en su acción, al revés de los Estados Unidos en donde los médicos familiares están en los centros urbanos y suburbanos.[202]

Es interesante recordar que en Inglaterra, desde 1950, con la aparición en ese país del Servicio Nacional de Salud, la atención médica general de la población se le encargó a médicos generales llamados "General Practicions" y desde entonces, estos cumplen con atender en medicina general a la población y tienen mucho de médico familiar en cuanto a sus funciones.[334]

En los Estados Unidos, posterior a la Segunda Guerra Mundial, sobrevino el auge de la aparición de la especialización en medicina en forma masiva, y primero se dividió esta en cuatro campos: Medicina Interna, Cirugía, Pediatría y Gineco-obstetricia, y posteriormente en subespecialidades, que ampliaron la competencia resolutiva en problemas específicos, pero disminuyeron la visión en conjunto del especialista, ya que fragmentaron al enfermo en órganos y se perdió la unidad del paciente como un ser humano con un problema determinado. Surgieron, como consecuencia de eso, múltiples tecnologías y equipos de alto costo que si bien mejoraron la capacidad diagnóstica y terapéutica, encarecieron los servicios de una manera casi irracional. La presencia de especialistas que sabían más de una enfermedad determinada que los médicos generales que usualmente atendían a la población, dio lugar a que desapareciera el médico de cabecera o de familia que las clases rica y media tenían hasta esa época. Sin embargo, pasado un tiempo, el déficit en médicos generales se volvió muy serio, en especial cuando se crearon los programas de Medicaid y Medicare del Gobierno para la protección médica de ancianos y pobres en 1960.[364] La propia Asociación Médica de Estados Unidos realizó estudios que propusieron programas de adiestramiento para "médicos de atención primaria" y para la práctica de medicina general e incluso la Universidad de Harvard, realizó un informe similar con el fin de corregir ese déficit.[51, 210, 236, 284]

Posteriormente, fue propuesta la creación de una nueva especialidad la cual se denominó "Medicina Familiar" que inicialmente se nutría de los

especialistas en "medicina general" que se formaban con un postgrado de dos años de duración y que incluía experiencias en medicina interna, cirugía, gineco-obstetricia y pediatría y para 1969 se consolidó como especialidad y se alargó a tres años.[109, 127] Esta especialidad fue creada además como respuesta a la pérdida de prestigio de la medicina general, causada por las especialidades[202] y se ha convertido en uno de los adiestramientos más solicitados por los médicos recién graduados. Sin embargo, en ese país, entre el 70% al 80% de la práctica de la medicina familiar se realiza en los consultorios y aunque la visita domiciliaria es importante, estas acciones son muy bajas —2% de la labor— el restante tiempo lo pasan en el hospital. Esto nos hace ver que el tiempo laborado parece estar mal repartido y que la acción familiar y comunitaria de este especialista en Estados Unidos es muy deficiente.[50, 198]

En América Latina iniciaron programas de postgrado en medicina familiar a partir de la década de los 70, los siguientes países: Argentina, Bolivia, Jamaica, Panamá, República Dominicana y Venezuela.

Panamá tenía ya programas de medicina familiar desde 1976 y pocos años después la Facultad de Medicina de Panamá creó el curso de medicina comunitaria y familiar dentro de su *currículum.*[136]

Costa Rica y las restantes naciones no lo hicieron por muy diversas razones, entre las cuales suponemos estuvo el criterio de que la medicina familiar era igual que la medicina general y que con mejorar la calidad académica del graduado se resolvía ese problema, pues costaba menos que crear una nueva especialidad y difundir su práctica; y sobre todo porque la efectividad de un programa de medicina familiar dependía del cambio de la organización de la atención médica, más que de crear un curso de postgrado en dicha especialidad. No fue sino hasta hace poco que se decidió crear, institucionalmente, un nuevo modelo de atención médica-ambulatoria en el cantón de Barva de Heredia. Este se inicia en enero de 1987 con un sistema de pago por capitación al médico (por paciente adscrito). Es desde esa fecha que se comenzó a dar énfasis a este tipo de programa, acción que pudo realizarse gracias al excelente resultado del programa de integración de servicios médicos Caja-Ministerio logrado ahí tres años antes. Simultáneamente, el Seguro Social inició con la Universidad de Costa Rica, un curso de postgrado de medicina familiar por medio de una residencia de tres años de duración, que tiene como base una clínica integrada de consulta externa de los suburbios de San José —la de Coronado— que pasó a ser la Unidad Docente Asistencial de Medicina Familiar y Comunitaria, con un Hospital Nacional de apoyo para las actividades de rotación de sus estudiantes en las cuatro especialidades básicas.[32, 45] El programa ha salido felizmente de los hospitales, en el sentido de que están mucho más tiempo afuera de ellos (extramuros), que recibiendo enseñanza de las especialidades en los mismos.

Chile, que tradicionalmente ha estado a la cabeza de la formación de

especialistas en América Latina, hasta hace poco tiempo, no tenía programa de medicina familiar y creía que un buen programa de educación continua para el médico general era suficiente para cumplir con las acciones encomendadas en otros lados al médico familiar, e incluso han creado especialidad de medicina general para lograr ese cometido.[60, 61]

La verdad es que las autoridades médicas, de la mayoría de los países, creen que el pregrado y los cursos de educación continua no son suficientes para garantizar la formación de un médico idóneo en ese campo de la medicina familiar y comunitaria, pues se necesita obligadamente dos o tres años de postgrado y sobre todo de concientización durante ese período sobre las acciones que le van a corresponder para lograr un buen especialista.

El médico general de atención médica individualizada, ocasional no continua, atiende a la persona únicamente cuando está enferma; si la refiere un especialista en muchas oportunidades no conoce los resultados de su referencia, su actividad es únicamente en la clínica o en el consultorio privado, no se considera un especialista, lo que lo frustra, y no le permite ganar mejor salario, además, por lo fugaz de su atención, no establece una buena relación médico paciente, que genera confianza y humaniza la acción médica.

El médico familiar actúa no solo en la clínica o su consulta, sino en el contexto de la familia del paciente y en la comunidad, en forma continua y dando medicina integral, (educación para la salud, prevención, tratamiento, rehabilitación e incluso desarrolla investigación clínica y epidemiológica). Su enfoque del enfermo es bio-psico-social y su formación es amplia como la de cualquier especialista, por lo que gana un salario mejor y se mantiene más adaptado en su profesión.[7, 46, 109, 110, 111, 112, 212, 331, 365]

La aparición de la medicina familiar y comunitaria da lugar a varios hechos muy importantes que mejoran, sin duda, los servicios médicos que presta el Seguro Social:

a) Este médico viene a constituirse en el perdido "médico familiar o de cabecera" de las clases altas y medias del país, pero ahora con acceso de todos los niveles sociales a dicho profesional.
b) La atención que se espera es de tipo "integral", ya que no solo atiende a las personas adscritas cuando están enfermas, sino que es fuente de consejo y educación para preservar su salud o prevenir enfermedades, contribuye a rehabilitarlas y debe desarrollar labor de investigación de los problemas de la comunidad donde trabaja, con el fin de encontrar solución pronta a los problemas de salud ahí existentes.
c) Se humaniza la atención al conocer adecuadamente al enfermo y su familia y como depende en cierto modo de ellos para mantener un número adecuado de pacientes, de acuerdo con los requisitos del contrato que tiene con la institución, los trata con

mayor interés y cordialidad.

d) El ingreso económico principal del médico se hace mediante la adscripción de un número de pacientes, o sea el pago es por paciente y no por consulta, lo que a fin de cuentas hará que el médico tenga el máximo interés en tener a las familias adscritas lo más sanas posibles para evitar así enfermedad, mayor consulta y más trabajo para él, objetivo conveniente para la institución, las familias y el profesional.

e) El médico se constituye en el contacto principal y en el primer nivel de atención (en donde están establecidos estos programas o clínicas de esta modalidad) o sea, es el escalón inicial que el sistema de salud ofrece para la protección de éstas a la población.

f) Refiere al paciente al nivel que considere necesario (aquí es posible aceptar un sistema piramidal de niveles de atención diferentes al tradicional, que exigía ir al siguiente nivel a recibir los servicios que el primero no pudiera proporcionar, por lo que sugiere ver las pirámides en el *capítulo 14.*

g) Asume la responsabilidad de la atención del paciente en forma continua e integral.

h) Es el coordinador del equipo de salud de la comunidad que le corresponde atender.

i) La atención del paciente incluye la de su familia, y el conocimiento del ambiente que le rodea.

j) Atiende cualquier tipo de problemas médicos, en ambos sexos y a cualquier edad.

k) Identifica los problemas y riesgos existentes en la comunidad de tipo no solo médico sanitarios, sino de contaminación ambiental, social, etc.

l) Elabora campañas comunales preventivas, por conocer adecuadamente cuáles son los principales problemas de salud del área.

m) Atiende las emergencias médicas de día y de noche, incluyendo fines de semana y días feriados.

n) Pueden ser consultados por teléfono sobre problemas de salud por las familias adscritas con él.

o) Mantiene conocimiento continuo sobre el estado de sus enfermos, el resultado de sus referencias y el diagnóstico y tratamiento hecho a sus pacientes por especialistas de otras clínicas u hospitales.

p) Asiste a cursos de educación continua para permanecer actualizado.

q) Trabaja en equipo con el restante personal de la clínica adscrita a su grupo de atención (trabajadora social, enfermera graduada, auxiliar, etc.).

r) Debe, por su formación académica y su posible formación intelec-

tual, actuar como consejero ya no solo médico, sino social de las familias a las que presta servicio.[19, 62, 109, 110, 204, 297, 295, 331]

En realidad, la atención de la salud mediante la medicina familiar, es en cierto modo simple y compleja; simple porque está cerca de las familias y es rápida para dar el servicio; es compleja porque forma parte de una unidad de servicios que incluye al médico, a la enfermera, otros profesionales y al personal auxiliar. Establece su acción mediante una red de niveles que va, desde la atención en el hogar o la clínica, hasta el envío de enfermos al hospital y la atención de éste a su regreso. Además de la participación en los problemas de tipo comunitario de saneamiento ambiental, de interrelación social y de tipo económico a los cuales no puede sustraerse nadie, en especial el médico al cual se le pide que actúe si es posible como líder comunal para levantar el nivel de vida de este grupo humano, como parte del esfuerzo para hacer una Costa Rica mejor.

La Caja Costarricense de Seguro Social espera superar en parte, con este nuevo modelo de atención, las deficiencias existentes del modelo tradicional y que ha venido produciendo insatisfacción tanto al paciente como al médico, lo que da como resultado fallas en el sistema.

Es fácil pensar que las consultas de las clínicas y de los especialistas van a disminuir y, posiblemente, las hospitalizaciones, una vez que el programa esté generalizado y abarque a un importante sector de población; disminuye los gastos de transporte de los pacientes y las referencias se hacen más adecuadamente; la prevención de las enfermedades y la utilización de los recursos médicos es más racional; se espera que reduzcan las incapacidades; el exceso de empleo de medicamentos y el abuso en exámenes de laboratorio.[45] El cuidado de las personas ancianas se mejora y es posible que muchas familias con apoyo del médico, puedan controlar a los viejos enfermos en sus casas en casos no graves e iniciar así la llamada "Hospitalización Domiciliaria" que tan buenos resultados y tantas economías ha dado en otros países.

Tenemos la impresión que este programa debe extenderse a todo el país, pero lograr su universalidad no es fácil y representará, inicialmente para la institución, un costo elevado que en realidad es una inversión que dará frutos en un tiempo prudencial y siempre y cuando las comunidades lo acepten y colaboren para el éxito del mismo.

Si bien los beneficios de la generalización del programa de medicina familiar son indudables, por otro lado, preocupa el hecho de que con el mismo, las familias especialmente del área rural, se vuelvan más dependientes del médico para el cuidado de su salud.

A través de los últimos años, los expertos de salud en todo el mundo y las acciones de la estrategia conocida como Atención Primaria, han venido luchando por la "desmedicalización" de los cuidados de la salud, o sea, por lograr que la comunidad, la familia y los propios ciudadanos aprendan a

conservar su salud mediante los conocimientos recibidos con las campañas de promoción de la salud que por muchos años se han venido realizando.[274]

En 1983, el autor en uno de sus libros **Los Problemas de la Salud en Costa Rica** afirmaba lo siguiente:

> La medicina del futuro en su atención para conservar la salud, no debe estar en su inicio en el Hospital sino en el hogar. No debe ser el médico, sino la madre, quien imparta los primeros cuidados de salud.
> No debe consistir primordialmente en curar sino en prevenir y finalmente no es importando tecnología médica, sino educando para la salud, como lograremos mejorar racionalmente la salud en un país en crisis económica.[148]

A través de ese libro propusimos que la madre debe ser convertida en la principal promotora de salud y creemos que a pesar del paso del tiempo esto continúa siendo valedero.[81] De tal forma que los médicos familiares, sus maestros y las autoridades de Salud, deben tener muy presente lo anterior para insistir que, el programa de medicina familiar tiene como uno de sus pilares fundamentales, fomentar el autocuidado de la salud y no la dependencia de las familias con su médico para ese efecto, ya que entonces se desnaturalizaría dicho programa.

La salud no es producto que se da, debe generarse en la propia persona y en las familias cuando se trata de proteger a los niños. La creación de un espíritu de autorresponsabilidad en los niveles, individual, familiar y comunitario para cuidar la salud debe ser un *desiderátum* por lograr por todos los trabajadores de salud.

Capítulo 13

SISTEMAS LOCALES DE SALUD (SILOS)

Capítulo 13

SISTEMAS LOCALES DE SALUD (SILOS)

SISTEMAS LOCALES DE SALUD (SILOS)

13.1 GENERALIDADES

En la 33 Reunión del Consejo Directivo de la OPS, en el año 1988, se propuso el desarrollo y fortalecimiento de los SILOS para transformar los sistemas nacionales de salud.

Con miras a reorganizar y reorientar política, técnica y administrativamente los sistemas de salud acordes con el contexto de desarrollo económico-social de cada país se propuso como *táctica operativa* para acelerar la aplicación de la estrategia de la *atención primaria* y sus componentes, desarrollar el proyecto de "Sistemas Locales de Salud" o SILOS, cuya definición varía de país en país o de región en región, aunque es posible identificar algunos caracteres, se supone que al aceptar crear este sistema de SILOS, en cierto modo se reordena y reorganiza el sector salud, bajo un mando prácticamente único en cada región donde estos se establezcan.[266, 267]

La propuesta de desarrollar los SILOS no significa la sustitución o el reemplazo de otra estrategia ni de otros programas ya establecidos, ni están en función de la misma. Debe verse más bien como un medio esencial para facilitar el desarrollo de esos programas.[264]

Los SILOS responden o son el resultado de la necesidad de la *descentralización y desconcentración* del sistema, por lo que estos deben establecerse en cantones, distritos, etc., o sea el mando de los programas de un área se democratiza al bajarlo al nivel operativo.

Presupone la existencia de una población con capacidad de trabajar al unísono con el sector salud en beneficio de ellos mismos. Así, el sistema local de salud o SILOS es parte integrante del sector salud, pero con la característica de descentralizar y desconcentrar programas y acciones para una población dada.

Lo anterior significa, eso sí, capacidad de administrar directamente en esa población los recursos; además que se logre coordinar toda la infraestructura social dedicada a salud, asentada en un área geográfica. (Nivel administrativo primario de los Sistemas Locales de Salud).

Costa Rica está en este aspecto en posición privilegiada, ya que la *integración de servicios de salud* (Caja Ministerio) en vías de finalización, ofrece los medios para realizar más rápida y efectivamente estas acciones. *Sin integración no sería posible consolidar los SILOS.*[152]

El nivel directivo de SILOS —en una región determinada— debe responsabilizarse en articular todos los recursos existentes *(hospitales, clínicas, centros de salud, puestos de salud, CEN y CINAI, acueductos, letrinas, accidentes de trabajo,* etc.), así como los servicios de saneamiento ambiental y otros más para organizarlos y que sean más útiles en el área geográfica determinada y con la colaboración de la población.

Para que esta estrategia funcione se requiere que los siguientes factores estén presentes para lograr así buenos resultados:

a) La *integración de servicios.* Debe estar realizada.
b) La *participación de la comunidad.* Fácil de obtener.
c) La *atención primaria* es la estrategia base de acción en especial en áreas rurales y urbanas marginales.
d) Que exista *descentralización y desconcentración* ya que son indispensables para administrar el sistema.

Los SILOS no significan solamente una división del trabajo de las tareas administrativas del sector salud, o sea una simple redefinición de responsabilidades, sino que representan un cambio total para favorecer el desarrollo de nuevas formas de servicios, con efectiva participación de la comunidad en una población dada.[271]

Los SILOS son unidades básicas organizativas y constituyen el punto periférico o el foco de la planificación de los servicios de salud; que está bajo la influencia de las políticas nacionales, dispuestas por las autoridades superiores, pero regionalizando los programas.

Los SILOS deben responder a un tamaño de población, ni demasiado grande ni demasiado pequeño y requiere de la participación de otros sectores. Es necesario que el *Ministerio de Salud* conserve su capacidad *rectora* del campo, así como la autoridad para conducir el proceso.

El problema que se presenta en Costa Rica es que el papel directivo del Ministerio en el sector debe incluso manifestarse en los aspectos de financiación del programa. Como esto no es aún una realidad en el país, para que los SILOS puedan operar, los acuerdos con la Caja del Seguro Social son aquí fundamentales ya que es esta entidad la que cuenta con los recursos suficientes para esta realización, además tiene autonomía legal y administrativa y mientras no existan leyes que faculten al Ministerio para obligar a la Caja y las otras Instituciones a colaborar, todo dependerá de la buena disposición de estas y en especial de la Caja para sacar adelante este programa.

La descentralización y desconcentración son parte indispensable

del proceso; si se quiere que los SILOS adquieran completo desarrollo se requiere la transferencia de poder de decisión a otros niveles más bajos, en la estructura del sistema nacional de salud.[267]

Esto necesita de una firme decisión política, transfiriendo así el poder político y administrativo del nivel central al regional (mediante disposiciones legales y administrativas y con transferencia de recursos técnicos, de personal y financieros).

Lo anterior desarrolla el poder político local en Salud y permitirá a la comunidad participar en la organización del sector salud en su área.[94]

La *desconcentración* es una forma de delegación de facultades del nivel superior a los inferiores, manteniendo dependencia jerárquica con el nivel central. Es un acto administrativo que cede programas y recursos a las regiones, proporcionando a estas autonomía técnica y operativa. La desconcentración puede ser por ejemplo, de tipo territorial o funcional.

La *descentralización* es un proceso político-jurídico, que da oportunidad de traspasar del nivel central al regional o local, programas, funciones y recursos administrativos, previa transferencia efectiva de recursos financieros, técnicos y humanos. Se le da así capacidad a un área de implementar sus propios programas de acuerdo con los problemas que existan ahí. No es un fin en sí mismo, sino un medio para fortalecer la capacidad resolutiva de los SILOS. La desconcentración y la descentralización no son excluyentes entre sí, sino más bien formas armónicas de un proceso activo de cambio.

Se puede desconcentrar y no descentralizar, usualmente ambas medidas se toman al mismo tiempo.

Lo que se busca, es que no exista un solo nivel que defina normas, estrategias y prioridades y otro nivel que las ejecute, sino que cada uno de los niveles de la organización asuma esta responsabilidad dentro de una línea de acción común.

Pero no debe confundirse lo anterior con fraccionamiento o atomización del sistema de salud, sino que se busca fortalecer la capacidad de operación.

Para lograr que los SILOS trabajen efectivamente se requiere, además, desarrollar la capacidad de administración y gerencia del personal, toma de decisiones fundamentales en el análisis de los problemas y sus posibles soluciones mediante las mejores alternativas de esas áreas donde se crearán los SILOS. Debe haber capacidad operativa en los encargados, si no, la posible racionalización del gasto no se logrará. El gerente convierte las decisiones en acciones efectivas.

Debe existir una dirección adecuada con capacidad gerencial para supervisión, seguimiento y evaluación de las acciones. O sea, los Sistemas Locales de Salud deben poseer una capacidad administrativa que les permita actuar y los requisitos mínimos para ello han sido señalados por la OPS/OMS.[265]

a) Una unidad de conducción técnico-administrativa, con recursos humanos adiestrados en la administración general de servicios.
b) Un sistema de información que permita recolectar datos sobre la situación de salud del área y los servicios que se prestan, realizando análisis epidemiológico de esa información y estudio administrativo.
c) Debe tener una dotación básica de recursos físicos e insumos, para ejecutar las actividades que le corresponden.
d) Recursos financieros suficientes para el desarrollo de las actividades y capacidad para administrarlos.
e) Capacidad de relacionar las actividades técnicas de atención de la salud y enfermedad, organizando además a la comunidad para colaborar.
f) Los sistemas locales de salud requieren personal adecuadamente adiestrado para la reorganización que se propone. Por lo que el desarrollo de programas permanentes de administración (gerenciales) en el personal de salud favorecerá el conocimiento y la sensibilización de sus funcionarios hacia los problemas locales. La gerencia debe ejercer liderazgo y para ello se precisa de autonomía.

Los factores que condicionan la competencia de resolución de los SILOS son:

a) La capacidad disponible instalada en el nivel local donde se crea el SILOS.
b) La integración de servicios lograda (organización del sector).
c) El modelo de atención que se utilice: y su *nivel* de integración. (Ver en el *Capítulo 14,* el sistema piramidal).
d) El nivel de descentralización producido que otorga aptitud de decisión.
e) El sistema de financiamiento que se le dé.
f) La participación comunitaria (grado que se alcance).
g) La idoneidad gerencial en la administración local.

En el año 1984, adelantándonos en cierto modo a estos conceptos a la OPS, proponíamos que acordes con la creación del Sector Salud y la Integración de Servicios de Salud, Caja Ministerio, se imponía formar unidades regionales y Comités Sectoriales regionales de Salud, que programarían y coordinarían todas las actividades del sector con participación popular mediante los Comités de Salud y Seguridad Social, también regionales y que reunían en sí a varios comités cantonales de este tipo (ver página 65 y 66 de **Los Problemas de Salud en Costa Rica**[148]).

Requeriríamos que existiera delegación de autoridad en jefes

regionales, comunes que representaran la actividad coordinadora intermedia, con atribuciones suficientes para consolidar el presupuesto de cada región. Esto —decíamos— implicaba una descentralización y desconcentración administrativa y presupuestaria con verdadera delegación de funciones y autoridad.

A la fecha, continúan imperando los mismos imponderables que impiden realizar este proceso, a pesar de que se escriba y diga que se está llevando a cabo, la realidad es que sin cambiar la Ley, difícilmente se genera adecuadamente el proceso y seguirá dependiendo de buena voluntad de las partes.

Para el establecimiento de los SILOS o para desconcentrar y descentralizar, se requiere capacidad administrativa regional e incluso local.

Como sabemos, la administración funciona mediante un componente gerencial que facilita los medios para convertir la decisión en acción, los sistemas administrativos son pues el conjunto que conduce a optimizar el uso de los recursos de cada institución.

Esos sistemas administrativos deben ser descentralizados y desconcentrados de manera que faciliten la toma de decisiones en el nivel local.

Debe ser factible coordinarse con los diferentes procesos de la administración de los otros organismos locales y con los superiores, y además tener la flexibilidad suficiente que les permita adaptarse a las diferentes condiciones de operación en las diversas áreas.

Permite, además, en su operación, la participación de la comunidad.

Debe haber, por lo tanto, un proceso de adaptación permanente entre las áreas de servicios y el apoyo de las áreas administrativas y las necesidades de la población.

No se trata, por consiguiente, de crear sistemas administrativos para los SILOS; sino adecuar los de cada organismo con las características enunciadas y, con aquellos que la práctica indique en cada circunstancia, debe haber amplia flexibilidad en este sentido.

De manera que la complementariedad y la coordinación institucional se produzcan como una acción sinérgica. Los SILOS deben concebirse articulados con sus niveles jerárquicos superiores, el sistema piramidal de proporcionar servicios facilita esto.

Los SILOS requieren un sistema de información gerencial que precise las situaciones problemas y les encuentre solución.

Un sistema de personal que tenga la gente adecuada para el proceso, o sea que tengan conocimiento y motivación suficiente de los objetivos que se desean.

Un sistema de suministros para obtener los bienes y servicios necesarios, de calidad adecuada y a un costo razonable y que se den en forma oportuna.

Un sistema financiero que permita recaudar, distribuir y ejecutar los recursos y un sistema de recursos físicos para lograr que la capacidad instalada sea suficiente, de manera que logre operar.

13.2 DESCONCENTRACION-DESCENTRALIZACION *(Niveles de gestión en la administración)*

La experiencia nos muestra que los sistemas de salud presentan tres niveles de gestión, a saber: el centralizado, el desconcentrado y el descentralizado. Estos niveles tienen diversas formas de aplicabilidad en función del tipo de gobierno que adopta un país o un Estado. Este capítulo está elaborado siguiendo las recomendaciones de la OPS/OMS.[268, 269]

Pero, cualquiera sean los factores que tradicionalmente han sido identificados como los causantes o determinantes de la salud (factores biológicos, hereditarios, educacionales, alimentarios, el estilo de vida, etc.), es indudable que también son importantes las formas de organización que tiene un país en el campo de la salud y seguridad social.

Los servicios de salud tienen usualmente para operar tres subsistemas: El subsistema de atención a las personas; el de atención al "medio ambiente" y el de administración; comprendiendo éstos, los servicios de apoyo administrativo, la planificación, la presupuestación, la informática, los recursos humanos, etc.

El nivel de gestión *descentralizada* corresponde a las instituciones autónomas como las de Seguridad Social, en las que se desarrollan políticas o programas de atención individual.[56]

La gestión *desconcentrada* suele realizarse en los Ministerios de Salud aunque también en las autónomas, siendo por esto esta acción la más flexible y difundida.

La desconcentración opera en dos áreas: la sustantiva o fines, donde se organizan las políticas y programas de la gestión pública de salud y que justifican la existencia de un Ministerio rector y los sistemas o áreas auxiliares de gestión de los sistemas administrativos, que apoyan regulan y proporcionan insumos a los programas.

Los responsables, encargados de que podamos o no realizar una efectiva desconcentración y descentralización administrativa, son desde el punto de vista jurídico, exceptuando la Constitución Política, las leyes existentes en el campo de la salud como: la Ley General de Salud, Leyes de la CCSS y del INS y del AyA; Leyes orgánicas, Ley de Administración Pública, Leyes sobre Regionalización o Sectorización, Reglamentos Autónomos, etc.

Descentralización es el efecto de extender el poder y la facultad de gestión a las instancias periféricas (ciencias políticas), o sea del Estado y del Gobierno a otras áreas.

En la administración de empresas, no existe el término de desconcentración, lo cual ha creado confusión o discrepancias para emplear a los mismos en diversas acciones.

La desconcentración y la descentralización constituyen formas, modelos y niveles de gestión estatal y existen actualmente tres formas de gestión pública en cuanto a la organización administrativa del Estado que son: La centralización, la desconcentración y la descentralización; debido a que salud tiene los mismos niveles como ya vimos.

La desconcentración es pertinente como forma de gestión únicamente en el ámbito de la organización estatal.

La centralización es el vínculo jerárquico que prevalece como la relación más intensa, importante y ordenadora del conjunto. Los fines y los medios son responsabilidad de las autoridades u organismos superiores (Ministro, Presidencia Ejecutiva, etc.).

Hay una situación total de dependencia que parte del órgano superior hasta el de ínfima categoría. (Ejm. nombramiento del personal, políticas por seguir). No cabe la posibilidad del ejercicio delegado (función delegada), en un determinado territorio (provincia-cantón) en forma independiente.

La *desconcentración* es un sistema de organización administrativa en el cual se desligan del centro o de la gestión central muchas acciones. Se cede competencia parcial sobre determinadas materias y en el ejercicio de funciones se da autonomía.

13.2.1 Tipos de desconcentración

Delegación de autoridad administrativa.

a) *Desconcentración funcional:* atribución de competencia a *sujetos* administrativos. Se les dota de relativa independencia financiera y administrativa, aunque dependen de la administración central.

b) *Desconcentración geográfica:* se transfiere competencia a *órganos* distribuidos en el territorio nacional; cada uno forma su propia administración como sería las jefaturas regionales; a su director se le responsabiliza de su región o del SILOS, o sea de todas las funciones importantes para su zona. El centro solo planea coordinar y controlar su ejecución. Se busca con eso dar más autonomía sin las rigideces del nivel central, se delega autoridad y responsabilidad y se crean normas y procedimientos periféricos para su acción.

Se logra con ello una mayor eficiencia operacional y autonomía para mejorar y acelerar las decisiones sobre problemas locales.

13.2.2 Descentralización

La descentralización *es autonomía política* para la toma de decisiones en una institución, como por ejemplo la que concede la Constitución a la CCSS y al INS para realizar sus acciones, en relación con el gobierno central. O sea, estas instituciones pueden, por sí mismas, decidir sus fines últimos.

13.2.2.1 TIPOS DE DESCENTRALIZACION

Se produce cuando mediante una ley se atribuye competencia que originalmente compete al Estado. Se pueden administrar por sí mismas y pueden dictar normas en el ámbito de su competencia: CCSS.

La descentralización administrativa puede adoptar cuatro modalidades, a saber:

a) Descentralización territorial (las municipalidades).
b) Descentralización por servicios; creación o transferencia de competencia para la prestación de un servicio específico de ámbito nacional: JAPDEVA, ICE, AyA, y cuya complejidad técnica y dimensiones requieren de un ente especializado descentralizado.
c) Descentralización funcional: Concepción para ejercer actividades propias del Estado. Una universidad privada, los colegios profesionales que vigilan la práctica de una profesión, etc.
d) Descentralización política: Relacionado con la estructura misma del Estado. Niveles de Gobierno Central, provincial, estatal, etc.

Los elementos de descentralización *deben establecerse por ley,* ya que se transfieren competencias que originalmente corresponden al Estado y son ejercidos por la administración central, esto aún no se da en el país.

Se da personalidad jurídica y patrimonio propio a una jefatura, entidad, etc. Se crea una organización dotada de *autonomía* normativa. Los SILOS requieren de esto para funcionar, el Ministro de Salud debe tenerlo muy en cuenta.

Descentralización y centralización *son términos relativos.* Realmente, no hay institución totalmente centralizada o totalmente descentralizada.

La descentralización crea una entidad independiente, la desconcentración es solo una atribución interna de competencia propia de la entidad para facilitar la consecución de sus propios fines.

La descentralización es un acto discontinuo, se termina al realizarse. La desconcentración es una situación permanente; es una manera diferente de relacionarse con todos sus componentes.

En la descentralización, las relaciones que quedan no son jerárquicas,

sino de tutela, vigilancia y control de gobierno; se ha creado un sistema o entidad nueva sujeto a sus propias reglas.

En 1984, señalábamos la necesidad de lograr que las decisiones se tomaran en el campo de la salud y seguridad social tan cerca como fuera posible de los niveles operativos, sin tener que recurrir ascendentemente, para su aprobación, a los niveles superiores, agilizando con ello la administración que es el fin primordial que se busca.

Proponíamos la desconcentración y descentralización, delegando autoridad y funciones, aunque era necesario mantener en el nivel central la capacidad de adoptar decisiones políticas y poderlas controlar.

Para lo anterior, eran necesarios —así se intentó crear— los "comités regionales sectoriales de salud" para favorecer el proceso de Integración de Servicios Caja Ministerio, para la coordinación y orientación del proceso mediante una jefatura común, pero no pudimos avanzar rápidamente en este sentido. En realidad, mientras las leyes no faciliten la integración y los procesos de descentralización y coordinación, esto no se va a lograr adecuadamente.

SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Capítulo 14

SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Capítulo 14

SISTEMA NACIONAL DE SALUD

SISTEMA NACIONAL DE SALUD

14.1 INTRODUCCION

Este término se ha aplicado indistintamente a las más variadas situaciones. En algunos casos, se ha llamado así a estructuras técnico-administrativas, destinadas a ciertos objetivos específicos de salud pero sin la menor interrelación en muchos aspectos. En Costa Rica, tenemos por ejemplo: el sistema de servicios médicos del Seguro Social, el sistema de seguros de vida y accidentes del Instituto Nacional de Seguros, el sistema de salud del Ministerio de Salud.

De acuerdo con el diccionario:[71] "Sistema" es el conjunto de reglas sobre una materia, enlazadas entre sí, o sea, que ordenadamente relacionadas contribuyen a determinado objetivo final.

Así pues, el sistema es un conjunto de principios, normas o reglas hacia un mismo fin, pero en ningún caso una institución o estructura administrativa rígida.

Un "Sistema Nacional de Salud" sería la ordenación metódica en el uso de todos los recursos humanos y materiales disponibles en las distintas instituciones públicas o privadas de Costa Rica para el cuidado de la salud.

Según la OPS, se trata entonces de un conjunto de mecanismos a través de los cuales, los recursos humanos y la capacidad instalada se organizan por medio de un proceso administrativo y una tecnología médica y de servicios de salud, para ofrecer prestaciones en salud, integrales y suficientes en un país y a un costo compatible con los medios económicos del Estado que lo crea.[252, 254]

Antes de conformar un sistema, es imprescindible señalar qué instituciones van a participar en el mismo. Por ejemplo, en Costa Rica, en el año 1983, participaban en el Sector Salud, basados en la Ley de Administración Pública y en la sectorización impulsada por el Ministerio de Planificación: el Ministerio de Salud (MS), la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS),

(el Régimen de Enfermedad y Maternidad); el Instituto Nacional de Seguros (INS) (Area de Riesgos Profesionales); el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (ICAA). Además como contralor del proceso están el Ministerio de Planificación y el de la Presidencia (MP); y colaboraba la Universidad de Costa Rica en su calidad de formadora de recursos humanos para el sector (Instituto de Investigación en Salud "INISA" y el área de Ciencias de la Salud o Médicas).

El Ministro Sectorial, lo es el Ministro de Salud y el artículo 2 de la Ley General de Salud lo faculta para dirigir el sector al señalar:

> Corresponde al Poder Ejecutivo por medio del Ministerio de Salud, la definición de la Política Nacional de Salud, la formación, planificación y coordinación de todas las actividades públicas y privadas relativas a salud. Tiene potestad de dictar reglamentos autónomos en esa materia.[189]

Para crear un Sistema Nacional de Salud, debe existir en el país lo siguiente:

1º) recursos humanos,
2º) capacidad instalada,
3º) tecnología médica,
4º) y capacidad para reunir en un proceso administrativo este conjunto, para formar un modelo que logre cubrir las demandas de servicios en salud que la población requiere.

Como en Costa Rica existía todo ello; en el año 1984 iniciamos el proceso y poco a poco se ha ido avanzado. En el año 1989 y por error se pretendió crear un "sistema nacional de salud" por decreto ejecutivo,[178] lo cual no tiene asidero legal y por ello no puede funcionar; ya que un decreto no está por encima de leyes de la República que le dan autonomía a las instituciones que conforman el sector, e incluso, la Ley General de Salud en su artículo 7 dice textualmente:

> la presente y demás leyes, reglamentos y disposiciones administrativas relativas a la salud son de orden público y en caso de conflicto prevalecen sobre cualquiera otra disposición de igual validez formal, *sin perjuicio de las atribuciones que la ley confiere a las instituciones autónomas del sector salud.*

En razón de lo anterior, debe volverse a la concepción anterior que primaba de obtener coordinación en el sistema a partir de las acciones en el Sector Salud, en las cuales el Ministro Sectorial amparado a la ley tiene poder para tomar decisiones y solicitar apoyo y colaboración para que el sistema funcione.

La aspiración del sistema es ofrecer lo siguiente:

a) Prestaciones en Salud Integrales (educación para la salud, prevención de las enfermedades, recuperación de la salud perdida, rehabilitación e investigación básica y aplicada a todo nivel);
b) Deberá cubrir a toda la población por igual y de ser posible con los medios existentes, hecho que ha venido sucediendo.
c) Debe ser suficiente no solo en cantidad, sino en calidad para el *status* económico-social que poseemos. En esto se está fallando ya que en muchas áreas los recursos son limitados tanto para prevención como para tratamiento y debe ser corregido (ver capítulo del Seguro Social).
d) El costo debe ser adecuado para la capacidad de pago del país.
e) El sistema debe funcionar con criterio sectorial. La regionalización, desconcentración y descentralización deben ser parte inseparable del proceso. (En esto estamos apenas iniciándonos; el problema por el cual no se ha podido acelerar el proceso, es porque los mandos medios tienen poca capacidad gerencial).
f) Debe existir una franca e importante participación de la población en el proceso.

Este "sistema de Salud" debe ser un sistema único en el que participan todas las instituciones sin perder su autonomía, pero aceptando uniformar sus procedimientos administrativos y técnicos en una serie de aspectos, con el fin de mejorar lo existente y lograr una mayor y mejor cobertura de servicios teniendo como objetivo una cobertura total de servicios de salud para toda la población costarricense.

El sistema así concebido contempla la planificación coordinada de servicios en el nivel central, de forma que existan normas, procedimientos y programas por respetar y cumplir. La coordinación administrativa y la consolidación presupuestaria en el nivel regional, con prestación de servicios integrados de salud en el nivel local; apoyándose para esto en la estrategia de creación de los sistemas locales de salud o SILOS, como se explicó en el capítulo respectivo. Existe en el orden técnico una autoridad normativa central, que coordinará los planes de salud, por lo tanto, imparte las normas y fiscaliza su ejecución en los niveles nacional y regional, pero con autonomía de las jefaturas regionales para actuar según su experiencia y necesidad. Este sistema tiene como meta la reorganización de los servicios actuales de salud para brindarlos a toda la población sin distinción de edad, sexo, área geográfica y ocupación o trabajo. Es a la vez, un objetivo y un modelo de organización que aspira a ordenar los recursos humanos y materiales disponibles mediante un conjunto de mecanismos que regularizan la capacidad instalada y crean nuevos procesos administrativos para ofrecer prestaciones integrales en salud.[158]

El financiamiento del sector debe ser multilateral, cada institución debe cumplir con sus propias acciones y además contribuir con un plan de

acción o desarrollo de determinados programas previamente establecidos.[156]

Con este cambio hacia un sistema, se aspira a una mejor utilización de los recursos disponibles, elevando la productividad y evitando duplicaciones. Todo lo anterior, sin dañar la autoridad administrativa y financiera de cada institución, de tal manera que los aspectos legales que las rigen no se vean comprometidos, hasta que en un futuro y mediante cambios a las diferentes leyes se logre un funcionamiento más armónico.

Debemos tener en cuenta que estos sistemas de atención de salud forman parte de sistemas sociales, por tanto están en constante cambio o evolución y, frecuentemente, se producen modificaciones en los conceptos de necesidades de las demandas sanitarias, así como en los medios para satisfacer esas demandas.

Los cuidados de la salud pertenecen al sector de servicios públicos, y el porcentaje de la renta nacional que puede dedicarse a estos servicios suele estar sometido a la presión del procedimiento presupuestario gubernamental como ha sido el caso de este período, en que un porcentaje del presupuesto del Ministerio de Salud se empleó al igual que el de otros ministerios, en los programas de construcción de casas para la población por ser una promesa de campaña. De ahí que las autoridades de este sector deben convencer al presidente y a los diputados de la importancia y la prioridad que debe dársele al cuidado de la salud dentro de las políticas socio-económicas del país.

Se considera actualmente que el país requiere un sistema de salud que no debe orientarse ya a la construcción de hospitales para la curación de enfermos, sino que debe tender a la creación de una infraestructura que, primordialmente, se dedique a prevenir la enfermedad y a fortalecer la salud y, en general, a proporcionar los servicios de manera más sencilla pero no menos eficaz, sin que eso signifique minimizar la importancia de las acciones curativas.[172]

Necesitamos crear un Sistema Nacional de Salud, basados en que la política social de las prestaciones médicas y de salud deben establecerse sobre el principio de prioridad de la prevención como fundamento del sistema y primera línea de acción;[148] ya que es más humano, valioso y barato prevenir las enfermedades que curarlas. Sin embargo, y esto debe quedar muy claro, no será fácil pasar de un sistema tradicional de atención médica asistencial eminentemente curativo a uno combinado preventivo-asistencial. Lo anterior llevará años y requiere de un cambio en la filosofía y conducta de las autoridades, de los profesionales de la salud y de la propia población.

Los índices de salud logrados en el país obedecen, entre otras cosas, más a las acciones preventivas que a las curativas; además, cualquier cambio que pretendamos realizar debe estar acorde con nuestra realidad económica y el futuro posible de esta, así como con las necesidades básicas de "toda" la población. Debemos pues crear un modelo para todo

el país y que funcione integralmente, con mayor eficiencia que el actual y sobre todo si es posible con menor costo. En este modelo, la participación comunitaria debe ser promovida al máximo como uno de los fundamentos primordiales para el cambio. Las Juntas de Salud y Seguridad Social creadas en el nivel cantonal para participar en el proceso de la Integración de Servicios, forman parte del sistema y se consolidarán con la creación y puesta en acción de los SILOS. El sistema de prestación de servicios preventivo-asistencial, que se pretende crear, debe ser equilibrado en su extensión y recursos, aspirando a una mejor utilización de estos mediante prioridades definidas, evitando así duplicaciones innecesarias que elevan los costos de operación y encarecen los servicios.

La Integración de Servicios Caja-Ministerio, iniciada en 1984 y que ha continuado al presente, permitió una cobertura casi total en los servicios médicos de atención de la enfermedad para toda la población. Por primera vez, en un país en vías de desarrollo, el Seguro Social asumió la atención del indigente (pobre de escasos recursos y que por no tener trabajo, no tenía acceso a la atención médica en el Seguro Social por no tener capacidad para cotizar). El concepto de solidaridad dejó pues de ser únicamente para los asalariados en cuanto a recibir esta prestación y se extendió para toda la población costarricense. Este paso trascendental hizo que nuestro Seguro Social asumiera el liderazgo en América en este campo, y ha contribuido a una mayor justicia social. Es interesante hacer notar que no hubo la menor oposición de parte de los trabajadores cotizantes, para permitir que la Caja asumiera ese sector de la población dentro del régimen de Enfermedad y Maternidad, pese al costo que eso significaría. Lo anterior demuestra el alto sentido humanitario y de responsabilidad social que tiene el costarricense.[152]

Dentro del sistema, la atención de la enfermedcad y la rehabilitación son responsabilidad de la CCSS, con apoyo del MS en los niveles inferiores, como se verá más adelante y que se han ido integrando paulatinamente. En el capítulo de rehabilitación, el INS tiene papel destacado y debe lograrse una total coordinación con la Caja, definiéndose si se justifica integrar las acciones dentro del Seguro Social en un futuro cercano, dado que quien posee el sistema hospitalario nacional es el Seguro Social y por ende es quien tiene la capacidad para atender al paciente de accidentes de trabajo y de otros tipos.[153]

Las acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades están bajo la responsabilidad del Ministerio de Salud, sin embargo, por los escasos recursos que posee, se requiere que la Caja y el INS participen con un mayor parte de recursos de todo tipo para organizar adecuadas campañas en este campo. El Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (ICAA) tiene un papel primordial con el aporte de agua potable a la población, el cual debe ser apoyado por la Caja y el INS para la creación de acueductos rurales en las áreas urbanas marginadas. También en este

campo es fundamental obtener el apoyo del Ministerio de Educación, el Instituto Mixto de Ayuda Social, el Ministerio de Trabajo, Asignaciones Familiares, etc.

El tiempo nos dirá si todas las acciones relatadas deben enmarcarse en una sola institución como la CCSS por poseer esta los mayores recursos técnicos, económicos y humanos y el Ministerio se concentra en su función rectora; o si, por el contrario, es conveniente permanecer separados pero con una coordinación adecuada bajo el sistema y buscando una integración efectiva solamente en aquellas áreas coincidentes. Con el tiempo, el proceso de integración puede finalizarse, pero para ello requiere de modificaciones legales que aún no existen y que se hace necesario lograr.

Es interesante recordar que en el país, en el año 1961, existía la inquietud de cambiar el sistema de servicios médicos, tratando de tener una manera más racional y organizada de dar los servicios. En esa época, los médicos, Fernando Trejos Escalante, Mario Miranda y Carlos Arrea,[338, 339] plantearon la alternativa de refundir todos los servicios médicos que la Caja poseía o crear un Servicio Nacional de Salud.

El Dr. Rodrigo Loría Cortés (qdDg),[190] en ese mismo año, elaboró un proyecto de Servicio Nacional de Salud presidido por el Ministro de Salud. En 1962, el Dr. Guido Miranda propuso un solo servicio hospitalario nacional a cargo del Seguro Social.[148]

En el año 1968, los doctores Fernando Guzmán Mata y Fernando Trejos Escalante,[337] diputados al Congreso, presentaron a la Asamblea Legislativa un proyecto que consistía en la creación de un Servicio Nacional de Salud, bajo la responsabilidad de la CCSS y destinado a brindar servicios médicos a toda la población, asegurada o no. El servicio nacía prácticamente a expensas de la Caja y era presidido por el Ministro de Salud. Es imposible señalar ahora cuáles fueron los motivos por los que la Asamblea no aprobó este proyecto, es probable que la idea estuviera muy adelantada para su época, pero lo más lógico es pensar que el país no tuviera en ese momento capacidad para crear una institución de este tamaño y con tales responsabilidades. En todo caso, las implicaciones políticas y económicas de dar este paso dificultaban o imposibilitaron realizarlo y, aún a la fecha, esto posiblemente no es factible.

En todo caso, para lograr desarrollar el Sistema Nacional de Salud se deben consolidar acciones o estrategias en los siguientes campos como son: El Sector Salud, la Integración de Servicios, la orientación integral de las acciones médicas y de salud, la Atención Primaria de la Salud. Los SILOS (Sistemas Locales de Salud) y la participación comunitaria.

14.2 LA CONSTITUCION DEL SECTOR SALUD

La constitución del sector salud representa una realidad legal y orgánica que involucra al Ministerio de Salud, la Caja Costarricense de

Seguro Social, el Instituto Nacional de Seguros y el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados, y cuenta con el concurso del Ministerio de Planificación.

La coordinación directa del sector recae en la persona del Ministro de Salud, y tanto la Ley de Administración Pública como los decretos ejecutivos correspondientes fortalecen su acción y su injerencia en todas estas instituciones, adjudicándole nuevas potestades y responsabilidades.[15, 18] Para esta labor, el Ministro se apoya también en el Consejo Nacional de Salud y cuenta, además, con la secretaría ejecutiva del sector para la coordinación y ejecución sectoriales.

14.3 LA INTEGRACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Con objeto de constituir el sistema nacional de salud, se está llevando a cabo la integración de servicios entre el Ministerio de Salud y el Seguro Social. No solo se pretende ubicar en un mismo edificio a ambas instituciones, sino también integrar recursos, acciones y programas.[259, 260, 261]

Hasta 1986 se había realizado esta integración en un 60% del país, y la experiencia permitió identificar factores tanto restrictivos como favorables al proceso, diferentes según las regiones e incluso los pueblos y relacionados con su desarrollo económico, su cultura y su localización y por último con arreglo a la existencia de liderazgo comunal y a la disposición de los trabajadores del sector.[94]

Este proceso se basa en el modelo piramidal de servicios que, partiendo de acciones simples en el hogar y la comunidad, va elevando la complejidad de sus servicios hasta los niveles superiores en forma gradual y sucesiva, con asesoramiento continuo y sistemas de supervisión y apoyo. Para esta forma de prestación de los servicios, se trata de fortalecer los niveles regionales intermedios, manteniendo en el nivel central las decisiones de política de salud pero delegando autoridad en las jefaturas regionales para la ejecución de las acciones.[151, 152]

También se realiza un inventario de los recursos, se reorganizan los distintos niveles administrativos y se crean mecanismos de coordinación y supervisión común. En algunos aspectos, se espera integrar completamente las acciones desde el inicio, por ejemplo, en cuanto a la operación y mantenimiento de equipos y en cuanto a una sola proveeduría y poco a poco se ha logrado incrementar la cobertura de servicios mediante el apoyo mutuo en equipos y materiales, edificios y recursos humanos. Para este proceso de integración, se ha conseguido la más amplia colaboración de parte de los funcionarios, tanto del Ministerio de Salud como de la Caja Costarricense de Seguro Social. También ha sido de suma importancia la equiparación de los salarios de todos los profesionales y técnicos en ambas instituciones, pero que, con el nuevo acuerdo de la Caja con sus trabajadores,

deja a los del Ministerio en desventaja que habrá que compensar en alguna forma.

14.4 LA ORIENTACION INTEGRAL DE LAS ACCIONES

Por norma, todas las acciones que se ofrezcan en los servicios de salud de las instituciones del país deben estructurarse en forma integral, es decir, que estas actividades, ya sean individuales o colectivas, deben abarcar la promoción, la prevención, la reparación y la rehabilitación, e inclusive cuando proceda, la investigación aplicada.[148]

Esta forma de prestación de los servicios, que no debe confundirse con la integración de los servicios de salud, requiere que todos los recursos de los distintos niveles de atención incluyendo centros y puestos de salud, clínicas y hospitales, actúen de acuerdo con el medio social y en relación con la comunidad a la que sirven, y no con orientación primordial hacia la curación de los enfermos, como se hacía anteriormente.

14.5 LA INCORPORACION DE LAS ESTRATEGIAS DE ATENCION PRIMARIA

Dentro del sistema nacional de salud, la estrategia de atención primaria constituye la clave para atender a los grupos rurales y urbanos marginados. Se ha considerado distintas formas de establecer la atención primaria, según el desarrollo socioeconómico de cada lugar, tratando de llevar los servicios de salud lo más cerca posible de las comunidades y de lograr a su vez su participación.[245, 246, 250]

Los componentes de la atención primaria que se han incorporado plenamente en los programas del sistema nacional de salud son: la educación para la salud, la alimentación suplementaria, el saneamiento ambiental, el suministro de agua potable, la evacuación sanitaria de excretas y la eliminación adecuada de desechos. También se han fortalecido las actividades permanentes de inmunización y en determinadas áreas se realizan algunas campañas contra enfermedades endémicas. Asimismo, se están organizando los servicios de manera que las primeras acciones, ya sean de promoción de la salud como de atención de enfermos, se lleven a cabo en la propia comunidad, sin recurrir a desplazamientos importantes. Por otra parte, se ha considerado la ampliación de los servicios de consulta médica a los sábados, domingos y días feriados, y los pueblos alejados de las áreas hospitalarias han sido dotados con los medicamentos esenciales y los elementos básicos para prestar asistencia sanitaria fundamental.[154]

14.6 LA PARTICIPACION COMUNITARIA

En Costa Rica, se considera que la participación de la comunidad es esencial para que los servicios de salud funcionen con éxito.

Las Juntas de Salud y Seguridad Social no solo se han creado para obtener la participación de las comunidades en la identificación y solución de sus problemas de salud, sino también para que las mismas comunidades o sus representantes puedan ejercer un control constante de la burocracia administrativa y el personal que presta los servicios de salud.[148] Se estima que la población no debe únicamente aceptar responsabilidades, sino también exigir derechos y una vez que se identifiquen los problemas de salud, puede y debe colaborar para resolverlos de acuerdo con sus posibilidades y la experiencia que vaya adquiriendo. La información y educación para la salud y la participación comunitaria fortalecerán también la educación cívica de la población para lograr un desarrollo más integral.

En Costa Rica existe la tradición de que la política en un gobierno es o debe ser un instrumento de cambio social sin el cual la sociedad permanecería estática, y por ello a pesar de su pobreza se han creado y desarrollado numerosos programas e instituciones de bien social.

Dentro de una sociedad igualitaria y democrática como la que existe en Costa Rica, los servicios de salud y seguridad social solo podrán ser aceptables si culminan en un sistema de servicios integrales de salud eficiente al alcance de toda la población.

14.7 PRINCIPIOS RECTORES DE LA POLITICA DEL SISTEMA NACIONAL DE LA SALUD

a) La prestación de servicios de salud debe alcanzar a toda la población sin distingo de ningún tipo, incluyendo la atención de la enfermedad.
b) Es necesario y urgente contener el alto costo de la atención médica, dentro de límites razonables para la capacidad de pago de Costa Rica.
c) La integración de los servicios de prevención con los de curación y rehabilitación debe ser un desiderátum. Promover la salud y prevenir la enfermedad son las prioridades principales.
d) Se debe brindar atención ambulatoria preferentemente dentro del sistema.
e) La participación de la comunidad es fundamental para el éxito de cualquier programa de salud.
f) Se debe intentar una distribución más equitativa de los recursos nacionales de salud y dar más apoyo a los mecanismos educacionales y preventivos por parte de la seguridad social.
g) Es indispensable formar conciencia en el sector profesional del

campo de la salud, no solo para que acepte el cambio sino para que se comprometa con el mismo. Para ello se han iniciado modificaciones en los programas de estudio de las escuelas de ciencias de la salud de Costa Rica.

14.8 POSTULADOS DE ACCION DEL SISTEMA Y DEL SECTOR SALUD

El objetivo primordial del sistema y de la acción del sector es poder brindar servicios de protección de la salud, incluyendo la atención de la enfermedad a "toda la población", para lograr con ello mantener y mejorar los índices de salud que poseemos. Para ello y en momentos de crisis económica como la que existe y de la cual no se libra ningún país en vías de desarrollo, requerimos, una mayor productividad y racionalidad de los recursos disponibles.

Como el Sector Salud es una realidad legal y orgánica, se requiere hacerlo efectivo como instancia de planificación, ya que es ahí donde el Ministro Sectorial actúa como jerarca del sistema. El actual funcionamiento y relación de las instituciones del sector es inadecuado y por ello se plantea organizarlo y operar como un Sistema Nacional de Salud.

Ante los cambios previsibles en el perfil de salud y la crisis económica que vivimos, se debe revisar y readecuar el modelo de atención de la salud para hacerlo más económico y eficaz y lograr con ello, finalizar la extensión de los servicios de salud en condiciones de equidad a toda la población.

Ante la deficiencia de cobertura en algunos regímenes se debe dar apoyo a la Atención Primaria para mejorar los servicios en las áreas pobres y de difícil acceso del país. La estrategia de los SILOS debe ayudar a que esto sea una realidad.

En el contexto de la atención integral que se busca para nuestros ciudadanos, es necesario incluir la atención al "medio ambiente", tanto en el modelo como en todos los planes y programas de los servicios de salud.

El siguiente plan de acción sigue las recomendaciones que la OPS y la Secretaría Ejecutiva de Planificación del Sector Salud dieron en la época en que el autor era Ministro de Salud.

14.9 PLAN DE ACCION

A. Analizar y redefinir la estructura del Sector.
   1º) Conceptualización del modelo, definición y delimitación del sistema: definición de objetivos, funciones y responsabilidades del Sector y de cada una de sus instituciones.
   2º) Desarrollo del marco jurídico del sistema.

3º) Analizar y redefinir la estructura organizativa del sector, incluyendo a cada una de las instituciones (Caja Costarricense de Seguro Social, Ministerio de Salud, Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados, y otras), en cuanto a la prestación de servicios de salud, con particular atención a los reajustes que puedan requerir en su estructura legal, financiera, humana y física.

4º) Fortalecer y/o replantear el marco jurídico existente, de manera acorde con el nuevo modelo de organización del Sistema Nacional de Salud.[261]

5º) Fortalecer los procesos de planificación y evaluación, en especial en sus mecanismos de coordinación intra y extra sectoriales.

6º) Establecer los mecanismos de control y coordinación entre las instituciones y definición de los grupos poblacionales por cubrir por cada institución (cantidad y estructura de servicios).

7º) Formular los acuerdos necesarios entre las instituciones del sec-tor y elaboración del plan sectorial de salud por instituciones, en coordinación con los organismos nacionales de planificación económica y social pertinentes.

8º) Desarrollo de la estrategia conocida como "SILOS" para facilitar la atención primaria.

B. Fortalecimiento y desarrollo de la Secretaría Ejecutiva de Planificación del Sector Salud.

1º) Creación de comisiones de trabajo para apoyar a esa unidad.

C. Desarrollo del nuevo modelo de prestación de servicios.

1º) Revisión y adecuación de la delimitación geográfica de las regiones, con criterio modular, para el establecimiento de un esquema único sectorial, con miras a un esquema único nacional.

2º) Revisión, apoyo y fortalecimiento del nivel regional.

3º) Definición del nivel local como instancia administrativa (SILOS).

4º) Recolección, procesamiento y análisis de información epidemioló-gica y sobre factores condicionantes de la salud, por regiones.

5º) Revisión de recursos, tecnología y apoyo disponibles, por región y por nivel.

6º) Redefinición de funciones y recursos; reorganización de los niveles administrativos y de atención, y perfeccionamiento de los mecanismos de comunicación entre ellos, con énfasis en los de supervisión y referencia.

7º) Desarrollo sistematizado de experiencias de integración de servicios.

D. Fortalecimiento de la red primaria de atención y su articulación dentro del sistema.
   1º) Ampliación de la cobertura para facilitar la red.
   2º) Favorecer la accesibilidad institucional del usuario.
   3º) Desarrollo de nuevos métodos y técnicas para atender situaciones especiales (emergencias a nivel cantonal, cirugía ambulatoria, atención domiciliaria).
   4º) Facilitar la participación integral de algunos sectores.
   5º) Capitalización de experiencias de los esfuerzos interinstitucionales de integración.

E. Establecer un programa nacional de operación y mantenimiento de las instalaciones y equipos del sector.
   1º) Establecer las bases de una política nacional de mantenimiento y conservación de instalaciones físicas y equipos existentes (capacidad instalada). En esto ya se ha avanzado mucho gracias a un programa conjunto Caja-Ministerio-BID.
   2º) Crear un sistema nacional de mantenimiento integral de instalaciones y equipo entre las instituciones del sector y desarrollar los mecanismos para asegurar la participación de las comunidades.
   3º) Ajustar y desarrollar cuando sea necesario, las políticas, normas y pautas para la administración y mantenimiento de los recursos físicos.
   4º) Sistematizar la administración de los suministros y el equipo de importación crítica, inclusive normas, especificaciones, procedi-mientos de compra, distribución y control de calidad.
   5º) Formar los recursos humanos, especialmente en los niveles técnicos, auxiliar y de la comunidad, en mantenimiento preventivo y técnicas de reparación, incluyendo desarrollo de pautas y manuales sencillos. Las Universidades y el Centro de Docencia de la Caja (CENDEISSS) son aquí fundamentales.
   6º) Fortalecer los mecanismos de comunicación entre los distintos niveles del sistema de atención de salud, incluyendo los medios de comunicación entre el nivel comunitario y los otros niveles de referencia del sistema.

F. Desarrollar mecanismos de participación efectiva de las comunidades.
   1º) Revisar y redefinir las funciones del personal del sistema de salud, y de los agentes de salud comunitaria, habida cuenta de las necesidades, las prioridades y recursos de la comunidad.
   2º) Desarrollar y difundir la información sobre mecanismos y

actividades efectivas para conseguir la participación de la comunidad.

3º) Estudiar los sistemas tradicionales de salud de la comunidad, e identificación de medios eficaces para su interacción con los sistemas "formales" de salud.

4º) Diseño y aplicación de nuevos enfoques de planes nacionales de educación de la comunidad en materia de salud, con la participación activa de los líderes de la comunidad, basada en el concepto de educación integral continua y especialmente orientada a las edades más vulnerables.

5º) Desarrollo de modelos de participación de la comunidad en la vigilancia epidemiológica y en la identificación de los problemas de salud de la comunidad.

G. Desarrollo administrativo.

H. Diseñar mecanismos para asegurar la disponibilidad y racionalizar el uso de insumos críticos.

I. Desarrollo de programas de capacitación en servicio, con énfasis en el enfoque de participación capacitante (aprender a hacerlo).

1º) Establecimiento de mecanismos que permitan disponer de diagnósticos y programas de desarrollo de recursos humanos en salud del país, así como facilitar la definición política del tipo y preparación requeridos de recursos humanos.

2º) Fortalecimiento del desarrollo, en distintos ámbitos y niveles, de programas de educación continua, que permitan la articulación entre la docencia y la prestación de servicios, así como la divulgación del uso de tecnologías apropiadas.

3º) Desarrollo de módulos de capacitación para la prevención de la patología que se espera sea predominante en la próxima década y destinados a: personal de salud; grupos organizados de las comunidades; grupos de maestros y de trabajadores; y al sistema formal de educación de las universidades y en áreas auxiliares.

4º) Promoción de la inclusión de contenidos sobre factores de riesgo relacionados con la patología prevalente como: las enfermedades crónicas, los accidentes y las enfermedades profesionales, en los programas de formación de personal de la salud.

J. Incrementar los programas de atención al "medio ambiente" debidamente articulados inter e intrasectorialmente.

1º) Capacitación y estímulo a la comunidad, para su participación activa y organizada en las decisiones y las labores que conduzcan al mejoramiento de su "medio ambiente" y de su salud.

2º) Desarrollo de mecanismos para la incorporación de normas

para el control del impacto negativo que puedan producir proyectos que afecten el ambiente, desde sus estudios iniciales de factibilidad.

3º) Desarrollo de programas para el abastecimiento de agua potable, en cantidad suficiente y en forma continua, a toda la población del país.

4º) Desarrollo de programas para la provisión de servicios sanitarios de disposición de excretas a toda la población del país, así como de sistemas de aguas residuales, procurando evitar la contaminación de los cuerpos de agua al máximo posible.

5º) Desarrollo de programas de protección y preservación de los recursos hidráulicos del país, mediante un esfuerzo interinstitucional que considere la importancia del equilibrio ecológico.

6º) Desarrollo de programas de control de la contaminación del suelo y del agua, con especial énfasis en residuos sólidos y agroquímicos.

7º) Preparación y ejecución de un programa de protección sanitaria de los alimentos que comprende las etapas de elaboración, transporte,almacenaje, distribución y expendio.

8º) Elaboración de un programa de salud ocupacional que garantice la protección en el ambiente del trabajo.

9º) Desarrollo de mecanismos de articulación intersectorial para la prevención de accidentes laborales y de tránsito.

K. Estudio del financiamiento del Sector.

1º) Revisión de las restricciones e identificación de estrategias y acciones tendientes a superarlas, para la recaudación adecuada de recursos, la obtención de nuevos adicionales y la utilización óptima de los ya existentes.

2º) Revisión del modelo financiero actuarial de los seguros con un enfoque social integral.

3º) Revisión del enfoque de prestación de los servicios, para adecuarlos a las posibilidades financieras reales, así como para obtener la optimización de los recursos.

4º) Análisis de distintas posibilidades de movilización de recursos para la salud, desde diferentes fuentes nacionales e internacionales.

5º) Desarrollo de mecanismos que permitan la planificación, coordinación y evaluación de la ayuda internacional, así como la capacitación del personal para tales fines.

6º) Estudio de los Regímenes de Pensiones existentes en el país y ver la posibilidad de centralizar y reestructurarlos bajo la dirección de la CCSS.

14.10 COSTA RICA Y SUS TRES SISTEMAS DE SERVICIOS MEDICOS

(Observar que no se dice servicios de salud)

INSTITUCION	*INGRESOS*	*PROTECCION*	*POBLACION CUBIERTA*
1. Instituto Nacional de Seguros.	Se autofinancia con diversos aseguramientos y con tarifas que se elevan según aumento de costos. Son de pago obligatorio en unos casos y en otros opcionales.	Accidentes de trabajo (riesgos profesionales), accidentes automovilísticos, incendios, etc.	Todos los trabajadores manuales de Costa Rica, para los riesgos profesionales.
2. Caja Costarricense de Seguro Social.	Se autofinancia y la financia el Estado. Cuotas-ingresos por aumentos salariales impuestos.	Enfermedad maternidad, rehabilitación, invalidez, vejez y muerte.	Todo tipo de trabajador. 100% (teóricamente) de la población total del país.
3. Ministerio de Salud.	Lo financia el Estado, presupuesto anual.	Promoción de la salud-prevención saneamiento ambiental.	Toda la población de Costa Rica.

Actualmente la Caja cubre incluso a los indigentes en el Régimen de Enfermedad y Maternidad.

El Instituto de Acueductos y Alcantarillados (ICAA) cubre un importante papel en el campo preventivo al dotar de agua potable a las poblaciones mediante cobro por servicio.

Dentro del proceso de Integración de Servicios de Salud, paso indispensable para lograr crear el Sistema Nacional de Salud, se requiere una organización debidamente jerarquizada y escalonada, para esto es ideal y está plenamente aceptada, la estructura piramidal de los servicios de salud mediante niveles como dijimos, ya que es el mejor medio de desarrollo de los sistemas nacionales de salud para prestar servicios pues proporciona asesoramiento sucesivo y gradual.[151]

En la distribución de servicios de tipo piramidal, los niveles inferiores tienen apoyo de los superiores y así sucesivamente para la acción.

Todos estos niveles deben hallarse ligados por sistemas apropiados de transporte y comunicación, hecho no siempre factible en áreas rurales, así como combinaciones adecuadas intrínsecas de persona y sus servicios.

Interesa señalar que en Costa Rica solamente un 10% de la población requiere anualmente intervención de los servicios médicos de la

cúspide, como son los internamientos en hospitales generales o especializados. La mayor parte de los problemas de enfermedades exigen atención médica general de consulta externa y la mayoría de los trastornos de salud prevalentes, pueden tratarse satisfactoriamente por medio de una adecuada atención primaria, con tecnología simple.

La atención terciaria (hospitales) ha predominado sobre los otros niveles, en particular sobre la asistencia primaria, las consecuencias son el gran costo de esos servicios que consume recursos que en parte deberían ser para la base de la pirámide. Ver más adelante los niveles de atención y los gráficos respectivos.

El sistema de prestaciones de atención de salud se ha desarrollado históricamente como respuesta a las mayores demandas recibidas por el sector curativo y en particular ha forzado la construcción de hospitales con su costosa y avanzada tecnología. Se trata ahora de reunirlos en unidades mayores evitando el hospital pequeño, con el objeto de lograr economías de escala y reemplazando paulatinamente la asistencia institucional por la ambulatoria. Lo que sí debe tenerse, en el nivel nacional, es servicios de emergencias médicas y traumas simples en el nivel cantonal y un buen sistema de transportes (ambulancias) para referir los casos problema a los hospitales de área.

El descenso en los índices de ocupación de los hospitales como ha venido sucediendo en Costa Rica, (o el mejor giro de cama) debe ser uno de los medios para disminuir el costo total de la atención médica y debería dejarnos economías para otras áreas de salud, lo mismo se puede decir si se lograra cambiar la atención tradicional en consulta de hospitales y clínicas, por atención ambulatoria de tipo domiciliaria, de la medicina familiar y comunitaria, de la medicina de empresa, y del hospital domiciliario, etc.

Otro dato por tener en cuenta, es que la mayor expansión de los servicios se produce sobre todo en las zonas urbanas, dejando una parte de la población rural con servicios inapropiados o escasos.

El problema de un país en desarrollo es *romper el círculo vicioso,* en que los recursos en su mayoría se invierten en las instituciones grandes urbanas (efecto concentrador intrínseco). Se requiere obtener mayores recursos o efectuar un desplazamiento en la distribución de estos en favor de la atención primaria de la salud, con su componente preventivo y de educación para la salud. Una vez que los SILOS funcionen, contribuirán a una mejor distribución de los recursos.

Esta política tiene resultados no a corto plazo, sino que sus efectos son de largo alcance, sobre el complejo existente de prestaciones de salud, de este modo, exigirá una larga y continua acción de organización; eso, sin embargo, conspira contra estas acciones ya que los políticos quieren ver resultados en su período de ejercicio del poder.

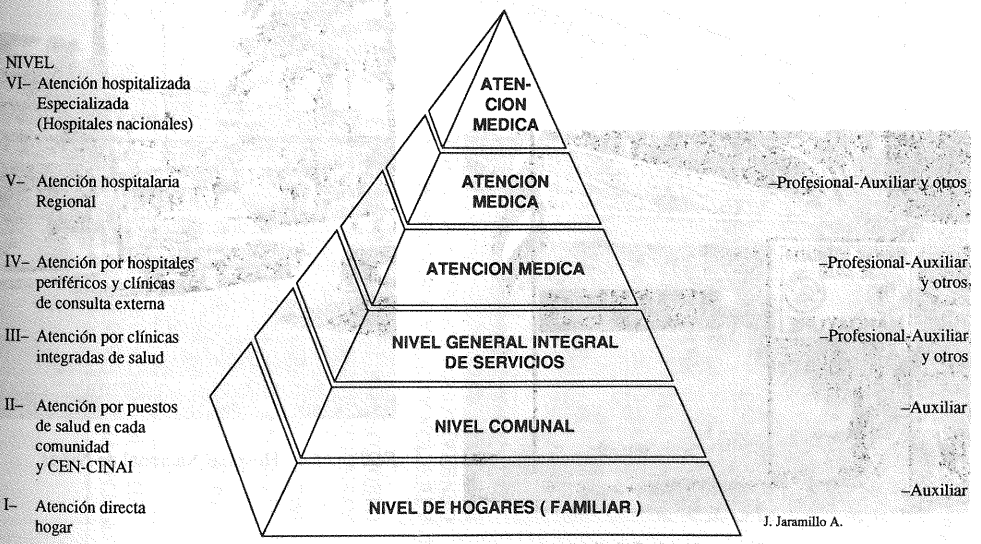
Debe existir un flujo bidireccional de usuarios, personal y equipo entre los distintos niveles de asistencia.

Lo ideal es que los trabajadores de atención primaria (puestos de Salud) envíen los pacientes, que requieran asistencia médica más competente, a los Centros de Salud o a las Clínicas de la Caja Costarricense de Seguro Social, de ahí, si fuera necesario, a los hospitales regionales o nacionales. Estos a su vez devolverán los enfermos, después del diagnóstico o el tratamiento con las correspondientes historias clínicas resumidas y su tratamiento, con objeto de garantizar la continuidad del seguimiento en el nivel periférico.

Este tipo de organización implica un sistema de consulta integrado, con apoyos técnicos en todo nivel, recibiendo los estratos inferiores visitas de especialistas procedentes de escalones superiores, para trasmitir experiencias; dotar de equipos y medicinas en cantidad adecuada para el servicio que prestan y organizar los mecanismos de supervisión y apoyo eficiente. Se ha sugerido un modelo piramidal modificado; sin niveles escalonados, sino con una pirámide en cuya base esté el nivel de hogar y la comunidad, con acceso directo a los otros niveles. Esto es muy beneficioso y oportuno cuando, ante una emergencia grave, un médico o una enfermera refieren directamente el caso al nivel correspondiente; pero, de manera rutinaria, se presta para saltarse niveles y crear desorden. *(Figura 14.1, 14.2 y 14.3).*

FIGURA 14.1

SISTEMA PIRAMIDAL DE LOS NIVELES DE ATENCION EN SALUD



CUATRO DE LOS PILARES EN QUE DESCANSAN LOS SERVICIOS DE PROTECCION A LA SALUD Y ATENCION DE LA ENFERMEDAD.

1- Atención domiciliaria. 2- Puestos de Salud. 3- Centros Integrados. 4- Hospitales.

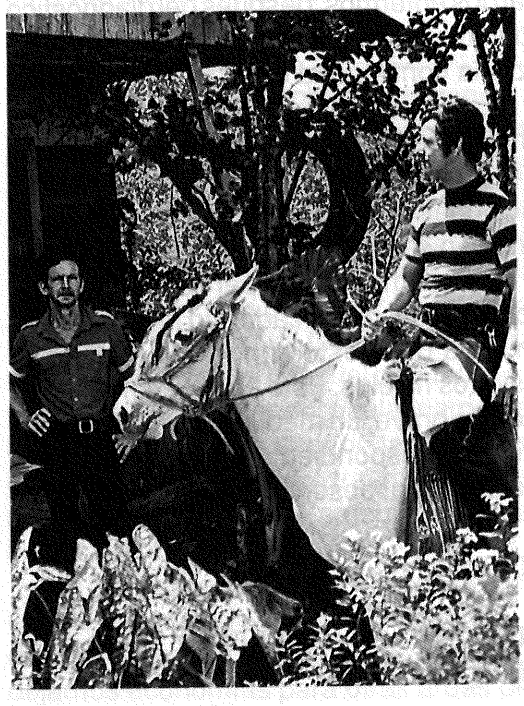


FOTO 14.1: Asistente de Salud Rural: visita domiciliaria



FOTO 14.2: Puesto de Salud Rural



FOTO 14.3: Servicios Integrados de Salud.
Clínica de Nandayure, Guanacaste

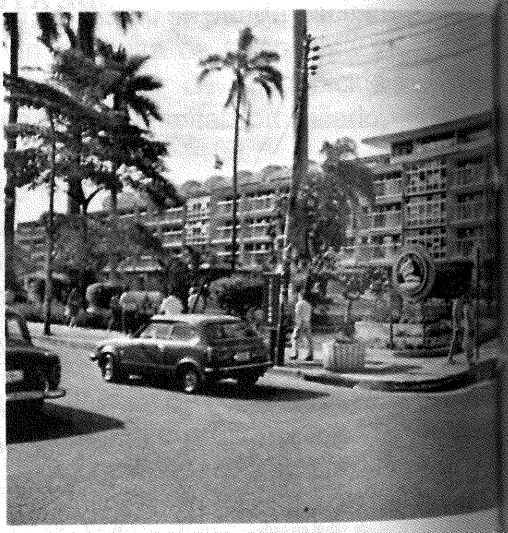


FOTO 14.4: Hospital Nacional de Niños

FIGURA 14.2

SISTEMA PIRAMIDAL DE LOS NIVELES DE ATENCION DE SALUD (COSTA RICA)

TIPO DE ATENCION Y PERSONAL REQUERIDO

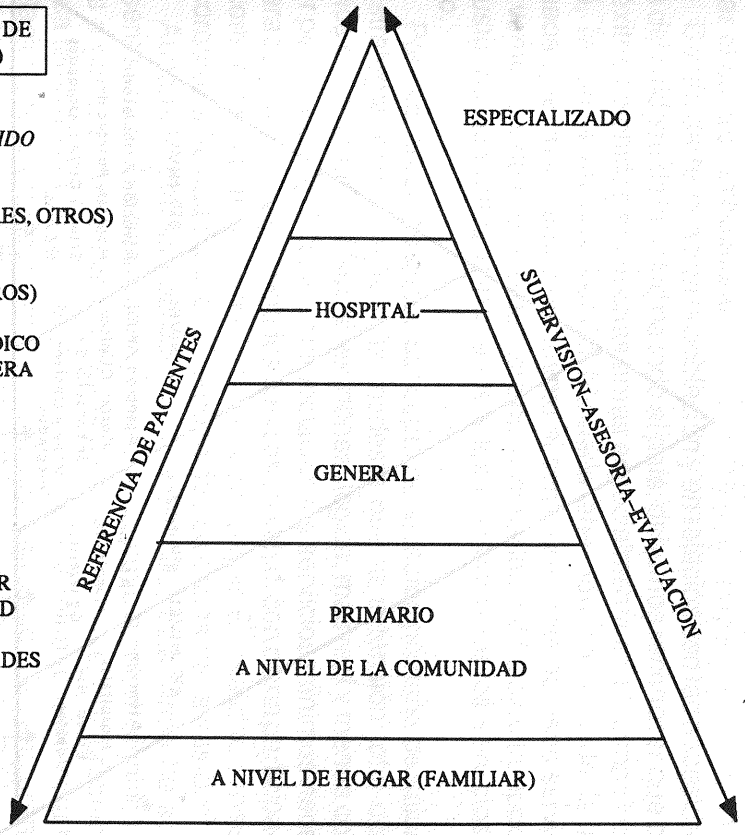
VI ATENCION HOSPITALARIA
(MEDICOS, ENFERMERAS, AUXILIARES, OTROS)

V ATENCION HOSPITALARIA
IV (MEDICOS, ENFERMERAS, AUX., OTROS)

III ATENCION AMBULATORIA POR MEDICO GENERAL–ODONTOLOGO–ENFERMERA LABORATORIO

ATENCION POR PERSONAL AUXILIAR
ACCIONES DE PROMOCION DE SALUD
II PREVENCION–EPIDEMIOLOGICA
CONTROL–DETECCION ENFERMEDADES
SANIDAD–CONTROL AMBIENTAL

I ATENCION POR PERSONAL AUXILIAR Y MEDICO FAMILIAR



TIPO DE PERSONAL EN SERVICIO
–Profesional–Auxiliar y otros

LUGAR DE LA ATENCION

HOSPITALES

HOSPITALES REGIONALES
(HOSPITALES DE AREAS)

CENTROS DE SALUD (MS)
DISPENSARIOS Y CLINICAS
(C.C.S.S.)

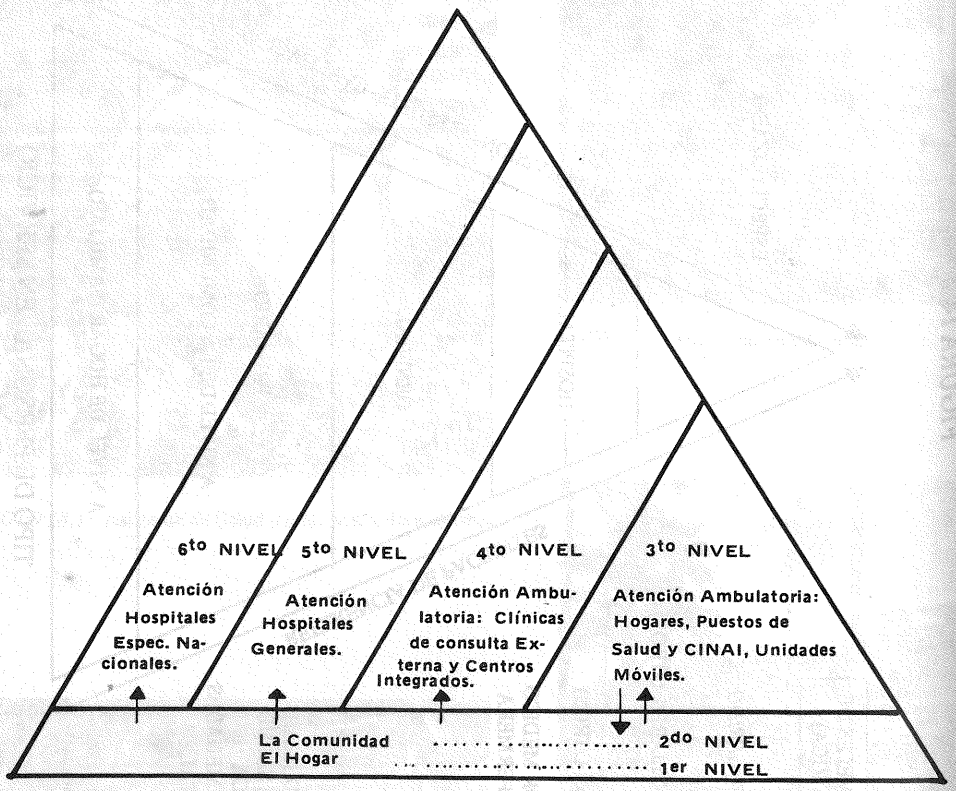
PUESTOS DE SALUD RURAL
CENTROS DE EDUCACION (CINAI)
CENTROS DE NUTRICION (CEN)
CLINICAS Y CENTROS
ODONTOLOGICOS

TODAS LAS FAMILIAS DE COSTA RICA

J. Jaramillo A.

FIGURA 14.3

SISTEMA PIRAMIDAL MODIFICADO DE NIVELES DE ATENCION



En este Sistema Piramidal modificado de niveles de atención, es posible tener acceso a cualquier nivel superior a partir del primero y segundo nivel de manera directa, lo que es muy beneficioso en caso de una emergencia, pero puede alterar la organización en los casos rutinarios que son los más y se trastorna entonces el orden de referencia y contrarreferencia escalonada que debe existir en el sistema. De hecho no es posible devolver los casos por ejemplo de un hospital directamente al hogar o a la comunidad ya que no se tendría un control institucional adecuado. Sin embargo, en las áreas donde existe médico familiar sí se puede trabajar con este tipo de pirámide.

J. Jaramillo A.

El concepto de "Servicios de Salud Integrados", consiste en lograr que todos los servicios de una zona geográfica formen una unidad funcional, y no solamente que en una sola planta física se una la Caja y el Ministerio.

En un país como Costa Rica se necesita integrar programas de abajo hacia arriba; pues aún existen enfermedades transmisibles y hay peligro de que éstas vuelvan a aparecer, además la tenencia de problemas ambientales no resueltos. Debido a esto no se puede abandonar este tipo de acción, sino más bien reforzarla y extenderla a todo el país.

En los países desarrollados, como lo prevalente es la enfermedad crónica, la tendencia es integrar hospitales, para tratamientos agudos y mejorar el control ambulatorio.

Dentro del término de la población y en relación con las necesidades reales del cuidado de la salud de todo el país; debemos reconocer que pese a los éxitos obtenidos en muchas áreas especialmente en el campo hospitalario, la forma en que hemos brindado atención no ha sido la más adecuada si la observamos en cuanto al costo creciente de esos servicios y si lo vemos desde el punto de vista de prioridades, no ha sido tampoco el más justo, porque marginó por años a los indigentes de los servicios del seguro.

Por ello, creemos que el concepto de atención primaria de salud es una estrategia, que aunque más modesta que la extensión total de los servicios de la Seguridad Social, es idónea, lógica, más real y menos costosa, por poner al alcance de toda la población los servicios mínimos necesarios para satisfacer las necesidades básicas en salud, con plena participación de la comunidad y a un costo que el país puede pagar. En realidad consisten en incorporar a la vida familiar y comunal los cuidados de la salud.[247]

Aunque el proceso parece lógico y sencillo, esta forma de actuar representa un cambio bastante importante en cuanto a salud, significa que vamos a generar mecanismos propios para resolver nuestros problemas, significa también actuar, no ya para un sector determinado, sino para toda la población y requiere de un proceso continuo y apropiado de transferencias de conocimiento y de tecnología. (Ver *Capítulo de Atención Primaria de Salud).*

14.11 DESCENTRALIZACION *(Para ampliar los conceptos ver el capítulo respectivo)*

Es necesario mantener el nivel central de capacidad de adoptar decisiones políticas y poderlas vigilar en lo que respecta a cuestiones de planificación, legislación y distribución de recursos.

Para que el sistema funcione administrativa y eficazmente, es indispensable que en el futuro exista delegación de autoridad en Jefes Regionales comunes que viene a representar la actividad coordinadora intermedia con

atribuciones suficientes para consolidar el presupuesto de cada región y supervigilar la ejecución de programas. Ellos serán los responsables de organizar los Sistemas Locales de Salud (SILOS).

Por otro lado, la progresiva regionalización de los servicios de salud, implica una descentralización administrativa y presupuestaria con el objeto de que la distribución de recursos esté mejor relacionada con las necesidades locales y logre la participación de las comunidades en el desarrollo y funcionamiento de sus servicios y simplifique los procedimientos burocráticos. Una crítica constructiva sobre los problemas de la descentralización y regionalización en la CCSS, fue hecha por el Dr. Jorge Fonseca R. En ella, señalaba que para junio de 1989 esto no se había logrado.[95]

Al descentralizar y desconcentrar, vamos delegando autoridad y funciones, esto permite un mejoramiento de los procesos y procedimientos y hace que surjan iniciativas y creatividad en los diferentes niveles institucionales tanto central como regional. Requerimos que las sedes regionales, produzcan programas con imaginación y que generen nuevas soluciones para áreas determinadas. Lo anterior permite además que las decisiones se tomen tan cerca como sea posible de los niveles operativos sin tener que recorrer ascendentemente para su aprobación los niveles superiores, agilizando con ello la capacidad de definir situaciones dadas.[268]

14.12 REGIONALIZACION

El desarrollo regional de las acciones de salud, con su coordinación e integración, para facilitar acceso al nivel asistencial más apropiado y mejor utilización de los recursos, es una necesidad.

No será fácil lograr la armonía para llegar a los mismos objetivos, pero debemos lograr este sistema regional unificado y funcional.

El desarrollo y la función de estos centros regionales mediante la acción de los SILOS, sobre sus áreas de atracción se ajusta a las necesidades de los usuarios y logra distribuir mejor sus recursos según necesidades.

Actualmente, en algunas áreas no se han terminado de desarrollar redes comunicantes suficientes en los diferentes niveles para lograr consultas rápidas entre el Ministerio y la Caja Costarricense de Seguro Social; pero incluso en la misma Caja y sus niveles sucede que la población hace corto-circuito de los mismos, y acude directamente a instituciones más complejas sin haber ido previamente al nivel que le correspondía, creando con ello dificultades.

Uno de los principales problemas de las instituciones de salud es la falta de personal convenientemente capacitado, desde el punto de vista admnistrativo. Por esa razón, las instituciones deben acelerar los programas de capacitación gerencial.[269]

Considero que uno de los hechos que no han permitido un desarrollo

más adecuado de nuestro sistema de salud, en conjunto, es el ejemplo que hemos tomado de sistemas tradicionales de prestación de salud de los países más desarrollados, cuyos modelos *no son idóneos* para naciones pobres, ya que las soluciones que implican son demasiado costosas y en consecuencia se ha dificutado la terminación de la universalización de los servicios y en ciertas áres persisten las diferencias o desigualdades, sobre todo en cuanto a oportunidad para recibir una atención médica adecuada. Sin embargo, fue tendencia del mundo occidental adoptar ese tipo de políticas en salud en los últimos 40 años, y no solo de Costa Rica, en las que el énfasis se centró en crear servicios médicos para atender enfermos y no servicios integrales de salud.

El problema es en sí muy complejo, involucra factores políticos, económicos y sociales múltiples. Sin embargo, debemos reconocer que, por otro lado, es un hecho muy positivo tener actualmente unos servicios hospitalarios y clínicos como los que posee la Caja Costarricense de Seguro Social, imposibles de construir en el presente si lo hubiéramos requerido. Lo anterior en muchos aspectos viene entonces a constituir una ventaja, porque la gran infraestructura existente de parte del Seguro Social es de enorme importancia para el desarrollo final del Sistema Nacional de Salud. Sin embargo, es necesario adelantar, que se hará indispensable aprender a manejarla a un costo menor que el actual y con prioridades definidas.

Las unidades regionales tipo SILOS han sido definidas con carácter geoeconómico evitando lesionar aspectos políticos o legales, eso no solo va a permitir una buena administración y planeación técnica, Caja-Ministerio, sino inclusive una mejor coordinación intersectorial a través de mecanismos de planificación y desarrollo regional. Participarán aparte de nuestros funcionarios de salud, personal de los gobiernos locales y municipalidades y la ciudadanía organizada en comités, etc.

En lo que respecta a salud, ya se decidió acorde con el establecimiento del Sector Salud y de los SILOS, crear comités sectoriales regionales de salud, que programarán y coordinarán las actividades del sector. A su vez, se hará necesario promover la participación popular y nombrar Comités de Salud y Seguridad Social en el nivel regional, que orienten y coordinen a todas las Juntas de Salud y Seguridad Social de los cantones respectivos de su área de atracción.

Es posible que en el futuro sea necesario dividir las regiones en subregiones articuladas con las sedes regionales, con el fin de facilitar su labor. El sistema de SILOS facilitará el proceso una vez que funcione adecuadamente.

Mediante el proceso de integración, ha sido posible la planificación, diseño y construcción de instalaciones, de común acuerdo entre la Caja Costarricense de Seguro Social y el Ministerio. (Las clínicas de Pavas, Coronado y Tibás son los últimos ejemplos de esto). Buscan satisfacer primordialmente la atención primaria y dar consulta al enfermo, puesto que

actualmente se considera que en materia de construcción de hospitales, ya hay saturación de la nación al respecto. La política actual es ceder campo, tanto para la Caja como el Ministerio para realizar en un solo edificio, las acciones integrales en salud, obtener economías y evitar duplicación de construcciones.

En el caso de formación de personal, los recursos humanos de salud del Ministerio y la Caja se planificarán y adiestrarán en coordinación con el Centro de Docencia de la Caja Costarricense de Seguro Social y la Universidad de Costa Rica y la UACA; y se hará en función de las necesidades específicas de la población y de los programas de servicio existentes o que realizarán ambas instituciones.

Se necesita acelerar el cambio orgánico en los servicios de salud existentes, esto dará como resultado aumento en la capacidad de ellos, al incorporarse diferentes unidades al proceso de integración. Esto podría realizarse de manera muy simple, en tres formas o etapas:

a) *Mínima:* Se integran unidades modelo en varias áreas del país, se estudian sus resultados y problemas. Esta fue la etapa temprana de la integración llevada a cabo entre la Caja y el Ministerio, y ya se cumplió.

b) *Mediana:* Se integran todas las unidades de atención de pacientes y de servicios a la comunidad en Clínicas Integradas Caja-Ministerio, las últimas han sido la de Pavas, Coronado y Tibás y sus resultados han sido muy halagadores. Debe continuarse esta etapa hasta integrar todas las unidades del Ministerio y la Caja.

c) *Final:* Se integran al sistema, el Instituto Nacional de Seguros y el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados. Sin embargo, esto debe ser paulatino pues diversos intereses y funciones pueden obstaculizarlo, y además del INS el capítulo que podría integrarse es el de Riesgos Profesionales. En cuanto a la Caja, es el Régimen de Enfermedad y Maternidad únicamente.

14.13. NIVELES DE ATENCION *(Figuras 14.1, 14.2 y 14.3)*

14.13.1 El primer nivel: el hogar (la familia)

La educación en este nivel es fundamental y debe comprender: corrección de malas costumbres, aprender medidas de higiene, alimentación balanceada y estimular la lactancia materna; aprender a conservar los alimentos, recomendación de vacunación, etc. Debe tratarse de crear hábitos sanos en la familia; la acción es aquí activa, se va a la casa del habitante de una comunidad a protegerlo, a educarlo, no se espera que se enferme para darle servicio, sino que se adelanta a evitar que eso suceda, a conocer

sus problemas y su entorno. Se promociona la salud, se detectan casos problemas en los hogares o en la comunidad y se inicia el proceso de referencia a otro nivel superior si es necesario. Esta acción es impartida por promotores de salud, auxiliares de salud, de enfermería, etc. En las áreas donde existe el programa de Medicina Familiar, el médico dará un gran soporte a estas acciones y está en capacidad de decidir si hay problema, a que nivel refiere al enfermo.

Este es el sistema más inferior de la Atención Primaria de la salud como estrategia, dándose la atención directa al individuo, familia o comunidad. El fin es lograr convertir a las madres en los primeros promotores de salud.[148]

La familia es considerada la célula social básica, la unidad primaria de acción a través de la cual el niño ingresa en el mundo de la relación. Es en este medio donde crecen y se desarrollan psíquica, física y socialmente. Durante el transcurso del tiempo, en la familia no solo cambia el tamaño y composición de ésta, sino también sus objetivos, necesidades, demandas, situación económica, posición social, etc. El paso por esas etapas determina variable de cambio que hay que preparar en relación con nuevas actitudes y problemas. En el caso de los problemas relacionados con la salud, ya no solo está la función de cuidados del niño, sino de la salud de todos los que forman el hogar, los derechos de la mujer, sus obligaciones, su importante papel en el conocimiento de los problemas de salud y enfermedad, el cuidado de los ancianos, la obtención de la colaboración social por parte de grupos de apoyo comunal, etc. Es en el contexto de las familias, donde se pueden satisfacer mejor las necesidades de los niños. Hay que fortalecer los vínculos entre los puestos, los centros y entre los mandos de salud de una comunidad y las madres. Por supuesto que también el padre y los miembros mayores de la familia deberán ser educados y adquirir conocimientos de los problemas de salud simples que pueden afectar a una familia. En el momento actual, con madres trabajando y abuelos pensionados a relativa buena edad, estos están en capacidad de dar gran apoyo a este tipo de programas.

14.13.2 El segundo nivel: el puesto de salud

Estas unidades atienden sin profesional médico, están bajo la acción de asistentes de Salud Rural o Comunitaria o auxiliares. Ahí se da medicina preventiva, educación, primeros auxilios, etc. Dan servicios a pequeñas comunidades menores de 2000 habitantes. Son el enlace inicial entre el sistema integrado de salud, Ministerio/Caja, y ante problemas, refieren los pacientes a los centros de salud o clínicas de la CCSS. Además reciben de éstas, instrucción y apoyo para su labor. Detectan no solo situaciones de enfermedad en los habitantes, sino problemas de trabajo,

dificultades sociales, educacionales y ambientales y transmiten sus inquietudes a los niveles superiores en busca de solución adecuada a los mismos.

14.13.3 El tercer nivel: centros de salud y clínicas de consulta externa integradas o no

Es un nivel intermedio de atención, especialmente dado por enfermeras, auxiliares, médicos, odontólogos, etc. Brinda atención de enfermedades y prevención en algunos aspectos; llegan a ellos las personas referidas de los puestos salud, o espontáneamente y si fuera del caso son enviados de ahí a los hospitales regionales o periféricos. Estas clínicas hay que convertirlas en los centros de atención en salud del pueblo; ahí debe darse, medicina preventiva, exámenes de detección en masa, educación para la salud, medidas higiénico-sanitarias, etc., aparte por supuesto de los cuidados habituales de la enfermedad.

En una población determinada y un área geográfica específica, cada médico, enfermera, auxiliar, etc., debe considerar la educación para la salud como una responsabilidad propia y se debe impartir constantemente esta instrucción. De ser posible, el personal deberá estar en la misma planta física y deben supervisar y controlar los puestos de salud, los CINAI, los CEN, etc. Reciben el apoyo de la comunidad mediante las Juntas de Salud y Seguridad Social, y a su vez las participan en la organización y desarrollo de sus acciones.

14.13.4 El cuarto nivel: hospital periférico

Teniendo un área de atracción determinada, este hospital debe ser el centro de cuidado de la salud de la comunidad a que pertenece. Lo que se señala para el siguiente nivel le corresponde en acción también a estos hospitales.

14.13.5 El Quinto Nivel: Hospitales Regionales: Jefaturas de área, Centros de coordinación de la región

Primero debe ofrecer medicina integral, y apoyar con sus servicios a los centros de salud, clínicas y puestos de salud existentes en la zona, debe hacer amplia participación de la comunidad en proyectos diversos para combatir el alcoholismo, cuidado del enfermo crónico o senil, voluntariado para la atención de enfermos psiquiátricos y estimulación infantil precoz. Deben las autoridades del hospital propiciar programas educativos no solo a sus propios trabajadores, sino a la misma comunidad interesándolos

y apoyándolos para acciones tendientes a mejorar el nivel de vida de los habitantes de la población (programas de vivienda, nutrición, agua, empleo, atención domiciliar del operado, del anciano y del minusválido, etc.).

La distribución de sus recursos y servicios debe estar en relación con las necesidades que la comunidad requiere.

Debe proyectarse a la comunidad estimulando la atención ambulatoria y llevando sus actividades lo más cercana posible al domicilio de las personas; la cirugía ambulatoria ha dado excelentes resultados en este campo.

Las Juntas de Salud y Seguridad Social del cantón, mediante colaboración voluntaria y activa, deben actuar plenamente en las acciones de salud e inclusive participar en las tomas de decisiones que afecten globalmente su problemática.

Esa participación puede ser al principio errática, pero si es orientada por acciones educativas, adecuadas, puede llegar a ser de enorme valor.

Las autoridades de los hospitales, deben relacionarse con todas las agrupaciones de la comunidad y no solo con su comité o junta de salud. Deberán capacitar dirigentes en programas de apoyo de la salud, desarrollar un sistema de información y colaborar con la comunidad para la obtención de mayores fondos para mejorar sus condiciones de trabajo. Los sistemas de atención comunitaria de apoyo, implementados por los Hospitales de San Ramón (hospital sin paredes) y el de Nicoya, pueden servirnos de experiencia para futuras políticas en este campo. Es indudable que Costa Rica con las acciones del Hospital de San Ramón bajo la guía del Dr. Ortiz Guier, ha sido pionero en este tipo de servicios en Latinoamérica.[275]

14.13.6 El Sexto Nivel: Hospitales Nacionales o Universitarios (especializados de la capital)

Estos son centros de referencia de patología difícil, además tienen la responsabilidad de la formación de recursos humanos para el sistema hospitalario nacional. Ahí se da enseñanza universitaria profesional de pre y post grado, investigación, etc. [151]

Deberán también apoyar y adecuar sus metodologías de enseñanza para proteger mejor a sus educandos sobre las situaciones más importantes de salud o enfermedad prevalentes, especialmente en las que priman en el área rural donde los recursos suelen ser mínimos.

Es importante recordar lo que señala el Dr. Mohs. Dice que la medicina del futuro no se la imagina como más llena de equipos sofisticados, más tecnología y más personal especializado, sino como una medicina simple que "tiende a prevenir" la mayor parte de los problemas de salud que ya nos afectan. [223] Los hospitales deberán dar pues una contribución importante cambiando en muchos aspectos, pero especialmente en el

campo educativo, contribuyendo al conocimiento de la problemática nacional de salud.

El señor ex-Ministro de Salud de la República de Argentina, Doctor Horacio Rodríguez, decía al respecto que el Sistema de Salud, del cual el hospital forma parte, absorbe insumos de su comunidad en forma de recursos, los transforma y se los devuelve en forma de servicios. Sus objetivos en consecuencia no pueden ser sino los de esta comunidad.

El hospital en consecuencia debe estar abierto a la población a la que sirve, tratar de conocer sus problemas y sus características, sus temores y sus tradiciones, sus valores y sus aspiraciones y volcarse hacia esa comunidad evaluando cuáles son sus riesgos para controlarlos antes que dañen su salud.

Halfdan Mahler, ex Director de la Organización Mundial de la Salud, señaló lo siguiente a la Asociación Americana y Canadiense de Hospitales:

> ¿Continuarán los hospitales haciéndose más y más sofisticados, más costosos y más alineados en relación con la población a la cual supuestamente deben servir?

¿O dedicarán sus energías para apoyar la atención de la salud en una forma tal, que la población la pueda entender, enfrentando el cúmulo de problemas de salud que le queja en su vida diaria y para los cuales, problamente la atención médica tal como es ofrecida por los hospitales no es necesariamente la respuesta?

Sin embargo, es importante aclarar lo siguiente: Por mucho que apoyemos las acciones preventivas, las acciones curativas constituyen usualmente en cierto modo una emergencia y los ciudadanos contribuyen económicamente mediante las cuotas de su salario a estos servicios. De tal forma que no se puede bajo ningún concepto obviar esto o dejarlo de lado. Lo que se pretende es hacer más efectivas las acciones de atención del enfermo y simplificarlas al máximo sin que pierdan calidad, para ello, deben verse las propuestas de cambio que se analizan en el capítulo del *Seguro Social; Pasado, Presente y Futuro.*

En todo caso, es fundamental no solo estimular todas las acciones de atención ambulatoria, sino centralizar las especialidades complejas con el fin de disminuir costos y mejorarlo eficientemente. En ese capítulo se da una visión amplia de la reestructuración que debe hacerse en el campo de la atención médica.

14.14 LINEAS O BARRERAS DE ATENCION PARA LA CONSERVACION DE LA SALUD *(Figura 14.4)*

14.14.1 Primera línea o barrera de atención*

14.14.1.1 PROMOCION DE LA SALUD

Consiste en Educación para toda la población sobre problemas de conservación de la salud, la higiene individual, aprender a evitar hábitos peligrosos (alcoholismo-drogas, etc.), desarrollar la cultura física (no el atletismo, competitivo o comercializado), etc.

La educación para la salud trata de promover un desarrollo armonioso, físico y espiritual. Representa el punto de partida de las actividades que propician la salud. [248, 253,255]

En esta acción participan el Ministerio de Salud y el de Educación, el INS y la Caja Costarricense de Seguro Social, y la comunidad. El personal es de diversos niveles y de todo tipo profesional o auxiliar.

Debe darse en el hogar, las escuelas, colegios, fábricas, empresas, etc., para llenar su cometido empleará todos los medios de comunicación colectiva posibles de una comunidad (TV-Radio-Periódicos), etc., y no solo educación directa.

El papel del médico debería ser el del experto y guía, pero participarán muchos otros como enfermeras, auxiliares, maestros, odontólogos, trabajadores sociales, promotores, etc.

El componente llamado educación para la salud es —según el autor y acorde con la Organización Mundial de la Salud— el aspecto básico de esta línea de atención y es por ello que dedicamos el siguiente resumen a ese campo.

14.14. 1.2 EDUCACION PARA LA SALUD

El objetivo primordial de la misma es no solo informar de problemas, sino que contribuya a la organización y a la participación de la comunidad mediante el conocimiento de situaciones dadas en salud en su región y en el resto del país. Debemos pues mediante la misma, desarrollar mecanismos de participación de la sociedad con los niveles de atención de la salud.

La salud no puede imponerse a las colectividades, lo que nosotros podemos hacer es proporcionar educación para la salud y atención de la salud.

Es la propia población la que ha de decidir si utiliza o no los servicios;

---

* El término barrera, debe entenderse como obstáculo para que no progresen las enfermedades a la escala siguiente.

así son los individuos de una comunidad, mediante la educación en salud que se les de, los que deben colaborar eficazmente en las cuestiones relativas a la salud y participar activamente en la promoción y el mantenimiento de su propia salud, la de su colectividad o dejar al azar la cuestión. Al obtener las metas que nos hemos propuesto en salud, existe un compromiso y este compromiso precisa de una instrucción apropiada. La atención primaria de la salud, ha puesto en relieve en Costa Rica la necesidad de una educación sanitaria más dinámica, que no se basa en enseñar a los individuos a utilizar los recursos disponibles como receptores pasivos, sino en el hecho que las personas, cualquiera sea su nivel de instrucción, sean capaces de adoptar actitudes apropiadas en lo que respecta a su salud cuando se les informa y motiva convenientemente. En esta tendencia, resalta no solo la prevención sino también el cuidado de las enfermedades de ellos y sus familias. [256, 270]

Un servicio de salud sin componente educacional no funciona, pero para que esto sirva, exige el conocimiento de parte de las autoridades del grado de cultura de la comunidad, los hábitos y los valores de la misma, así como de sus necesidades y limitaciones. Esta educación debe ir más allá de dar conocimientos, debe tratar de crear una atmósfera en la que los individuos, las familias y las colectividades consideren la salud como un activo muy importante de su comunidad. En Costa Rica, el personal de salud ha sido uno de los principales responsables de la gran cobertura del sector rural disperso, y ha contado para ello con la acción colectiva de las poblaciones, en el cuido de su propia salud. Con anterioridad, la educación sanitaria se efectuaba en la escuela o en las clases de cursos dedicados a esto. En la actualidad, los trabajadores de salud reparten este conocimiento en las comunidades y en los hogares.

Esto ha hecho que se hayan obtenido éxitos que se reflejan en la disminución de la mortalidad infantil, el aumento de cobertura de la inmunización y la mejora de la nutrición. Pero, los fallos se han producido porque la educación sanitaria se utiliza como último baluarte, lo cual es un error. La educación sanitaria es un medio para modificar el comportamiento de las personas, sus malos hábitos y sus costumbres, pero quien imparte estos conocimientos tiene que tener muy presente que el individuo, la familia y la comunidad pasan a ser partícipes y no meros recipiendarios. Se hace necesario obtener la participación de los maestros en esta área, ya que son ellos aparte de las madres, quienes pueden influir más en las costumbres de los niños. El Ministerio de Salud y la CCSS deben elaborar, en unión con el Ministerio de Educación, un manual de información y procedimientos para enseñar a los maestros los puntos básicos que deben ser transmitidos a los alumnos.

14.14.2 Segunda línea o barrera de atención

14.14.2.1PREVENCION DE LAS ENFERMEDADES Y DE LOS PROBLEMAS SOCIALES

Entre los problemas más serios que tiene una sociedad están el alcoholismo, la drogadicción, el SIDA, los accidentes, las infecciones y el cáncer. Las acciones más lógicas para evitar hasta donde sea posible la aparición de estos en el ser humano es emplear la prevención mediante mejoras sanitarias como son agua potable para todos, letrinización y sistemas de excretas para los desechos, cobertura total con vacunación, en especial a la población infantil, evitar el fumado y el abuso del licor, etc.

Es indispensable haber concientizado, previamente, mediante educación para la salud a la población, para así contar con la colaboración de esta en las acciones preventivas. El Ministerio de Salud, el INS y la Caja deben realizar acciones coordinadas e integradas definidas, en programas elaborados previamente.

El saneamiento de casas y barrios mediante acciones combinadas de la comunidad y la municipalidad debe ser un *desiderátum.*

El cuidado de la embarazada, del niño sano, la protección del trabajador y el cuido del medio ambiente son indispensables para mejorar la salud. Los grupos vulnerables o de riesgo deben recibir atención especial de las autoridades.

Deben preparse campañas para las enfermedades crónicas o degenerativas y la única manera de evitar en cierto modo el cáncer o de las cardiopatías, es modificar hábitos nocivos. Es posible predecir, en muchos aspectos, las probabilidades de que aparezcan algunas enfermedades analizando "los factores de riesgo" que afectan a los sectores de la población que se exponen al hábito de fumar, al abuso del licor, a la hipertensión arterial, a la diabetes, que si no se corrigen conducen a patología cardiovascular, cerebral, etc.

También la obesidad, la falta de ejercicio, los antecedentes de hipertensión en la familia, pueden ser terreno fértil para presentar problemas cardiovasculares prevenibles en muchos casos si se adaptan los correctivos adecuados.

El tabaquismo en exceso es causa de cáncer del pulmón y el alcoholismo importante causa de cirrosis, problemas familiares y en el trabajo por conducta social inadecuada.

Se reconoce ahora por ejemplo, que la excesiva exposición a la luz solar es la causa de gran parte de los cánceres cutáneos especialmente en las personas muy blancas. Dar a conocer este peligro deberá ser muy importante para prevenir el más frecuente cáncer en nuestro país. Debemos establecer campañas para evitar o disminuir los riesgos de los trabajadores a la exposición de altas concentraciones de polvo en la industria del amianto

y de cloruro de vinilo, de los escapes de motores de automóvil, etc.

Se tendrá que estudiar la posibilidad de iniciar una lucha contra la contaminación ambiental por carcinógenos potenciales.

Evitar la contaminación de alimentos, de los ríos y del aire con sustancias tóxicas, especialmente agroquímicos, desechos de ingenios o del cultivo del café, es ya una necesidad urgente en nuestro medio.

El proceso de educación pública mediante campañas por los medios de comunicación, las escuelas, colegios y universidades, deberán formar parte importante de la estrategia.

La prevención debe ser realizada a todo nivel, desde el hogar hasta el hospital. Por ejemplo, en caso de diarrea en los niños de pueblos lejanos, evitar su deshidratación mediante los paquetes de sales de rehidratación oral.

En áreas de alto parasitismo dar, periódica o profilácticamente cada 6 meses, antihelmínticos de amplio espectro a todos los niños menores de 6 años. Esto lo puede hacer la propia madre o el asistente de salud rural.

Areas con tétanos, inmunización antitetánica a la mujer embarazada y a los niños. Suministro de tabletas vitamínicas a mujeres pobres, desnutridas o con avitaminosis. Lo mismo dar hierro, etc., especialmente en el período de la lactancia.

Aconsejar a las madres no ingerir licor y medicinas incluyendo las simples aspirinas, durante los primeros meses del embarazo.

Se debe insistir en la leche materna para todos los niños menores como mínimo por espacio de 6 meses, debido a la mayor mortalidad de niños que reciben lactancia artificial.

Todo lo anterior tan simple, forma parte de la prevención en la atención primaria de la salud. (Ver el capítulo de *Promoción de la Salud*).

14.14.3 Tercera línea o barrera de atención

14.14.3.1 DETECCION PRECOZ DE ENFERMEDADES O DEL CANCER

Nadie ha expuesto mejor la importancia del diagnóstico precoz de la enfermedad que Nicolás Maquiavelo [194] quien en el año 1513 publicó su obra **El Príncipe** y en ella firmaba: *Los médicos dicen que la TISIS* (se refería a la tuberculosis) *es al principio fácil de curar y difícil de conocer, mientras que con el correr del tiempo, no habiendo sido al principio conocida ni remediada, es fácil de conocer y difícil de curar.*

En esta línea debe darse énfasis a campañas de detección precoz del cáncer, como en el caso del cáncer del cuello uterino, mama y estómago. En Costa Rica, a 85 mil mujeres se les realiza frotis del cérvix anualmente, pero es insuficiente y debe abarcar a la población de mayor riesgo. La detección de las lesiones iniciales y precancerosas del cuello uterino, por

FIGURA 14.4

LINEAS DE ATENCION EN SALUD

LINEAS DE ATENCION	NIVELES	LUGAR DE ATENCION
V LINEA INVESTIGACION	V	A TODO NIVEL Y MULTISECTORIAL
IV LINEA REHABLITACION	IV	HOGARES–COMUNIDADES–CLINICAS HOSPITALES
III LINEA A) ATENCION DE LA ENFERMEDAD CON HOSPITALIZACION B) ATENCION DE LA ENFERMEDAD AMBULATORIA C) DIAGNOSTICO PRECOZ O TEMPRANO	III	HOSPITALES DE TODO TIPO–CLINICAS CENTROS DE SALUD–OTROS
II LINEA PREVENCION DE LA ENFERMEDAD	II	HOGARES–BARRIOS–PUESTOS DE SALUD CENTROS–CINAI–CEN–CLINICAS– HOSPITALES
I LINEA PROMOCION DE LA SALUD	I	HOGARES–ESCUELAS–CINAI–COLEGIOS CLINICAS–HOSPITALES–PUEBLOS– PERIODICOS–TV–CAMPAÑAS DEL GOBIERNO

J. Jaramillo A.

medio de la citología exfoliativa (frotis de Papanicolau), permiten señalar que los programas de detección de cáncer que se llevan a cabo rutinariamente por el Ministerio de Salud y la CCSS, han mostrado su eficacia en disminuir la mortalidad y ocasionan economías a los hogares y al Estado. En este campo, guarda importancia la higiene personal de la mujer y el hombre en cuanto a la relación sexual se refiere. Existe actualmente mucha inquietud en relación con el valor de campañas para detectar el cáncer de la mama en mujeres jóvenes, mediante la mamografía, ya que hay sospechas de que estas si son repetidas pueden ocasionar el mismo. Habría que sopesar las ventajas de utilizarlo para encontrar ese cáncer, en relación con el daño que puede ocasionar la técnica en las mujeres menores de 30 años. Sí es aconsejable emplearla en aquellas mayores de esa edad, si hay dudas sobre existencia de cáncer de mama. Creo que a partir de 40 años sería conveniente hacerlo cada 3 años si se contara con medios.

La detección del cáncer gástrico ha demostrado ser de gran valor en la superviviencia de esos pacientes. Japón ha dado las pautas de esto, y la experiencia inicial de Costa Rica después de varios años de endoscopía a todos los casos en los que hay dudas, dan la razón a este procedimiento. Lamentablemente, los medios económicos de nuestro país, no permiten disponer de equipo ni medios para campañas masivas de detección de cáncer gástrico, principal responsable de muerte por cáncer en nuestro país. Debe intentarse una campaña para los grupos de riesgo mayor y en las áreas prevalentes. [159]

Los estudios de detección de cáncer pulmonar no han demostrado por ahora efectos positivos en cuanto a la mortalidad, aquí es indispensable la acción preventiva como única arma efectiva. Pero también es fundamental detectar en la población aparentemente sana con tomas de presión, la hipertensión arterial o hacer glicemias en obesos o en quienes tienen antecedentes de diabetes en su familia para así tratarlas desde sus inicios.

14.14.3.2 ATENCION DE LA ENFERMEDAD

Es la atención directa del paciente enfermo en clínicas y hospitales y está a cargo del médico. Es una acción personal en cuanto al paciente y múltiple en cuanto a quienes dan esa atención, en realidad aunque el médico es la base de la atención, participan, microbiólogos, farmacéuticos, enfermeras, etc.

Por su alto costo, se hace necesario que cada dirección de hospital y cada Consejo Técnico, colaboren en busca de abaratar costos ya que a la fecha actual, consumen la mayor parte del presupuesto en salud. Con tal motivo, deberán ser congruentes con la realidad nacional y mejorar sus servicios sin aumentar gastos.

En relación con estos costos, éstos tendrán que ser analizados

desde el punto de vista de la eficacia médica obtenida, o sea, el costo/beneficio tendrá muy pronto que ser el parámetro de análisis de los hospitales y no el costo/paciente como lo es actualmente; pero, la institución debe ofrecer los equipos adecuados para un oportuno y buen diagnóstico. Se debe en este campo, lograr la participación de la comunidad en el cuidado de cierto tipo de enfermos internados como es el caso de los niños, los viejos, los pacientes psiquiátricos y los impedidos.

Debe ponerse especial énfasis en dar apoyo al tratamiento ambulatorio y hogareño. Los beneficios de este tipo de políticas quedaron demostrados con la creación de hogares sustitutos, como alternativa en cierre de las leproserías en nuestro país. Hidalgo y Col, [139] señalan que en el año 1979 se decidió cerrar el sanatorio para leprosos y sus enfermos fueron reubicados en hogares a los que se les dio apoyo económico para el cuido de estos pacientes. Se obtuvo con ellos las siguientes ventajas:

a) reincorporar al paciente a la vida familiar;
b) se le dio prácticamente libertad nuevamente (dejó de estar enclautrado);
c) la dotación mensual que el nuevo hogar recibe para cuido de enfermo contribuyó a equilibrar el presupuesto familiar de esos hogares que suelen ser pobres;
d) se obtuvieron economías pues el programa cuesta anualmente una tercera parte que cuando existía el hospital o sanatorio para leprosos.

Se deberá ir pensando en la reorganización y unificación de servicios especializados y de alto costo en un solo centro hospitalario, ejemplo Cirugía Cardiovascular, Neurocirugía, Trasplantes, bombas de cobalto, medicina nuclear. Es indudable que independientemente de que se pueden racionalizar gastos de manera fácil, con el tiempo, la experiencia que se obtenga da lugar a mayor eficacia.

Se requerirá para ello vencer algunos prejuicios profesionales y garantizar un *status* de respeto jerárquico y de organización que permita a los diversos especialistas que se integran a una sola unidad, continuar trabajando bajo un clima de respeto, orden y conservación de derechos profesionales e igualdad de oportunidad en su acción. Un sistema de ambulancias para envío de pacientes es aquí una necesidad al centralizar servicios.

14.14.4 Cuarta línea o barrera (rehabilitación)

Se impartirá en hospitales, clínicas, comunidades y hogares; participará la comunidad, el paciente y la familia, aparte del personal

especializado en este tipo de atención. La sociedad deberá tener suficiente capacidad para reintegrar a la comunidad a los enfermos y reubicar o ayudar a los impedidos dándoles trabajo y apoyo físico o moral.

El restablecimiento físico de los pacientes no es la meta final de la acción médica, esta debería ser la reincorporación a la sociedad de los enfermos como miembros útiles. Se debe tener siempre presente que en cuanto a rehabilitación, el trabajo es uno de los más poderosos factores de salud.

14.14.5 Quinta barrera o línea (investigación)

Análisis de los principales problemas nacionales y a partir de ahí buscar adecuadas soluciones o estudio de la problemática de un área determinada en busca de soluciones simples, adecuadas y aplicables en esa región.

En esta acción, se debe pedir la participación de las Escuelas de Medicina, el CONICIT, INCIENSA, INISA, Ministerio de Ciencia y Tecnología, de Educación y otras instituciones.

14.14.6 Detalle de figuras

El Decreto Nº 14313-SPPS-Plan creó el Subsistema de Dirección y Planificación Sectorial del Sector Salud, para establecer los mecanismos de coordinación entre los entes estatales relacionados en forma directa con el Sector Salud, en febrero de 1983.

El artículo I, establecía el Sector Salud integrado por el Ministerio de Salud, el de Planificación y Política Económica, el de la Presidencia, el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados, la Caja Costarricense del Seguro Social y el Instituto Nacional de Seguros. Estos dos últimos en las partes afines a salud. La Universidad de Costa Rica en lo que respecta al Instituto de Investigaciones en Salud y el área de Ciencias Médicas de Salud.

El artículo 5 señalaba que correspondía al Ministro de Salud, conjuntamente con el Presidente de la República, la dirección y coordinación del Sector. El artículo 6 señalaba que el Ministro dirige y coordina el sector, tanto a nivel nacional como regional.

Lo anterior obligó a crear "Un Consejo Nacional de Salud" o Consejo Nacional Sectorial de Salud, como órgano de coordinación y consulta y que estaría integrado por: el Ministro de Salud, el de Planificación o su Viceministro, el de la Presidencia o su Viceministro. El Presidente de las Juntas Directivas del ICAA y el de la CCSS. Este Consejo Nacional Sectorial será presidido por el Ministro de Salud y podrá ampliarse a otras instituciones

como el IINS, etc., cuando se trate de asuntos específicos que conciernan.

Este Consejo analizará los problemas políticos, técnicos e instituciones que componen el Sector, podrán conformar un Comité que se reunirá en forma independiente (Comité Presidente Ejecutivo), para coordinar aspectos de interés común, nombrando de su seno un coordinador que deberá asegurar el buen funcionamiento de una Comisión Gerencial que, en unión de la Comisión Consultiva, actuará en apoyo de los Presidentes Ejecutivos y estará integrada por los Gerentes o Subgerentes de esas instituciones.

Las *Figuras 14.5, 14.6 y 14.7* muestran la dependencia jerárquica del Consejo y permite ver la creación de una Secretaría Ejecutiva de Planificación Sectorial, que vela por la ejecución de las políticas del Ministro de Salud, y elaborar los proyectos del Plan de Desarrollo y del programa de Gobierno del Sector con el aporte de las unidades de planificación de las instituciones adscritas del Sector.

La *Figura 14.5* señala como en el nivel de ejecuciones de planes y programas, debe existir una subordinación parcial de las instituciones del Sector para aquello que se considere necesario y que pertenezca a políticas nacionales y no institucionales.

A partir de cada institución, serían las Unidades Programáticas las encargadas de ejecutar los programas específicos.

La *Figura 14.6* muestra la Comisión Gerencial y Consultiva de apoyo de las Presidencias Ejecutivas del Sector, y la red de información para el buen desarrollo de las políticas que se dicten a nivel del Consejo.

La *Figura 14.7* muestra la red de coordinación a la que estaría sujeto y que generaría el Consejo Nacional Sectorial de Salud; desde la Presidencia de la República pasando por el Consejo de Gobierno y el Consejo Social, hasta los comités sectoriales regionales.

14.15 EL SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Es una Institución o dependencia del Ministerio de Salud que podría estar por encima del mismo y de la Caja Costarricense de Seguro Social; sería la encargada de formular, organizar y ejecutar una política integral de salud para todo el país. Existe en Gran Bretaña, Suecia, Canadá, Cuba, etc.

Lo que distingue a un Servicio Nacional de Salud, de los Sistemas de Salud, es la integración total de las actividades preventivas, curativas y de rehabilitación en un solo bloque y la unificación de la autoridad legal administrativa y financiera, con un Director General o el propio Ministro de Salud como Director, el cual se asesora de un Consejo Nacional de Salud. Los servicios cubren a toda la población por igual, el financiamiento proviene de los impuestos, (no existe sistema bi o tripartita), los servicios son teóricamente gratuitos y su creación a largo plazo en el proceso de

FIGURA 14.5

CONSEJO NACIONAL SECTORIAL DE SALUD RED JERARQUICA

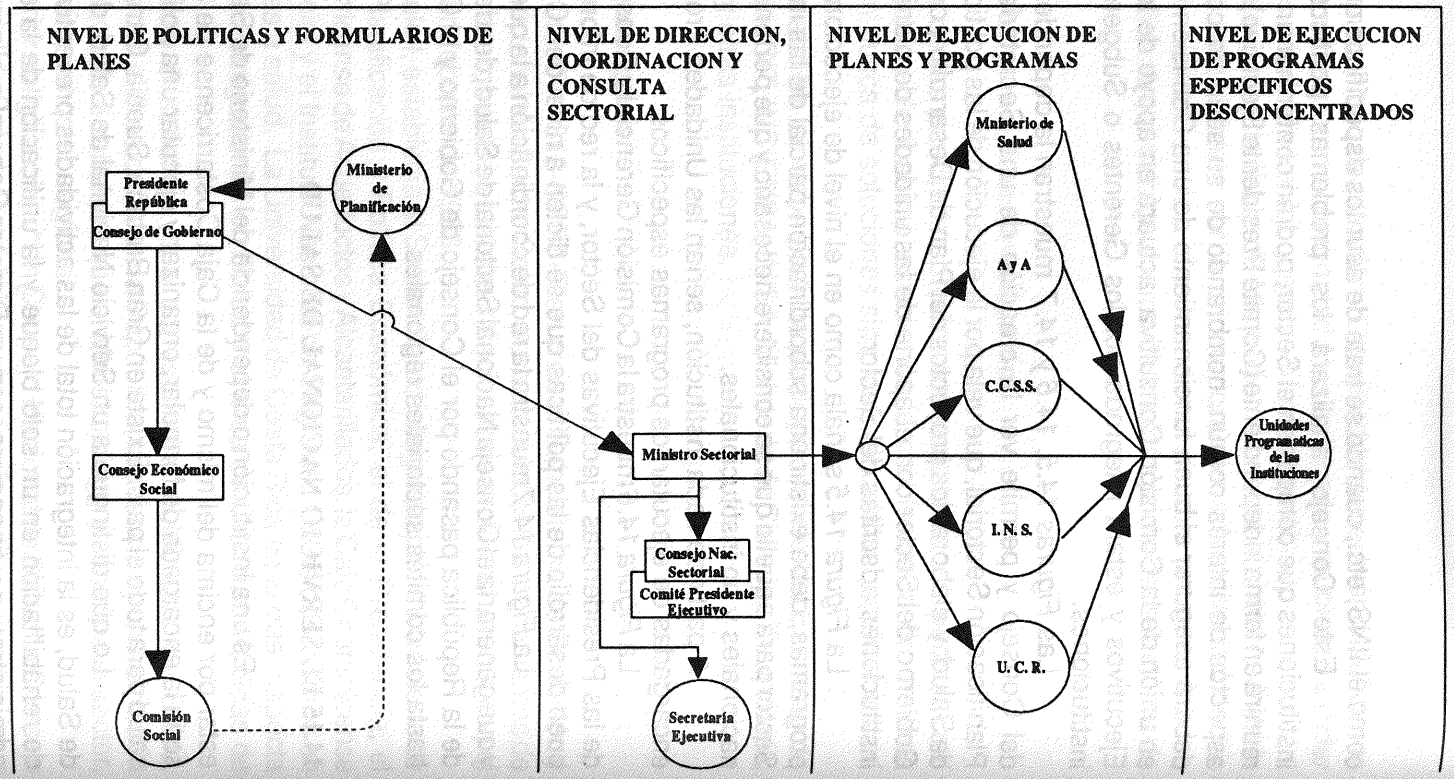


FIGURA 14.6

CONSEJO NACIONAL SECTORIAL DE SALUD RED DE INFORMACION

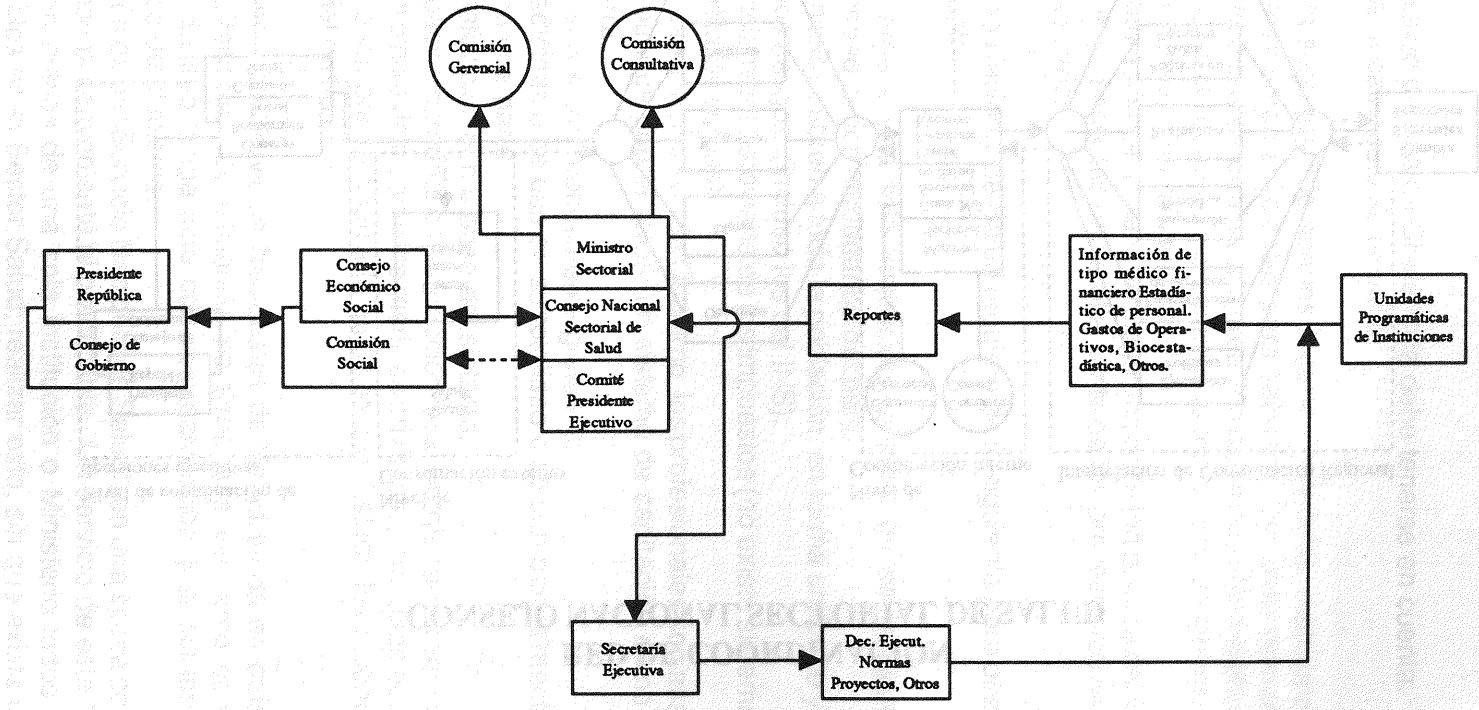
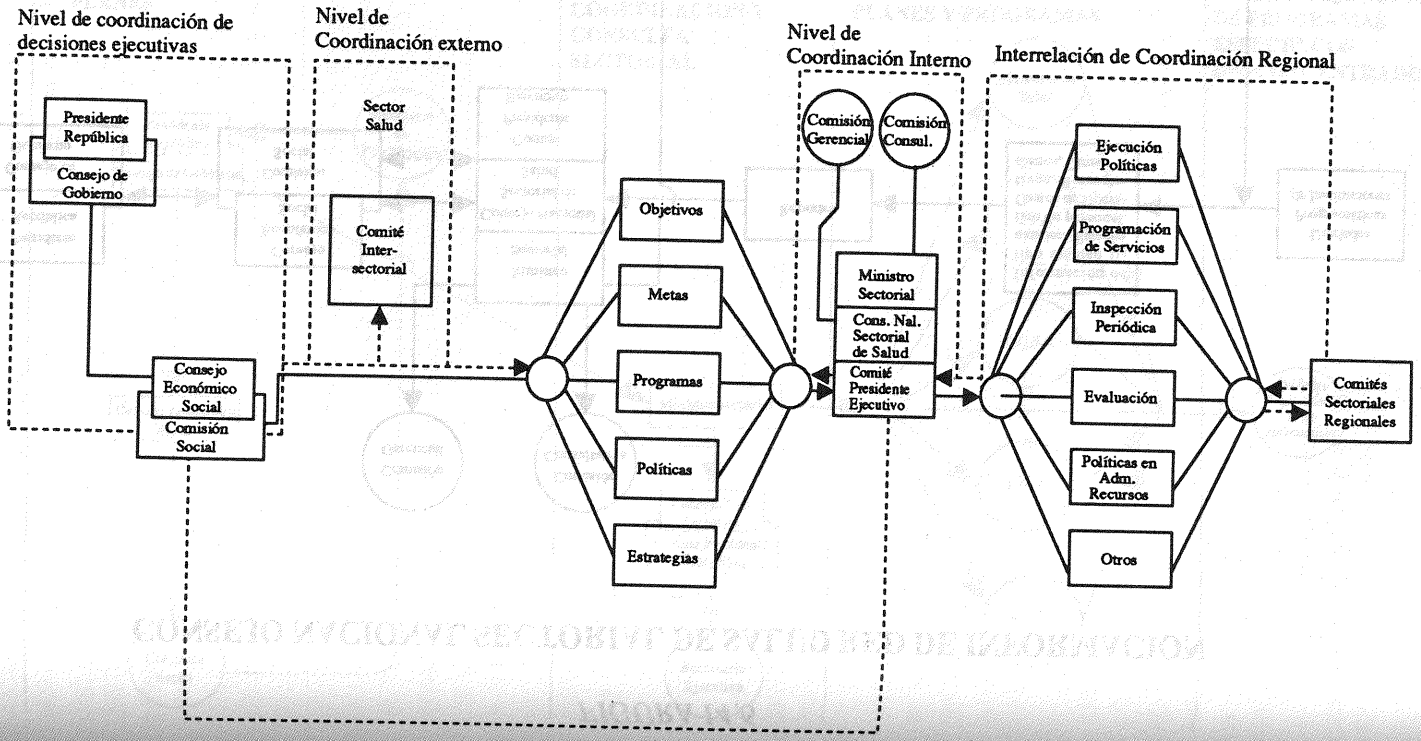


FIGURA 14.7

RED DE COORDINACION
CONSEJO NACIONAL SECTORIAL DE SALUD



desarrollo de la salud pública de Costa Rica debe tenerse en cuenta.

Para llevar a cabo esto se necesita:

a) Tener la seguridad de que los recursos humanos, materiales y financieros serán suficientes para satisfacer la mayor demanda de servicio que determinará la creación de un servicio basado en el concepto del derecho a la salud de todos los costarricenses sin distingo de ser o no asegurados.
b) La implantación de tal servicio exige una decisión política del más alto nivel y la aceptación de ella, tanto de los proveedores como de los usuarios.

Un Servicio Nacional de Salud requiere de lo siguiente para que se le pueda llamar así:

a) Se encarga a una sola institución de atención de la salud y enfermedad de los ciudadanos del país.
b) Los servicios cubren a toda la población, en forma uniforme y en todos los riesgos, (incluso los del INS).
c) El financiamiento proviene de los impuestos (no existe sistema bi o tripartita de cuotas).
d) Todos los servicios son de Gobierno, los profesionales son asalariados aunque podría existir un sistema de capitación como en Inglaterra.
e) Los servicios son teóricamente gratuitos.
f) Las medicinas o se dan en su totalidad o se dan parcialmente y se cobra una parte.
g) Regionalización como base del sistema.
h) Participación comunal en la dirección local y regional del servicio.
i) Pueden o no existir servicios médicos privados, pero quien acude a ellos paga por su cuenta la atención o el Estado les reconoce parte del gasto.

La existencia de Servicios Nacionales de Salud se da en países socialistas y capitalistas. Su eficiencia no tiene que ver tanto con la ideología que el Estado tenga sino con la organización y el contenido económico que se de al mismo.

La creación de un "Servicio Nacional de Salud", en una época como la actual no parece ni conveniente ni practicable. Un servicio de este tipo significa poner en manos de una sola institución o Ministerio todos los recursos disponibles en el Sector Salud; realizar esto, sin que exista una política fuerte de planificación que permita la asignación de recursos a los programas prioritarios como sí sucede en los países socialistas, puede dar al traste con los fines perseguidos con su creación. A lo anterior debe

sumarse el hecho de que Costa Rica no cuenta con recursos económicos suficientes, como es el caso de Canadá o Inglaterra, para soportar pérdidas que son absorbidas por los presupuestos anuales en esas naciones.

Crear una institución gigantesca y nueva con base en las ya existentes nos obligaría al pago de cuantiosas prestaciones, ya que los trabajadores pelearían por ese derecho, como lo hicieron cuando el traspaso de los hospitales a una sola institución.

Una inmensa masa de burócratas en un solo campo significaría tal poder que, poco a poco, podría por su tamaño ir absorbiendo para sí misma todos los recursos existentes (salarios y prebendas), dejando reducido al mínimo la oportunidad de servicios.

Requeriría, además, de innumerables cambios administrativos y técnicos y de modificación a las leyes existentes, lo que haría necesario llevar el proyecto a la Asamblea Legislativa, con las consecuencias que esto traería de enfrentamientos políticos y fricciones en un momento poco adecuado para ello. En especial, porque filosóficamente en el campo de servicios hay la tendencia a privatizarlos para hacerlos más eficientes y menos costosos.

Con excepción del Ministerio de Salud, que obtiene su presupuesto anual del Ministerio de Hacienda, las otras instituciones tienen sus ingresos fijos de manera segura y estable. Al traspasar todos sus ingresos a la Caja única del Estado, siempre deficitaria, la posibilidad de contar con un presupuesto global suficiente para todos es bastante riesgosa e improbable y pondría en peligro la estabilidad del sistema. Políticamente, quienes estén al mando de tal institución adquieren automáticamente gran poder y es difícil se sustraigan al vaivén político del país y al deseo de poder en el futuro figurar en este campo, con lo cual podrían condicionar las acciones, a otros intereses independientes a los de la salud del costarricense.

Lógico es pues pensar, que el proceso de integración de servicios y la puesta en función del Sector Salud para llegar a consolidar el Sistema Nacional de Salud, son los pasos adecuados para el momento en que vivimos y mediante su ulterior desarrollo obtendremos la experiencia suficiente para decidir cuál es el camino por seguir en el futuro y cuáles cambios deben realizarse.

Capítulo 15

LA SALUD COMO FUNCION DE GOBIERNO

Lic.Vanessa Jaramillo Borges de Wolf.

Capítulo 15

LA SALUD COMO FUNCIÓN DE GOBIERNO

LA SALUD COMO FUNCION DE GOBIERNO

Lic. Vanessa Jaramillo Borges de Wolf

15.1 INTRODUCCION

En el proceso de proporcionar protección a la salud como función de gobierno, se hace necesario enfocar tres aspectos que contribuyen al logro de esta: el primero se refiere al "poder de policía en materia de salud; el segundo a "la participación ciudadana o popular en la definición de las políticas de salud"; y el tercero, a la salud como servicio público integrado dentro de un ente o ministerio que sería el responsable de regir las acciones en el país.

15.2 EL PODER DE POLICIA EN MATERIA DE SALUD COSTARRICENSE

Con frecuencia, se escucha hablar del "Estado gendarme", o más común del "Estado policía", lo que conduce a tratar de profundizar un poco sobre tal denominación y a comprender que ella no ha encerrado siempre el mismo significado.

En un principio el Estado de policía se refería a un poder de policía ilimitado, que coaccionaba y dictaba órdenes para llevar a cabo todo aquello que el soberano creyese conveniente. Frente a este poder absoluto del monaca, de regir el destino del Estado y por supuesto de sus súbditos, fueron apareciendo sujetos que se rebelaban a tal sistema de gobierno y que trataban de alcanzar un campo de acción libre y amplio donde pudieran desenvolverse plenamente.

Estas figuras que reivindicaban la libertad *versus* los abusos del poder, lograron que, a partir del Siglo XVIII (gracias a la labor de personalidades como Rousseau, Voltaire, Montesquieu, etc.), se consolidara un movimiento ideológico verdadero, llamado "liberalismo", cuyo máximo ideal era que todos los hombres por el solo hecho de serlo, son titulares de derechos que le garantizan su libertad y frente a los cuales el Estado debe dominar su actuación, respetándoselos y asegurándoles las condiciones necesarias para su pleno ejercicio.

El Estado ve así reducido sus fines y sus atribuciones a un mínimo.

Desde ese momento, sus acciones se limitaron a mantener su existencia como entidad soberana y a conservar el orden jurídico y material como condición para que los gobernados desarrollen sus actividades y el libre juego de las leyes económico y sociales. Mientras que las acciones estatales son simplemente de policía, este se ve en la obligación de abstenerse de intervenir en las esferas privadas, más allá de lo imprescindible para mantener el orden público. Por esta época es cuando se aplica la famosa frase *Laissez faire, laissez passer* (dejar hacer, dejar pasar) como función única del Estado, donde repetimos, su intromisión quedaba minimizada a garantizar el orden y la seguridad interior y exterior, mientras que los individuos llevaban casi totalmente libres sus actividades económicas.

Pese a lo anterior, en ocasiones el Estado policía podía asumir facultades compatibles con la libre actividad privada, cuanto ésta era incapaz de satisfacer necesidades de la colectividad. Este proceso fue apresurado al producirse, gracias al sistema liberal, grandes desajustes en la vida social, que se exacerbaron por factores como el incremento de la población, las desigualdades entre clases sociales, los progresos técnicos y científicos, etc. Comprobada la incapacidad del individuo para resolver las necesidades de la comunidad, el Estado va interviniendo cada vez más, y aunque respeta las actividades privadas va imponiendo a ésta ciertas restricciones para armonizarlas con el interés general. Se crean servicios públicos y su actuación busca organizar a la sociedad acorde a los principios de justicia social y solidaridad humana.

La licenciada *Magda Inés Rojas* dice:

> Conforme crecen los problemas sociales, políticos y económicos, surge la necesidad de proteger otro tipo de derechos, los sociales.
> Con ese objeto, el Estado interviene en la sociedad, no para mantener la tranquilidad, la moralidad o la salud, sino para satisfacer necesidades de orden social y asistencial y para prestar servicios públicos y fomentar determinadas actividades privadas[24]...

El Estado gendarme se transforma en un Estado social de derecho, donde aún se conserva como instrumento jurídico y administrativo el poder de policía.

El artículo 50 de nuestra Constitución Política configura al Estado costarricense como un Estado social de derecho, al establecer que éste procurará un reparto adecuado de la riqueza y el mayor bienestar de todos los habitantes del país.

Pero como señala Bielsa, posición que es compartida por muchos autores de Derecho Constitucional y Administrativo:

> El poder de policía ha existido siempre en el Estado, cualquiera que haya sido su naturaleza jurídica y la índole de sus funciones en punto a la realización de los fines sociales. Así ha tenido un carácter amplio de política interior (concepción

originaria de la policía como gobierno), y luego ha sido una institución esencialmente administrativa, primero de administración jurídica del Estado, y luego de administración social.[3]

En vista de esta inseparabilidad entre la idea del Estado y la de policía, urge definir dicho poder. El poder de policía tiene dos acepciones, la tradicional o general, que consiste en proteger el orden público, garantizando la existencia de condiciones mínimas que permitan a los individuos vivir armónicamente en sociedad, como lo son la seguridad, la salud y la moralidad.

Al respecto nos dice la Licda. Rojas:

> El Estado liberal o de policía, tiene como fin garantizar la existencia de las condiciones sociales mínimas para la convivencia pacífica: la seguridad, la salud y la moralidad pública. La intervención estatal que limita los derechos y las libertades públicas sólo se justificaban para evitar daños a las personas y a los bienes; cualquier otra intervención estatal dirigida a satisfacer otros fines se reputaba ilegal.[24]

En Costa Rica, el artículo 140 incisos 6) y 16) de la **Carta Magna** contemplan este concepto de poder de policía tradicional:

Artículo 140 - Son deberes y atribuciones que corresponden conjuntamente al Presidente y al Ministro de Gobierno:

6) Mantener el orden y la tranquilidad de la Nación, tomar las providencias necesarias para el resguardo de las libertades públicas;
16) Disponer de la fuerza pública para preservar el orden, defensa y seguridad del país.[4]

La segunda acepción, el concepto moderno de poder de policía es mucho más extenso, ya no se limita a procurar la seguridad, la salubridad, la moralidad pública y a salvaguardar el orden público, sino que abarca además una serie de normas que protegen las condiciones económicas y sociales de los individuos, es decir, que persiguen el bienestar general de toda la población.

Pero, el poder de policía para proteger a los ciudadanos, impone a estos limitaciones en sus actividades personales, para beneficio general.

Al respecto la Licda. Rojas sostiene, que el nuevo concepto de policía le permite al Estado limitar las actividades de los particulares e intervenir administrativamente en los asuntos económicos y sociales. Así, el Poder Ejecutivo, titular del poder de policía, va dando políticas económicas, monetarias, crediticias y de precios, fija tarifas de servicios públicos e interviene en campos como la seguridad social, la salud, la vivienda, etc. Y tales formas de intervención son acogidas en nuestro medio gracias al artículo 50 de la Constitución Política, comentado en páginas anteriores,

que pretende alcanzar el mayor bienestar para toda la población.

El concepto amplio del orden público ha sido admitido por nuestra jurisprudencia. En sesión extraordinaria No. 47 de 20 de setiembre de 1973, la Corte Suprema de Justicia dijo:

> El poder de policía que nació con el Estado mismo, es consustancial a todo gobierno, doctrinariamente está constituido por una serie de reglas de carácter coercitivo que tienden a proteger el orden público; comprende bajo este concepto reglas para garantizar la seguridad de las personas y de los bienes, y la integridad física y moral de todos los habitantes del país, y dentro de este orden de ideas puede afirmarse que existen tantas policías como actividades hay en un Estado que puedan lesionar los intereses sociales que éste, por su propia naturaleza, está obligado a tutelar, para la consecución de sus fines primordiales.

Es obvio que el fin del poder de policía es garantizar el *orden público*. Paul Bernard sostiene que el:

> orden público es el medio de asegurar la coexistencia de la libertad, y se dirige a instaurar en la sociedad las condiciones que aseguren la realización del individuo, el desarrollo y el equilibrio de todas sus facultades.[2]

De acuerdo con lo anterior, una de las acciones prioritarias del Estado es el mantenimiento de la seguridad ciudadana y del orden, para lo cual, cuenta con las medidas de policía.

Y aunque mediante la intervención del Estado (poder de policía) se resguardan las libertades de los individuos, a su vez crea limitación de las mismas en favor del orden público, lo que a veces da lugar a conflictos entre las relaciones Estado/individuo. La solución a tales problemas está en la organización y reglamentación del ejercicio de esas libertades y para ello el Estado puede adoptar tres sistemas.

15.2.1 El sistema represivo

Aquí el Estado permite al individuo ejercer libremente su libertad sin ninguna condición previa, pero se le obliga a sufrir las consecuencias de aquellos actos que sean contrarios a derecho. El legislador fija de antemano los delitos y sus respectivas sanciones. Algunos ejemplos de este sistema represivo los encontramos en el Código Penal y en la Ley General de Salud.[5] El Código Penal, en su Título IX, de los Delitos contra la Seguridad Común, sección IV denominada *Delitos contra la Salud Pública*, artículo 259 al 270, castiga con pena de prisión: Aquella persona que envenene, contamine o adultere, de modo peligroso para la salud aguas, alimentos o medicinas destinadas al uso público (art. 259).

Para el que venda, entregue o distribuya sustancias envenenadas o adulteradas peligrosas para la salud y a sabiendas de tal hecho (art. 261).

A quien propague una enfermedad peligrosa o contagiosa (art. 262).

Al médico que recete estupefacientes en dosis que excedan a la necesidad terapéutica; y a la persona autorizada para vender estupefacientes o que las suministre sin receta o en dosis mayor a la necesitada.

Al sujeto que facilite un local para que vayan otras personas a consumir estupefacientes o enervantes.

Además en el Título VIII del mismo cuerpo legal de las Contravenciones contra la Seguridad Pública, Sección VII de la salud pública, están:

El artículo 412 que multa al que sustraiga u oculte artículos que las autoridades sanitarias ordenaron desinfectar antes de ser empleados, o bebidas o comidas que ordenó desechar.

El artículo 413 que impone una multa a los empresarios o industriales que no adopten las medidas convenientes para evitar los escapes de humo, vapor o gas que causen molestias al público o perjudiquen su salud, o no provean la eliminación de desechos que contaminen el ambiente. También multa a los dueños o arrendatarios de vehículos automotores que tengan escapes de contaminación atmosférica que causen molestias al público. [5]

Este sistema le da mucha seguridad al individuo quien previamente conoce los límites de su actuación.

Por su parte la Ley General de Salud en su libro III, Título I, Capítulo de los Delitos contra la Salud Pública contiene tres delitos que impone pena de prisión:

Al que ejerza ilegalmente la medicina, la odontología, veterinaria, microbiología, enfermería o cualquier profesión o actividad afín.

El que cultive plantas como la marihuana, la coca, la adormidera o cualquier otra planta o semilla de efectos similares cuyo cultivo, tenencia o tráfico hayan sido prohibidos por el Ministerio de Salud. [14]

La persona que exporte, importe, venda, elabore, distribuya, suministre, transporte, trafique o posea para estos fines, drogas estupefacientes o sustancias psicotrópicas, cuyo uso pueda crear dependencia física o mental en las personas.

El Capítulo II de las contravenciones contra la salud, va del 373 al 384 y castiga con pena de multa:

Al que venda o en cualquier forma comercie con medicamentos, alimentos, equipo o aparatos que hubiere recibido gratuitamente para su propio uso, de entidades públicas o privadas de salud. [14]

La persona que importe a sabiendas, elabore, comercie, distribuya, o suministre a cualquier título, manipule o tenga para esos mismos fines, medicamentos o alimentos deteriorados, contaminados, adulterados o falsificados.

Quien importe, exporte, venda, elabore, suministre o trafique en cualquier forma o posea para esos fines, medicinas que contengan drogas estupefacientes de venta libre o restringida por la autoridad de salud y sin las licencias previas señaladas por la ley.

El propietario, administrador, encargado o responsable que deniegue o retarde injustificadamente el permiso para ingresar en su establecimiento, a las autoridades de salud, debidamente identificadas.

El que incumpla las órdenes o medidas especiales o generales dictadas por las autoridades sanitarias.

Las autoridades y funcionarios públicos que den permisos para hacer, reparar o modificar construcciones, así como los que otorguen patentes o licencias para operar o instalar establecimientos de cualquier naturaleza, sin que exista aprobación o autorización previa del Ministerio. La misma pena sufrirán los administradores de aduanas que permitan el desalmacenaje de alimentos, medicamentos, equipos y cualquier otra clase de productos o mercaderías sin la previa autorización del Ministerio. [14]

El que haga publicidad o propaganda engañosa o ambigua que pueda ser perjudicial para la salud de las personas o induzca a error al público en asuntos relativos a la conservación o recuperación de la salud.

La persona que de palabra y por cualquier medio de comunicación colectiva, propague noticias inexactas o alarmantes referentes a la salud pública, sobre todo en cuanto a la existencia de epidemias o peligro de las mismas en el territorio nacional.

15.2.2 El sistema preventivo

Subordina el ejercicio de una libertad a una actuación previa de la Administración. Esta impone obligaciones al administrado para impedir que cometa actos delictuosos.

Existen varios procedimientos de actuación administrativa bajo el régimen preventivo: La autorización previa y las prohibiciones. La autorización se caracteriza porque el administrado no puede actuar antes de que la Administración lo autorice, ejemplos de ello:

> Toda persona natural o jurídica de derecho público o privado propietaria o administradora de establecimientos destinados a la prestación de servicios de atención médica a las personas, deberá obtener autorización previa del Ministerio para proceder a su instalación y operación.

> Toda persona física que se ocupe de importar, elaborar o comerciar alimentos de nombre determinado y bajo marca de fábrica debe solicitar previamente, el permiso del Ministerio y la inclusión del producto alimentario en el correspondiente registro, sujetándose a las disposiciones reglamentarias pertinentes, en especial aquellas que digan relación con el análisis previo del producto, el pago del arancel correspondiente, el tipo de envase que se utilizará y el contenido obligatorio de la situación que lo acompaña.

Las prohibiciones pueden ser absolutas o relativas. Las primeras niegan al particular toda posibilidad de hacer o actuar de determinada

forma. Las relativas se identifican con las autorizaciones. Ejemplos:

> Queda prohibido a toda persona mantener enfermos mentales o toxicómanos en establecimientos públicos o privados no autorizados por el Ministerio para tales efectos.
> Queda prohibido proceder a la sepultación o incineración de cadáveres humanos sin previo certificado de defunción otorgado en las fórmulas oficiales y de conformidad a las disposiciones reglamentarias pertinentes.
> Queda prohibido a las personas afectadas por enfermedades transmisibles incluidas en la lista oficial, asistir a establecimientos educacionales, de trabajo y de recreo o a lugares de reunión públicos o privados durante el período de transmisibilidad...

15.2.3 El sistema de declaración previa

Es una combinación de los dos sistemas anteriores. El ejercicio de la libertad no está sujeto a ninguna gestión ante la Administración, pero el administrado debe advertirle a esta que va a ejercer su libertad, para que ella declare si la rehúsa por considerar que no reúne los requisitos exigidos por ley.

Los cuidados de la salud no han sido, por dicha, la excepción en materia del poder de policía, nuestros gobernantes, sobre todo a partir de 1940, han mostrado una preocupación por crear instrumentos legales que protejan el derecho a la salud de los costarricenses. Y es así como tenemos la Ley General de Salud, de la cual estudiaremos algunas de sus normas, que hemos calificado como el "extracto de la policía sanitaria".

El artículo primero sienta que la salud de la población es un bien de interés público tutelado por el Estado.

El progreso de la higiene o salud pública y la prosperidad de la salud física y mental del individuo indudablemente deben estar bajo la égida del Estado y de la hegemonía de medidas adoptadas por los gobernantes y no por el individuo.

Norma muy importante es aquella que dispone que en caso de conflicto entre la Ley General de Salud o cualquier ley, reglamento y disposición administrativa relativa a la salud son de orden público y prevalecerán sobre cualquiera otra disposición de igual validez formal. [14]

El artículo segundo señala como función esencial del Estado velar por la salud de la población y es el Poder Ejecutivo por medio del Ministerio de Salud quien define las políticas nacionales de salud, la normación, planificación y coordinación de todas las actividades públicas y privadas relativas a salud.

El artículo quinto obliga a toda persona, física o jurídica, a proporcionar la información que el funcionario le solicite, para la elaboración, análisis y difusión de las estadísticas vitales y de salud y demás estudios especiales

de administración, para la evaluación de los recursos en salud y otros estudios especiales que necesiten hacer para reconocer problemas de salud y formular las medidas de solución adecuadas.

Es una obligación del Estado brindar control médico durante el embarazo a las madres, así como proporcionarles, a ella y al niño, alimentos.

De conformidad con el artículo 13 todo ser humano tiene derecho a las prestaciones de salud estatales desde su nacimiento hasta la adolescencia.

El artículo 21 establece que toda persona tiene derecho a recurrir a los servicios de atención médica estatales, contribuyendo económicamente en la forma fijada por las leyes y reglamentos pertinentes.

El artículo 43 dispone que únicamente podrán ejercer las profesiones en Ciencias de Salud (medicina, farmacia, odontología, veterinaria, microbiología y enfermería), aquellas personas que tienen el título o licencia que los habilite para tal ejercicio y que están debidamente incorporados al colegio correspondiente.

De esta manera, el Estado costarricense vela por la idoneidad de los profesionales en este campo, buscando con ello brindar una mejor atención al enfermo.

Todo establecimiento que preste servicios de salud o afines puede ser clausurado definitiva o temporalmente si, a juicio del Ministerio de Salud, funciona en forma contraria a los reglamentos o con peligro para la salud de los pacientes, del personal o de terceros.

Al Ministerio de Salud entre las muchas atribuciones que tiene, le corresponde declarar el estado de peligro de epidemia y fijar las zonas de endemia o infectadas por enfermedades transmisibles en el país (inciso primero del artículo 345), asimismo debe declarar obligatoria la vacunación contra ciertas enfermedades y exigir que se hagan exámenes que se consideren convenientes para prevenir o controlar enfermedades (artículo 345 inciso tercero).

Para una efectiva protección de la salud de la comunidad y de los individuos, las autoridades sanitarias competentes pueden decretar medidas cuyo fin es evitar la aparición de peligros y la agravación difusión del daño, o la contaminación o reincidencia en la perpetración de infracciones legales o reglamentarias que atenten contra la salud de las personas (artículo 355 en relación con el 341).

Las medidas especiales son la retención, el retiro del comercio de la circulación, el decomiso; la desnaturalización y la destrucción de bienes materiales, la demolición y desalojo de viviendas y de otras construcciones, la clausura de establecimientos, la cancelación de permisos; la orden de paralización, destrucción o ejecución de obras; el aislamiento, observación e internación de personas enfermas o sospechosas de tener enfermedades transmisibles; el aislamiento o sacrificio de animales afectados o sospechosos de estarlo por epizootias de denuncia obligatoria (artículo 356).

La Ley Orgánica del Ministerio de Salud también toma medidas para

asegurar el derecho a la salud. [14]

Artículo 20— Son atribuciones del Ministerio:

b) Dictar las normas técnicas en materia de salud de carácter particular o general; y ordenar las medidas y disposiciones extraordinarias y ordinarias que técnicamente procedan en resguardo de la salud de la población;

g) Realizar todas las acciones y actividades y dictar las medidas generales y particulares, que tienda a la conservación y mejoramiento del medio ambiente, con miras a la protección de la salud de las personas.

Reconocido el hecho de que la convivencia humana es una compleja estructura de relaciones materiales y espirituales que implica inevitablemente limitaciones en la esfera de las libertades y del poder de cada individuo, para que por un lado, ellos puedan ejercer sus derechos y, por el otro garantizar los derechos de los demás. Sin embargo, la experiencia cotidiana es un fiel testigo de la presencia de colisiones entre los derechos de las personas. Este es un problema de índole jurídica, de cuidadosa solución, que exige un examen de los intereses antagónicos, evaluando sus respectivas fuerzas, antecedentes, beneficios y todo argumento que, apoyado en el criterio social, conduzca a determinar cuál de ellos ha de resultar vencedor.

Metafóricamente hablando, puede decirse que es colocar ambos derechos en una balanza, ésta se inclinará para aquel lado que otorgue mayores razones jurídicas y de justicia.

La teoría más aceptada para resolver tal situación entre los derechos es la del interés general. Y éste de una manera muy sencilla puede definirse como aquello que más le conviene o beneficia a los miembros de una sociedad, mientras que el interés particular es lo que favorece a uno solo.

Máximo Pacheco entiende por interés general lo siguiente:

> El bien común es el conjunto de las condiciones espirituales, culturales y materiales necesarias para que la sociedad pueda realizar su fin propio y establecer un orden jurídico justo que facilite a las personas humanas que integren la sociedad alcanzar su fin trascendental. [22]

Entonces, el interés general no puede ser interpretado sencillamente como la suma de los intereses de los particulares ni como el sacrificio de los propios intereses en pro del bien de la comunidad, ni el bien de la sociedad considerada ésta como algo independiente de los seres que la forman. El interés general es la satisfacción de la mayor cantidad posible de intereses para el mayor número posible de individuos. Es el bien de la sociedad y de cada uno de sus componentes, es el interés del todo y de las partes.

Existen muchos ejemplos de la pugna entre derechos, pero bastará con comentar unos cuantos para comprender lo dicho.

La clausura de un bar por parte de las autoridades competentes,

basadas en que en ese sitio se explota el negocio ilícito de la prostitución, que se dan escándalos contrarios a la moral pública y para empeorar las cosas, ni siquiera reúne las condiciones higiénicas básicas, lesionándose con ello el orden, la moral y la salud pública.

El dueño del lugar alega que se le están violando sus derechos de comercio, industria y trabajo (contemplados por nuestra Constitución Política en los artículos 46 y 56).

Pero por otra parte, tenemos que la Ley General de Salud dispone que la clausura de un establecimiento es una medida especial que pueden adoptar las autoridades, siempre y cuando sea para evitar la aparición de peligros, agravación de daños o que se continúe cometiendo infracciones legales o reglamentarias que atenten contra la salud de las personas.[14]

La clausura de un local, edificio, casa, etc., consiste en el cierre del mismo, colocando en sus puertas unos sellos que evitarán que continúe funcionando, hasta tanto no se resuelva el motivo que provocó tal actuación. Y como si fuera poco, la misma *Carta Magna* le exige al Poder Ejecutivo velar por el orden y la tranquilidad de la Nación (Artículo 140, incisos 6 y 16).

Por lo tanto tal infracción no existe, al proceder así la autoridad administrativa lo hizo en cumplimiento y apego de las leyes y con miras al interés general de salvaguardar la salud de los clientes del lugar y de terceros.

La eliminación de las ventas ambulantes de comida y bebidas en las calles y aceras de San José, es también un tema muy polémico. Los vendedores consideran que se ignora sus derechos al trabajo, comercio e industria, afirmando que ellos optaron por esta actividad por ser la más acorde con sus escasos recursos económicos, ya que no pueden poner un local, que se ganan decentemente la vida y que sin embargo, el Estado los quita injustamente. Y es que precisamente por la misma situación precaria, estas ventas ambulantes no reúnen las condiciones mínimas de higiene en cuanto al manejo, suministro, almacenamiento y preparación de los alimentos, con lo que puede poner en grave peligro la salud de los consumidores.

Aquí hay un peligro inminente para la salud de los costarricenses y nuestra Ley General de Salud es bastante clara y amplia en este aspecto. De acuerdo con su artículo 218, párrafo segundo, está prohibido establecer puestos fijos o temporales de elaboración o venta de alimentos en calles, parques, aceras y otros lugares públicos. Pero la gente insiste en ponerlos, entonces esa misma ley afirma que las condiciones sanitarias de los alimentos que ingieren las personas es esencial para su salud, de ahí, que toda persona que se ocupe de actividades relacionadas con los alimentos destinados al consumo de la población, debe poner el máximo cuidado y evitar omisiones en el cumplimiento de las disposiciones legales y reglamentos pertinentes para el resguardo de la salud (art. 196).

Los alimentos deben ser manipulados, transportados, conservados, almacenados y suministrados al público en condiciones higiénicas y

sanitarias, asimismo quienes trabajen en asuntos de comidas deben velar por una esmerada limpieza personal e incluso someterse a exámenes de salud y otras medidas preventivas y profilácticas que exija el Ministerio de Salud (artículo 212 y 232).

El libre ejercicio del trabajo y el comercio, pese a sus bondades y ventajas, debe ser objeto de regulación y en determinados momentos verse restringido, no con afán de perjudicar ni discriminar a nadie, sino con el fin de evitar que perjudique la salud de muchos ciudadanos. El interés general de mantener una población sana va a prevalecer sobre los intereses de un reducido grupo de sujetos.

La prueba de Elisa para el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), que las autoridades de salud exigen a algunos nacionales o extranjeros para que puedan ingresar en el país, puede verse como una violación a la libertad ambulatoria que consagra el artículo 22 de nuestra Constitución.

Pero la Ley obliga que toda persona debe cumplir las disposiciones legales o reglamentarias y las prácticas que prevengan la aparición y propagación de enfermedades transmisibles (art. 147 de la Ley General de Salud).

Toda persona debe someterse a los exámenes de salud que el Ministerio ordene por considerarlos necesarios (art. 149).

Y todo extranjero que solicite su permanencia en Costa Rica debe acompañar su solicitud con los certificados válidos de vacunación o los de salud que el Ministerio crea oportuno.

Estas medidas son típicas acciones de policía preventivas cuyo fin es asegurar la salud de todos.

Incluso, en nuestro Código Penal, artículo 262, se sanciona con prisión de tres a quince años al que propague una enfermedad peligrosa o contagiosa para las personas.

Con estas medidas no se está limitando la libertad de tránsito y permanencia, primero están sujetos a la regulación o reglamentación respectiva y, segundo, porque son restricciones que se llevan a cabo en bien de toda la comunidad, y recordemos que el interés general ha de sobreponerse al particular.

Un último ejemplo, es el decomiso de un vehículo automotor privado por emanar exceso de monóxido de carbono; el conductor despojado del carro siente que ha sido menosprecidado su derecho de propiedad, pero dicho bien era nocivo para la salud de la colectividad (art. 355-356 y 359). Y para nadie puede ser un secreto que debe contribuirse a la promoción y mantenimiento de las condiciones del "medio ambiente" natural y de los ambientes artificiales para conservar así la salud de la ciudadanía (art. 262 de la Ley General de Salud).

La Ley General de Salud prohíbe toda acción, prácticas u operación que deteriore el "medio ambiente" (art. 263).

En todos estos ejemplos está el Derecho a la Protección de la Salud donde hay un interés general comprometido, mientras que en los otros derechos el de trabajo, propiedad, comercio e industria conciernen exclusivamente a un sujeto o a un pequeño grupo de personas. El Derecho a la Salud involucra no solamente a los miembros de la sociedad sino a ésta también, y va asegurarles a ambos su creatividad, el progreso, la cooperación, el mantenimeinto de paz, pues sin salud es muy difícil que puedan ejercerse satisfactoriamente los demás derechos.

Para concluir, actualmente el principio de que el interés general ha de prevalecer sobre el particular es una verdad de la que no puede dudarse. El derecho al trabajo, al comercio, a la industria, a la salud, a la libertad de tránsito, de propiedad y otros no pueden ser irrestrictos, pues las libertades tienen que ser objeto de regulación y cuando está de por medio el interés de orden público es lícito que el Estado fije requisitos para asegurar la tranquilidad y la convivencia pacífica entre sus habitantes.

15.3 La participación ciudadana en los mecanismos públicos de la definición de las políticas de salud

Si bien los gobiernos tienen la responsabilidad de velar por la salud de las personas, éstas tienen a su vez el derecho y el deber de participar activamente en la preservación de su propia salud. De este modo lo ha declarado la Conferencia Internacional sobre atención primaria de salud (APS) realizada en Alma-Ata, en la Unión Soviética en 1978:

> El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud. [19]

Sin embargo, analizando lo acontecido en este campo, al igual que en las otras actividades sociales y económicas de un Estado, las comunidades y sus miembros o han sido mantenidos al margen por una burocracia político-administrativa que gobierna con el "cuento" de que ellos han sido elegidos por el pueblo y por lo tanto actúan en su nombre; o no encuentran los mecanismos apropiados para colaborar; o debido a su apatía no asumen responsabilidades para alcanzar su bienestar.

Aún en las sociedades democráticas más puras, si es que existe esa pureza, es en realidad una minoría la que ejerce el poder, y por lo mismo ésta debe aceptar sugerencias e incluso buscar el apoyo del pueblo con respecto a las decisiones y acciones que tomen para dirigir al país. Decía Aristóteles:

> Que en las democracias el pueblo es el que ejerce el poder supremo, mientras que en las oligarquías, la autoridad reside en unas cuantas personas.[1]

Sea como sea, para que una democracia se consolide, como se intenta hacer en Costa Rica, no puede haber formas arbitrarias de gobernar, sino que quienes ostentan el poder deben representar a la soberanía popular y ser la expresión del interés general. Para conservar y enriquecer este tipo de gobiernos, no hay más alternativa que educar a la población permanentemente en la búsqueda de valores éticos y del bien común, inculcándoles espíritu de colaboración en la consecución de las metas trazadas por los gobernantes.

Los gobiernos de países subdesarrollados con sus múltiples problemas de tipo económico y social, no pueden pretender por sí solos llevar a cabo todos los programas que se requieran, aquí resulta fundamental la participación de los gobernados.

En fin, toda posibilidad de cambio en cualquier sector de la sociedad, incluyendo el de la salud, aparte de exigir cierto grado de educación de las personas requiere de la creación de mecanismos para la participación popular en todos los aspectos del desarrollo de la vida comunitaria.

Entre los recomendaciones dadas por la OMS encontramos:

> Deben adoptarse medidas para conseguir la participación libre y consciente de la comunidad, de modo que, sin perjuicio de la responsabilidad general que incumbe a los gobiernos por la salud de la población, los individuos, las familias y las comunidades asuman una mayor responsabilidad por su propia salud y bienestar, incluida la autoasistencia. Esa participación no sólo es deseable, sino que constituye una necesidad social, económica y técnica. En consecuencia, los gobiernos deberán idear medios apropiados para fomentar dicha participación, apoyándola, difundiendo de manera eficaz la información pertinente y estableciendo o fortaleciendo los mecanismos necesarios. Los gobiernos, las instituciones y los miembros de las profesiones sanitarias, así como los organismos interesados en la salud y el desarrollo, deberán adoptar, por tanto, medidas para informar al público en materia de salud con el fin de que la población pueda participar individual y colectivamente, como es su derecho y su deber en la planificación, la ejecución y las actividades relativas a su salud y el desarrollo social...[20,21]

No existe entre los Estados un acuerdo universal sobre los mecanismos que pueden emplearse para integrar las comunidades a los programas de salud, pero resulta interesante ver cómo en casi todos estas se suelen organizar en comités, asociaciones, grupos y clubes que de una u otra forma contribuyen con este campo. Algunos ejemplos son: comités que colaboran con el financiamiento directo y aporte de materiales o mano de obra para la construcción de unidades sanitarias; asociaciones que luchan por la protección de los animales, el niño quemado, los hemofílicos, la contaminación ambiental, el cáncer infantil, la drogadicción (Hogares CREA), Alcohólicos Anónimos, etc.; los clubes como el de Leones y Rotarios ayudan de múltiples maneras, tanto en el nivel individual como colectivo.

La creación de estos organismos, consejos, comités y otros dedicados

a asuntos de salud y constituidos por ciudadanos, que a la vez actúan como usuarios y promotores de la nueva asistencia comunitaria, proporciona un fuerte apoyo y es fuente de presión pública para asegurar el derecho a la protección de la salud, pero no es la solución, ya que usualmente sólo se obtiene para algunos sectores de la población.

La participación de la comunidad (PC) ha sido definida como:

> El proceso en virtud del cual los individuos y las familias asumen responsabilidades en cuanto a su salud y bienestar propios y los de la colectividad y mejoran la capacidad de contribuir a su propio desarrollo y al comunitario... etc. [20]

La PC implica la colaboración activa de los individuos, las familias y por ende las comunidades en las decisiones sobre las políticas sanitarias y en la tarea de orientar la planficación, la gestión y la vigilancia de la infraestructura de salud de los programas que ésta va a ejecutar. Por su objetivo de aumentar la responsabilidad personal y social en materia de salud y a su vez de contribuir al desarrollo, es una de las armas principales con que cuentan los gobiernos. [13]

No puede únicamente dependerse de médicos o instituciones sanitarias para proteger la salud. De hecho, los gobernantes están obligados a reorientar sus tácticas para educar a la población y obtener su valiosa contribución, en todos los niveles, local, regional y nacional.

Aunque el concepto es muy popular hoy día, no ha ganado con ello claridad, por lo que importa distinguir entre la participación comunitaria y otras versiones más limitadas.

La verdadera participación comunitaria es llamada de esta manera por ser la forma ideal de participación, se da en todas las actividades ligadas al desarrollo socio-económico de una nación, y en todos sus estratos sociales y escalones profesionales. Es el modelo que sirve para medir la eficacia y la autenticidad de las demás formas de participación.

Para ser real, debe basarse en la intervención voluntaria y consciente de las personas, y en un sentido de responsabilidad para con la comunidad. Es trascendental que se efectúe un traspaso de autoridad y de poder no ficticio de los gobernantes a los gobernados. A modo de ilustración, los participantes deben poder influir en ciertas cuestiones como el establecimiento de prioridades, la selección y el despido del personal sanitario, las asignaciones presupuestarias y el horario de funcionamiento de las diversas instituciones.

La distribución del poder resulta un factor de particular importancia. La participación de las comunidades exige una considerable descentralización en lo que se refiere a la planificación y la asignación de recursos. Desdichadamente, en la mayoría de los países prácticamente no hay ninguna delegación del control con esas características, motivado en parte por la variedad de disciplinas, ideologías y niveles sociales entre los

miembros de la comunidad que conduce a una situación conflictiva, que hace que las personas huyan de sus responsabilidades y las depositen exclusivamente en los gobernantes. Para lograr participación comunitaria, se necesita crear un espíritu de equipo y que se instruya a los ciudadanos para que, a pesar de las diferencias, reconozcan la existencia de objetivos comunes.

Por otro lado, la voluntad política ha de ser el punto de partida de dicha descentralización y de la coordinación intersectorial.

Aparte de la excesiva centralización de las autoridades de los medios económicos y de la adopción de decisiones, y de la falta de una política clara en favor de la participación, existen otros problemas en la comunidad como son: el bajo nivel de educación, las costumbres o creencias relativas al origen de las enfermedades y el hecho que desde hace mucho tiempo los ciudadanos dependen de la iniciativa y de los fondos estatales, lo que conduce a una pasividad total. A lo anterior se añaden limitaciones presupuestarias que hacen que se tengan que crear prioridades en la asignación de los fondos que puedan no agradar a una población dada.

La participación comunitaria en las actividades de salud, es un tipo análogo a la verdadera participación popular, su diferencia radica en que ésta se limita al sector salud. Es la intervención del pueblo en la planificación y la adopción de decisiones sobre el funcionamiento de los servicios de salud.

La provisión de instalaciones, materiales, fondos, mano de obra y otras formas de apoyo comunitario dirigidas al sector salud es otra versión de participación pero mucho más limitada.

El cuidado de la propia salud individual a través de la higiene personal y la autoasistencia, es otro ejemplar de participación restringido muy importante, por su relación con las costumbres y el comportamiento del ser humano. No hay duda de que la educación de las personas enfermas para que comprendan el porqué de su mal y cómo cuidarse es fundamental; así como la enseñanza al público del cuidado de su salud y del correcto uso de los servicios deben ser promovidos.

Las condiciones económicas y sociales de una comunidad no siempre permiten que se dé tan ansiada participación. Por lo que las decisiones tradicionalmente se generan en los sectores o grupos que manejan los recursos. Por ejemplo, en una población donde dos o tres son los dueños de la propiedad o el comercio, los demás ciudadanos suelen estar marginados de la toma de decisiones ya que son unos cuantos, unidos a los políticos de turno, los que finalmente deciden las prioridades en muchos campos, incluyendo el de salud. Sobre este aspecto comenta Jancloes:

> Es necesario por eso, lograr la participación comunitaria y que los pueblos asimilen los importantes avances que en materia de salud se están dando y eso, sólo se logra con la concientización mediante la educación. Los factores

> sociales, económicos y de desarrollo de un país, inhiben o promueven la participación de la comunidad, por eso es muy importante obtener un conocimiento sobre la capacidad de una comunidad buscando el método más efectivo para estimular su participación en el campo de la salud. [10]

En nuestro país existe este deseo de que la comunidad sea un elemento de control de eficacia y calidad de los programas y prestaciones sanitarias y las autoridades de salud en muchas ocasiones han reafirmado su interés por ello. [8]

> La producción de salud es una tarea en conjunto entre la comunidad y los servicios técnicos de las instituciones responsables de dar los servicios. La capacidad de producción y efectividad del sistema, estará determinado por su forma y por su nivel de organización. [20]

Para lo anterior hay que descubrir líderes comunitarios y prepararlos con la ayuda de los trabajadores de salud del país. Y de hecho así ha ocurrido, según los programas del Departamento de Medicina Rural y Comunitaria del Ministerio de Salud. Los asistentes de medicina rural y comunitaria son aquellos funcionarios que por residir en la zona conocen mejor las características socioeconómicas de la población y los problemas que enfrentan, constituyéndose por ello en grupos de orientación y trabajo que fortalecen la iniciativa del líder comunal y su grupo (asociaciones, comités, etc.), para que puedan desenvolverse con propiedad en este campo y que sus sugerencias sean tomadas en cuenta por las autoridades correspondientes.

Buscando dar oportunidad a las comunidades costarricenses de trabajar junto con las intituciones de salud, y con el firme propósito de responsabilizar a éstas y al mismo tiempo proporcionarles un mayor grado de participación en la toma de decisiones, el Presidente Ejecutivo de la CCSS y el Ministro de Salud (del período gubernamental 1982-1986) resolvieron crear en el nivel nacional las llamadas "Juntas de Salud y Seguridad Social". Fue como mediante Decreto Ejecutivo No. 14222-SPPS firmado el mes de enero de 1983, se crearon y reglamentaron estas Juntas en todas las cabeceras de cantones del país, para mejorar la salud rural y comunitaria. Su función es servir de enlace entre la CCSS, el Ministerio de Salud y las comunidades para que ambas instituciones implementen sus políticas, programas y actividades, según las inquietudes y necesidades de la población. Además de lo anterior, tenían, entre otros objetivos, cooperar en la promoción de programas de bienestar y salud social; recolectar y administrar fondos comunales para ayudar a pagar actividades sanitarias; velar por la realización de obras destinadas al saneamiento ambiental y prevención de la contaminación; organizar campañas para concientizar a los habitantes sobre la importancia de participar en los programas de salud; realizar conferencias y cualquier otra actividad que busque educar al pueblo

en los diversos aspectos de su salud y la prevención de enfermedades; vigilar que los servicios médicos que recibe su comunidad no se alejen de la realidad, ayudar a detectar quiénes son indigentes y quiénes sin ser asegurados pueden pagar los servicios que reciban.

Las Juntas están formadas por el médico director o la enfermera jefe del centro de salud; el médico director o el administrador del dispensario de la CCSS; el presidente de la corporación municipal respectiva o algún miembro de la junta directiva; finalmente, seis representantes de la comunidad. [8]

Vista la importancia de la acción comunitaria para que los servicios de salud funcionen exitosamente, las autoridades sanitarias nacionales recurrieron a estos organismos, no sólo pensando en obtener la colaboración de las comunidades en la identificación de los problemas de salud y las correspondientes soluciones apropiadas y rentables, sino para que las mismas poblaciones o sus representantes puedan de alguna manera ejercer un control en las acciones de la burocracia administrativa y tecnológica de los servicios sanitarios. Si ellas se consolidan y logran dar los frutos esperados se convertirá un deseo en una realidad.

Para terminar, puede decirse que a pesar de la enorme importancia que se otorga a la participación comunitaria, en la práctica queda mucho por hacer todavía. Y es el personal de salud quien debe estimular la verdadera participación y capacitar a los individuos, las familias y las comunidades para que asuman cada vez mayor responsabilidad directa en los asuntos que atañen a la salud y bienestar, y es preciso insistir en que esa participación es una acción permanente, de lo contrario no subsistirá una vez pasada la etapa de entusiasmo.

15.4 La salud como servicio público integrado dentro de un ente o ministerio

Es un país como el nuestro, en vías de desarrollo económico y social, donde persisten problemas sanitarios en algunas áreas, a los cuales se suman otros provocados por el avance tecnológico e industrial, el derecho a la protección de la salud goza de un rango prioritario dentro de la amplia gama de los derechos sociales existentes. Su realización depende de acciones y políticas unitarias provenientes de aquellos organismos públicos que presten servicios de salud, pero su planificación y coordinación debe estar dirigida por un solo ente.

Es importante subrayar, que la complejidad de este derecho comentado hace indispensable la participación conjunta y coordinada de todos los sectores, especialmente los del área de salud, dice la OMS:

> La implantación o el fortalecimiento del proceso de desarrollo necesario para alcanzar la salud para todos exigirá una voluntad política inequívoca de llevar a cabo las reformas indispensables para hacer de esa meta una realidad. Para iniciar el proceso se necesitarán sin duda decisiones políticas adoptadas por el gobierno general y que sean aplicables a todos los sectores y a todos los niveles en el país, y no solamente medidas del Ministerio de Salud o del sector sanitario exclusivamente. El éxito de ese compromiso político resulta sin duda más fácil si se logra la capacitación activa de todos los niveles, sectores e intereses en la preparación de políticas, estrategias y planes de acción nacionales... [21]

Tan importante y trascendental resulta este derecho que se pretende llegue a constitucionalizarse. Pero ha de tenerse bien claro que no puede extenderse sin la mano firme de un Estado, que basa su actuación en definir los principios sociales. Costa Rica por su origen y trayectoria se define en su estructura política como una abanderada de esos principios y como tal obra en consecuencia a ellos; por tal razón la Ley General de Salud establece:

> La salud de la población es un bien de interés público tutelado por el Estado. Es función esencial del Estado velar por la salud de la población. Corresponde al Poder Ejecutivo, por medio del Ministerio de Salud..., la definición de la política nacional de salud, la normación, la planificación y coordinación de todas las actividades públicas y privadas relativas a salud, así como la ejecución de aquellas actividades que le competen conforme a la ley...

Estando vigente esta ley, lógicamente todo lo concerniente al cuido de la salud de los costarricenses está en las manos del Ministerio de Salud Pública (MS).

La transformación del enfoque liberal-asistencial que hasta hacía pocos años reinaba en el país, al social, como la auténtica obligación estatal de velar por la salud de toda la población, ha requerido no sólo de leyes y reglamentos, sino de toda una red de actividades coordinadas, que abarcan muchísimos aspectos de la vida humana, y que además incluyen el moderno concepto de que no sólo el Estado mismo debe crear los mecanismos adecuados para defender la salud, sino que la población debe colaborar en ese cuidado. Tal derecho a la protección de la salud, ha debido traducirse en mecanismos complejos de protección, que abarcan desde el momento de la concepción del individuo hasta su muerte.

De ahí que para que el Ministerio de Salud fuese en la realidad el verdadero director del área sanitaria, y no solamente este propósito quedase plasmado en papel, se creó el Sector Salud que engloba a todas las instituciones del campo, logrando con ello una mejor coordinación e integración en la prestación de los servicios a los ciudadanos.

Estudiando someramente algunos antecedentes históricos se comprenderá mejor la función rectora del MS.

A partir de la Constitución Política de 1949, se advierte en la

Administración Pública costarricense una corriente que busca la eficiencia, sobre todo en el orden del presupuesto y finanzas. Mediante esta Carta Magna, se crean órganos y se expeditan leyes que vigilarán el gasto de la hacienda pública, reglamentando el uso y disposición de bienes del Estado para racionalizar las estructuras y los sistemas de administración.

Se constituye la Contraloría General de la República, en el año de 1949, y se promulga la Ley de Administración Financiera, en el año de 1951.

En 1954, se establece la primera unidad de organización y métodos del Ministerio de Hacienda y se introduce el presupuesto por programas en el Gobierno Central. El 31 de enero de 1963 se promulga la primera Ley de Planificación Nacional (No. 3087) que es derogada en el año de 1974 por otra nueva que en su capítulo cuarto dispone la creación de las Oficinas Sectoriales de Planificación. [15]

En 1977, la Oficina de Planificación Nacional (OFIPLAN) mediante un estudio técnico informa de los aspectos administrativos y jurídicos de una sectorización administrativa, en donde plantea a ésta como la fórmula más inteligente de organizar la Administración Pública, a la par de una reorganización regional en forma tal que se logre una mayor y mejor distribución del poder político. [16]

Mediante Decreto Ejecutivo se constituye el Subsistema de Planificación Sectorial con base en los artículos 140, incisos 3) y 18) de la Constitución Política y el 12 de la Ley de Planificación Nacional, el Decreto Ejecutivo que el año de 1978 creó el Sistema de Reformas Administrativas como parte integrante del Sistema Nacional de Planificación y más tarde nace el Subsistema de Planificación Regional. Así como la consolidación de la Ley General de la Administración Pública y la Ley de la Administración Financiera de la República en unión al Decreto Ejecutivo que forma al Sector Salud y otras disposiciones legales van sirviendo de base jurídica para obtener la posibilidad de crear los instrumentos necesarios para coordinar un sector de la Administración mediante un ministro. [7,9]

Finalmente, se reafirma el Sector Salud con el Decreto Ejecutivo que instituye al Subsistema de Dirección y Planificación Sectorial. En dicho Decreto ya no solamente se habla de coordinación sino que además aparece la figura del Ministro Sectorial, afirmándose que en toda organización debe existir una máxima autoridad política, con responsabilidad final de la gestión institucional. [7]

Todo lo anterior refuerza la posición del Ministerio de Salud, como ente rector de las políticas sanitarias de nuestra Nación.

El Sector Salud es hoy una realidad legal y orgánica, al recaer la coordinación directa de él en la persona del Ministro de Salud y contar éste, con nuevas potestades y responsabilidades, se ve la necesidad de constituir al Consejo Nacional de Salud y la Secretaría Ejecutiva, iniciándose una nueva etapa en las políticas de salud del país. [6]

Por todo lo anterior se pensó en crear un Sistema Nacional de Salud,

que no se oriente exclusivamente hacia la construcción de hospitales, como base de la gestación de la atención de la salud, sino que debe tender a crear una infraestructura o complejo de recursos que primordialmente se dedique a prevenir la enfermedad y fortalecer la salud, procurando dar servicios de una manera más sencilla aunque no menos eficaz, dado los escasos recursos con que se cuenta. [17]

En el Gobierno de Luis Alberto Monge se inició este proceso, tratando de implementar ese sistema, cuya meta era la reorganización de los servicios de salud, buscando poder brindarlos a toda la población sin distingos de ningún tipo.

Este sistema busca ordenar los recursos humanos y materiales disponibles, mediante un conjunto de mecanismos que regularizan la capacidad instalada, creando nuevos procesos administrativos y técnicos para ofrecer prestaciones en salud integrales y suficientes para todos a un costo compatible con la capacidad de pago nacional. Al parecer, ese modelo no es un servicio nacional de salud, sino un sistema, o sea, un conjunto de normas, reglas y programas dirigidos hacia un mismo fin, pero en ningún caso una nueva institución o una estructura administrativa rígida. [12]

El ex Ministro de Salud, Dr. Edgar Mohs, señala:

> ...que el grupo prioritario de acciones a tomar para mejorar la salud el desarrollo del Sistema Nacional de Salud es esencial. [18]

Fue posible iniciar la creación de este sistema porque en ese entonces (1984) aparte de que existía la decisión política, el país contaba con recursos humanos, tecnología médica y capacidad para llevarlo a cabo, por lo menos en sus fases iniciales. Se ha tratado que participen en él todas las instituciones que conforman el Sector, sin perder por supuesto su autonomía, pero aceptando unificar sus procedimientos administrativos y técnicos en una serie de aspectos cuyo objetivo es mejorar lo existente y lograr una mayor cobertura de servicios.

No se pretende dañar la capacidad administrativa y financiera de cada entidad, de manera que los aspectos legales no se vean por ahora comprometidos hasta que por efecto de alguna ley futura y acorde con las necesidades que se tenga se proceda a realizar las modificaciones legales que se consideren indispensables, para un funcionamiento armónico del sector.

El Lic. Alfredo Robles indica que en el año de 1985 se llevó a la Asamblea Legislativa un proyecto de ley que pretendía obtener los mecanismos legales para una más rápida y eficiente coordinación e integración de servicios entre la Caja y el MS basada, como era de esperar, en el Convenio firmado entre ambas partes con la intención de integrar sus acciones. Lamentablemente como lo señala el licenciado, por ser un año político (es decir, anterior a las elecciones nacionales), los grupos de

diputados de la oposición vieron con malos ojos o con temor el proyecto, por considerar que lesionaba la autonomía de la Caja y fue desechado. [23]

Sin embargo, si se desea mantener la estructura del sistema y consolidarlo, se ha de insistir ante la Asamblea con un proyecto similar, ya que, en el presente, la autonomía de que gozan las instituciones que forman el Sector, impide legalmente el ejercicio de un verdadero liderazgo de parte del Ministerio de Salud, ya que muchas de sus decisiones chocan con ordenanzas o disposiciones legales establecidas para cada una.

El financiamiento del Sector se ha buscado que sea por ahora multilateral e independiente, cumpliendo cada quien con sus propias acciones y contribuyendo en lo posible a programas determinados de interés general.

Por la trascendencia del proceso de integración, no solamente en relación con la función rectora del Ministerio, sino con todo el Sector, comentaremos a continuación algunos de sus principales aspectos. [12, 17]

La meta del Sector Salud es trabajar para beneficio de todos los costarricenses y no para instituciones en forma aislada.

Con la integración se busca establecer un sistema de prestación de servicios tanto preventivo como asistencial que cubra a la totalidad de nuestra población, sin que haya diferencias basadas en el sexo, la raza, la profesión, la condición económica, o la ubicación geográfica. Ella ha delimitado las funciones que le competen a cada entidad, evitando así la duplicidad innecesaria de esfuerzos y garantizando un mejor uso de los recursos.

La integración de los servicios de salud consiste entonces, según el Dr. Juan Jaramillo [11] en:

> El desarrollo armónico y sistematizado de esfuerzos interinstitucionales para atender las necesidades y la demanda efectiva de servicios, definiendo y coordinando racionalmente la cuota de compromiso y participación de las respectivas agencias estatales en el proceso dentro de un contexto jurídico-administrativo, que si bien respeta la individualidad institucional, pretende establecer el mecanismo que permita crear y consolidar en el corto y mediano plazo un sistema nacional de salud.

La consecución del Derecho a la salud reclama cambios económicos y sociales de gran envergadura y hondo significado, así como la revisión de conceptos sobre el valor de la salud y la obligación que tiene el Estado de protegerlas. En Costa Rica, se está luchando para hacer de este derecho no solamente un mero enunciado, sino una realidad.

Capítulo 16

FUNDAMENTOS LEGALES DE LA MATERIA DE SALUD

Lic. Vanessa Jaramillo Borges de Wolf

Capítulo 16

FUNDAMENTOS LEGALES DE LA MATERIA DE SALUD

Lic. Vanessa Jaramillo Borges de Wolf

FUNDAMENTOS LEGALES DE LA MATERIA DE SALUD

Lic. Vanessa Jaramillo Borges de Wolf

Los fundamentos legales, sobre los que se basa la mayoría de las acciones que se realizan en el campo de la salud y seguridad social en Costa Rica, están proporcionados por la Ley General de Salud y la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense del Seguro Social; ambas son la legislación sanitaria más representada y es sobre ellas a las que me he referido en el presente capítulo.

16.1 Análisis de la Ley General de Salud

La Ley General de Salud actual fue creada, ejecutada y publicada en octubre de 1973, siendo en ese entonces Ministro de Salud el Dr. José Luis Orlich Bolmarcich y Presidente de la República José Figueres Ferrer.

Consta de disposiciones generales; los libros I, II, III que se dividen en títulos, capítulos, secciones y párrafos, reuniendo de este modo un total de 394 artículos y 2 transitorios.[3]

Por constituir la principal regulación de la responsabilidad, organización y programación de las acciones de salud del país, goza de un puesto privilegiado en la legislación sanitaria, pero precisamente por su extensión nos limitaremos a realizar un comentario general de ella.

Las disposiciones generales van del artículo primero al octavo y la idea central de estas normas es que la salud de la población es un bien de interés público tutelado por el Estado. El legislador de ese entonces fue bastante claro al dejar en manos del Estado la protección de la salud, responsabilidad que reafirman los artículos segundo y tercero al decir que es función general de Estado velar por la salud de sus ciudadanos.

El Ministerio de Salud encargado de definir las políticas nacionales de salud, lo que lo convierte en la máxima autoridad del sector salud. Potestad que en ocasiones por atribuciones que la ley concede a las instituciones autónomas de salud impiden que éste se ejerza adecuadamente o parece no ser tan absoluta como quiso el legislador que fuese en un

principio. Este aspecto evidentemente se encuentra en el párrafo final del artículo siete, que considera a la Ley General de Salud y demás leyes o reglamentos relativos a la salud de orden público, y en caso de conflicto entre éstas y otras leyes de la misma validez formal prevalecerán las primeras. Es curioso ver cómo el legislador quiso otorgarle todo el poder al Ministerio de Salud, pero luego parece haberle entrado temor y lo maniató con las atribuciones que leyes ajenas conceden a las entidades de salud autónomas.

Se reconoce el derecho de todo habitante a las prestaciones de salud en la forma que las leyes y sus reglamentos lo determinen, y el deber de proveer a la conservación de su salud, la de su familia y de la comunidad (art. 3). Esta disposición garantiza el derecho a la protección a la salud de los seres humanos y, al mismo tiempo, la obligación de participar en el mantenimiento y consecución de la salud.

Tal dualidad es un ideal y una buena intención legal, pero adolece del problema de que para que ello sea una realidad, el Estado ha de contar con los medios suficientes para dar esas prestaciones, mientras que el individuo tiene que contar con cierto grado de educación, sentido moral y recursos económicos para buscar su salud y la de su familia. El artículo noveno insiste nuevamente en la responsabilidad del cuido de la salud compartido entre el Estado y los ciudadanos, lo cual es imprescindible, pues sin esta fusión de acciones difícilmente se lograría preservar la salud.

El libro I centra su atención en los derechos y deberes que tienen los individuos respecto de su salud personal y de las restricciones a que quedan sometidas todas las personas en consideración de la salud de terceros y de la conservación del "medio ambiente". Comprende del artículo 9 al 337.

Encontramos el derecho de toda persona de obtener la información e instrucción necesaria sobre asuntos de promoción, prevención y conservación de la salud. Así como la correlativa obligación del funcionario de salud de suministrar lo solicitado. El conocimiento de los problemas de salud ya no puede continuar reducido a un grupo profesional o a un sector de empleados públicos, sino que ha de ser un asunto de interés general. (arts. 10-11-12-17-18 y 19).

La **Carta Magna** consagra en su artículo 51 que la madre y el menor tienen derecho a una protección especial por parte del Estado.[1] Y tal deseo se hace patente en la Ley General de Salud al brindar a la madre embarazada cuidados especiales, control médico, atención del parto y alimentos para que complete su dieta durante el período de lactancia, por ejemplo. En cuanto al niño, tiene derecho a la protección de su salud por parte de sus padres y del Estado, desde que está en el seno materno hasta su adolescencia. (arts. 12-13-14 y 16).

Los programas de Centros Infantiles (CEN y CINAI), que el Ministerio de Salud ha creado y extendido desde hace ya varios años por todo el país, pretenden cumplir con esos cuidados y suministrar el apoyo alimentario y

social que estas personas necesitan.

De los artículos 20 al 36 se contemplan los derechos y deberes relativos a la recuperación de la salud personal, que entre otras cosas incluye que nadie puede ser operado quirúrgicamente ni tratado médicamente sin su consentimiento; lo relativo a transplantes de órganos vitales; prohibición del hipnotismo, prohibición de emplear personas para experimentos médicos o técnicos.

En cuanto a los deberes y restricciones a que quedan sujetos los individuos en relación con la salud de terceros, tenemos que nadie puede actuar en perjuicio para la salud de la población; el dueño de un bien mueble o inmueble debe tratar de no molestar o dañar la salud de terceros por la mala calidad o el mal estado de conservación o de higiene de sus bienes. (arts. 37 al 39).

De los artículos 40 al 68 aparecen las restricciones y los deberes en el ejercicio de las profesiones u oficios de las ciencias de la salud. Las obligaciones que tienen las personas que trabajan en lugares dedicados a la atención médica y las limitaciones de sus actividades están del art. 69 al 80. La regulación de los laboratorios de salud la comprenden, los artículos 83 al 89. Las condiciones exigidas para operar un banco de sangre las establecen los artículos 90 al 95. Las regulaciones de las farmacias, los medicamentos y de las limitaciones a que quedan sujetas la venta, importación, producción, expendio e importación de medicinas van del artículo 95 al 124. Los estupefacientes y sustancias similares son muy peligrosas para la salud de la población, por tal razón esta ley es muy extensa en cuanto a quienes puedan manejar estas sustancias, venderlas, comprarlas, producirlas, etc., ver artículos 125 al 137. Los productos de higiene, cosméticos no médicos y otros productos dependen de una serie de medidas y deberes como lo señalan en los artículos 138 y 139. La población debe ser protegida contra los abusos de la propaganda de medicamentos y similares, de lo contrario puede derivar en serios problemas para la salud, artículos 140 y 141. La compra, venta, producción de equipos y aparatos médicos figuran en los artículos 142 a 146.

Las enfermedades transmisibles y su control están debidamente señaladas en los artículos 147 al 183, ahí se aclara la obligatoriedad de la vacunación, el cumplimiento de las prácticas higiénicas, la obediencia a realizarse exámenes que se consideren convenientes, responsabilidad de los dueños de hoteles, negocios, colegios, aviones, barcos, etc. de informar sobre enfermedades contagiosas, la misma obligación la tienen los profesionales en salud y los centros hospitalarios. Este capítulo lo que pretende es evitar la aparición de epidemias en el país, ya sea de origen endémico o foráneo.

Los problemas de la zoonosis están contemplados en los artículos 184 a 195, consiste en el control de las enfermedades en los animales susceptibles de ser transmitidas al hombre. Se determinan responsabilidades

y el *modus operandi* para atender a los animales afectados. Sección muy extensa es la que se refiere a la condición, elaboración, comercio y operación de los alimentos, las restricciones que existan para tales actividades y las preocupaciones que tienen que tener todas aquellas personas que manipulen y elaboren alimentos. (arts. 196 al 238).

La venta, transporte, manipulación, importación, fabricación, distribución y otras actividades concernientes a sustancias tóxicas o peligrosas para la salud son reguladas del artículo 239 al 252. Los gimnasios, las salas de belleza, masajes y otros lugares de embellecimiento no se salvan de las exigencias sanitarias que figuran en los artículos 253 al 257.

La propagación de noticias inexactas o alarmantes, así como la propaganda engañosa o ambigua, puede inducir a errores perjudiciales para la salud de los costarricenses, es una preocupación de los artículos 258 al 261.

Los problemas de contaminación ambiental son hoy una de las mayores preocupaciones de los gobiernos del mundo y nuestra Ley General de Salud contiene un título muy extenso, del artículo 262 al 336, donde minuciosamente le impone a la ciudadanía deberes para la conservación y el mejoramiento de las aguas, el aire y los suelos, prohíbe rotundamente cualquier actividad tendiente a deteriorar el medio. Las disposiciones son muy buenas, sin embargo, necesitamos de un gobierno que tenga mano fuerte para su aplicación, pues hay que impedir el avance de los problemas de la contaminación no solamente para tener buena salud sino para la coexistencia pacífica entre los hombres y su progreso personal y material.

Entre los muchos temas tocados están el uso del agua potable, los abastecimientos de agua potable, recolección y eliminación de residuos sólidos provenientes de actividades personales, familiares, comunitarias, industriales o comerciales, de las operaciones agrícolas o ganaderas, evacuación de aguas negras y excretas, urbanización, vivienda salubre, requisitos exigibles en materia de construcción de casas, edificios, fábricas, etc., permisos para que operen funerarias, higiene de los cementerios, inhumaciones y exhumación de cadáveres, tiempo que los cadáveres pueden permanecer sin ser sepultados, qué hacer con los animales nocivos para el hombre.

El libro II, del artículo 337 al 369 regula todo lo referido a las autoridades de salud, de sus atribuciones ordinarias, de las inspecciones y de las medidas especiales y facultades extraordinarias.

Y finalmente el libro III, que como se estudió en el *Capítulo 15* que se habló del poder de policía en materia de salud, incluye los delitos contra la salud, las contravenciones y sus sanciones.

16.2 ANALISIS DE LA LEY CONSTITUTIVA DE LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Nuestra Constitución Política consagra los seguros sociales en beneficio de los trabajadores manuales e intelectuales, regulados por un sistema de contribución forzosa del Estado, los patronos y los trabajadores, con el fin de proteger a estos últimos contra los riesgos de enfermedad, invalidez, maternidad, vejez, muerte y demás contingencias que la ley determine. Se encarga el gobierno y la administración de los seguros sociales a una institución autónoma denominada Caja Costarricense de Seguro Social.[2]

Esta norma constitucional ha sido desarrollada principalmente por la Ley Constitutiva de la CCSS, que está integrada por un total de nueve secciones y setenta y ocho artículos.[2,4]

El artículo primero que se encuentra sólo se refiere a la fundación y denominación de la Caja.

La sección I detalla el campo de aplicación de esta ley, recalca la obligatoriedad del seguro social para todo trabajador remunerado, los riesgos que cubre éste, quiénes no son asegurados obligatorios y autoriza a la Junta Directiva para que tome medidas en cuestiones de la atención médica de los indigentes, campaña de medicina preventiva y riesgos y accidentes profesionales.

La organización de la CCSS es tarea de la Sección II, señalando que la Junta Directiva dirigirá la entidad y ésta estará integrada por un Presidente Ejecutivo, funcionario de mayor rango jerárquico y representante de la misma con facultades de apoderado generalísimo y, ocho personas más, donde dos son representantes del Estado, tres del sector laboral y tres del sector patronal. Todos ellos son nombrados por el Consejo de Gobierno y deben ser ciudadanos de gran experiencia en materias económicas y sociales y de reconocida honorabilidad. Se fijan las atribuciones y prohibiciones de la Junta, los requisitos para ser miembro y las causas que conducen al cese del puesto de directivo.

En la siguiente sección la ley hace referencia a los ingresos del Seguro Social, los cuales provienen de un sistema de triple contribución, cuotas forzosas de los asegurados, los patronos particulares y el Estado. Además recibe otras rentas por concepto de importación de licores, vinos, cervezas, refrescos gaseosos y artículos de lujo que el Poder Ejecutivo grave; de la elaboración y venta de licores nacionales; de los impuestos de consumo que soporta la cerveza producida en nuestro país y los envases de refrescos gaseosos; un porcentaje sobre el valor de los bienes inmuebles; y otro porcentaje que se rebaja a todos los pagos que haga cualquiera de los poderes estatales y las municipalidades (hay excepciones). Las donaciones y legados hechos a la CCSS son también ingresos.

Lo anterior ha dado lugar a que la Caja tenga ingresos permanentes

y sobre todo estables, para que pueda cumplir con su cometido. Estas rentas pueden crecer con el tiempo, ya que al haber aumentos salariales en el sector público o privado, automáticamente hay incrementos en el porcentaje que le toca pagar como cuota a esta institución. Esta entidad, de hecho, está en ventaja en relación con otras del país, especialmente de los ministerios que dependen de presupuestos fijos que anualmente se establecen para satisfacer sus necesidades y que siempre suelen ser insuficientes.

El derecho del asegurado de exigir la prestación de beneficios se localiza en la Sección IV, de la inscripción de los asegurados. Tal derecho nace cuando son completadas las cuotas (su número) que para cada modalidad se determinó. Sin embargo, si hay algún patrón moroso en el pago de las cuotas obrero-patronales no se le negará al asegurado las prestaciones del seguro de enfermedad y maternidad.

La Sección V habla de las inversiones y la idea general de esta parte es que las reservas de la Caja se van a invertir en las más eficientes condiciones de garantía y rentabilidad prefiriéndose, en igualdad de circunstancias, aquellas inversiones que al mismo tiempo reporten ventajas para los servicios de la institución y que contribuyan al beneficio de los asegurados, a la construcción de viviendas, a la prevención de la enfermedad y al bienestar social en general.

Esta Ley indiscutiblemente aplica el concepto amplio de la salud que tanto explicamos anteriormente, donde la salud es un complejo sistema dentro de cuyo engranaje influyen muchos factores como la vivienda, la educación, la economía, el trabajo, etc., y que no es sólo tener una mente y cuerpo sano, sino condiciones sociales y económicas mínimas que le permitan al individuo desarrollar al máximo sus potencialidades morales y físicas.

La Sección VI determina las sanciones y la resolución de los conflictos. Establece para ello penas de prisión que según la gravedad del hecho pueden oscilar de los diez a los ciento ochenta días y, multas que van desde los seis a los trescientos setenta colones. El juzgamiento de las faltas, si no se resuelven entre los organismos administrativos de la Caja, se van a ventilar en los Tribunales de Trabajo.

Vale la pena comentar los artículos 45 y 52, pues son una típica medida de polícia que tiene la CCSS; el primero permite el apremio corporal de aquel patrono que no remita a la Caja las cuotas de los trabajadores, con lo que se garantiza a la institución un mecanismo de presión para que los patronos cumplan con sus obligaciones. Y el otro autoriza a la Caja a obligar a sus asegurados a someterse a exámenes que crea pertinentes y en su caso al tratamiento respectivo, tratándose de una enfermedad infecto-contagiosa, la desobediencia puede conducir al arresto o la multa. Lo que se pretende evitar con esto es un daño mayor para la salud del asegurado y proteger a terceros de contagiarse.

Las disposiciones generales están en la Sección VII, donde interesan en especial dos artículos, el 68 que afirma el "principio de autonomía" del servicio y del cuerpo médico de la Caja, que podrán actuar con absoluta independencia de cualquier otra entidad administrativa ajena, excepto si la Junta o la Gerencia disponen lo contrario, y su libertad de acción no puede ser interferida por disposiciones de ninguna otra ley o decreto existente mientras la presente esté vigente. El artículo 69 dispone que no obstante lo dispuesto anteriormente, los asegurados tienen derecho a ser asistidos por otro médico que no sea de la CCSS y ocupar servicios de otra farmacia, con la advertencia que en ambos casos ella no está obligada a pagar los gastos, sino de acuerdo con una tarifa de asistencia médica y farmacéutica ya establecida.

Este artículo garantiza a los asegurados el derecho a la libre opción, con lo cual no se lesiona una libertad fundamental como sí sucede en los países socialistas de índole marxista, pero es indudable que al no asumir los gastos más que en una relación a montos previamente elaborados, y que por lo general son muy bajos, no le queda otro camino al sujeto de escasos recursos que asistir o conformarse con los servicios que presta el Estado.

La penúltima sección abarca disposiciones financieras que en términos globales autorizan a la CCSS para que importe, exporte, desalmacene, fabrique, venda medicamentos que están incluidos en una lista nacional, así como materias primas y materiales de acondicionamiento y empaque necesarios para su elaboración. Tiene permiso para surtir con estos medicamentos a las instituciones públicas o privadas que presten servicios de salud. La última sección de disposiciones finales, no merece comentario alguno.

Esta Ley, por los principios que la sustentan y por constituir una normativa concreta y acorde a la problemática de salud del país, viene a ser uno de los soportes dentro de nuestro ordenamiento jurídico, con la que se cuenta para estructurar un Código de Salud y Seguridad Social.

Capítulo 17

LA PROTECCION DE LA SALUD COMO DERECHO EN ALGUNAS CONSTITUCIONES POLITICAS Y SU AUSENCIA EN LA DE COSTA RICA

Licenciada Vanessa Jaramillo Borges de Wolf

Capítulo 17

LA PROTECCIÓN DE LA SALUD COMO DERECHO EN ALGUNAS CONSTITUCIONES POLÍTICAS Y SU AUSENCIA EN LA DE COSTA RICA

Lic. Gerardo Ulises Jiménez Borges de Wolf

LA PROTECCION DE LA SALUD COMO DERECHO EN ALGUNAS CONSTITUCIONES POLITICAS Y SU AUSENCIA EN LA DE COSTA RICA

Licda. Vanessa Jaramillo Borges de Wolf

17.1 GENERALIDADES

El estudio de algunos textos constitucionales tiene como fin el sacar elementos comunes y particulares de ellas con respecto al Derecho de la Protección a la Salud, para utilizar aquello que sea beneficioso para enriquecer la legislación sanitaria nacional.

La Constitución Mexicana en una reciente adición al artículo cuarto establece:

> Toda persona tiene derecho a la protección a la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general...[6]

México es uno de los principales exponentes de este derecho, contando para ello con una infinidad de normas y reglamentos.

Otra norma constitucional de interés es el art. 73 que le da al Congreso la facultad de dictar leyes sobre nacionalidad, condiciones jurídicas de los extranjeros, ciudadanía, naturalización, colonización, emigración e inmigración, y salubridad general de la nación (dispositivos sobre salubridad general).

La Constitución Española regula el Derecho a la Salud en varios de sus artículos:

Artículo 43:

1. Se reconoce el derecho a la protección de la salud.
2. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y

servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.

3. Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte.
   Asimismo facilitarán la adecuada utilización del ocio.

El *artículo 39* estipula que:

1. Los poderes públicos aseguran la protección social, económica y jurídica de la familia.
2. Los poderes públicos aseguran, asimismo, la protección integral de los hijos... y de las madres...
3. Los padres deben prestar asistencia de todo orden a los hijos habidos fuera o dentro del matrimonio, durante su minoría de edad y en los demás casos en que legalmente proceda.
4. Los niños gozarán de la protección prevista en los acuerdos internacionales que ven por sus derechos.

De acuerdo con el art. 40, los poderes públicos deben promover las condiciones favorables para el progreso social y económico y para que se dé una distribución de la renta regional y personal más equitativa. Velarán por la seguridad e higiene del trabajo.

El Régimen de Seguridad se extiende a todos los ciudadanos, según el art. 41. El art. 45 ordena la utilización racional de los recursos y el control de la contaminación ambiental. Los disminuidos físicos, sensoriales y mentales contarán con una política de prevención, tratamiento, rehabilitación.

La Constitución Española es tajante en cuanto al derecho a la salud y el régimen de Seguridad Social.[5]

La Constitución Griega consagra que el Estado cuidará la salud de los ciudadanos, adoptando medidas especiales para la protección de la juventud, los ancianos, los incapacitados y los indigentes. Y en otro artículo aparece la seguridad social que atenderá a los trabajadores. Nuevamente se distingue entre la seguridad social y la salud.

El art. 64 de la Constitución de Portugal extiende el derecho a la protección de la salud a todos los ciudadanos, quienes además deberán promoverla y defenderla.[7]

En Japón, su Constitución consagra en el art. 25 para todos el derecho a un nivel mínimo de vida saludable y cultural. Y le toca al Estado acrecentar el bienestar, la seguridad y la salud pública.

La Constitución Italiana, en su art. 32 señala que la tutela de la salud es un derecho fundamental del individuo y un interés de la comunidad, garantiza además la curación gratuita a los indigentes.

En la Constitución Cubana encontramos tres artículos: el 46 que constituye el régimen de seguridad social, el 47 de la asistencia social y en el 49 el derecho a la salud.[3]

El Estado Chileno tiene la obligación de velar por la salud pública y el bienestar higiénico del país.[4]

En India, la salud pública es uno de los deberes primordiales del Estado, quien debe tomar las medidas efectivas para asegurar, entre otras cosas la asistencia pública en caso de enfermedad y otros estados de indigencia.

La Constitución Uruguaya consagra para todos el derecho a la salud e impone a todos los ciudadanos el deber de cuidar su salud. Los Seguros Sociales están a cargo del Consejo Central de Asignaciones Familiares y paralelamente a él, están el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social que dicta las políticas generales en materia de seguridad social.[8]

También en la Constitución Venezolana se extiende el Derecho a la Protección de la salud a todos los venezolanos, los obliga a mantenerse a las medidas sanitarias en los casos que la ley lo establezca. El Seguro Social se regula por la Ley de Seguro Social Venezolano.

Panamá se agrega a los países que han universalizado el derecho a la salud e impone la obligación a la comunidad para conservarla.

En cuanto a las legislaciones que no han elevado a rango constitucional el Derecho a la Protección de la Salud están: China que en su artículo constitucional 5 sólo consaga el derecho a la seguridad social en favor de los trabajadores, la cual comprende la asistencia en caso de enfermedad.

La Constitución de Dinamarca no hace referencia expresa al derecho a la salud y dispone que sólo la persona incapaz de mantener a sus dependientes, cuando no haya otra persona que se haga responsable de él o de su manutención, tendrá derecho a la asistencia pública.

Argentina incorpora únicamente el régimen de seguridad social en beneficio de los trabajadores, quienes tienen derecho como prestación del citado régimen, a la preservación de la salud.[1]

El Estado Hondureño tiene el deber de velar por la salud física, mental y moral de la infancia, creando las instituciones y dependencias necesarias y adecuadas. Los centros destinados a cumplir con dicha obligación se denominan Centro de Asistencia Social.

La prestación de salud, dentro de los riesgos derivados del régimen de la seguridad social, corren a cargo del Instituto Hondureño de Seguridad Social.

En la Constitución Costarricense al menos expresamente no aparece el derecho a la protección de la salud, podría derivarse del art. 50 que dispone que el Estado procurará el mayor bienestar para la población, o del 51 que dispone que las autoridades gubernamentales darán protección especial a la familia, o del art. 21 que establece el derecho a la vida. Lo que sí es cierto, es que el art. 73 instaura el régimen de los seguros sociales en favor de los trabajadores contra los riesgos profesionales.[2]

Por reforma constitucional del 12 de mayo de 1965 se ordenó a la Caja Costarricense de Seguro Social universalizar los seguros sociales. La

reforma de la Ley Constitutiva de la Caja, del 30 de marzo de 1971, autorizó a la Junta Directiva de la misma para colaborar con el Ministerio de Salud y el Instituto Nacional de Seguros en la atención médica de los indigentes. Por Ley del 24 de setiembre de 1973, y para efectos de la extensión de la cobertura de los servicios, se dispuso que el Ministerio de Salud, las Juntas de Protección Social y los patronatos a cargo de instituciones médicas asistenciales, traspasarían los hospitales, servicios de consulta externa a la CCSS.

17.2 SITUACION DEL DERECHO A LA SALUD EN NUESTRA CONSTITUCION POLITICA. Recomendaciones para posibles reformas constitucionales

Desde los albores de la vida republicana existió por parte de quienes regían nuestra nación un marcado interés por la salud pública. Y aunque en un inicio la intervención estatal en el campo médico asistencial era de naturaleza paternalista y casi con el fin exclusivo de suplir las deficiencias de la actividad privada; siempre se reconoció la potestad de los gobernantes para "entrometerse" en muchos aspectos en resguardo de la salud de los costarricenses por ser justificante de interés general.

Actualmente, resulta indiscutible que la salud en Costa Rica es parte de las áreas de acción del poder público, convirtiéndola así en una obligación para el Estado y en un derecho para los ciudadanos.

Estos servicios han descansado básicamente en hacer llegar a toda la población sin distinciones de ninguna clase los mecanismos de educación para la salud y prevención. Así como la protección de su enfermedad mediante la universalización y ampliación de la cobertura del régimen de Enfermedad y Maternidad, lo que se ha complementado con la integración de servicios entre la CCSS y el Ministerio de Salud. Además dentro de esta misma línea de pensamiento, se han dictado una serie de leyes, reglamentos, etc., que a través de los años han permitido la reorganización y estructuración administrativa de los servicios que prestan ambas entidades, permitiendo con ello conformar un marco jurídico para poder hablar con propiedad de una legislación sanitaria costarricense.

En los últimos 20 años, los programas de salud han tenido un crecimiento acelerado, con resultados espectaculares que colocan a nuestro país como uno de los primeros en índices de salud en América y entre los 30 principales del mundo (de los 130 países inscritos en la OMS). Todos estos países tienen ingresos per cápita en dólares muy superiores al nuestro en una proporción que fluctúa del 100% al 1000% en su PNB. Impresionante resulta que Costa Rica, pese a su pobreza, tenga un sistema de salud que cubra al país en cuanto a servicios, como pocas naciones poseen:[11]

> Poseemos 29 hospitales, 185 centros de salud y clínicas del Seguro Social, 340 puestos de salud incluso en las áreas más remotas del país y 583 Centros de Educación y Nutrición distribuidos en todos los cantones, también de 115 clínicas odontológicas; con lo cual, se cubre casi por entero a Costa Rica con esta red de servicios médicos y de salud. La CCSS y el Ministerio de Salud poseen un total de 27 mil empleados que contribuyen a proteger o recuperar la salud de los costarricenses, sin contar a los trabajadores del INS y del AyA. De hecho, hay solo más maestros que policías de 6 a 1, sino que lo mismo sucede entre trabajadores de salud y los de orden público que es de 5 a 1 o más.[10]

Lamentablemente, a pesar de todo lo dicho, en nuestra Constitución Política actual ni en las que la precedieron, se ha incluido, entre sus preceptos, uno que se refiera a la salud y que sirva de fundamento constitucional para una legislación y para planificar actividades gubernamentales en este campo, y lo que es peor, la palabra "salud" ni siquiera es citada en ella.

El título V de *Derechos y Garantías Sociales* de nuestra Constitución es el que nos interesa para efectos de esta tesis, pues en él se encuentran 4 artículos que se relacionan directamente con la salud, veámoslos a continuación:

> *Art. 50.* El Estado procurará el mayor bienestar a todos los habitantes del país, organizando y estimulando la producción y el más adecuado reparto de la riqueza.

Se aprecia en esta norma un enfoque predominante de tipo económico dirigido al bienestar del costarricense. Si bien los factores económicos son fundamentales para el desarrollo del individuo, no son en sí suficientes, y para que tal desarrollo sea integral es preciso que el Estado tutele otros valores como lo son por ejemplo la salud y la educación.

Lo que queremos decir es que tanto la salud influye en el desarrollo económico-social de un pueblo, como éste en los índices de salud.

> *Artículo 51.* La familia, como elemento natural y fundamento de la sociedad, tiene derecho a la protección especial del Estado. Igualmente tendrán derecho a esa protección la madre, el niño, el anciano y el enfermo desvalido.
>
> *Artículo 66.* Todo patrono debe adoptar en empresas las medidas necesarias para la higiene y seguridad del trabajo.

Al exigirle al patrono que cumpla con esas medidas, se le está pidiendo con ello protección para la salud de sus empleados, sin nombrar esa palabra.

> *Artículo 21.* La vida humana es inviolable.

Artículo 73. Se establecerán los seguros sociales en beneficio de los trabajadores manuales e intelectuales, regulados por el sistema de contribución forzosa del Estado, patronos y trabajadores, a fin de proteger a éstos contra los riesgos de enfermedad, invalidez, maternidad, 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.

No podrán ser transferidos ni empleados en finalidades distintas a las que motivaron su creación, los fondos y las reservas de los seguros sociales.

Los seguros contra riesgos profesionales serán de exclusiva cuenta de los patronos y se regirán por disposiciones especiales.

Este artículo no cita que a los trabajadores hay que "preservarles" su salud como fundamento de la acción de los seguros sociales que se han creado; o si lo quiso expresar, empleando la palabra "proteger", esta no fue interpretada así por los encargados de manejar dicha institución.

Y es que proteger significa, *tomar la defensa de unos, proteger a los desvalidos, ayudar. Es sinónimo de abrigar, defender, precaver, preservar, resguardar, amparar, salvar, etc.*

Prestándose dicho término no solamente a acciones dirigidas a atender la enfermedad, sino a prevenirla, esta situación tampoco fue subsanada al aprobarse la Ley Constitutiva de la Caja. No fue hasta hace poco tiempo, que se le añadió a esta ley un párrafo que autoriza a la Junta Directiva para tomar medidas dirigidas a coadyuvar en la atención a los indigentes, en los riesgos y accidentes en profesionales y en las campañas preventivas. (Ver el capítulo *Fundamentos Legales de la Materia de Salud).*

Con lo anterior se han tratado de resolver dos injusticias, la primera el permitir a la Caja colaborar con el Ministerio de Salud (siempre escaso de fondos) para atender a los pobres en sus enfermedades. Segundo, por fin, aunque no es una norma obligatoria, por lo menos le permite a la Junta cooperar, si lo desea, con la medicina preventiva, lo que constituye un paso importante para el Derecho a la Protección de la Salud.

Pero, en todo caso, lo que nos interesa es que en nuestra Constitución, no está citada la palabra "salud", tampoco se señala la obligatoriedad de protegerla y ni siquiera es considerada un derecho, obviando de esta manera, los pactos, declaraciones y convenios internacionales ratificados por nuestra nación.

De alguna manera se trató de reparar esto cuando se promulgó la Ley General de Salud, donde clara y expresamente se estipula que la salud de la población es un bien de interés público tutelado por el Estado, y este último debe velar por la salud de los costarricenses.

Pero esto no ha sido suficiente, lo que se requiere para nuestra Constitución es un concepto preciso, y si contamos con un sistema de salud en cuando extensión y beneficios mejor o similar al sistema educativo, donde es difícil encontrar alguien que dude que brindar cuidados sanitarios a las personas, tiene el mismo valor que tratar de impartirles educación, y si en nuestra Norma Fundamental existe todo un titulado dedicado a la "Educación y la Cultura" (lo mismo que a la religión); por qué muchas personas niegan ese rango constitucional a la salud, y nuestra Constitución no contiene en el capítulo de Derechos y Garantías Sociales ni un solo artículo que se refiere a la salud. De qué nos valen niños educados enfermos, o educar a personas con problemas mentales por culpa de una mala alimentación.

En 1984, el entonces Ministro de Salud, Dr. Juan Jaramillo Antillón, presentó al Presidente de la República Don Luis Alberto Monge una propuesta para ser enviada a la Asamblea Legislativa, para que se incorporara a la Constitución un "derecho a la salud". La propuesta en síntesis pretendía que ahí se señalara: *Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades de acceso a los servicios de salud que el Estado tiene para dar esta protección a todos los ciudadanos.* El Presidente Monge envió la misma a la Asamblea, pero ahí no se adoptó la propuesta. Quedándose entonces nuestra Carta Magna sin la expresión constitucional del derecho a la salud en un país en que, la situación nacional en este campo es muy satisfactoria y probablemente una de los mejores o la mejor de América Latina en términos generales. Posiblemente no se creyó necesario hacer esta reforma, por la existencia de diversos puntos en relación con el derecho a la salud que tiene la Ley General de Salud, pero que por supuesto no es igual al rango constitucional; y como el derecho a la salud de nuestros ciudadanos, ya no sólo es una expresión, sino que es de aceptación general como postulado de acción de nuestros gobiernos en el campo social, se hace necesario entonces elevarlo a rango constitucional.

Por lo tanto, con base en el artículo constitucional 195 debería someterse a conocimiento de la Asamblea Legislativa un proyecto de ley que se funde en cualquiera de estas dos recomendaciones. La primera, y la más pretensiosa, es que se cree un nuevo título, con un capítulo único, que se denomina "Salud y Seguridad Social", en el cual se reúne toda disposición relativa a la salud, entre estas por ejemplo:

Art. "X". La salud constituye un bien público. Toda persona tiene derecho de la salud.

Art. "Y". Es función esencial del Estado velar por la salud integral de la población. La ley definirá las bases y modalidades para tener acceso a los servicios de salud.

Art. "Q". La contaminación ambiental y la preservación de los recursos naturales es una necesidad para el desarrollo social, físico y mental del

individuo.
Art. "W". Agregar el artículo 73 ya comentado.

La segunda es más sencilla y consiste en agregar un párrafo final al artículo 51 del Título V, Capítulo Unico de los Derechos y Garantías Sociales.

"La salud entendida como el estado del completo bienestar físico, psíquico y social del individuo es un bien público. Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. Es función del Estado velar por la salud integral de su población. Le corresponde a la Ley definir las bases y las modalidades para que los individuos tengan acceso a los servicios sanitarios".

Tres son los principales elementos de esta adición:

Al referirse a "toda persona" abarca tanto al costarricense como al extranjero. Es un derecho universal y como tal no admite distinciones de ningún tipo.

Cuando enuncia "salud integral", es que las autoridades competentes brindarán servicios personales que incluye cuidados preventivos, curativos, y de rehabilitación, pero además se dan servicios de carácter general de salud pública, como lo son el control de la contaminación, el abastecimiento de agua potable, la educación para la salud, etc.

Para mantener el orden administrativo es conveniente que las leyes y los reglamentos determinen cómo se van a prestar los servicios de salud, quiénes son las personas más necesitadas, y cuáles son las necesidades de los usuarios y con qué recursos cuenta el Estado.

El Derecho a la Protección de la Salud de los costarricenses es un reto y un compromiso por cumplir, pues es justa la aspiración de todo ser humano de vivir en un ambiente sano, de ser un sujeto libre de enfermedades, de convivir con gente saludable y de poder contar con un gobierno que se comprometió a brindarle los servicios básicos para alcanzar este derecho. Lo anterior ha contribuido a consolidar la democracia costarricense.

Capítulo 18

EPIDEMIOLOGIA E INDICADORES DE SALUD

Capítulo 18

EPIDEMIOLOGÍA E INDICADORES DE SALUD

EPIDEMIOLOGIA E INDICADORES DE SALUD

18.1 EPIDEMIOLOGIA. INTRODUCCION

El **Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas** define la palabra "Epidemiología" como derivada de *epidemia* y el gr, *logos:* tratado. Tratado sobre las epidemias.[72] Pero este concepto ha sufrido profundos cambios a través del tiempo. Si bien en el siglo pasado se creó para significar el estudio de las epidemias, o sea de la generalización de enfermedades infectocontagiosas en una población. Hoy día se ha variado la acepción de la epidemiología situándola como "ciencia sobre la causa de las enfermedades". Hemos omitido el concepto de método, porque la epidemiología no constituye en sí misma una metodología (todas las ciencias poseen los mismos métodos basados en el empirismo y la lógica).

Entonces la definición que creemos más conveniente es de que se trata de *una ciencia aplicada, que estudia la distribución de la frecuencia de las enfermedades y fenómenos de salud en la sociedad y los factores que influyen en la aparición y cambio de esta distribución.*

Tiene fundamento o íntima relación con cinco hechos:

a) Las enfermedades infecciosas y cuyo estudio contribuyó a desarrollar la epidemiología.
b) La Estadística, que se emplea como herramienta metodológica buscando percibir las asociaciones entre los factores que producen las enfermedades o mantienen la salud.
c) En la época presente, la computación se ha convertido en inseparable compañero de los estudios epidemiológicos, mediante el análisis de miles de datos y el empleo de muchas variables, tratando de encontrar interrelaciones; pero siempre tratando de que esta metodología encuadre en la realidad y no al revés.
d) La Administración, para un buen desarrollo de la epidemiología

como ciencia aplicada y a su vez para contribuir al conocimiento pleno de los fenómenos que condicionan la salud, la epidemiología debe interrelacionarse con la implementación y manejo de los programas de salud.

e) Finalmente guardar un contacto íntimo con las Ciencias Sociales (educación, sociología, antropología social, psicología, etc.), para lograr realizar investigaciones adecuadas de la conducta humana en la comunidad.

La epidemiología se ha ido así expandiendo y de estar confinada al estudio de las enfermedades transmisibles, se ha ido extendiendo a campos como las enfermedades crónicas, los accidentes, los suicidios, etc.

Entonces podemos decir que la epidemiología se ocupa de los patrones de frecuencia de enfermedades en la población humana y de los factores que tienen influencia sobre esos patrones.[118]

El epidemiólogo busca determinar la influencia relativa de varios factores en la etiología y resolución de los problemas de la salud, estos factores usualmente son:

1º) el ambiente,
2º) la conducta o hábitos de las personas,
3º) la biología humana, y
4º) la salud pública y los cuidados médicos.

El especialista en esta rama nos informa sobre la frecuencia de las enfermedades según la época, el lugar y las personas. La bioestadística recolectada y presentada en gráficos o cuadros con el apoyo de la computación, debe servir al epidemiólogo y al administrador de salud de tal forma que esta información pueda ser traducida en campañas y programas de salud. Para ello debe apoyarse ya no solo en esas estadísticas, sino en la medicina en su fase clínica, las ciencias sociales y la administración. Con ellas se establece una relación que llega a utilizarlas y a su vez a ser empleadas por estas, ya que debe recordarse que el aspecto de salud y enfermedad está relacionado y determinado por fenómenos culturales, ambientales y genéticos dentro de los grupos sociales, que pueden ser responsables de los cambios en las condiciones de salud de una comunidad. Lo anterior implica aceptar en epidemiología el término "causalidad", o causa, que conlleva la noción de una relación significante, que conduce hacia un efecto existente entre un agente y una enfermedad que aparecen asociados en el huésped. Como los procesos biológicos son muy complejos y suelen obedecer al principio de etiología múltiple, el término de causalidad de ninguna manera excluye a otros agentes causales. Se llega a hacer un juicio científico con alto grado de probabilidad una vez que se han considerado todas las posibles variables de confusión, solamente en ese momento estamos en posición de establecer una asociación directa.

El significado causal de una asociación es materia de juicio, el cual va más allá de las probabilidades estadísticas y utiliza para ello varios criterios que en conjunto acumulan una evidencia científica que permite postular la existencia de una relación causal.

La epidemiología se ha dividido en varias partes como son: la descriptiva, que procura un análisis conjunto de datos de la población especialmente referidos a personas en tiempo y lugar, para llegar a establecer una hipótesis.

La epidemiología analítica comprueba, mediante el análisis estadístico y otros medios, las hipótesis formuladas.

La epidemiología experimental busca comprobar la hipótesis haciendo variar intencionalmente un factor y observando las modificaciones que se presentan.

Los registros y encuestas son las dos fuentes de información de que se vale el epidemiólogo para la realización de sus estudios destinados a aclarar problemas o a confirmar hechos.[329] Estos usualmente se refieren a mortalidad, morbilidad o supervivencia y gracias a ellos llegamos a conocer lo que se ha denominado índices de salud.

18.2 INDICADORES DE SALUD

Las fuentes de información existentes en un país, en relación con aspectos económicos, sociales y de morbi-mortalidad sobre enfermedades prevalentes, son indispensables para tener una idea real del problema de la salud en una nación. Eso es así, si los estudios estadísticos que se poseen son fidedignos, entonces se constituyen en la base de los conocimientos de las enfermedades de una comunidad. [96]

Los problemas, que se presentan en el área de salud y seguridad social, son tantos y tan complejos que se hace indispensable disponer de información estadística en forma permanente y sistemática para ver si es posible predecir el comportamiento de los diferentes fenómenos propios del sector.

La recolección y elaboración de datos sobre un problema dado constituyen la base de las estadísticas, las cuales son elementos para la producción de información en este campo de la salud. Sin embargo, la complejidad de los problemas y la gran cantidad de datos recogidos sobre ellos, nos muestran que la información está sujeta a cambios en forma permanente y que los fenómenos en salud y medicina son "variables" y que por ello, no se puede ser dogmático en sus interpretaciones.

En razón de lo anterior, debemos tener los medios para poder sistematizar el conocimiento de los problemas mediante la organización racional de esa información.

Los censos que desde tiempos inmemoriales se efectuaban (los

romanos los realizaban con fines de recaudación de impuestos), son un ejemplo del valor de las estadísticas. Al conocer el número y trabajo de una población, se estaba en capacidad de ver qué posibilidad se tenía de obtener impuestos y las sumas por decidir de ellos.

En este capítulo, vamos a presentar datos estadísticos sobre los diagnósticos de la patología prevalente en el país, en forma de tasas que relacionan cifras sobre enfermedades en correspondencia al conjunto de la población. Los datos de frecuencia y mortalidad de las diversas enfermedades en nuestro país y otros datos de interés, son expuestos en forma de información general. Ha sido de gran valor los obtenidos de la Dirección General de Estadísticas y Censos del Ministerio de Economía y del Departamento de Estadística del Ministerio de Salud y del Registro Nacional de Tumores de ese Ministerio.

Para ampliar estos conocimientos, recomendamos el libro de la Dra. Ligia Moya **Introducción a las Estadísticas de Salud**. Se define ahí la palabra estadística, como la rama del saber que trata del desarrollo y aplicación de métodos eficientes de recolección, elaboración, presentación y análisis e interpretación de datos numéricos. Las estadísticas cambian de nombre según el campo de aplicación y en salud, las mismas son, como ya dijimos, fundamentales para hacer observaciones sobre nuestra patología y tratar de explicar mediante hipótesis, las regularidades observadas de determinada enfermedad y lograr con ello una mejor interpretación del problema. Si las hipótesis planteadas son correctas, se podrá predecir con cierta certeza lo que sucederá en el campo de la salud respecto, por ejemplo, del paludismo o de determinado cáncer. Finalmente, los datos nos permiten verificar las hipótesis mediante la investigación aplicada, la cual nos demostrará que las predicciones que hacemos son acertadas.

Lo anterior señala someramente las etapas que debemos recorrer para dar lugar a un "adecuado método científico" que nos ayude a ir sentando las bases reales del conocimiento del problema nacional sobre salud-enfermedad. Para eso, las estadísticas son tan importantes y nos facilitan diseñar cualquiera de los anteriores pasos.

En el área de la salud tenemos dos tipos de estadísticas: 1º) las estadísticas vitales, que se refieren a defunciones, nacimientos, etc. y 2º) las estadísticas de salud que dan información sobre enfermedades, desnutrición, etc., y cuyo conocimiento es necesario para preparar programas en este campo. En realidad ahora se reconoce que éstas, los indicadores económicos y las estadísticas demográficas están íntimamente ligadas.

Con el fin de ayudar a reconocer los datos que vamos a exponer, deseamos aclarar algunos conceptos. Se define como TASA a la relación existente entre el número de veces que ocurrió un hecho (enfermedad, muerte, etc.), y la población expuesta al riesgo de que esto sucediera en el numerador. Para simplificar más, la tasa (t) es un número relativo, donde el número de personas que experimentan el evento durante un período de

tiempo se expresa como razón del número total de personas que estuvieron expuestas al riesgo de que ocurriera ese evento. T= e (evento) dividido entre p (población). La tasa siempre incluye la exposición al riesgo y la noción de tiempo y espacio, es decir se calcula para un año o tiempo menor y para un área determinada.[10]

Tienden a indicar la intensidad de aparición del hecho en una población expuesta o a la que hace referencia y no a la probabilidad de un individuo o grupos de individuos. Hay dos tipos de tasas, las "generales" que señalan el acontecimiento del fenómeno en el total de la población y la "específica" que mide un hecho registrado en un segmento de la población y en un área geográfica durante un período determinado. Hay diversas tasas generales de natalidad, de mortalidad, de morbilidad. También se elaboran por causas específicas como la tasa de mortalidad materna o de mortalidad infantil por ejemplo por 1000 nacidos vivos. Hay otras tasas específicas por grupos de edad y sexo, que relacionan un hecho en un período de edad y con el sexo con respecto al total de la población.[91]

Cuando se habla de "tasas ajustadas", esto consiste en tomar una población determinada como modelo, aplicarle las tasas específicas de cada población que la constituye, sacar el número de casos esperados y obtener con ello las tasas ajustadas de esa población o país. Esto es muy empleado para comparar dos poblaciones o países con respecto a ciertos riesgos. Al parecer, las tasas ajustadas difieren mucho menos que las generales.[10]

Los indicadores son un índice o un reflejo de una situación determinada, la Organización Mundial de la Salud los define como variables que sirven para medir los cambios; para ello deben:

1º) Ser válidos, o sea medir realmente lo que se supone que deben medir;
2º) ser objetivos, esto es, dar el mismo resultado cuando la medición es hecha por personas distintas en circunstancias análogas;
3º) ser sensibles, es decir tener la capacidad de captar los cambios ocurridos en la situación;
4º) y ser específicos, esto es, reflejar sólo los cambios ocurridos en la situación de que se trate.

Son entonces reflejos de una situación real y miden indirectamente y en forma parcial una situación compleja.

La OMS propone cuatro categorías de indicadores:

a) Indicadores de la política sanitaria: los recursos asignados a la salud, la forma como se distribuyen, la participación de la comunidad, etc.
b) Indicadores sociales y económicos relacionados con salud: tasa

de crecimiento de la población, producto nacional bruto o producto interno bruto, % gastado en salud, producto interno bruto per cápita, índice de alfabetismo, vivienda, disponibilidad de alimentos, etc.

c) Indicadores de la prestación de atención de salud: cobertura de la atención primaria, cobertura de los servicios médicos, etc.

d) Indicadores del estado de salud (incluyendo la calidad de vida): Estado nutricional y de desarrollo psicosocial del niño, mortalidad de los niños (diversos tipos), expectativa de vida al nacer, mortalidad materna, etc.

18.3 DETALLE DE CUADROS Y GRAFICOS

El *Cuadro 18.1* nos da una visión panorámica de la natalidad, la mortalidad y la esperanza de vida al nacer en Costa Rica desde 1910 a 1990. Ellos permiten ver cómo hemos progresado en los índices de salud en el espacio de 80 años. En 1910 teníamos una mortalidad general de 30 por mil y ahora es de 3.8 por mil una de las más bajas del mundo. En mortalidad infantil en menores de un año hemos tenido mejoras espectaculares que nos colocan actualmente entre los primeros 20 países en ese parámetro en el mundo, descendiendo la mortalidad de 195 en 1910 a 13.8 en 1989. La esperanza de vida se ha incrementado aceleradamente de 35 años a 75 años en 1989 con una proyección para finales de 1990 de 76 años. Similar a los países más desarrollados.

Respecto de la natalidad diremos que, aunque las tasas han descendido, sin embargo, se mantiene relativamente alta para 1990 con 28.6 por mil, muy por encima del índice ideal para un país como el nuestro, y como ya comentamos en el inicio del libro.

CUADRO 18.1

NATALIDAD, MORTALIDAD Y ESPERANZA DE VIDA AL NACER COSTA RICA, 1910 - 1990*

Año	Natalidad	Mort. General	Mort. Infantil	Esperanza de vida
1910	46	30	195	35
1930	45	23	154	42
1950	48	12	89	56
1965	42	9	75	63
1970	33	7	26	65
1980	31	4	19	73
1986	30,6	4	17,8	74
1987	28,8	3,8	17	74
1990	28,6	3,8	13,8	75*

TASAS POR MIL
*PROYECTADA
FUENTE: Primer Seminario Taller sobre Evaluación de Servicios Médicos. CCSS (Actualizado por el autor). Feb. 1989.

El *Cuadro 18.2* muestra la esperanza de vida al nacer en diversos países de América Latina en los períodos de 1950-55 y 1980-85 de manera que se puedan realizar comparaciones y apreciar que nuestro índice en ese aspecto para el quinquenio 80-85 es el mejor, posición que casi teníamos en el período 1950-1955.

CUADRO 18.2

ESPERANZA DE VIDA AL NACER AMERICA LATINA: PERIODOS 1950 - 55 A 1980 -85

PAISES	PERIODOS						
	1950 1955	1955 1960	1960 1965	1965 1970	1970 1975	1975 1980	1980 1985
COSTA RICA	56,0	58,3	65,6	68,1	71,4	73,0	73,7
GRUPO I (más de 60)	64,5	66,0	67,0	67,3	68,1	69,2	70,0
GRUPO II (55, 1 a 60)	57,0	60,6	63,5	66,4	68,6	71,0	72,2
GRUPO III (50, 1 a 55)	51,8	54,8	57,3	59,8	62,4	64,0	65,4
GRUPO IV (45, 1 a 50)	45,8	49,1	52,3	55,3	58,0	60,8	64,0
GRUPO V (menos de 45)	41,5	44,1	46,7	49,4	52,3	54,6	57,2

FUENTE: Promedio de proyecciones de CELADE./ En logros de una política de Lenin Sáenz J. 1989.
NOTA: Clasificación de los países de acuerdo con los datos del primer quinquenio.

Grupo I: Uruguay y Argentina
Grupo II: Cuba y Panamá
Grupo III: Venezuela, Chile, México, Paraguay, Colombia y Brasil.
Grupo IV: El Salvador, República Dominicana y Ecuador.
Grupo V: Guatemala, Honduras, Nicaragua, Perú, Haití y Bolivia.

EL *Cuadro 18.3* del Ministerio de Salud, muestra los casos registrados de las primeras 15 enfermedades de declaración obligatoria, en 1989.

El *Cuadro 18.4* aunque pertenece al año 1988, trae la tasa del SIDA motivo por el cual se presenta.

Las cinco primeras causas de mortalidad infantil pueden ser apreciadas en el *Cuadro 18.5* y las modificaciones que dicha mortalidad ha tenido a través de los años de 1970 a 1989.

La mortalidad en menores de cinco años y por regiones del país se aprecia en el *Cuadro 18.6.* Se observa que esta predomina en la Región Atlántica y la Brunca y es menor en las centrales que gozan de diversas ventajas educacionales, sociales y económicas que carecen los anteriores.

La evolución de la mortalidad materna, perinatal e infantil puede ser observada en el *Cuadro 18.7.* El hecho de que más del 90% de los partos sean atendidos en los hospitales de la CCSS, tiene indudablemente que ver con las mejoras obtenidas.

El *Cuadro 18.8* da la mortalidad por las cinco primeras causas específicas en los quinquenios de 1970 a 1989. Se aprecia cómo las gastroenteritis y las bronconeumonías que ocupaban los primeros lugares en 1970 han dejado paso en la actualidad al infarto agudo del miocardio y al tumor maligno del estómago. Todo ello como producto del envejecimiento de nuestra población y las mejoras logradas en salud.

El *Cuadro 18.9* refleja la mortalidad por grupos de edad y sexo en el año 1989.

El *Cuadro 18.10* muestra la mortalidad por grupos de causas y compara las frecuencias en los diferentes quinquenios. Al parecer han sido omitidas las causas de muerte por cáncer, que sumaron 2346 casos, en 1989.

Los *Cuadros 18.11, 18.12 y 18.13* muestran la mortalidad de las diez localizaciones de tumor maligno más frecuentes y sus diferencias según la población masculina y femenina.

En la masculina predominan: el cáncer del estómago, próstata, pulmón, hígado y las leucemias. En la mujer, el estómago vuelve a ocupar el primer lugar seguido de la mama, el cuello del útero, el pulmón y las leucemias.

En el *Cuadro 18.11* se ve que en conjunto en cuanto a mortalidad el orden por frecuencia es: estómago, pulmón, próstata, leucemias e hígado.

El *Cuadro 18.14* muestra la mortalidad por accidentes según causa específica por quinquenios de 1970 a 1989. Predomina el accidente de vehículo de motor. Sin embargo, en el *Gráfico 18.1* puede apreciarse que las defunciones por este tipo de accidentes de tránsito han disminuido de 1985 a 1989; tal vez en parte haya influido para ello el uso del cinturón de seguridad [145].

Este *Cuadro 18.15* muestra la evolución de la natalidad por regiones de salud, estando precisamente más elevadas en las regiones más pobres

y posiblemente donde hay menor educación. La población de Costa Rica era en 1950 de 800 mil habitantes, a partir de ahí ha sido rápido el crecimiento: 1 millón en 1955, 2 millones en 1974; 3 millones en 1992, para el año 2000 3,7 millones y para el 2025 cinco millones.

El *Cuadro 18.16* del Ministerio de Salud, muestra algunos indicadores demográficos en el nivel nacional y de cantones prioritarios para que se puedan hacer comparaciones sobre los cambios experimentados en ellos de 1980 a 1989.

El *Gráfico 18.2* muestra el descenso en el índice de caries en niños de 12 años en Costa Rica. En 1985 se inció la instalación de la planta para la fluoruración de la sal, gracias al apoyo brindado por la Fundación Kellogg. El programa fue inaugurado en 1986, será necesario esperar varios años más para ver los resultados del mismo.

El *Cuadro 18.17* muestra la estructura de la población por grupos de edad y sexo en 1989. Vemos, por él, que seguimos siendo un país habitado por una población joven, de crecimiento rápido y con un 50% de personas menores de 20 años. Para el año 2025, un 12% de la población será entonces mayor de 60 años, lo que incrementará nuestros problemas de atención de la tercera edad.[73]

CUADRO 18.3

CASOS REGISTRADOS DE LAS 15 PRIMERAS ENFERMEDADES DE DECLARACION OBLIGATORIA SEGUN CAUSAS COSTA RICA 1989* (Tasas por 100.000 habitantes)

CAUSAS	No.	TASA
Virosis de las vías respiratorias aguda	107.247	3647,0
Diarrea infecciosa	56.300	1914,5
Influenza	54.293	1846,3
Enfermedades estreptocóccicas	38.678	1315,3
Dermatomicosis	21.418	728,3
Escabiasis	16.701	567,9
Varicela	10.881	370,0
Enfermedad gonocóccica (gonorrea)	5.070	172,4
Conjuntivitis Hemorrágica Epidémica	5.196	176,7
Hepatitis todas formas	2.773	94,3
Pediculosis	2.622	89,2
Sífilis	2.421	82,3
Uretritis no gonocóccia	1.953	66,4
Parotiditis	1.413	48,0
Leishmaniasis	972	33,0

* Cifras preliminares.

FUENTE: Sección Vigilancia Epidemiológica. Departamento Sistema de Información y Estadística.Ministerio de Salud.

CUADRO 18.4

MORBILIDAD POR ENFERMEDADES DE DECLARACION OBLIGATORIA AÑO 1988 (Tasas por 100.000 habitantes)

CAUSA	No.	TASA
SIDA	51	1,78
Shigelosis	40	1,40
Tétanos	4	0,14
Tosferina	95	3,31
Toxoplasmosis	54	1,88
Tracoma	-	-
Tripanosomiasis (enfermedades de Chagas)	3	0,10
Triquinosis	-	-
Tuberculosis	226	7,89
Uretritis no gonocóccica	2.160	75,41
Varicela	7.828	273,15
Virosis aguda de las vías respiratorias	72.404	2.526,47
Venéreas	-	-
Enfermedades gonocóccica	5.035	175.69
Chancro blando	284	9,91
Chancro sin etiología específica	19	0,66
Sífilis	1.716	59,88
Linfogranuloma venéreo	1	0,03

NOTA: El acumulativo incluye los reportes atrasados y revisados de las semanas previas.
No hubo casos registrados de las siguientes enfermedades: Cólera, Dengue, Fiebre amarilla, Peste, Rabia Humana, Tifus exantemáticos, Tifus Murino. P. Murino, Polio, Antrax.

FUENTE: Departamento de Estadística.
Sección Vigilancia Epidemiológica.

CUADRO 18.5

MORTALIDAD INFANTIL
POR LAS CINCO PRIMERAS CAUSAS ESPECIFICAS EN 1970
SEGUIMIENTO AÑOS 1970, 1975, 1980, 1985 Y 1989
(Tasa por 1.000 nacimientos)

Causas específicas	1970			1975			1980			1985			1989*		
	No.	Tasa	R	No.	Tasa	R	No.	Tasa	R	No.	Tasa	R	No.	Tasa	R
TOTAL	3.560	61,6		2.202	37,9		1.337	19,1		1.490	17,7		1.114	13,5	
Gastroenteritis y colitis (diarrea)	962	16,7	1	402	6,9	1	95	1,4	4	79	0,9	6	55	0,7	5
Bronconeumonía no especificada	392	6,8	2	157	2,7	4	99	1,4	3	76	0,9	7	32	0,4	9
Inmaturidad calificada	391	6,8	3	212	3,6	2	87	1,2	5	119	1,4	3	78	1,0	2
Septicemia del recién nacido	141	2,4	4	126	2,2	5	35	0,5	10	93	1,1	4	74	0,9	3
Tétanos	137	2,4	5	70	1,2	9	2	0,03	—	1	0,01	—	—	—	
Las demás causas	1.537	26,6		1.235	21,2		1.019	14,6		1.122	13,3		875	10,6	

Síndrome de dificultad respiratoria en primer lugar con una tasa de 1,2, Anomalías congénitas cuarto lugar con tasa de 0,7 en 1989.

* Estimación con base en los tres primeros trimestres del año.

FUENTE: Departamento de Estadística. Ministerio de Salud.

CUADRO 18.6

MORTALIDAD PROPORCIONAL EN MENORES DE CINCO AÑOS POR AÑO, SEGUN REGIONES DE SALUD AÑOS 1980-1989

Años	Nacional	Central Sur	Central Norte	Huertar Norte	Chorotega	Huetar Atlant.	Brunca
1980	17,19	15,18	13,06	26,74	21,89	24,29	24,38
1981	17,15	15,33	12,88	24,01	21,24	26,71	23,26
1982	17,38	15,65	13,38	24,27	20,70	23,27	28,14
1983	17,22	15,27	13,44	24,36	20,88	25,41	25,15
1984	16,59	14,24	13,15	22,38	17,26	28,20	27,09
1985	16,17	14,23	12,45	22,77	20,05	21,38	26,64
1986	16,45	14,17	12,17	24,00	20,12	25,36	25,52
1987	15,37	13,03	11,45	24,04	19,03	21,02	25,09
1988	13,30	11,22	10,17	17,73	16,06	19,26	24,49
1989*	12,02	11,25	9,37	15,04	12,69	17,74	18,41

* Estimación con base en los tres primeros trimestres del año.
FUENTE: Departamento de Estadística. Ministerio de Salud.

CUADRO 18.7

EVOLUCION DE LA MORTALIDAD MATERNA, PERINATAL E INFANTIL SEGUN SUS COMPONENTES AÑOS 1980-1989 (Tasa por 1.000 nacimientos)

Años	Mortalidad					
	Materna	Perinatal	Infantil	Precoz	Neonatal	Residual
1980	0,2	18,1	19,1	9,2	11,2	7,9
1981	0,4	17,6	17,9	8,7	10,7	7,2
1982	0,3	20,4	18,8	9,3	11,1	7,9
1983	0,3	18,6	18,6	9,3	11,3	7,4
1984	0,2	19,5	18,7	9,5	11,7	7,0
1985	0,2	17,9	17,7	8,8	11,2	6,5
1986	0,4	18,8	17,8	8,6	10,5	7,3
1987	0,2	16,9	17,4	8,3	10,1	7,3
1988	0,2	16,4	14,7	7,5	9,4	5,3
1989*	0,2	16,2	13,5	6,8	8,4	5,0

* Estimación con base en los tres primeros trimestres del año.
FUENTE: Departamento de Estadística.

CUADRO 18.8

MORTALIDAD POR LAS CINCO PRIMERAS CAUSAS ESPECIFICAS EN 1970
SEGUIMIENTO AÑOS 1970, 1975, 1980, 1985 Y 1989
(Tasa por 1.000 nacimientos)

Causas especificas	1970			1975			1980			1985			1989*		
	No.	Tasa	R	No.	Tasa	R	No.	Tasa	R	No.	Tasa	R	No.	Tasa	R
TOTAL	11.504	66,6		9.615	48,8		9.273	41,2		10.493	39,7		11.008	37,6	
Gastroenteritis y colitis (diarrea)	1.208	7,0	1	496	2,5	2	118	0,5	15	148	0,6	16	124	0,4	8
Bronconeumonía no especificada	853	4,9	2	389	2,0	3	310	1,4	4	229	0,9	6	188	0,6	6
Otras formas de insuficiencia miocárdica	443	2,6	3	157	0,8	10	180	0,8	9	189	0,7	8	164	0,6	7
Infarto agudo al miocardio	442	2,4	4	540	2,7	1	634	2,8	1	922	3,5	1	888	3,0	1
Tumor maligno del estómago	353	2,0	5	389	2,0	4	377	1,7	3	556	2,1	3	655	2,2	2
Las de más causas	8.225	47,6		7.644	38,8		7.654	34,0		8.449	32,0		8.989	30,6	

En 1989 el tercer lugar lo ocupó la arterosclerosis coronaria con una tasa 1.7.
El cuarto lugar la enfermedad cerebrovascular aguda pero mal definida con una tasa de 1.2.
El quinto lugar la enfermedad pulmonar obstructiva con una tasa de 1.0.
* Estimación con base en los tres primeros trimestres del año.
FUENTE: Departamento de Estadística. Ministerio de Salud.

CUADRO 18.9

MORTALIDAD POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO
AÑO: 1989*
(Tasa por 10.000 habitantes)

Grupos de edad	Total			Masculino			Femenino		
	No.	Tasa	%	No.	Tasa	%	No.	Tasa	%
Total	11.008	37,4	100,0	6.363	42,8	100,0	4.645	31,9	100,0
Menores de 1 año**	1.114	13,5	10,1	638	15,1	10,0	476	11,8	10,3
1–4	216	7,0	2,0	108	6,9	1,7	108	7,2	2,3
5–9	106	3,0	1,0	55	3,0	0,9	51	2,9	1,1
10–14	87	2,7	0,8	55	3,4	0,9	32	2,0	0,7
15–19	151	5,4	1,4	108	7,5	1,7	43	3,1	0,9
20–24	212	7,3	1,9	145	9,8	2,3	67	4,7	1,4
25–29	239	8,6	2,2	183	13,0	2,9	56	4,1	1,2
30–34	268	11,5	2,4	193	16,4	3,0	75	6,5	1,6
35–39	281	15,4	2,5	195	21,1	3,0	86	9,5	1,9
40–44	293	20,8	2,7	187	26,4	2,9	106	15,1	2,3
45–49	323	29,6	2,9	197	35,9	3,1	126	23,1	2,7
50 y más	7.718	217,8	70,1	4,299	250,9	67,6	3.419	186,8	73,6

* Estimación con base en los tres primeros trimestres del año.
**Tasa por 1.000 nacimientos.
FUENTE: Departamento de Estadística. Ministerio de Salud.

CUADRO 18.10

MORTALIDAD POR GRUPOS DE CAUSAS
AÑOS 1970, 1975, 1980, 1985 Y 1989
(Tasa por 1.000 habitantes)

Grupo de causas	1970		1975		1980		1985		1989*	
	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa
TOTAL	11.504	66,5	9.615	48,8	9.273	40,6	10.493	39,7	11.008	37,4
Enfermedades infecciosas y parasitarias	2.362	13,6	1.036	5,3	348	1,5	353	1,3	320	1,1
Enfermedades de las glándulas endocrinas del metabolismo y trastornos de la inmunidad	281	1,6	466	2,4	307	1,3	270	1,0	442	1,5
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	121	0,7	56	0,3	39	0,2	41	0,2	43	0,2
Trastornos mentales	62	0,4	64	0,3	53	0,2	49	0,2	2	0,01
Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos	173	1,0	201	1,0	156	0,7	203	0,8	259	0,9
Enfermedades del aparato circulatorio	2.243	13,0	2.106	10,7	2.347	10,3	2.972	11,2	3.157	10,7
Enfermedades del aparato respiratorio	1.584	9,2	1.063	5,4	944	4,1	1.077	4,1	1.055	3,6
Enfermedades del aparato digestivo	429	2,5	414	2,1	426	1,9	396	1,5	602	2,0
Enfermedades del aparato genitourinario	124	0,7	162	0,8	156	0,7	202	0,8	200	0,7
Complicaciones del embarazo el parto y del puerperio(1)	55	1,0	41	0,7	16	0,2	29	0,3	21	0,2
Enfermedades de la piel y del tejido celular subcutáneo	27	0,2	32	0,2	28	0,1	68	0,2	47	0,2
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	27	0,2	34	0,2	24	0,1	46	0,2	49	0,2
Anomalías congénitas	183	1,1	241	1,2	309	1,4	386	1,5	446	1,5
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	643	3,7	531	2,7	550	2,4	759	2,9	495	1,7
Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos	1.281	7,4	773	3,9	784	3,4	384	1,4	158	0,5
Clasificación suplementaria de causas externas de traumatismos y envenenamiento	763	4,4	1.011	5,1	1.237	5,4	1.148	4,3	1.314	4,5

(1) Tasa por 1000 nacimientos.
* Estimación con base en los tres primeros trimestres del año.
FUENTE: Departamento de Estadística. Ministerio de Salud.
NOTA: Sumando el total de casos fallecidos en 1989 por las diversas causas ahí señaladas obtenemos 8610 casos, únicamente por Cáncer del Aparato Digestivo fallecieron 1065 pacientes en ese año. Creemos que aquí no están colocados las 2346 personas que fallecieron de Cáncer en 1989.

CUADRO 18.11

MORTALIDAD POR LAS DIEZ LOCALIZACIONES DE TUMORES MALIGNOS MAS FRECUENTES AÑOS 1970, 1975, 1980, 1985 Y 1989 (Tasa por 100.000 habitantes)**

Localización	1970			1975			1980			1985			1989*		
	No.	Tasa	R	No.	Tasa	R	No.	Tasa	R	No.	Tasa	R	No.	Tasa	R
TOTAL	1.121	65,0		1.356	68,9		1.503	66,0		2.093	79,2		2.346	79,8	
Estómago	354	20,5	1	389	19,8	1	377	16,6	1	556	21,0	1	655	22,3	1
Leucemias	68	3,9	2	81	4,1	3	83	3,6	3	109	4,1	4	121	4,1	4
Cuello del útero	50	5,7	3	54	5,4	5	76	6,7	4	99	7,6	6	105	7,2	7
Tráquea, bronquios y pulmón	50	2,9	3	97	4,9	2	118	5,2	2	169	6,4	2	201	6,8	2
Vesícula biliar y vías biliares extrahepáticas	37	2,1	4	18	0,9	13	36	1,6	10	57	2,2	10	51	1,7	12
Glándula prostática	36	4,1	5	49	5,0	6	76	6,6	4	96	7,2	7	136	9,1	3
Mama femenina	34	3,8	6	56	5,6	4	70	6,2	5	111	8,5	3	109	7,5	6
Cuerpo del útero	34	3,8	6	27	2,7	9	14	1,2	17	9	0,7	26	8	0,6	26
Esófago	29	1,7	7	41	2,1	7	26	1,1	12	51	1,9	12	55	1,9	11
Páncreas	27	1,6	8	54	2,7	5	57	2,5	7	84	3,2	8	91	3,1	8
Linfosarcomas y reticulosarcomas	21	1,2	9	9	0,5	19	16	0,7	16	36	1,4	14	13	0,4	23
Encéfalo	20	1,2	10	20	1,0	11	47	2,1	9	52	2,0	11	79	0,7	10
Cólon	—	—	—	31	1,6	8	48	2,1	8	80	3,0	9	84	2,9	9
Hígado y conductos biliares intrahepáticos	—	—	—	22	1,1	10	63	2,8	6	107	4,1	5	115	3,9	5
Otras localizaciones	361	20,9		408	20,7		396	17,4		477	18,1		523	17,8	

* Estimación con base en los tres primeros trimestres del año.

** El autor cree que se refieren a tasas por 100.000/h y como tal está corregido de la memoria de 1989.

FUENTE: Registro Nacional de Tumores, Departamento de Estadística. Ministerio de Salud.

CUADRO 18.12

MORTALIDAD POR LAS DIEZ LOCALIZACIONES DE TUMORES MALIGNOS MAS FRECUENTES EN LA POBLACION FEMENINA AÑOS 1970, 1975, 1980, 1985 Y 1989 (Tasa por 100.000 mujeres)

Localización	1970			1975			1980			1985			1989*		
	No.	Tasa	R	No.	Tasa	R	No.	Tasa	R	No.	Tasa	R	No.	Tasa	R
TOTAL	556	62,8		602	60,0		653	57,9		959	73,4		1.002	68,9	
Estómago	138	15,6	1	131	13,1	1	114	10,1	1	201	15,4	1	219	15,1	1
Cuello del útero	50	5,7	2	54	5,4	3	76	6,7	2	99	7,6	3	105	7,2	3
Leucemias	37	4,2	3	36	3,4	4	36	3,2	5	50	3,8	5	50	3,4	5
Cuerpo del útero	34	3,8	4	27	2,7	6	14	1,2	13	9	0,7	19	8	0,6	17
Mama	33	3,7	5	56	5,6	2	70	6,2	3	11	8,5	2	109	7,5	2
Vesícula biliar y vías biliares extrahepáticas	22	2,5	6	11	1,1	9	25	2,2	7	34	2,6	8	34	2,5	9
Tráquea, bronquios y pulmón	21	2,4	7	34	3,4	5	40	3,5	4	51	3,9	4	73	5,0	4
Ovario, trompa de falopio y ligamento ancho	13	1,5	8	10	1,0	10	17	1,5	11	31	2,4	10	33	2,3	10
Esófago	11	1,2	9	11	1,1	9	5	0,4	17	22	1,7	12	14	2,8	15
Encéfalo	10	1,1	10	8	0,8	11	23	2,0	9	28	2,1	11	30	3,3	11
Páncreas	—	—	—	22	2,2	7	19	1,7	10	36	2,8	7	45	3,0	7
Colon	—	—	—	14	1,4	8	27	2,4	6	32	2,4	9	49	3,4	6
Hígado y conductos biliares intrahepáticos	—	—	—	—	—	—	24	2,1	8	48	3,7	6	40	2,8	8
Utero sin especificar la parte	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	26	1,9	13
Otras localizaciones	187	21,1		188	18,7		163	14,5		207	15,8		176	12,1	

* Estimación con base en los tres trimeros trimestres del año.

FUENTE: Registro Nacional de Tumores. Departamento de Estadística. Ministerio de Salud. Dirección General de Estadística y Censos.

CUADRO 18.13

MORTALIDAD POR LAS DIEZ LOCALIZACIONES DE TUMORES MALIGNOS MAS FRECUENTES EN LA POBLACION MASCULINA AÑOS 1970, 1975, 1980, 1985 Y 1989 (Tasa por 100.000 varones)**

Localización	1970			1975			1980			1985			1989*		
	No.	Tasa	R	No.	Tasa	R	No.	Tasa	R	No.	Tasa	R	No.	Tasa	R
TOTAL	566	64,5		754	76,2		850	73,8		1.134	85,0		1.344	90,4	
Estómago	216	24,6	1	258	26,1	1	263	22,8	1	355	26,6	1	426	29,3	1
Próstata	36	4,1	2	49	5,0	3	76	6,6	3	96	7,2	3	136	9,1	2
Leucemias	31	3,5	3	45	4,6	4	47	40,8	4	59	4,4	4	68	4,6	5
Tráquea, bronquios y pulmón	29	3,3	4	63	6,4	2	78	6,8	2	118	8,8	2	128	8,6	3
Páncreas	19	2,2	5	32	3,2	5	38	3,3	6	48	3,6	5	46	3,1	7
Esófago	18	2,1	6	30	3,0	6	21	1,8	7	29	2,2	6	41	2,8	8
Linfosarcomas y reticulosarcomas	16	1,8	7	7	0,7	13	11	1,0	12	20	1,5	9	9	0,6	16
Vesícula biliar y vías biliares extrahepáticas	15	1,7	8	7	0,7	13	11	1,0	12	23	1,7	8	17	1,1	12
Enfermedad de Hodgkin	14	1,6	9	10	1,0	11	14	1,2	10	20	1,5	9	20	1,3	10
Encéfalo	10	1,1	10	12	1,2	10	24	2,1	8	24	1,8	7	49	3,3	6
Recto, unión rectosigmoidea	—	—	—	—	—	—	—	—	—	24	1,8	7	24	1,6	10
Vejiga	—	—	—	—	—	—	16	1,4	9	17	1,3	11	17	1,1	12
Instetino grueso excepto recto	—	—	—	17	1,7	7	21	1,8	7	48	3,6	5	35	2,4	9
Laringe	—	—	—	13	1,3	9	12	1,0	11	15	1,1	12	35	2,4	9
Hígado y conductos biliares intrahepáticos	—	—	—	14	1,4	8	39	3,4	5	59	4,4	4	75	5,0	4
Mieloma múltiple	—	—	—	—	—	—	—	—	—	19	1,4	10	16	1,1	13
Otras localizaciones	162	18,5		197	19,9		179	15,6		160	12,0		192	12,9	

* Estimación con base en los tres primeros trimestres del Salud.

** Corregido de la Memoria de 1989, por el autor, ya que parecen corresponder a Tasas por 100.000/h.

FUENTE: Registro Nacional de Tumores, Departamento de Estadística, Ministerio de Salud.

CUADRO 18.14

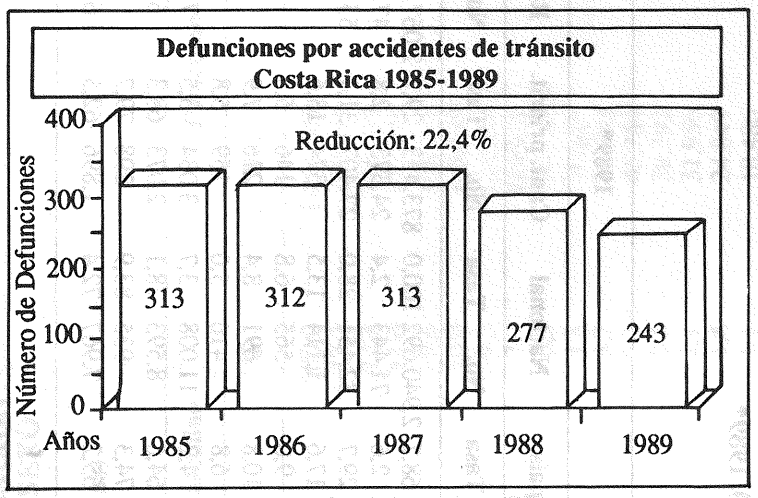
MORTALIDAD POR ACCIDENTES SEGUN CAUSA ESPECIFICA AÑOS 1970, 1975, 1980, 1985 Y 1989 (Tasa por 10.000 habitantes)

Causa específica	1970		1975		1980		1985		1989*	
	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa
TOTAL ACCIDENTES Y ENVENENAMIENTOS	763	4,4	1.011	5,1	1.237	5,4	1.148	4,4	1.288	4,4
TOTAL ACCIDENTES	660	3,8	816	4,2	918	4,0	836	3,2	920	3,1
Accidentes de tráfico de vehículos de motor	265	1,5	325	1,6	419	1,8	365	1,4	380	1,3
Accidentes causados por sumerción, sofocación y cuerpos extraños	163	0,9	211	1,1	168	0,8	154	0,6	178	0,6
Caídas accidentales	47	0,3	69	0,4	155	0,7	182	0,7	176	0,6
Otros accidentes	73	0,4	115	0,6	96	0,4	81	0,3	86	0,3
Envenenamiento accidental por otras sustancias sólidas y líquidas	24	0,1	29	0,2	6	0,03	3	0,01	27	0,1
Accidentes debido a factores naturales y del ambiente	31	0,2	25	0,1	16	0,07	18	0,07	26	0,1
Accidentes causados por el fuego	10	0,06	6	0,03	13	0,06	2	0,01	11	0,04
Accidentes por otros vehículos de carretera	2	0,01	2	0,01	15	0,07	24	0,1	18	0,06
Accidentes de ferrocarril	18	0,1	21	0,1	18	0,08	5	0,02	11	0,04
Accidentes de transporte aéreo y espacial	17	0,1	11	0,06	3	0,01	—	—	4	0,01
Accidentes de transporte por agua	4	0,02	1	0,01	—	—	—	—	—	—
Efectos tardíos de las lesiones accidentales	—	—	—	—	—	—	—	—	2	0,01
Accidentes de vehículos de motor no debidos al tráfico	6	0,03	1	0,01	9	0,04	2	0,01	1	0,003
Accidentes durante la atención médica y quirúrgica	1	0,01	2	0,01	—	—	1	0,004	1	0,003
Suicidio y lesiones autoinflingidas	41	0,2	81	0,4	122	0,5	129	0,5	164	0,6
Homicidio y lesiones autoinflingidas intencionalmente por otra persona	61	0,4	94	0,5	130	0,6	127	0,5	118	0,4
Las demás causas	—	—	18	0,09	67	0,3	55	0,2	85	0,3

* Estimación con base en los tres primeros trimestres del año.

FUENTE:: Departamento de Estadística. Ministerio de Salud.

GRAFICO 18.1



FUENTE: I.N.S.

CUADRO 18.15

EVOLUCION DE LA NATALIDAD
POR REGIONES DE SALUD
AÑOS 1980 - 1989
(Tasa por 1.000 habitantes)

Años	Nac.	REGIONES					
		Central Sur	Cent. Norte	Huetar Norte	Chorotega	Huet.Atlant.	Brunca
1980	31,1	29,8	30,7	34,9	29,9	36,1	34,8
1981	31,3	30,8	31,0	32,7	29,2	35,5	34,1
1982	30,8	29,4	29,7	36,4	28,6	37,2	36,1
1983	30,0	28,0	29,4	34,9	27,4	39,2	34,7
1984	30,0	28,5	27,5	34,6	29,8	36,1	36,5
1985	31,9	30,6	28,6	37,5	32,9	39,2	37,4
1986	30,6	29,3	27,8	37,0	30,6	37,9	35,6
1987	28,8	28,1	26,3	34,4	28,1	34,5	32,7
1988	28,5	27,7	26,1	33,2	28,9	33,0	32,7
1989*	28,0	27,7	25,1	32,4	28,1	32,9	33,1

*Estimación con base en los tres primeros trimestres del año.
FUENTE: Departamento de Estadística.

CUADRO 18.16

ALGUNOS INDICADORES DEMOGRAFICOS NIVEL NACIONAL CANTONES PRIORITARIOS Y RESTO DEL PAIS AÑOS 1980, 1989*
(Tasa por 1.000)

Indicadores	1980						1989*					
	Nacional		Cant. priorit.		Resto país		Nacional		Cant. priorit.		Resto país	
	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa
Población	2.284.495	100,0	703.756	31,3	1.580.739	68,7	2.940.692	100,0	873.433	29,7	2.067.259	70,3
Crecimiento Natural	60.729	2,7	20.354	2,9	40.375	2,6	71.443	2,4	24.373	2,8	47.070	2,3
Tasa de Natalidad	69.992	30,6	22.996	32,7	46.996	29,7	82.451	28,0	27.407	31,4	55.044	26,6
Tasa de Mortalidad Infantil	1.337	19,1	509	22,1	828	17,6	1.114	13,5	374	13,6	740	13,4
Tasa de Mortalidad Precoz	645	9.2	223	9,7	422	9,0	565	6,8	146	5,3	419	7,5
Tasa de Mortalidad Neonatal	782	11,2	274	11,9	508	10,8	691	8,4	216	7,9	475	8,6
Tasa de Mortalidad Residual	555	7,9	235	10,2	320	6,8	416	5,0	159	5,8	257	4,7
Tasa de Mortalidad General	9.273	4,1	2.642	3,8	6.631	4,2	11.008	3,7	3.034	3,5	7.974	3,9
Mortalidad General con Asistencia Médica	5.579	60,2	1.301	49,2	4.278	64,6	8.593	78,1	2.073	68,3	6.520	81,8
Mortalidad Infantil con Asistencia Médica	948	70,9	333	65,4	615	74,3	935	83,9	298	79,7	637	86,9
Mortalidad Proporcional de 50 años y más	5.691	61,4	1.367	51,7	4.324	65,2	7.967	72,4	1.896	62,5	6.071	76,1

* Estimación con base en los tres primeros trimestres del año.
FUENTE: Departamento de Estadística. Ministerio de Salud.

CUADRO 18.17

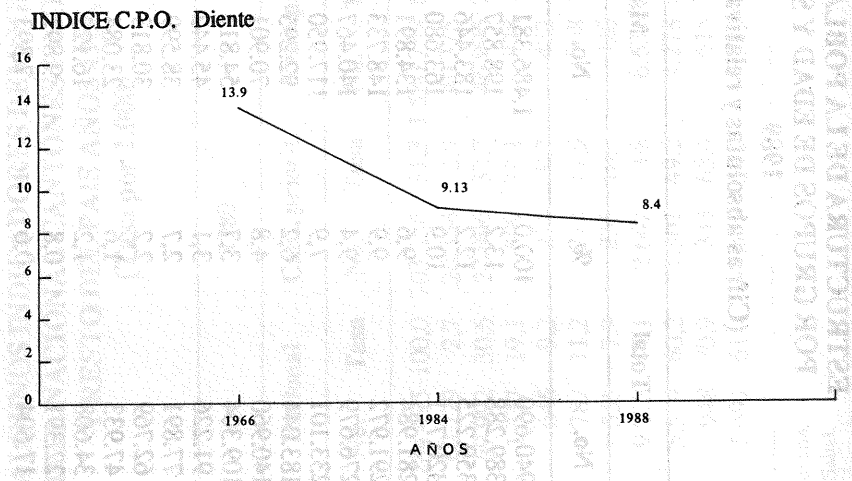
ESTRUCTURA DE LA POBLACION POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO 1989 (Cifras absolutas y relativas)

Grupo de edad	Total		Masculino		Femenino	
	No.	%	No.	%	No.	%
TOTAL	2.940.690	100,0	1.486.381	100,0	1.454.309	100,0
0–4	389.288	13,2	198.857	13,3	190.431	13,1
5–9	359.225	12,2	183.446	12,3	175.779	12,1
10–14	320.711	10,9	163.680	11,0	157.031	10,8
15–19	281.984	9,6	134.891	9,6	138.093	9,5
20–24	291.972	9,9	148.733	10,0	143.239	9,8
25-29	276.679	9,4	140.467	9,5	136.212	9,4
30–34	233.101	7,9	117.950	7,9	115.151	7,9
35–39	183.044	6,2	92.295	6,2	90.749	6,2
40–44	140.960	4,8	70.901	4,8	70.059	4,8
45–49	109.304	3,7	54.811	3,7	54.493	3,7
50–54	91.226	3,1	45.442	3,1	45.784	3,2
55–59	77.891	2,7	38.599	2,6	39.292	2,7
60–64	62.769	2,2	30.813	2,1	31.956	2,2
65–69	47.933	1,6	23.084	1,6	24.849	1,7
70–74	34.608	1,2	16.122	1,1	18.486	1,3
75–79	22.391	0,8	9.897	0,7	12.494	0,9
80 y más	17.604	0,6	7.393	0,5	10.211	0,7

FUENTE: CELADE.

GRAFICO 18.2

Indice de caries en niños de 12 años
Costa Rica 1966, 1984, 1988



FUENTE: Depto. de Odontología
Ministerio de Salud
Depto. de Informática JBA

Capítulo 19

PAPEL DE LA ENFERMERA EN LA SALUD Y LA SEGURIDAD SOCIAL

Licenciada Lilliana Picado Espinoza

Capítulo 19

PAPEL DE LA ENFERMERA EN LA SALUD Y LA SEGURIDAD SOCIAL

PAPEL DE LA ENFERMERA EN LA SALUD Y LA SEGURIDAD SOCIAL

Licenciada Lilliana Picado Espinoza

19.1 SALUD Y PRACTICA DE SALUD

La conceptualización es una forma de reducir la complejidad de nuestra experiencia y hacerla unificada y manejable. El concepto de salud no está exento de ello.

La salud es considerada como un fenómeno universal, variable, relativo y no tiene definición absoluta o general. Lo que para una persona es salud para otra puede ser enfermedad e incluso lo es para la misma persona, en otro momento dado.

La conceptualización de función normal fisiológica y de la conducta depende a su vez de las necesidades impuestas por el ambiente, en la naturaleza de las instituciones de atención a la salud, en una sociedad y en el contexto cultural en el que se definen los problemas de la salud. Esta definición ha evolucionado al ir cambiando las sociedades y tecnologías y difiere de un grupo social a otro.

Los más recientes intentos de definir la salud han tenido en cuenta al hombre como ser biopsicosocial en relación con los componentes biopsicosociales de su ambiente.

En el año 1946, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el preámbulo a su constitución hizo un intento incial de ampliar la definición de salud, diciendo que es *un estado de completo bienestar físico, social y mental y no simplemente la ausencia de la enfermedad o achaques*[1]. Dunn (1959) atacó el problema con más energía, alegando que existe una diferencia entre buena salud y bienestar. Definió a la primera como un estado pasivo de adaptabilidad al medio. El bienestar en cambio, representa un desarrollo dinámico hacia la realización del potencial individual. El concepto de Dunn es abierto y ofrece un objetivo que está en constante

transformación al ir madurando el individuo y al cambiar su ambiente. Quizás no exista un estado de bienestar óptimo, declaró Dunn (1959), *sino que más bien es una dirección para programar hacia un potencial cada vez más alto de funcionamiento.* En un tono similar Dubos (1959) comentó que:

> la salud perfecta es una ilusión... estar vivo significa luchar por la existencia en la interacción que existe entre el hombre y su ambiente... la ausencia total de la enfermedad y de la lucha es casi imposible con el proceso de vivir... la salud es un estado en modificación y lucha constante al cambiar la sociedad y el medio ambiente.

Engel (1962) también presentó una definición de salud semejante a la de Dubos: *la salud existe.* Sostiene que cuando el organismo se está adaptando con éxito a su ambiente y es capaz de conservar este estado libre de una excitación indebida, capaz de perfección, progreso y actividad en un sentido íntegro y eficaz... Es un proceso activo, dinámico, que tiene lugar en un ambiente siempre cambiante. Hay una necesidad constante de ajuste y adaptación para mantener este estado frente a las tareas impuestas desde el exterior o desde el interior del mismo organismo.

Roger (1960) considera que en su definición de salud, hay dos tipos básicos de ambiente que pueden afectar el estado de salud de una persona:

a) El ambiente material que se compone de: 1º) factores somáticos intrínsecos, como la edad, el sexo, las características hereditarias, y de 2º) factores extrínsecos como los ambientes físicos, biológicos y social.
b) El ambiente no material que también contiene factores extrínsecos e intrínsecos, como la mentalidad inherente, el temperamento, los factores que afectan a lo consciente y/o inconsciente del hombre, sus creencias, valores, objetivos, ideologías, normas sociales y experiencias, como la socialización, la educación, los traumas, las tensiones y las satisfacciones y recompensas.

Roger considera la salud como un espectro que se extiende desde la salud perfecta a la ausencia completa de salud o muerte. El hombre se mueve en la escala hacia arriba y hacia abajo y entre los dos extremos se encuentran todos los grados de salud.

En 1961, Dunn concibe la salud como una entidad afectada por el propio ambiente. Considera la salud como proceso dinámico y la define en términos de bienestar de nivel elevado.

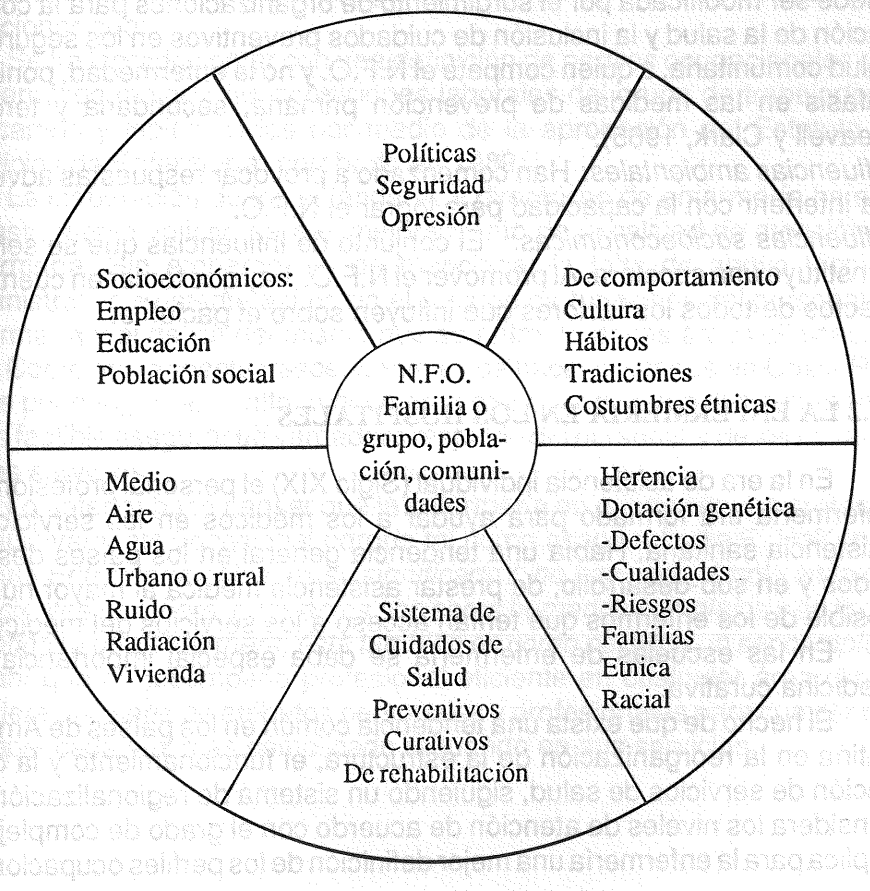
El bienestar de alto nivel en el individuo se define como un método integrado de funcionamiento que está orientado a llevar al máximo el potencial para que el individuo mantenga una continuidad del equilibrio y de la dirección, con fin determinado, dentro del medio en que está funcionando.

Algunos teóricos postulan que existe otro factor ambiental que es la proporción de cambios en la vida de una persona y que pudiera ser el factor más importante de todos. Los investigadores han intentado diseñar formas de medir el efecto de los cambios de vida, incluyendo cambios en la familia, en el trabajo, en las finanzas, en las relaciones de grupo, en la residencia y en la educación.

El término nivel funcional óptimo (N.F.O.) se ha adoptado como definición de salud. De acuerdo con este nivel, el epicentro que se debe tener en cuenta para definir la salud debería ser las capacidades del individuo y no sus incapacidades. Este énfasis es análogo al "bienestar de alto nivel" (Dunn 1961). Todo individuo tiene su propio N.F.O. y lucha por lograrlo y conservarlo. [2]

En la figura de Blum (1974), se muestra algunas de las influencias del ecosistema que obran sobre el N.F.O. y por lo tanto influyen en el mismo; a saber: políticas del comportamiento, hereditarias, del sistema de prestación de servicios, ambientales y socioeconómicas.

FIGURA DE BLUM (1974)



Influencias políticas: Estas influencias tienen gran efecto sobre el clima social en que vivimos (las jurisdicciones políticas tienen poder y autoridad para reglamentar mucho de lo que rodea).

Influencias de comportamientos: Los hábitos como fumar, no hacer ejercicios y abuso de algunas sustancias, afectan adversamente nuestro N.F.O. La cultura y la herencia étnica conforman gran parte de nuestro estilo de vida, comprendido lo que comemos y muchas de nuestras actitudes hacia quienes nos rodean.

Influencias hereditarias: Las habilidades y potenciales determinadas por la herencia, suelen ser menos modificables que otras influencias. Pero avanza el conocimiento de la genética y de las posibles intervenciones para evitar o al menos minimizar sus efectos. Hoy se dispone de una mejor asesoría genética, pero todavía es inadecuada para hacer frente a las necesidades de la población.

Influencias del sistema de prestación de servicios de salud: El sistema de prestación de servicios de salud realmente desempeña un papel secundario en el conjunto de factores que afectan el N.F.O. Se trata más de un sistema orientado hacia la enfermedad que hacia la salud o el N.F.O. Esta situación puede ser modificada por el surgimiento de organizaciones para la conservación de la salud y la inclusión de cuidados preventivos en los seguros de salud comunitaria, a quien compete el N.F.O. y no la enfermedad, poniendo énfasis en las medidas de prevención primaria, secundaria y terciaria (Leavell y Clark, 1965).

Influencias ambientales: Han comenzado a provocar respuestas adversas y a interferir con la capacidad para lograr el N.F.O.

Influencias socioeconómicas: El conjunto de influencias que se señalan constituye una ecosfera. Al promover el N.F.O. hay que tomar en cuenta los efectos de todos los factores que influyen sobre el paciente.

19.2 LA ENFERMERIA EN LOS HOSPITALES

En la era de asistencia individual (Siglo XIX) el personal profesional en enfermería era formado para ayudar a los médicos en los servicios de asistencia sanitaria. Había una tendencia general en los países desarrollados y en sub-desarrollo, de prestar asistencia médica al mayor número posible de los enfermos que tenían acceso a los servicios del médico.

En las escuelas de enfermería se daba especial importancia a la medicina curativa.

El hecho de que exista una tendencia común en los países de América Latina en la reorganización de la estructura, el funcionamiento y la distribución de servicios de salud, siguiendo un sistema de regionalización que considera los niveles de atención de acuerdo con el grado de complejidad, implica para la enfermería una mejor definición de los perfiles ocupacionales

en cada nivel. Existe un deterioro de la atención de enfermería en el II y III niveles, especialmente intrahospitalario que debe superarse.

Si se realiza un análisis global del contexto del "rol" del profesional de enfermería en América Latina, se puede considerar que en esta área crítica, confluyen aspectos como los siguientes, señalados en el informe final del Documento *Reunión Regional del Grupo Consultor sobre educación de enfermería:*[3]

a) Falta de un sistema de enfermería que identifique y legitime los diferentes perfiles ocupacionales y deficiencia en las condiciones señaladas.
b) Ausencia de apoyo técnico-administrativo para las actividades de supervisión y evaluación de la atención de enfermería.
c) Falta de un marco jurídico legal que permita no solamente un respaldo a sus practicantes sino que asegure a los usuarios la calidad de atención de los servicios de enfermería.

Se puede decir que nuestro país ha hecho esfuerzos por superar las señaladas deficiencias y sin vanagloriarse de los logros obtenidos se puede mencionar que:

Se ha logrado contar con una definición de perfiles ocupacionales que ha permitido mejorar las condiciones laborales del grupo de trabajadores del campo y legitimizarlas por medio de la aprobación del Estatuto de Servicios de Enfermería, aprobado en 1989.

La elaboración de los estándares y directrices de enfermería ha sido un instrumento valioso para el mejoramiento de la calidad de atención de enfermería. Sin embargo, es de mencionar la falta de apoyo técnico-administrativo existente así como el recargo de funciones del personal de enfermería y el déficit del mismo que se enfrenta en las áreas clínicas.

Como otro aspecto trascendente es de hacer notar que en Costa Rica no se puede ignorar el alto avance en materia jurídico-legal; sin embargo, no es factible asegurar un verdadero respaldo del personal y de los usuarios de los servicios.

Lo anterior hace pensar que la enfermería no puede ser una profesión exhaustivamente vocacional porque tal como asegura Lydia E. Hall en su artículo *Enfermería ¿Cuál es su significado?, no hay nada simple en lo que a pacientes se refiere, pues éstos son seres humanos complejos y en lo que se refiere a una enfermera, ésta también es como persona un ser complejo.* De ahí que el desempeño profesional eficiente en cualquier área clínica requiere una serie de atributos personales y profesionales para cumplir con el papel cada vez más complicado requerido en sus servicios.

19.3 LA ENFERMERIA EN LA ATENCION AMBULATORIA

La mayoría de los países del mundo están dirigiendo sus esfuerzos hacia el logro de la Meta APT/2000 y se ha obtenido resultados sorprendentes y efectivos en las formas de abordaje de los problemas de salud de la población.

Entre las implicaciones que produce la adopción de la estrategia de atención primaria de salud para cumplir con la citada meta, se puede citar la importancia de cada componente de la estructura de los servicios de salud y entre éstos se destaca el recurso humano como elemento trascendente.

En Costa Rica al igual que en otros países, el profesional de enfermería ha debido desempeñar un papel tradicionalmente en el área asistencial, pero a diferencia de otros profesionales del área de salud, nunca ha descuidado el aspecto comunitario de las acciones de enfermería y la importancia que reviste la prevención en sus diferentes niveles, aún en épocas en que la medicina ha mantenido un énfasis asistencial.

Las directrices del Colegio de Enfermeras elaboradas en 1982 y aprobadas en el VII Congreso Nacional de Enfermería en Costa Rica, señalan claramente lo siguiente:[4]

La práctica y la enseñanza de enfermería deberán orientarse a:

a) Atender necesidades de salud de grupos de población cuyas características principales son el hacinamiento o la dispersión, la poca accesibilidad y condiciones de vida aún no plenamente desarrolladas.
b) Proporcionar una atención de enfermería basada en conocimientos amplios y profundos de las Ciencias de la Salud Pública para que haya un buen nivel de comprensión del "ancestro" cultural de la población con la cual trabaja y utilizar estos conocimientos para integrarse eficazmente con otros profesionales de la salud y lograr buena comunicación con la comunidad.
c) Contribuir a la atención integral de los problemas más frecuentes de salud de la comunidad, con intervención clínica y epidemiológica intra y extra-mural.
d) Vigilar el estado de salud de grupos de población y de la población como un todo, incluyendo el de pacientes ambulatorios de bajo, mediano y alto riesgo.
e) Desarrollar y aplicar tecnologías apropiadas para diagnosticar el estado de salud de grupos de población en riesgo, planificar, ejecutar y evaluar los programas de enfermería correspondientes.
f) Manejar la atención de enfermería con enfoque epidemiológico para asegurar una concepción global de los problemas de salud, que oriente las acciones de promoción, prevención, recuperación

y rehabilitación de la salud y dirigida a servicios extramuro que garanticen la atención continua y ambulatoria.

g) Participar en la categorización de riesgos para la salud y de acuerdo con estos, orientar sus servicios a los pacientes ambulatorios y hospitalizados de bajo, mediano y alto riesgo.

h) Utilizar criterios de riesgo para la referencia y contrarreferencia eficaz y oportuna entre instituciones y niveles.

i) Realizar diagnósticos socio-epidemiológicos en su situación de trabajo.

j) Dar atención de enfermería utilizando el concepto de riesgo ecológico.

k) Someter a prueba nuevas formas de expandir los servicios a zonas rurales y marginadas, creando e incorporando nuevos esquemas para la atención de enfermería.

l) Programar la intervención de enfermería en la atención domiciliaria según los diferentes niveles de complejidad en la atención de la salud.

m) Coordinar sus acciones con otras disciplinas y con los niveles inmediatos en beneficio de la calidad de la atención de salud que se presta a la comunidad.

n) Coordinar funcionalmente las acciones de enfermería entre el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social.

o) Integrar sus acciones con el equipo de salud y la comunidad, para el estudio y desarrollo de planes de solución a los problemas de salud ambiental dando prioridad a las actividades preventivas en todas las acciones de enfermería.

p) Integrar actividades con el equipo de salud para el control de la higiene y seguridad del trabajo.

La tendencia a crear nuevos modelos de atención ambulatoria en nuestros servicios de salud, ha obligado a las autoridades de enfermería del país, a dirigir sus esfuerzos para mejorar la atención en ese nivel. En razón de eso, se han efectuado actividades tendientes a revisar y adecuar el papel del personal de enfermería en los servicios ambulatorios, buscando integrarse adecuadamente a ellos, e implementando los cambios que se requieren para así mejorar la calidad de la atención en esos programas.

Considerando que el personal de enfermería constituye uno de los mayores potenciales de recursos humanos dentro del equipo de salud, le corresponde ofrecer una importante contribución en la prestación de servicios. La jefatura de la Sección de Enfermería de la CCSS ha hecho intentos de revisar el papel de enfermería en la consulta externa con el objetivo de adecuarlo a los requerimientos de los cambios sociales y del sistema de prestación de servicios de salud del país.

Como parte de un plan operativo de la citada sección, se llevó a cabo

dos talleres sobre "Definición del papel del personal de enfermería en la Consulta Externa" en julio de 1983 y en noviembre de 1984, ambos con participación de los profesionales de enfermería de Consulta Externa de Hospitales y Clínicas, Supervisores Regionales de Enfermería, Representante de la Sección de Enfermería, Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica, Colegio de Enfermeras y OPS/OMS.

Estas actividades permitieron orientar y definir la posición que le compete asumir a la enfermería para satisfacer las necesidades de atención dando énfasis a las acciones de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación, acordes con las directrices nacionales de enfermería y con las políticas de salud.[5]

Entre las recomendaciones dadas pueden citarse las siguientes:

a) Integración de un Comité en el nivel local multidisciplinario para revisión, actualización y elaboración de normas administrativas específicas y técnicas del funcionamiento en Consulta Externa.
b) Revisión y actualización de las funciones del personal de Enfermería en la Consulta Externa de acuerdo con las políticas de Salud y las Directrices de Enfermería.
c) Establecer en todos los Centros Asistenciales y de Consulta Externa la referencia y Contra-referencia de Enfermería en los niveles de atención de salud.
d) Hacer un estudio de dotación de personal de Enfermería de Consulta Externa para una mejor utilización del recurso humano y responder a las políticas y los programas de salud.
e) Que la enfermera de Consulta Externa se integre en el proceso de planificación y ejecución de los programas de atención en salud en los niveles local, regional y nacional.
f) Estimular en las enfermeras el desarrollo de habilidades en la toma de decisiones.
g) Dar énfasis en los programas de Educación Continua para el Personal de Enfermería en Consulta Externa a todos los niveles y estimular la autocapacitación del mismo.
h) Fomentar y participar en el desarrollo de programas de atención ambulatoria.
i) Seleccionar una Unidad de Consulta Externa para implementar un plan piloto de un modelo de atención integral, con participación del equipo multidisciplinario.
j) Crear comisiones que analicen y publiquen literatura de importancia para enfermería en el campo de la investigación.
k) Que se incentiven los trabajos que Enfermería elabora en investigación con créditos.
l) Que en los programas de educación continua se incorpore el componente de investigación.

m) Hacer efectivo en investigación de Enfermería la integración docencia-servicio.
n) Fomentar la participación de enfermería en investigaciones multidisciplinarias.
o) Capacitar al personal de enfermería para que adopte la investigación como un instrumento de trabajo
p) Que se dé a conocer los recursos existentes en la Institución para llevar a cabo una investigación.
q) Fomentar la educación para la salud en los tres niveles de prevención.
r) Fomentar la investigación operativa en busca de mejoras en la atención directa.
s) Elaborar las Normas de Dotación de Enfermería en Consulta Externa que complementan las de Hospitalización.
t) Elaboración de instrumentos para medir la calidad de atención.

Es importante señalar la actitud de avanzada que ha sido característica del personal de enfermería, en especial cuando se trata de la salud de la población y el apego que se ha mantenido en esta área de atención ambulatoria, al igual que en otras y la satisfacción mostrada por el usuario, la familia y sociedad por los servicios prestados por este grupo profesional.

19.4 LA ENFERMERA EN LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD

Los adelantos científico-técnológicos han propiciado la expansión del papel de la enfermera en la atención primaria. Este papel ampliado se relaciona directamente con el cuidado individualizado y comprensivo del paciente y su familia por medio de la relación directa paciente-familia/ enfermera mediante comunicación y aceptación mutua.

Según Hurd Lemal la enfermera especializada en atención primaria es la que evalúa las necesidades físicas y emocionales del paciente, relacionándola con la familia y el medio; enseña y da consejo y apoyo emocional a las personas con problemas que pueden ser no precisamente físicos; planea y orienta a largo plazo los cuidados a la atención del individuo, refiere el paciente al médico o a instituciones en busca de un adecuado diagnóstico, tratamiento u otra actividad necesaria para la salud.

La expansión de la actividad de la enfermera no es un proceso aislado, debe producirse simultáneo con la revisión y cambio de los "roles" de los otros miembros del equipo de salud que puede provocar una variedad de servicios.

Se considera que la atención primaria es un cuidado continuo que conlleva una relación prolongada entre los profesionales de la salud y los pacientes.

Los miembros del equipo de salud mediante el uso de la atención primaria, proveen una función coordinada e integrada que en gran parte es ofrecida fuera del hospital.

En el seminario sobre "Nuevas dimensiones en el papel de la enfermera en la prestación de atención primaria", celebrado en San José de Costa Rica del 27 de octubre al 3 de noviembre de 1976, se definieron las funciones de la enfermera en APS considerando que:

La enfermera de atención primaria es una generalista cuyos servicios e intervenciones en la atención de la salud integral recaen directamente sobre los individuos, la familia y la comunidad como un todo. Ha alcanzado un grado de competencia que le permite tomar decisiones y compartir responsabilidades con los demás miembros del equipo en la tarea de elevar el nivel de salud de la población a su cargo.

Su desempeño polivalente permite hacer una utilización racional y óptima de este profesional a fin de alcanzar una mayor y más eficaz cobertura a bajo costo, sin aumentar el tiempo de su formación básica.[6]

La atención primaria que presta la enfermera se circunscribe a las normas de los programas prioritarios tales como: la desnutrición, la salud materno infantil, las enfermedades transmisibles, y otras prevalentes, así como el saneamiento del medio.

En el mencionado evento se determinó que las funciones de la enfermera en la atención primaria exigían la realización de las siguientes actividades:

a) Valorar la salud integral del individuo, familia y comunidad incluyendo los hábitos, creencias y formas de vida que inciden en su problemática de salud, involucrando a los usuarios en el proceso de diagnóstico y en las discusiones respecto a las acciones que deben tomarse y cómo deben abordarse.
b) Dar atención directa integral de salud al individuo, familiar, otros grupos de la comunidad y a la comunidad como un todo.
c) Iniciar el tratamiento y otras acciones que entran en el ámbito de su competencia o referirlos a otro nivel. En caso de emergencia, tomar decisiones y actuar según las normas de los programas de salud.
d) Vigilar el proceso de salud-enfermedad de personas con condiciones estabilizadas o de larga duración y llevar a cabo el plan de atención apropiado.
e) Mantener la vigilancia epidemiológica de la comunidad, tomar las medidas pertinentes y mantener informados tanto a la comunidad como al sistema de salud.
f) Establecer y mantener las medidas apropiadas de atención primaria a su alcance para lograr un efecto sobre el estado nutricional de la población.

g) Capacitar e incorporar el individuo, núcleo familiar y comunidad para que puedan identificar y satisfacer necesidades propias y específicas de salud.
h) Capacitar grupos tradicionales y voluntarios para su participación en los programas comunitarios de salud.
i) Propiciar el mejoramiento del ambiente, el estado de salud de la población, el de la comunidad en general y el del núcleo familiar en particular, con la participación de los usuarios y coordinando sus actividades con las de los trabajadores de otros sectores del desarrollo local.
j) Incorporar a los miembros de la comunidad en la toma de decisiones relacionadas con la provisión y evaluación de los servicios de atención primaria de salud.
k) Evaluar permanentemente los resultados de su atención primaria para que pueda realizarse el proceso de retroinformación.

Nueva concepción de las funciones y responsabilidad de la enfermera en atención primaria. Las nuevas dimensiones de las funciones de la enfermera tienen su origen en los siguientes hechos:

a) Un nuevo concepto de la atención de la salud integral que reconoce que la salud del individuo y la población no depende sólo de las acciones del sector salud, sino de las acciones de todos los sectores de la sociedad.
b) La aceptación de que el individuo y la comunidad no sólo tienen el derecho de incidir en el proceso de su propio desarrollo, sino que su participación es decisiva en la obtención y mantenimiento de la salud.

El reconocimiento de que la enfermera es un profesional subutilizado en comparación con su potencial para asumir funciones más directas en la prestación de atención primaria, que antes eran privativas del médico; de esto se deriva que, estando la enfermera llamada a contribuir más directa y eficazmente en el cuidado de la salud, es preciso que incorpore a su ejercicio los siguientes elementos de la atención primaria:

a) El diagnóstico del nivel de salud del individuo y de la comunidad como un todo.
b) La toma de decisiones en situaciones que exigen discernimiento y la ejecución de las soluciones pertinentes.
c) La capacitación del individuo y de la comunidad para identificar y satisfacer sus necesidades.
d) La evaluación conjunta con los usuarios del efecto que las acciones tienen sobre la salud del individuo, grupo y comunidad.

19.5 FORMACION DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA

Conforme a la problemática de salud del país y a las gestiones realizadas por el Gobierno en pro de la Meta SPT/2000, se ha hecho evidente en Costa Rica una reorganización con una visión diferente del fomento de la salud y de la prestación de atención sanitaria. Para alcanzar éxito se requiere formar un personal de salud que actúe con eficacia dentro del nuevo sistema, lo cual tiene consecuencias trascendentes para las instituciones y programas de capacitación.

Es necesario elaborar planes de estudio orientados hacia la comunidad y buscando una mayor competencia, basados en una metodología que atienda a la resolución de los problemas actuales de la población adecuándolos técnica y socialmente para facilitar el aprendizaje del alumno.

Con este afán, la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica efectuó un proceso de evaluación global de la enseñanza de enfermería entre 1985 y 1986, lo cual dio como resultado una reestructuración total de los planes de estudio de la carrera en los niveles de Bachillerato y de Licenciatura.

El deseo de dar una respuesta, que manteniendo las características cualitativas esenciles, satisficiera las demandas cuantitativas, llevó al personal docente de la unidad académica a elaborar un diseño curricular básico de bachillerato orientado hacia la atención primaria y con características como las siguientes:

a) Involucrar al estudiante desde el inicio de la carrera en las actividades de atención primaria de salud y salud comunitaria para que adquiera un sentido de compromiso y responsabilidad gradual con la sociedad.
b) Aplicar en las comunidades y centros hospitalarios acciones eficaces y oportunas que contribuyen a mejorar el nivel de salud de la población.
c) Fortalecer la organización comunitaria para que la población participe en su propio desarrollo.
d) Ofrecer educación para la salud a la población a fin de beneficiar la salud individual y colectiva.
e) Fortalecer el intercambio de experiencias docente-asistenciales para la atención primaria de la salud.

Con el propósito de implementar dicho plan de estudios, ha sido necesario poner en práctica las siguientes políticas:

1º) Sistematizar con base en las experiencias, metodologías aplicables para la enseñanza de la atención primaria y enfermería comunitaria.
2º) El eje central del currículum para la formación del personal de enfermería será la atención primaria.

3º) Los alumnos de enfermería participarán en los programas de trabajo comunitario, en forma continua durante el transcurso de su carrera.

4º) El personal docente trabajará en conjunto con el alumno en los programas prioritarios de salud de la comunidad.
La continuidad para el trabajo en las comunidades, es un elemento importante para asegurar la eficiencia e impacto del modelo metodológico por lo cual debe realizar experiencias en el campo comunitario en todos los cursos de enfermería.

5º) Las actividades comunitarias se realizarán por medio de la visita domiciliaria, incrementándose las acciones en las familias en riesgo.

6º) La organización de la comunidad deberá ser consistente para asegurar la continuidad de las acciones por ella misma.

7º) Los miembros de la comunidad deben capacitarse para que participen de manera activa en las actividades.

8º) Las autoridades de la Escuela de Enfermería mantendrán una coordinación con los servicios de salud para que en forma conjunta se proporcione apoyo en cuanto a: atención de pacientes, adquisición de equipo material y disposición de ayuda técnica para el trabajo en la comunidad.

9º) El personal docente participará en el planeamiento, ejecución y evaluación de programas institucionales.

10º) La autoevaluación y sistematización del modelo será una actividad constante dentro del proceso de aplicación.

Conforme a las recomendaciones dadas para asegurar la calidad del producto por formar con el nuevo plan de estudios, se partió del análisis de un estudio de mercado de profesionales de enfermería en las diferentes áreas clínicas; posteriormente se hizo la elaboración del perfil educativo, partiendo del análisis del componente ocupacional y con la colaboración de un grupo experto en las áreas de docencia y servicio.

El perfil educativo del programa de bachillerato contiene 4 áreas básicas del quehacer de enfermería entre las que se destacan algunas actividades como las siguientes:

1. Hace el diagnóstico de enfermería de los pacientes a su cargo.
2. Realiza anamnesis a usuarios.
3. Realiza evaluación física a usuarios.
4. Planea el cuidado de enfermería.
5. Brinda atención de enfermería con base en riesgo.
6. Ejecuta funciones específicas de cuidado directo.
7. Participa con otros profesionales del equipo de salud en la ejecución de procedimientos, tratamiento y diagnóstico

especializados que se realizan en el servicio.
8. Ejecuta actividades de cuidado directo en el hogar.
9. Ejecuta actividades de atención primaria en los diferentes niveles de atención.
10. Da atención general en los servicios especializados.
11. Realiza actividades pre y post clínicas con su personal.
12. Realiza estudios tendientes al mejoramiento de la calidad de atención de enfermería.
13. Utiliza el método científico en la elaboración del diagnóstico de enfermería para la solución de problemas del usuario.
14. Desarrolla investigaciones operativas en enfermería, relacionadas con la atención del usuario.
15. Participa con el grupo interdisciplinario en la planificación de investigaciones dirigidas a la solución de problemas de salud.
16. Elabora el diagnóstico de necesidades educativas en salud de los usuarios.
17. Elabora el diagnóstico de necesidades educativas de personal.
18. Programa con el equipo multidisciplinario la capacitación de personal y usuarios en los diferentes niveles de atención.
19. Participa en el desarrollo de programas de educación en servicio para el personal de enfermería y otros miembros del equipo de salud.
20. Dirige la ejecución de planes educativos para usuarios.
21. Participa en el desarrollo de actividades educativas para personal de salud en formación.
22. Evalúa planes educativos.
23. Participa en la elaboración de normas, manuales e instructivos para la atención del paciente.
24. Participa en la confección de criterios para la categorización de pacientes.
25. Evalúa la calidad y eficiencia de los cuidados de enfermería que se brindan.
26. Diagnostica necesidades de recursos humanos y materiales.
27. Planifica recursos humanos y materiales de acuerdo con las necesidades específicas de su servicio.
28. Planea la orientación para el personal nuevo de acuerdo con necesidades individuales.
29. Promueve e implementa estrategias de participación de la comunidad en programas de atención de salud.
30. Participa en estudios de la situación de enfermería en el nivel nacional, regional y local.
31. Mantiene planes y programas de trabajo concordantes con la situación del área, las prioridades establecidas y las políticas de salud.

32. Operacionaliza los procesos y metodologías de programación, control, supervisión y evaluación de la atención de enfermería en los establecimientos de salud.
33. Participa en la formulación e implementación de propuestas de adecuación de funciones, dotación y redistribución de recursos de enfermería.
34. Evalúa el cumplimiento de las normas técnico-administrativas de los programas de la institución.
35. Planifica, dirige y participa en investigaciones de problema técnico-administrativas.
36. Elabora normas técnico-administrativas.
37. Establece relaciones de planeamiento y distribución de trabajo de enfermería del nivel local con los funcionarios designados a programas específicos.
38. Participa en la planificación y desarrollo del plan de trabajo en su nivel de funcionamiento.
39. Implementa, coordina y evalúa las directrices de enfermería en los diferentes niveles de atención.
40. Elabora instrumentos técnico-administrativos para el desarrollo de las actividades de enfermería.
41. Interpreta normas y procedimientos para el personal de enfermería a su servicio.
42. Aplica guías e instrumentos para el control, supervisión y evaluación del personal.
43. Dirige el cumplimiento de actividades asignadas a personal de enfermería.
44. Promueve la dotación de material y equipo necesario para el funcionamiento del servicio de enfermería.
45. Promueve un ambiente físico y emocional saludable para el usuario y el personal subalterno.
46. Planifica recursos humanos y materiales de acuerdo con las necesidades específicas del servicio.
47. Evalúa el cumplimiento de las normas técnico-administrativas de los programas en que participa.

En 1988 se empezó a ofrecer el nuevo currículum de Bachillerato, así como dos programas nuevos de Licenciatura en Enfermería con énfasis en dos áreas clínicas consideradas como prioritarias conforme al estudio de mercado de necesidades: Salud de la mujer y Perinatología y Salud Mental y Psiquiatría.

Esperamos que pese a los avances continuos de la tecnología moderna y a los cambios que periódicamente se presentan en el sistema de salud, logremos no sólo mantener el *status* de nuestra profesión, sino incluso llegar a un mayor grado de excelencia en los servicios, mediante modificaciones que se logren hacer en la formación de los estudiantes en los próximos años para adaptarlos a los cambios que se avecinan.

CAPITULO 20

MARCO DE REFERENCIA PARA LA PLANEACION DE PROGRAMAS DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL

CAPÍTULO 20

MARCO DE REFERENCIA PARA LA PLANEACIÓN DE PROGRAMAS DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL

MARCO DE REFERENCIA PARA LA PLANEACION DE PROGRAMAS DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL

20.1 INTRODUCCION

La Organización de las Naciones Unidas[247] ha señalado como componentes principales del nivel de vida los siguientes:

1º) Salud.
2º) Consumo de alimentos y nutrición.
3º) Educación.
4º) Empleo y condiciones de trabajo.
5º) Vivienda.
6º) Seguridad Social.
7º) Vestimenta.
8º) Recreación y
9º) Libertades humanas.

Si los gobiernos aceptaran esto y acataran su mandato, los programas de salud estarían considerados prioritarios en el nivel mundial y tendrían apoyo primordial en las políticas de desarrollo. Lamentablemente, esto no es así y en la crisis económica, los presupuestos de los programas de salud sufren recortes en sus ya de por sí reducidos presupuestos.

Los programas económicos marchan a la cabeza y le siguen los de desarrollo militar, aunque en el país no tenemos ejército, sin embargo, el presupuesto de salud fue recortado en algunas áreas para apoyar la construcción de casas. Uno entiende, como ya se señaló en la introducción, que sin desarrollo económico no es posible el desarrollo social no obstante, en Costa Rica siempre se ha tratado de mantener un equilibrio, que si se rompe repetidamente puede causar serios problemas en el sector salud.

Determinar las prioridades en salud y en el área de servicios médicos

de la seguridad social ofrece dificultades, ya que significa elegir entre distintas alternativas (todas las cuales parecen importantes). Sin embargo, por la limitación de recursos estamos obligados a seleccionar algunos programas para ser realizados de inmediato o a mediano plazo y dejar otros para desarrollo posterior o postergarlos, debido a que su impacto en la salud de la población es de menor trascendencia.

Se puede apreciar, por ejemplo, que las cardiopatías y el cáncer son las dos principales causas de muerte en el país y, sin embargo, al igual que en el exterior, la industria que más propaganda realiza en los medios de comunicación es la del tabaco, que induce al fumado a la población joven y por consiguiente a sufrir de enfermedad. El caso del licor es patético, sabemos que el abuso del licor constituye uno de los más serios problemas de salud, económicos y de disolución social, sin embargo, en Costa Rica, es el Estado, el principal productor y comerciante de licor.

Como si lo anterior fuera poco, aunque conocemos los grupos de riesgo donde se pueden generar cardiopatías, diabetes, hipertensión, cáncer del estómago y mama, etc; poco se hace para prevenirlas y detectarlas precozmente y lograr su control. No existen en el país campañas adecuadas para prevenir las cardiopatías y el cáncer de cérvix o para diagnóstico precoz del cáncer de estómago, cérvix y mama; y sin embargo, se han gastado cientos de millones en equipos y personal para poder tratarlos adecuadamente pero con un costo enorme y con resultados mediocres.

Para elaborar programas, lo más adecuado es identificar las prioridades en salud o las principales enfermedades prevalentes y para esto, analizar la incidencia de morbi-mortalidad del país, es fundamental. A su vez, se deben estudiar las áreas geográficas donde esta situación es más grave y visualizar a qué grupos humanos afecta, en especial en relación con la edad, sexo, alimentación, etc.

De acuerdo con los resultados obtenidos, se sugieren los cambios por realizar y los recursos que se deben asignar para combatir determinado problema. Independientemente de lo anterior, las áreas deficitarias de servicios ya sea administrativos, técnicos o de recursos humanos, deben también ser estudiadas y proponer modificaciones en los niveles que se consideren necesarios.

Pero debe quedar claro que, antes de crear o promocionar un programa, se debe ser realista en cuanto a qué es lo que se debería hacer y qué es lo que verdaderamente se puede hacer con los medios que se dispone en el sector.

Es indudable que la incidencia de mortalidad nacional es un indicador por tener en cuenta para realizar campañas preventivas y de diagnóstico precoz, [292] tenemos así que:

20.2 INCIDENCIA DE MORTALIDAD Y CAMPAÑAS

En *cuanto a mortalidad* en todas las edades las principales causas en el nivel nacional a 1989 fueron en porcentajes:

1. Enfermedades del aparato circulatorio 29%
2. Cáncer (gástrico, cérvix, mama, pulmón, sangre, etc.) 26%
3. Accidentes, violencias, envenenamientos 12%
4. Enfermedades del aparato respiratorio 10%
5. Enfermedades del aparato digestivo 5%
6. Afecciones originadas en el paríodo prenatal 5%
7. Enfermedades de las glándulas endocrinas (diabetes, etc.) 4%
8. Anomalías Congénitas 4%
9. Otras 5%

FUENTE: Dirección General de Estadística y Censos. 1990.

Estos problemas constituirían la base de las campañas por realizar si se pretende disminuir la mortalidad del país.

Pero, por ejemplo, debe tenerse en cuenta, que los dos primeros y el quinto son situaciones que se dan usualmente después de los 50 años, pero se "incuban" por decirlo así, a través de muchos, desde la juventud y la edad adulta, tiempo en que sería posible actuar con cierta eficiencia para tratar de evitar la aparición del mal. Tratarlos como problemas de tercera edad genera altos costos y malos resultados.

Los accidentes, violencias y envenenamientos afectan al niño mayor y al adulto en especial y entonces hay que implementar medidas para que esto no se produzca en esas edades.

Mortalidad en el Recién Nacido[214]. *Esta gira alrededor de cuatro causas*

1. Afecciones perinatales 45%
2. Malformaciones congénitas 25%
3. Otras enfermedades del aparato respiratorio 11,5%
4. Enfermedades infecciosas intestinales 6,1%

Un buen control prenatal para las embarazadas de alto riesgo en el nivel nacional, con centros especializados para los casos más serios y con control durante el parto es fundamental.

Entre los 5 y 14 años, *los traumatismos* (accidentes), *las intoxicaciones* y los envenenamientos, pasan a ser la principal causa de muerte. O sea, aquí son los factores externos los que condicionan esta mortalidad infantil y, lógicamente, debería ser posible prevenirlos en su mayoría. Predominan en este campo, los accidentes de vehículo automotor, el ahogamiento, las caídas accidentales, los suicidios y de último y de poca importancia los envenenamientos.

Homicidios y Suicidios

Cuba, Canadá y Estados Unidos han tenido a través de varios años, las tasas más altas de la región por 100.000/habitantes de 11,9. 11,2 y 11 respectivamente[262]. Costa Rica en esa misma época tenía 2.4, pero esta cifra ha venido creciendo hasta más de 4 al presente. Los programas de salud mental deberían ser extendidos en todo el país para mejorar esta situación.

Abortos

Se ven en los hospitales del país más de 6.500 por año y constituyen el 4% de los internamientos (muchos provocados no son tratados en los centros de salud). Constituyen una causa importante de muerte en la mujer joven. La educación sexual, la promoción de los medios para evitar hijos no deseados pueden contribuir a disminuir estas cifras y los riesgos que el aborto provoca.

Los Traumatismos

Constituyen el 3,5% de los egresos en los hospitales (muchos casos menores no son internados). Cada día el trauma endocraneano y los de cadera, columna, tórax y abdomen, provocan muertes en todas las edades y a todo tipo de personas. Muerte que en la mayoría de los casos pudo ser evitada. La clave es realizar campañas educativas preventivas en el nivel nacional.

El Alcoholismo

Posiblemente constituye el mayor problema nacional de salud, aparte de las graves situaciones económicas y sociales que genera al alcohólico y su familia.

A su vez, los accidentes y la violencia que el licor genera causan enfermedad y muerte en personas ajenas a esta situación. Estudios del IAFA (Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia) señalan que un 15% de la población tiene problemas de alcoholismo; el 10% bebe exageradamente y un 5% tiene adicción al alcohol. En 1989, se consumieron 92 millones de litros de bebidas alcohólicas (78 millones de cervezas, 5 millones de licores finos, etc.). El consumo per cápita calculado es de 50 litros anuales.

Las Drogas

No conocemos la verdadera dimensión de la situación en el país, en cuanto a consumo y problema social.

Se impone una encuesta amplia y cuidadosa encomendada por el gobierno y realizada por expertos para llegar a conclusiones, que permitan tomar decisiones adecuadas.

Enfermedades infecciosas que predominan

Si se quiere actuar en el nivel de la patología prevalente que provoca morbilidad tenemos que las principales causas de esta en el año 1987 fueron según reportes del Ministerio de Salud:

ENFERMEDAD	No. de casos
1.Gripes o influenza	36.000
2.Virosis respiratorias	30.000
3.Sarna	27.000
4.Diarrea infecciosa	22.300

Además entre las importantes tenemos:

5.Hepatitis	4.000
6.Meningitis	2.500
7.Sífilis	1.532
8.Paludismo	883

El SIDA

Aunque escaso en número de muertes, tiene un elevado índice de contagio entre ciertos grupos de riesgo y su gravedad y peligro consiste en la diseminación de la enfermedad por los bisexuales y las prostitutas. Constituye el principal problema infecto-contagioso actual sobre todo por la ausencia de una cura adecuada.

Los números señalados son los reportados al Ministerio, pero la cifra debe ser muy superior a esa, ya que hay muchos que no son notificados por los médicos.

Desde el punto de vista de la *consulta externa de la Caja.* La principal patología que hace consultar a los pacienrtes en el seguro es:

a) Infecciones respiratorias.
b) Enfermedades de la piel.
c) Hipertensión arterial.
d) Gastritis y úlceras.
e) Neurosis.
f) Lumbalgias y artropatías.

20.3 ENFERMEDAD COMO CAUSA DE MUERTE

Desde el punto de vista de *una enfermedad como causa de muerte en el país*, y la realización de campañas, tenemos:

LESION	Tasa por 1000/H
1.El infarto del miocardio	0.4
2.Otras formas de lesión cardíaca	0.2
3.Cáncer del estómago	0.2
4.Obstrucción crónica de las vías respiratorias	0.1
5.Enfermedad cerebrovascular aguda	0.1

En cuanto a la mortalidad por tumores, los más importantes y sobre los cuales habría que instituir campañas preventivas, de diagnóstico precoz y de tratamiento son: Sexo masculino: estómago, pulmón, próstata, hígado y leucemia. Sexo femenino: estómago, mama, cérvix, leucemia y colon.

De todos es conocido las dificultades de buenos servicios en la consulta externa del Seguro Social. Pues bien la situación se debe a diversos factores como son: la falta de personal, de todo tipo, la falta de una buena atención por parte del médico, el poco tiempo que se dedica a la consulta, la falta de equipo diagnóstico, la entrega de medicamentos muy retardada, etc. O sea las causas son múltiples y la solución involucra a todo el personal, no sólo de la clínica, sino al sistema en sí. Con base en un análisis exhaustivo de los componentes de la falla, se procede a buscar la solución.

Tratar de minimizar las fallas como se acostumbra o de responsabilizar a la ley de Administración Pública y Financiera o a la Contraloría por las fallas de aprovisionamiento es dejar sin solución una situación que hace crisis con deterioro posterior del cuidado de la salud o mayor costo para la institución.

Para elaborar programas debe además tenerse en cuenta lo siguiente: Cada país y cada pueblo cuenta con costumbres y tradiciones que deben ser cuidadosamente valoradas para no chocar con ellas al implementar esos programas. Se trata de trabajar para el pueblo y con el pueblo y no contra él. Para acciones y programas nuevos, debe buscarse apoyo en las

autoridades del lugar, los líderes comunales y las asociaciones y comités de salud y si no hay éstos, en los de otro tipo. Conviene que todos ellos y en especial los dirigentes, conozcan el programa y presten apoyo activo al mismo, y para esto hay que convencerlos que el cambio que se busca es en beneficio de todos y no constituye una amenaza para su autoridad.

Cualquier programa por provechoso que sea, podrá fracasar si se enfrenta agudamente con las creencias, prácticas culturales, o los fundamentos de una sociedad determinada.

20.4 ANALISIS DE LAS AREAS DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL DONDE DEBE CREARSE O MEJORARSE UN PROGRAMA

a) Area modelo
b) Prioridad que representa
c) Programa por desarrollar
d) Estrategia por emplear
e) Recursos necesarios (humanos y otros)
f) Institución del sector al que pertenece mayoritariamente
g) Programa
h) Programa es multiinstitucional o institucional
i) Nivel al que se da el servicio
j) Presupuesto

20.4.1 Problemas prioritarios de salud del país

La determinación de prioridaddes ofrece dificultades; sin embargo, la limitación de recursos nos obliga, como ya dije, a seleccionar algunos programas para ser realizados de inmediato o a mediano plazo y dejar otros para desarrollarlos a largo plazo o postergarlos debido a que su impacto en la salud de la población es de menor trascendencia.

a) *Programas para disminuir la mortalidad por: cardiopatías isquémicas - cáncer - accidentes - problemas perinatales.*
b) *Abastecimiento de agua potable y letrinas para toda la población para el año 1994.*
c) *Control de las siguientes enfermedades transmisibles: SIDA- malaria - venéreas - hepatitis viral - tuberculosis.*
d) *Aumentar la estrategia de atención primaria dándole cobertura nacional.*
e) *Finalizar la integración de servicios de salud Caja - Ministerio. Consolidar el programa de SILOS.* (Ver capítulo de SILOS).

f) *Consolidar el sistema nacional de servicios de salud.*

Prioridad en la distribución de los recursos:
1º) *Mayor soporte al área rural y urbana marginada.*
2º) *Ampliación programas de atención primaria y medicina familiar.*

20.4.2 Servicios prioritarios

a) *Promoción de la salud (educación para la salud-prevención de enfermedades).*
b) *Abastecimiento de agua potable y letrinas.*
c) *Ampliación programa saneamiento ambiental.*
d) *Atención primaria (los anteriores son componentes de la misma, pero se relatan como estrategias en el nivel nacional).*
e) *Medicina familiar y comunitaria (nuevo modelo de atención ambulatoria)*
f) *Nuevas estrategias para mejorar la consulta externa del Seguro Social* (A corto y mediano plazos. La estrategia anterior que contribuye a esto es de desarrollo muy lento y no mejora además la consulta con especialistas).
g) *Atención de emergencias simples y traumas sencillos en el nivel local (cantonal).* Implementación del programa.
h) Prioridad en la formación de recursos humanos:
1º) Personal área rural
2º) Personal enfermería
3º) Personal técnicos auxiliares en medicina
4º) Personal especialidades médicas deficitarias
5º) Personal administrativo con capacidad gerencial

20.4.3 Area de promoción de la salud

Contenido: a) Educación para la salud.
b) Prevención de enfermedades.

Programas:
En el nivel:
Individual
Familiar
Comunal
Regional
Nacional

20.4.3.1 EDUCACION PARA LA SALUD

Estrategias. Para desarrollar en:
Hogar
Escuelas - Colegios
Universidad
Centros de Trabajo
Consultorios médicos
Hospitales

Medios por emplear:
Charlas - conferencias - clases - seminarios, etc.
Publicaciones, folletos, revistas, periódicos.
Radio - Televisión.

a) *Nutrición* (Incluyendo Lactancia Materna)
b) *Educación sexual* (Incluyendo planificación familiar - conocimientos de enfermedades venéreas y SIDA).[59]
c) *Hábitos y costumbres* (Ejercicios físicos - evitar abuso del licor. Peligros del tabaco y drogas).
d) *Necesidad de una buena higiene individual.*
e) *Sanidad ambiental.*
f) *Salud del niño pequeño y del adolescente.*
g) *Integración de las familias y la comunidad a los programas.*
h) *Tercera edad.*
i) *Cuidados odontológicos (campaña de fluoruración de la sal)*

Lo anterior se refiere al importantísimo papel que la conducta humana (los hábitos y costumbres de las personas) tienen para el fomento de una buena salud. El proceso educacional es usado aquí para efectuar cambios o refozar prácticas sanas de la salud de los individuos.[283]

PERSONAL POR EMPLEAR

Todos los trabajadores de la salud de tipo técnico de todos los niveles.

20.4.3.2 PREVENCION DE LAS ENFERMEDADES

(El componente de educación para la salud es básico para lograr éxito en esta estrategia).

a) Cobertura total de inmunizaciones contra las enfermedades prevalentes.
b) Prevención para el abuso del *alcohol - fumado - drogas.*
c) Prevención de enfermedades venéreas y SIDA (educación - preservativo - un solo compañero, etc.)
d) Mejorar el abastecimiento de agua potable y letrinas como mecanismo preventivo contra las enfermedades de transmisión hídrica.
e) Prevención de la contaminación ambiental.
f) Estrategias para prevenir la aparición de algunas enfermedades mediante el conocimiento de los *factores de riesgo* especialmente en:
   Cardiopatías isquémicas.
   Algunos cánceres: (gástrico - cérvix - mama - pulmón, etc.)
   Enfermedades mentales.
   Hepatitis.
   Control prenatal como prevención de partos de alto riesgo.
   Lesiones reumáticas y artríticas.
g) Prevención de: *obesidad - diabetes - hipertensión arterial - malaria.* Esta estrategia busca crear mediante medidas de información y acciones, que las personas adopten estilos de vida sanos y acepten medidas de protección que permitan mantener y realzar el estado de bienestar en que se encuentran.

20.4.4 Area de atención de la enfermedad y recuperación de la salud.

Contenido:
a) Detección precoz de enfermedades.
b) Atención de las enfermedades.
c) Rehabilitación.

Programas:
a) *Individual* (Consulta externa).
b) *Familiar* (Atención domiciliaria).
c) *Regional* (Recursos empleados).
d) *Nacional* (Recursos empleados).

Tipo de atención:
a) *Ambulatoria*
   1º) Consulta externa de clínicas y hospitales.
   2º) Atención domiciliaria.

b) *Hospitalaria*
   1º) Métodos diagnósticos - especializados.

2º) Consulta especializada.
3º) Internamientos.

Tipo de paciente:
a) *Agudos* (corta estancia).
b) *Crónico* (larga estancia).

Estrategia:
a) Atención por medicina general.
b) Atención especializada.
c) Atención odontológica.
d) Atención Servicios auxiliares (tecnologías).
e) Atención Servicios de enfermería.

20.4.5 Detección precoz o temprana de enfermedades

Deben implementarse campañas adecuadas para el diagnósitico temprano de aquellas enfermedades en que esto es posible como son algunos cáncere: *cervix - gástricos - mama.* Las enfermedades venéreas y el SIDA deben detectarse para evitar el contagio a grupos de relación. Insuficiencias coronarias, etc.

20.4.6 Atención de la enfermedad

Servicios prestados en:
a) El hogar
b) Las clínicas
c) Los hospitales

Tipo de paciente:
a) *Problema simple* (Agudo o crónico)
b) *Problema serio* (Agudo o crónico)

Tipo de tratamiento:
a) *Paliativo* - sintomático
b) *Curativo* (con o sin secuelas).

Recuperación:
a) ninguna
b) parcial
c) total.

Tipo de servicio que requiere:
a) *Medicina general.*

b) *Medina especializada.*
c) *Odontología.*

Tipo de terapia:
a) *Médica*
b) *Quirúrgica*
c) *Mixta.*

Los programas de atención de la enfermedad deben estar íntimamente entrelazados en sus niveles de atención para efectos de referencia y control.

20.4.7 Area de rehabilitación integral

De la esfera psíquica
De la esfera física

Causa:
Enfermedad aguda
Enfermedad crónica
Accidente de trabajo
Otros accidentes

Prestación de los servicios:
Hospitalarios
Clínicas
Hogar

Debe implementarse en el nivel nacional un programa para prevención de accidentes de trabajo (seguridad ocupacional).

20.5 AREA DE RECURSOS HUMANOS DEL SECTOR SALUD

Participan en esto la Universidad de Costa Rica, la CCSS (CENDEISSS) El Ministerio de Salud, la OPS/OMS, Ministerio de Educación, etc. Deben evaluarse los métodos de formación seguidos al presente, las necesidades que se tienen de los diversos recursos, la planificación que se hace de ellos, los problemas por áreas y las posibles soluciones.

a) Formación de recursos humanos de *Pregrado*
Medicina - Enfermería - Odontología - Farmacia
Microbiología - Tecnologías - Auxiliares de Enfermería -
Asistentes de salud rural, etc.

b) Formación de recursos humanos de *Postgrado. Medicina - Enfermería - otros.*
c) *Programas de desarrollo administrativo.* (Capacidad Gerencial - estadísticas, etc.).
d) Cursos de *Educación continua* a todo nivel y permanentemente.

20.6 AREA DE RECUSOS FISICOS Y TECNOLOGICOS

a) Programa de construcciones y remodelaciones de cada institución.
b) Programa de equipamiento administrativo y tecnológico.
c) Programa de mantenimiento y conservación de equipos y plantas físicas (Sistema de Mantenimiento de Servicios de Salud, SIMSS).
d) Niveles donde deben ejecutarse:
Central: Hospitales y Clínicas.
Regional: Hospitales, Clínicas, Centros de Salud. CEN y CINAI.
e) Programa para centralizar tecnologías y servicios muy especializados. (En un solo Hospital).

20.7 AREA DE FORTALECIMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Políticas

Consolidar el sistema nacional de salud que se ha venido gestando. Finalizar la "integración de servicios" Caja-Ministerio.
Definir el *modus operandi* de coordinación y posible integración en algunas áreas del INS y el Servicio de AyA con el Ministerio de Salud y la CCSS.

Mantener el sistema de atención de servicio de tipo piramidal con niveles escalonados de atención.

Reforzar dentro del sistema *la atención primaria* como estrategia clave. Desarrollar los SILOS.

Los mecanismos educativos y preventivos serán incrementados. Realizar los cambios estructurales que permitan constituir al sector en un sistema adecuado a las condiciones actuales, políticas, económicas, culturales y tecnológicas que el país posee.

Obtener el máximo de eficiencia con el mayor incremento posible de la productividad de los servicios a un costo compatible con nuestra capacidad de gasto.

Estrategias

a) Redefinir una política integral de salud con participación de todas las instituciones del sector.

b) Promulgar la legislación y adoptar las medidas necesarias para realizar los cambios estructurales para la creación y buen funcionamiento del Sistema.
c) Planificar en conjunto las acciones y programas según prioridades ya definidas.
d) Crear las condiciones necesarias para la cooperación del sistema.
e) Lograr la cobertura total de la población por los servicios del sistema.
f) Definir, hacer explícita y ejecutar una política integral de salud con las estrategias correspondientes incluyendo la participación comunitaria.
g) Fortalecer el proceso de reforma administrativa en el Sector y sus Instituciones.
h) Incrementar la capacidad operativa del sector, mediante el desarrollo de un sistema de información - control - evaluación - decisión, que funcionará bajo una Unidad de Planificación Sectorial de la Salud.
i) Definir las acciones prioritarias, sus correspondientes programas, la responsabilidad de la institución sobre la que recaerá la realización de esta y las relaciones intersectoriales que se requieren para un buen desarrollo de la misma.
j) Ampliar y fortalecer la participación comunitaria. *(Juntas de salud y seguridad social)*; estrategia de los SILOS.
k) Ampliar la participación de la empresa privada en el proceso de *médico de empresa.*
l) Dar participación a la Empresa Privada en brindar servicios a la Institución para mejorar su eficacia (lavado de ropa - alimentación - mantenimiento, etc.).
m) Formación de empresas con los trabajadores (Co-empresas) para la administración y manejo de áreas de servicio y Clínicas de consulta externa.

20.8 AREAS DE REFORMAS ADMINISTRATIVAS

Se debe analizar y redefinir la estructura organizativa del Sector, incluyendo a cada una de las instituciones que lo forman, en cuanto a las prestaciones que le corresponden y en particular sobre los reajustes que requieran en sus estructuras legales, financieras, y administrativas, físicas y de recursos humanos, para así cumplir con los programas comunes que se elaboren.

Políticas

a) Realizar las reformas administrativas para consolidar la organización de los servicios bajo el concepto del sistema.
b) Lograr la Regionalización - Desconcentración y Descentralización efectiva de los servicios.
c) Desarrollar capacidad administrativa para los nuevos modelos de atención integral en salud como son:
   1º) La Medicina Familiar y Comunitaria
   2º) La atención ambulatoria del paciente crónico adscrito a los hospitales liberándolo de los internamientos con control domiciliario.
   3º) Crear servicios de urgencia en los cantones, sábados, domingos, y días feriados en las áreas con capacidad para ello.
d) Acciones por tomar en relación con los riesgos profesionales y accidentes de trabajo. Integrarlos a la Caja. Dejarlos en el INS.
e) Coordinación administrativa intersectorial en programas comunes.
f) Creación de un Sistema Nacional de Pensiones con una sola administración.
g) Desarrollo de la capacidad gerencial en las instituciones.
   1º) Al personal de jefaturas médicas.
   2º) Al personal de mandos administrativos.

Estrategias

Reorganizar la administración en las Instituciones del sector adaptándolas al Sistema.

Efectuar un análisis de los recursos administrativos, financieros, técnicos y humanos, con el fin de conocer si se está en capacidad de cumplir con las prioridades en salud. Estudio y modificación de la Unidad de Abastecimiento de la CCSS para lograr un mejor servicio.

Planificar los recursos humanos administrativos y técnicos que se requieren en los próximos años para la buena administración del sistema.

Establecer políticas definidas y coordinadas de mantenimiento de instalaciones y equipos, mejorar el proceso existente en el cual el BID y la OPS están colaborando.

Racionalizar la política financiera del sector en relación con las necesidades que se tengan y con las prioridades que se designen.

Obtener participación permanente y proporcional de todas las Instituciones en el financiamineto de los programas prioritarios y en especial los de promoción y prevención que benefician a todos.

Estudiar la financiación satisfactoria de todos los programas.

Garantizar la efectividad de las fuentes de financiamiento.

Señalar los posibles déficit que puedan presentarse.

Señalar posibles nuevas fuentes de financiamiento.

Uniformar metodologías de costos usadas por las distintas instituciones.

Fortalecer los procesos de planificación y evaluación y los mecanismos de coordinación intra y extrasectorial.

Establecer mecanismos de control y coordinación administrativa entre las instituciones, en relación con los programas comunes por realizar.

Mejorar el sistema de información y estadísticas de cada institución.

Realizar una Auditoría de la Salud, especialmente en el campo de los servicios médicos (productividad - costo - paciente y costo - beneficio).

Planificar en el nivel sectorial.

1º) Los niveles de atención.
2º) Las referencias.
3º) La cobertura poblacional.
4º) La producción de servicios.
5º) La capacidad administrativa de estos niveles.

20.9 AREA DE INVESTIGACION

Políticas

Fomentar en todo nivel la investigación en el Sector. Disponer de un inventario actualizado de las principales investigaciones que se llevan a cabo en el área de la salud. Determinar el porcentaje que para investigaciones de carácter nacional y otras puede aportar cada institución. Promover investigaciones en conjunto sobre los principales problemas de salud del país. Orientar la investigación en salud hacia estudio sobre factores de riesgo y enfermedades prevalentes y graves. Recomendar el desarrollo de programas de investigación en epidemiología, problemas de atención primaria, cáncer, nutrición, cardiopatías, malformaciones congénitas, etc. Realizar investigaciones y encuestas sobre *alcoholismo - drogadicción - aborto, etc.*

Estrategias

a) Definir las áreas en que se debe realizar investigación clínica aplicada, dada la preeminencia de alguna patología en el nivel nacional.
b) Solicitar el apoyo del Ministerio de Ciencia y Tecnología y del CONICIT para implementar programas de investigación en el Sector.

c) Promover la formulación de una política nacional de investigación en salud de alto interés nacional con participación multiinstitucional y multidisciplinaria.
d) Gestionar ante la Universidad de Costa Rica y sus dependencias (Facultad de Medicina - INISA, etc.) -INCIENSA, etc., concentrar sus esfuerzos en investigación básica y aplicada a los aspectos más importantes de nuestros problemas de salud.
e) Ayudar a los individuos o grupos que realizan investigaciones aprobadas por la Comisión Nacional de Investigaciones en Salud y que son de interés público.
f) Solicitar a la Universidad de Costa Rica y a la CCSS que los estudiantes de Postgrado, deben elaborar una tesis de investigación sobre temas de importancia nacional como requisito para graduarse. Una copia de esta debe ser enviada al Ministerio de Salud, Comisión de Investigaciones, etc.
g) Investigar los déficit en la administración del sistema y posibles soluciones por INCAE e ICAP (Instituto Centroamericano de Administración Pública).

20.10 AREA DE LEGISLACION (LEYES Y DECRETOS)

Para poder mantener y mejorar los índices de salud de nuestro país, requerimos hacer más eficiente y expedita nuestra labor en este campo, precisando para ello de una nueva legislación o por lo menos de modificaciones sustanciales a la existente.

Políticas

Agregar a la Constitución Política lo siguiente:

LA PROTECCION DE LA SALUD ES UN DERECHO DE TODOS LOS COSTARRICENSES Y ES FUNCION DEL ESTADO VELAR PORQUE ESTE DERECHO HUMANO SE CUMPLA

Realizar los cambios legales (modificar leyes) para que el proceso de Integración de servicios de salud finalice adecuadamente y con el soporte de las leyes y no sólo de decretos.

Crear leyes que no sólo permitan el traspaso de partidas económicas de la CCSS y el INS a programas y campañas diversas de alto interés nacional catalogado como prioridades y que tengan que ser aceptadas de manera ineludible.

Analizar la conveniencia legal del traspaso de los Riesgos Profesionales del INS a la CCSS.

Modificación a la Ley de la CCSS en cuanto a la conformación de la Junta Directiva, para que el Ministro de Salud pertenezca a la misma. Crear una Gerencia de Aprovisionamiento.

Estrategias

Analizar con criterio sectorial la legislación vigente, con el fin de hacer los ajustes necesarios para obtener la mejor coordinación posible entre las distintas instituciones del sector. Lo anterior para facilitar y garantizar el mejor cumplimiento de los objetivos y mejorar la integración que se decida continuar realizando, entre las instituciones del sector.

Estimular la sistematización de la legislación vigente y publicarla actualizada.

Crear una Unidad de Servicios Legales, con colaboración de todas las instituciones del sector, para que funja como coordinadora de aspectos legales y proporcione las leyes que se requieran y sirva de asesoramiento al Consejo Nacional del Sector Salud.

Poner en vigencia las recomendaciones elaboradas por la Secretaría Ejecutiva de Planificación del Sector Salud y publicadas en su oportunidad.

Crear una Junta de Conciliación en la CCSS entre patronos y trabajadores del sector profesional, con el fin de analizar los problemas que surjan entre estos grupos y la institución y tratar de resolver la situación antes de que desemboquen a movimientos de presión.

20.11 EJEMPLO DE UN PROGRAMA NACIONAL DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL PARA EL PAIS, PRESENTADO EN FORMA ESQUEMATICA

PROBLEMA	DESCRIPCION	ACCIONES Y AGENTE DE SOLUCION
Sistema Nacional de Salud (SNS)	Consolidar SNS que hemos venido creando y que tiende a crear una infraestructura que no solo proteja contra la enfermedad sino que primordialmente se dedique a prevenirla.	La meta es organizar los servicios actuales y consolidar la constitución del sector salud. La integración de servicios-la atención primaria-la orientación integral de las acciones y la participación comunitaria. CCSS-MS-INS-MIDEPLAN-AyA-UCR.

Integración de los servicios de salud	Acción necesaria e indispensable para evitar duplicaciones-coordinar esfuerzos-disminuir costo mejorar eficiencia -nivel local-regional y nacional.	Finalizarla entre el MS y la CCSS-iniciarla entre INS y Caja. Plantas físicas-programas-servicios-mantenimiento. Creación de mandos únicos locales y regionales. CCSS-MS-INS. Desarrollar SILOS para facilitar el proceso.
Participación de la comunidad	Lograr la participación de la comunidad en la resolución de sus propios problemas.	Activar las Juntas de Salud y Seguridad Social en el nivel cantonal. Desarrollar los SILOS (Sistemas Locales de Salud). MS-CCSS-Municipalidades. Estimular voluntariado.
Promoción de la Salud	Estrategia fundamental para preservar la salud y evitar que la gente se enferme. Primera línea de acción del sistema.	Incrementar a todo nivel de programas y servicios las acciones de educación para la salud y la prevención de enfermedades. MS-CCSS-MEP-INS-Medios de Comunicación, etc.
Nuevos modelos de atención ambulatoria	Con el fin de facilitar los cuidados de los pacientes y trabajar en el entorno donde usualmente se gesta la enfermedad. Buscando humanizar los servicios y mejorar la relación médico-paciente y realizar medicina integral.	Incrementar los programas de medicina familiar, ampliar los de control post operatorio, minusválidos y viejos en sus hogares, según áreas de atracción de clínicas y hospitales, extender cirugía ambulatoria.
Consulta externa del seguro	Existen déficit en algunos aspectos en la atención oportuna de los pacientes en la consulta médica y odontológica.	Ampliar horarios-aumentar personal y equipos. Ampliar programas de medicina de empresa-mixta-familiar, fomentar cooperativas y atención por capitación-compra de servicios a médicos especialistas y generales en áreas deficitarias. CCSS e INS.

Enfermedades de alta mortalidad	Cardiopatías-AVC-cáncer problemas perinatales-diabetes-SIDA-hipertensión.	Programas nacionales de prevención y diagnóstico precoz. MS-CCSS- INS-MEP. Creación de unidades especializadas nacionales para la atención de determinada patología.
Enfermedades alta morbilidad	Malaria-venéreas-hepatitis--TB-etc.	Programas de educación, prevención-tratamiento. MS-CCSS-MEP-etc.
Acciones preventivas para evitar enfermedades	La falta de agua potable y letrinas en ciertas poblaciones condiciona al igual que el déficit en vacunas, enfermedad.	Abastecimiento de agua potable y letrinas para toda la población para 1994. AyA-MS-CCSS-Municipalidades - ayuda internacional, campañas inmunización permanentes.
Problemas de zonas rurales alejadas y áreas periurbanas marginadas	Los mayores déficit de salud se encuentran en esas áreas aparte de dificultad para acceso a los servicios.	Ampliar y reforzar la atención primaria y los SILOS (Sistemas Locales de Salud) como táctica operacional para reforzarla. MS-CCSS.
Saneamiento ambiental	Día a día se agrava en el país el problema de la contamiación de aguas, aire-alimentos-ruidos ambientales y el déficit de recolección de basura.	Intensificar las acciones para resolver esto. MS-Municipalidades-CCSS-MAG-MSP-MG-Creación de leyes más drásticas. Asamblea Legislativa.
Accidentes	Grave problema de morbimortalidad-de tránsito-en el trabajo-en hogar.	Programas educativos-Preventivos a todo nivel por todos los medios de comunicacion. MOPT-CCSS-MS-MEP-TV-Periódicos, INS.
Alcoholismo, tabaquismo, drogas	El abuso de los dos primeros y el vicio del tercero causan problemas de salud-sociales-económicos-legales-familiares, etc.	Campañas nacionales multidisciplinarias educativas-preventivas. Atención de enfermos. MS-MEP-CCSS-MJ-MG-MS-Corte-Asamblea-TV-Periódicos, etc.
Atención integral del niño pequeño	Los menores de 6 años de escasos recursos son muy vul-	Ampliar programa cuidados de salud-nutrición y educa-

	nerables a enfermarse.	ción-niño pequeño-apoyo para la madre que trabaja. Programa CEN-CINAI-MS. MEP-MT (Asignaciones Familiares).
Atención de emergencias y traumas simples en el nivel cantonal	Sábados-domingos y días feriados la mayoría de los cantones se quedan sin servicios médicos con los riesgos de ello y la dificultad y elevado costo del transporte a hospitales regionales.	Dar consultas externas en clínicas de la CCSS donde no haya hospitales cercanos. Colaboración entre CCSS-INS-MS-Municipalidades.
Regionalización-descentralización-desconcentración.	Con el fin de dar autonomía relativa buscando capacidad de decisión en el nivel regional y una mejor solución a los problemas locales. Son formas administrativas que se complementan.	Dicisión política de crear los mecanismos administrativos-técnicos y jurídicos para ellos. Depende de la capacidad técnica y administrativa de cada región. La responsabilidad que se le dé. Transferir programas-recursos, etc. Normatización de funciones, programas educacionales.
Formación de recursos humanos	Por el proceso de crecimiento de las demandas se requiere incrementar la formación de recursos de manera permanente e incrementarlos en áreas deficitarias. Rediseñar los cursos de post grado a las necesidades actuales.	Dar prioridad a la formación de recursos en: enfermeras auxiliares y técnicos. Personal área rural-médico familiar y especialidades esenciales. Personal administrativo con capacidad gerencial.
Rehabilitación integral del enfermo	Constituye la cuarta línea de atención del paciente-ya sea física o psíquica-ya por enfermedad o accidente, agudo o crónico.	Acciones integrales con participación de instituciones (CCSS-MS-INS, etc.). Las comunidades-los hogares, etc. Establecer una política nacional.
Orientación integral de las prestaciones en salud	La medicina actual tiende a ser integral abarcando, de ser posible, la promoción, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación.	Las acciones que se ofrezcan en los servicios médicos, deben estructurarse en forma integral buscando esos objetivos. CCSS-MS-INS-UCR. Estimular a todo nivel la in-

Investigación	El estudio e investigación de nuestros problemas prevalentes debe ser desarrollado orientado especialmente hacia factores de riesgo.	vestigación básica y aplicada. CCSS-MS-UCR MCyT-CONICIT-INCIENSA-INS-Transferencia de tecnología, apoyo internacional. (ICR-MET, etc.)
Control sanitario de fronteras refugiados	Los refugiados e indocumentados son fuente de contagio peligro de epidemias.	Control permanente de ellos-vacunación-tratamiento-MS-CCSS-N.U. MG-MSP-etc. Reforzar programas.
Emergencias y catástofres	Peligro permanente de eso en el país.	Tener programas preparados coordinadamente con Comisión Emergencia-INS-MS-CCSS-MG-Cruz Roja, etc.
Reformas administrativa	Se requiere incrementar la capacidad operativa del sector mediante un adecuado sistema de información-control-evaluación-decisión y creación de capacidad gerencial con decisión política de delegar autoridad a niveles intermedios.	Analizar y redefinir la estructura organizativa del sector en cuanto a los servicios que les corresponden y los reajustes que se requieren en sus estructuras legales, financieras y administrativas para cumplir con programas comunes y lograr mejor coordinación e integración.
Legislación (leyes y decretos)	Para llegar a consolidar el sistema de salud se requieren cambios legales mediante leyes que expediten las acciones comunes. (Compras de equipos de servicios-traspaso de programas, partidas integración de servicios, etc.	Modificaciones a leyes de la CCSS-INS. Ley General de Salud, etc. Acciones de parte de la Presidencia de la República-Asamblea Legislativa.
Régimen de pensiones	Los principios de equidad, igualdad y universalidad deben primar en la extensión de los beneficios de las pensiones a todos los costarricenses por parte del Estado.	Decisión política para crear un régimen único de pensiones y jubilaciones, que debería por su capacidad estar bajo el cuidado de la CCSS. Acciones de la Presidencia de la República y Asamblea Legislativa, además de MH-CCSS-Partidos políticos, etc. Pueden darse varias alternativas.

Empresas de cogestión o privatización de algunos servicios en el sistema.	Existen deficiencias en diversas áreas. Se piensa que es posible lograr mayor eficiencia a igual costo mediante la organización de empresas con los trabajadores de la misma Caja-compra de servicios a la empresa privada-grupos cooperativizados.	Decisión política-reformas legales-preparación de empresas para cumplir con esto, concientización a los trabajadores de la caja y opinión pública. Campos: alimentación-lavado de ropa-transportes-guardas-farmacias-servicios médicos, etc. CCSS-Trabajadores-Asamblea-Presidencia-INS.
Centralización de especialidades complejas.	Las dificultades técnicas y de costos de la atención de algunas enfermedades, requiere de unidades médicas muy complejas en aras de racionalizar gastos y mejorar experiencia, se sugiere:	Concentrar la atención de grupos de enfermos en un solo hospital nacional (Radioterapia-Transplantes- etc.). CCSS-INS
Educación sexual	Los problemas del embarazo en menores, el SIDA-las infecciones venéreas-la necesidad de planificar la familia, etc.	Programas en el nivel nacional multiinstitucionales CCSS-MS-MEP-etc. Incrementar programa de planificación familiar.
Tercera edad	El crecimiento de la población mayor de 65 años y los problemas que el anciano tiene en diversas esferas físicas-sociales-económicas-psíquicas, etc. requieren contar con apoyo programado.	Programa nacional multiinstitucional y multidisciplinario que incluya educación-prevención-atención médica-recreación-soporte económico, etc. CCSS-MS-Asignaciones Familiares-MEP-UCR-Municipalidades-Hogares, etc.
Salud materno infantil	Con el fin de prestar una mejor protección a la madre embarazada y al niño y lograr una mayor supervivencia infantil-con productos más sanos.	Mejorar los programas de atención integral de la población materno-infantil en especial el control prenatal del embarazo y parto de alto riesgo y su atención hospitalaria.
Salud mental	El aumento de los problemas psiquiátricos y psicosomáticos en nuestra población incluyendo los suicidios requiere de:	Poner en ejecución el programa de salud mental ya elaborado por una comisión multidisciplinaria e interinstitucional-MS-MEP-CCSS.

Cuidados odontológicos	El exceso de caries y los problemas de salud dental requieren:	Incrementar programa de fluoruración de la sal-ampliar las consultas odontológicas. Nuevo programa de odontología de empresa.
Alimentación y nutrición	Existen aún en ciertos sectores de la población déficit nutricionales.	Mejorar la eficacia del programa de alimentación complementaria en comunidades prioritarias. (CEN-CINAI) Mayor énfasis en educación nutricional y lactancia materna.
Salud ocupacional	El aumento en los accidentes de trabajo y de los riesgos profesionales requieren.	Aplicar adecuadamente la ley sobre riesgos del trabajo y ejecutar el plan nacional de salud ocupacional. INS-CCSS-MT.
Recursos físicos y tecnológicos	El alto costo de los equipos y la necesidad de laborar en áreas físicas comunes. Racionalizar el uso de la tecnología de alto costo.	Programa común de construcciones y remodelaciones. Así como de mantenimiento de equipos y áreas físicas. CCSS-INS-MS.
Deportes y salud	Estimular las actividades deportivas en el nivel de toda la población.	Incrementar los programas existentes y promocionar por todos los medios los ejercicios y deportes, MCJD-CCSS-MEP-MS, etc.
Adolescencia	Grupo etario que carece de un programa específico y evitar de esa manera caiga en el alcoholismo-drogadicción-embarazos prematuros-rebeldía-vagancia, etc.	Crear un programa nacional multiinstitucional con financiación propia.
Zoonosis	La fiebre aftosa y otras enfermedades animales no existen en el país, gracias a la vigilancia ejercida al presente.	Mantener y mejorar los controles internos y externos.

Resumen por áreas

1. Areas de políticas de salud
   1º) Sistema nacional de salud.
   2º) Integración de servicios.
   3º) Regionalización-desconcentración, descentralización.
   4º) Legislación del sector salud.

2. Area de desarrollo social y comunitario
   1º) Participación de la comunidad en los programas de salud.
   2º) Voluntariado.
   3º) Atención integral del niño pequeño.
   4º) Tercera edad.
   5º) Adolescencia.
   6º) Deportes y salud.

3. Areas de estrategias
   1º) Promoción de la salud.
   2º) Nuevos modelos de atención ambulatoria.
   3º) Consulta externa CCSS.
   4º) Orientación integral de las prestaciones de salud. Reforma administrativa del sector.
   5º) Enfermedades de alta morbilidad y mortalidad.
   6º) Acciones preventivas especiales.
   7º) Atención primaria y "SILOS".
   8º) Saneamiento ambiental.
   9º) Accidentes.
   10º) Drogas y alcoholismo.
   11º) Atención de emergencias.
   12º) Formación de recursos humanos.
   13º) Investigación.
   14º) Rehabilitación integral del enfermo.

4. Area de problemas especiales
   1º) Régimen de pensiones unificado.
   2º) Empresas de cogestión o privatización de algunos servicios del sistema.
   3º) Centralización especialidades complejas.
   4º) Racionalización uso de recursos físicos y tecnológicos.

Abreviaturas

M=Ministerio
MEP=Educación.
MG=Agricultura.
AyA=Acueductos y Alcantarillados.
MCT=Ciencia y Tecnología.
CCSS=Caja.
ME=Justicia.
MG=Gobernación.
MCJD=M. Cultura.
MS=Ministerio de Salud
MIDEPLAN=Planificación
INS=Instituto Seguros.
MOPT=Obras Públicas.
MH=M. Hacienda.

Capítulo 21

Ecología y salud

Capítulo 21

Ecología y salud

ECOLOGIA Y SALUD

21.1 GENERALIDADES

El deterioro ambiental o las modificaciones del ambiente, que llegan a poner en peligro la vida del hombre, son conocidos desde la antigüedad. Es posible que se iniciara con la aparición de los primeros conglomerados humanos que se formaron con la Civilización Sumaria en la región Mesopotámica, al fundarse las primeras ciudades tales como Ur, Nippur, Jericó, etc.[241]

La aparición de esas grandes masas de gentes que ocupaban un área territorial llamada ciudad, generó problemas que hubo que resolver como eran el obtener agua potable, alimentar a las gentes, eliminar los desechos, etc. Los romanos fueron los primeros en hacerle frente a esta situación, con una serie de medidas como puede verse en el capítulo de *Historia de la Seguridad Social.* Sin embargo, es con el advenimiento de la revolución industrial, en el Siglo XIX, que empiezan a producirse y concentrarse actividades que generan grandes cantidades de desechos y sustancias tóxicas hacia la atmósfera y ríos en las áreas urbanas; y que por su cantidad ponen en peligro a los ecosistemas existentes y amenazan con dañar la vida de diversas especies, incluyendo la humana.[216]

21.2 LA CONTAMINACION DEL AMBIENTE

La contaminación ambiental se ha constituido desde entonces en un problema no sólo local, sino mundial, debido entre otras causas a la acelerada urbanización producto del excesivo crecimiento de la población y al desarrollo agroindustrial paralelo, o para lograr fuentes de trabajo y alimento para el ser humano. Los progresos sociales, científicos e incluso económicos han sido, en muchos sentidos, excepcionales y han mejorado el nivel de vida de los pueblos; pero, esos cambios han repercutivo profundamente en el "medio ambiente" creando situaciones difíciles, debido

a que la protección del medio se ha ido quedando rezagada en relación con los avances tecnológicos. A raíz de estos problemas ha ido tomando vigencia la parte de la biología que estudia la relación de los seres vivos con la naturaleza y que se refiere a la protección del "medio ambiente" denominada *Ecología*.

La deforestación creciente de los bosques, para el empleo de su madera o para convertir esto en área de pastoreo o cultivo, la quema de los mismos, añadida a la del carbón y petróleo, está agravando el proceso de calentamiento general de la tierra, que, unido al deterioro de la capa de ozono atmosférico, atribuido en parte a los hidrocarburos halogenados (de los productos químicos que se usan como refrigerantes, pulverizadores, disolventes, etc), están ocasionando que esta capa desaparezca parcialmente, permitiendo una mayor filtración de los rayos ultravioletas con sus ulteriores consecuencias como son aumento del calor, pérdida de cosechas de ciertos granos, lesiones en la piel y ojos, etc. A lo anterior hay que sumar que los suelos deforestados emiten óxido nitroso, que se acentúa por el uso de fertilizantes para los cultivos. Todo ello está provocando la llamada "lluvia ácida" que se agrava con el paso a la atmósfera de los residuos industriales y que con la humedad de la misma se forma ácidos sulfúricos y nítricos que corrosionan los metales de las construcciones y afectan a las plantas y a los animales. Estos problemas ambientales se han agudizado en todo el mundo, debido, también, al gran crecimiento demográfico, que en los últimos 50 años ha sido equivalente al total de la especie humana existente desde la aparición del hombre a 1940. Y es que, no podemos dejar de señalar que los aumentos de población, significan una mayor demanda de alimentos, hogares, empleos, educación y de cuidados de la salud, etc. Eso agrava los problemas ecológicos porque los Estados tienen obligadamente que crear industrias, explotar el agro, etc., para cumplir con esas demandas. Ningún país grande o pequeño, sea cual sea su ideología o sus condiciones de desarrollo se sustrae a esto. Recientes estudios señalan que los países socialistas como la Unión Soviética y la China Popular, donde la industria y la agricultura son estatales por ser medios de producción, presentan problemas ambientales tanto o más grave que sus contrapartes capitalistas y su contaminación atmosférica es de gran magnitud en la mayoría de las ciudades.[85]

La emisión de sulfuro en miles de toneladas por las plantas industriales es en Europa de una magnitud increíble, por ejemplo Alemania Oriental emite 2.090 toneladas; Polonia 1.890; Inglaterra 1.625; España 1.400; Checoslovaquia 1.185; Italia 760 y Alemania Occidental y Francia750.[28]

Ninguno de los países europeos escapa a esta situación y los esfuerzos para limpiar el "medio ambiente" van a tener costos millonarios por lo que chocan con el deseo de la población de una mayor oportunidad de alimentos, ropa y otros insumos, de más y mejores fuentes de trabajo y de poder consumir productos manufacturados, que requieren de la creación de nuevas empresas y fábricas y de mayores cultivos.

De hecho, uno de los motivos de la revolución contra el Comunismo, en Europa y Rusia (revolución política y social), es en parte reacción contra el sistema que no ha podido proporcionar todos los bienes que se obtienen en los países occidentales. Y como los requerimientos necesarios para poder limpiar el ambiente son de miles de millones de dólares e incluso significa cerrar fábricas obsoletas o modificarlas e implantar medidas drásticas en el comercio y la industria, lo que podría disminuir las fuentes de trabajo; es posible que las medidas de protección del medio no sean puestas en práctica sino hasta dentro de algunos años, por lo que esta contaminación en esos países se continuará produciendo.[277]

La situación se ve difícil de controlar en escala mundial, cuando se aprecia que los Estados Unidos es uno de los países que más problemas ocasiona en este campo a su población e indirectamente al resto del mundo. Tenemos así que, a pesar de tener únicamente el 5% de la población mundial, emplea el 26% del petróleo del mundo; produce 290 millones de toneladas de desechos tóxicos; libera el 26% del óxido de nitrógeno que llega a la atmósfera y produce el 22% de la emisión mundial de dióxido de carbono.[187]

Con ello se convierte en un país donde la ciudadanía tiene alto riesgo en su salud por la emisión de sustancias tóxicas al medio. A lo anterior debe añadirse que cada año se producen por cada ciudadano estadounidense 38 kg de desechos plásticos; se usan 140 mil litros de agua; se ingieren más de 50 kg de carne y se emplean 1.125 litros de gasolina.[186]

Se está hablando actualmente de un aumento del efecto de invernadero, que consiste en lo siguiente: cuando la luz del sol llega a la tierra, ciertos gases en la estratosfera actúan como un protector (como el techo de cristal de un invernadero) reteniendo el calor y devolviendo parte de ese calor al espacio. Los gases que bloquean los rayos solares son especialmente el OZONO, el vapor de agua y el bióxido de carbono. Al parecer, en los últimos años se ha notado un sobrecalentamiento en el verano en todos los países y eso ha hecho pensar que el efecto de invernadero está alterando el clima y causando ese problema. La verdad es que la misma naturaleza provee los gases del invernadero de la atmósfera. El CO_2 es liberado en la tierra por las plantas, volcanes y oceános y por el propio hombre de manera que podríamos señalar normal. Pero, además, este se produce al quemarse madera, carbono y petróleo, fenómenos que se ha acelerado en los últimos cien años. El metano es liberado por la materia orgánica en los terrenos especialmente pantanosos y las materias fecales del ganado. Finalmente los clorofluoruros de carbono escapan como ya dijimos de aerosoles, refrigeradores, aparatos de aire acondicionado, etc. La capa de ozono —una forma natural de oxígeno de la ionosfera— es producida y destruida de manera continua por el cloro emitido por los volcanes, que destruye sus moléculas, porque, los hidrocarburos halogenados ascienden a la estratosfera, se vuelven reactivos bajo los efectos de

la luz ultravioleta y liberan átomos de cloro, que actúan como catalizadores de la destrucción del ozono. Se ha señalado que un átomo de cloro destruye miles de moléculas de ozono y que su efecto continúa por meses o años. Los árboles y las plantas absorben CO_2 que el hombre emite, pero al quemarse lo devuelven a la atmósfera como CO_2 que habían almacenado. Sin embargo, algunas autoridades científicas creen que la tierra tiene recursos para compensar este calentamiento como es el caso de los océanos que tienen gran capacidad de retener el calor y que al aumentar la temperatura causan más evaporación de agua con la consiguiente formación de nubes y la protección que estas generan; lo que podría actuar como un termostato natural, de manera que no es posible estar seguro que ese sobrecalentamiento se va a producir.[8]

En todo caso, creo que todos debemos tomar posición en defensa de la naturaleza o si se quiere más sencillo, en pro de la protección del "medio ambiente". De hecho, la buena relación de los seres vivos con la naturaleza es fundamental para la supervivencia y por eso todos debemos ir creando conciencia de la importancia que tiene la "Ecología" para el desarrollo del ser humano.

Aunque el hombre en cierto modo aparece apartado de su medio o indiferente al mismo, en realidad no puede bajo ningún modo abandonarlo, ya que su hogar ecológico es fundamental para obtener el aire para respirar, el agua para beber y el alimento para subsistir. La interacción del "medio ambiente" con los seres vivos es permanente, y aunque físicamente somos diferentes, incluso entre los mismos hombres, en realidad obedecemos a las leyes ecológicas existentes. Como dice Peter Farb:

> Todos los seres vivos tienen sus sitios determinados para vivir. El equilibrio entre un organismo y sus entornos, con frecuencia permite cierta flexibilidad, pero otras veces es crítico. A medida que cambia un hábitat, cambia también la vida animal que aloja.[86]

Con base en lo señalado, se hace necesario que el costarricense comprenda que su modo de vida tiene mucho que ver con el ambiente que lo rodea. Si bien en tiempos pasados su entorno se reducía a su casa, su granja y su lugar de trabajo, en la actualidad, su pueblo, su ciudad, sus campos, sus montañas y la nación entera conforman ese "medio ambiente" que tendrá influencia en el desarrollo de su vida y la de sus hijos y nietos.

Debemos aceptar, entonces, que nuestra propia existencia depende desde el punto de vista ecológico no sólo de lo que ocurre alrededor nuestro, sino de lo que pasa en todo el país e inclusive en los países vecinos y prepararnos para hacer frente a situaciones cambiantes. Esta experiencia ya la hemos vivido por ejemplo con la malaria en ascenso en Costa Rica en los últimos años, después de haberla casi vencido, debido a que en

Nicaragua este mal continúa sumamente activo, y los refugiados la han traído al país y puede pasarnos con el cólera ya presente en Centroamérica.

La deforestación masiva de nuestros bosques produce consecuencias que nos afectarán a todos. La pérdida de la capa de ozono, que trastornará el clima mundial, crerá modificaciones climáticas adversas a toda la tierra.

Los seres vivos e inclusive el hombre cambian como resultado del proceso perpetuo evolutivo de la selección natural y de otros factores. Pero, estas modificaciones suelen ser lentas y requieren miles o incluso millones de años. También cambia el aspecto y forma de la tierra y la misma atmósfera, pero con tal lentitud que antes habría oportunidad de adaptarse a ello. En la actualidad, bajo las modificaciones impuestas por el ser humano, estos cambios se están acelerando a un ritmo que tal vez no dé tiempo a adaptarse a las nuevas generaciones y se ponga por ello en peligro sus vidas.

Es conocido de los ecólogos que se requiere un equilibrio entre los organismos y sus entornos, con frecuencia hay cierta flexibilidad para la adaptación, pero esto puede llegar a ser crítico o peligroso ya que a medida que cambia un hábitat, se modifica también la vida animal que aloja. El hombre continúa hoy más que nunca necesitando buen aire para respirar, agua pura para beber y alimentos adecuados en calidad y cantidad para sobrevivir. Lamentablemente, en nuestro país todo lo anterior se está comenzando a deteriorar o a bajar en calidad.

Nuestra sociedad debe resolver el problema de las condiciones que debe tener su "espacio vital" para sobrevivir adecuadamente. Lo anterior es indispensable si se tiene en cuenta que el hombre es el único animal que domina el ambiente, en lugar de adaptarse a él. Lamentablemente, tanto en nuestro país como en el resto del mundo, el hombre está interfiriendo con la naturaleza, destruyendo los bosques, alterando el suelo, acelerando el proceso de erosión, contaminando los ríos y el aire e iniciando el proceso de destrucción de nuestro mundo.

Hasta dónde, como nación consciente de nuestro destino, podemos permitir que esto continúe, y qué medidas se hace necesario tomar, constituye un dilema no sólo para el Gobierno, sino para todos los ciudadanos responsables.

Los problemas, en relación con la salud y el bienestar de nuestra sociedad, se están agravando sin darnos cuenta conforme nos adentramos en una sociedad en desarrollo. Día a día vemos que los subproductos nocivos de la tecnología moderna no son inocuos y pueden a partir de cierto nivel, predominar sobre los efectos útiles o beneficiosos que deparan.

Debemos estar conscientes que si bien requerimos de crecimiento industrial para nuestro desarrollo, éste no sólo produce bienestar sino también, al mismo tiempo, perjuicios, malestar e inclusive a corto o largo plazo peligro para la vida de animales, plantas y del mismo hombre.

Los siguientes son algunos de los problemas que afectan al país.

21.2.1 Basura

Diariamente, sin la menor consideración y cuidados, nuestros ciudadanos debido a su mala educación, arrojan a las calles, aceras, patios, terrenos baldíos, ríos, etc., toda clase de desechos, desde simples colillas de cigarros a papeles, botellas y restos de alimentos.

Se estimaba, hasta hace poco, que se producían diariamente un millón y medio de kilos de basura, de los cuales en forma sanitaria más o menos adecuada se dispone el 50%. Se recolectan regularmente pero se disponen de manera inadecuada al final, el 25% y no se recolecta y se acumula indiscriminadamente por día, más de medio millón de kilogramos de lo desechado.[148]

Sólo se dispone de rellenos sanitarios en San José, Cartago, Heredia, San Isidro del General y Limón. En donde no hay esto, la población o las municipalidades depositan los desechos sólidos sin tratar, en vertederos de ríos o en el mar.

Los problemas, que esto produce, son malos olores, proliferación de moscas e insectos, ratas, suciedad, daño al contenido de los ríos y peligros inminentes para la salud.

Por ley es responsabilidad de las municipalidades disponer adecuadamente de esos desechos sin que, al presente, se haya logrado el cumplimiento de esta ordenanza. Por lo tanto, el Ministerio de Salud, tendrá que actuar drásticamente y obligar a construir rellenos sanitarios y mejorar la recolección de la basura. En los Estados Unidos y muchos países desarrollados se están reutilizando o reciclando materiales como: el papel, las botellas, los tarros de aluminio, etc., que son industrializados nuevamente y reempleados, lo que contribuye a disminuir el problema y lograr economías. La empresa Procter & Gamble en EE.UU está reciclando, plásticos y vidrios y señala que el 70% de sus paquetes son hechos de papel reciclado.[183]

Se está tratando de eliminar o sustituir las bolsas plásticas por papel y de que los consumidores lleven sus propias bolsas donde traer lo que compran. En los Estados Unidos, 220 millones de árboles son cortados anualmente para hacer los periódicos que se leen ahí; y son descargados a la basura suficiente aluminio por año como para reconstruir toda la flota aérea comercial de ese país.[106]

21.2.2 Contaminación del aire

El origen principal de la contaminación del aire en el país es el escape de los motores de los vehículos. La contaminación industrial del área metropolitana es relativamente menor. El problema se acentúa más que en otros países por las calles tan angostas y congestionadas.[47] En San José,

el ambiente contiene niveles anormalmente altos de lluvia ácida y abunda el monóxido de carbono que irrita el aparato respiratorio, el nervioso y el cardiovascular. En segundo lugar está el anhídrido sulfuroso. A pocos años plazo, el área metropolitana tendrá valores que afectan seriamente la salud si no se toman medidas adecuadas como serían mejorar la cantidad del contenido sulfúrico de los combustibles importados (gasolina y diesel) y hacer más estricto el control de los escapes en exceso de los vehículos mediante revisiones periódicas y multas.

Algunas industrias que fueron hace unos años instaladas en áreas alejadas de la ciudad, con el crecimiento urbano se encuentran ahora en plena ciudad, aumentando la contaminación. Ejemplo de esto es la planta de fertilizantes de Puntarenas la cual hasta hace poco despedía óxido nitroso a pesar de su sistema de recirculación de los gases. Los ingenios azucareros causan problemas parecidos. Las ciudades comienzan a sufrir de "smog" que es el aire contaminado por el escape de los motores y las emanaciones de las fábricas, condicionando problemas respiratorios a la población y que incluso en algunas ciudades de otros países han causado intoxicaciones colectivas.

La acción de los contaminantes químicos de las fábricas produce efectos nocivos, en especial en los trabajadores expuestos a contacto directo con esas sustancias y, en segundo lugar, a la población donde se encuentre la empresa. Por esa razón, es necesario poner en ejecución medidas de "Higiene Industrial", con el objeto de reconocer, evaluar y controlar los problemas que la industria genera y que pueden ser causa de enfermedades y accidentes para los trabajadores y la comunidad.

El INS debe aumentar estos controles, no sólo para evitar accidentes de trabajo, sino también la contaminación que se produce en escala nacional.

21.2.3 Ruidos

Los sonidos molestos y peligrosos de más de 50 decibeles están a la orden del día en las ciudades de Costa Rica. Vehículos automotores, motocicletas sin muflas, camiones, etc., compiten en hacer escándalo en una ciudad congestionada por el tránsito y agobiada por la contaminación sónica. Constantemente, en nuestras calles son rebasadas la intensidad de los sonidos permisibles para el oído humano.

Más grave son a veces los ruidos producidos en algunas fábricas y ni qué hablar el de las discotecas y salones de baile.

Tanto el Ministerio de Salud, como el de Transportes y el INS, deben tomar acciones en conjunto para disminuir este problema.

21.2.4 Agua

Diariamente son contaminados nuestros ríos con toneladas de sedimentos producto de desechos de los beneficios de café y de los ingenios azucareros, así como de las instalaciones agroindustriales existentes y de las minas que están en funcionamiento en diversos lugares del país.

Ningún río escapa a esta situación, pero en especial están afectados los ríos Virilla, María Aguilar, Ocloro, Tárcoles y Reventazón.

Los beneficios de café son posiblemente los causantes de la mayor contaminación de estos ríos y requieren urgentemente la elaboración de sistemas de tratamiento de los desechos del café, ya que la broza se descarga actualmente directamente en los ríos, donde supuestamente se degrada "naturalmente", sin que se logre que esto suceda debido a la cantidad tan grande de ese desecho. La separación de la pulpa del grano es costosa pero es una necesidad para disminuir la cantidad de desechos que en la actualidad se producen.

Los ingenios de azúcar eliminan su vinaza, sin ningún tratamiento, en los ríos, generándose así ácido sulfúrico que causa alta contaminación de ellos y de las aguas marítimas.

Es pues urgente crear más plantas de transformación de la broza del café en ingredientes para alimentos de ganado, lo cual resolvería el problema. Sería a su vez la base de una nueva industria y una mejor manera de eliminar además las vinazas adecuadamente.

Aunque el sistema de alcantarillado nuestro es muy amplio, ya no parece ser suficiente para eliminar la contaminación pluvial, debido a las grandes cantidades de desechos que llevan a los ríos. Así el exceso de detergente contamina las aguas y produce una situación en que peligra su potabilidad y causa la muerte de los peces. Estos forman espuma que dificulta el proceso de oxidación, dañando y disminuyendo la eficacia de las lagunas de oxidación para el tratamiento de las aguas negras.

Hay también contaminación de los ríos por las industrias, ya que han sido detectados en sus aguas metales de plomo, cobre, cromo, etc., que incluso provienen de minas que carecen de buenos sistemas de degradación. La industria de la tenería del cuero descarga una gran cantidad de desechos líquidos mal tratados a los ríos y esto debe ser evitado.

Las aguas subterráneas de muchas áreas del país están en peligro, por el uso indiscriminado de los fertilizantes y plaguicidas, el mal uso de los tanques sépticos y por las letrinas y los vertederos de basura situados en áreas cercanas a manantiales o fuentes de agua; así como por el empleo de abonos y plaguicidas cercanos a pozos, poniendo en peligro el agua de éstos. Para ampliar este inciso ver el capítulo del *Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados.*

21.2.5 Plaguicidas y fertilizantes

Un porcentaje de las raciones alimentarias que consumimos regularmente, contienen a veces dosis de pesticidas superiores a la tolerancia que fija la Ley. Desbrozantes, fungicidas, plaguicidas, etc., se depositan en productos considerados naturales como frutas, verduras, fresas, legumbres, etc.

Actualmente, en los hogares y en la agricultura, se emplean y almacenan plaguicidas en forma peligrosa e indiscriminada. Estas sustancias por depositarse en la superficie de la tierra, cuando se emplean en exceso en las áreas de cultivo, no sólo llegan a contaminar las aguas subterráneas y los ríos, sino que afectan a las personas que emplean dichos productos, además de la tierra, el aire y los propios cultivos.

Se está tratando de aumentar el rendimiento de los cultivos usando fertilizantes y, por otra parte, para impedir el desarrollo de plagas que, casi se puede decir, el mismo hombre genera, se usan plaguicidas que ayudan a obtener un rendimiento máximo en esos cultivos. Como usualmente hay aparición de resistencia a ellos, se hace necesario incrementar cada vez la cantidad de los mismos y esto provoca serios problemas. Los plaguicidas supuestamente son selectivos para eliminar determinada plaga. Sin embargo, son también nocivos para otras especies animales y vegetales e incluso para el hombre. La agricultura, al tratar de destruir la diversidad natural para producir una uniformidad que asegure el desarrollo de sólo una especie de cultivo, actúa en desmedro de otras, creándose así un ecosistema artificial y dependiente del hombre que lo genera y para mantenerlo, debe estar pemanentemente interviniendo destruyendo las plantas que crecen que son de otro tipo al cultivo que él requiere; al producir un solo tipo de planta, se facilita la reproducción de insectos que viven a expensas de esa planta y se produce así una plaga que requiere de una nueva intervención del hombre para eliminarla con nueva contaminación. Como se ve es todo un círculo vicioso permanente.[313]

Los insecticidas no sólo eliminan a los insectos dañinos que devoran las cosechas, sino también a los competidores directos de esos insectos y a otras formas de vida que compiten con dichos insectos y considerados buenos o beneficiosos. El empleo con descuido de estos productos, o la venta de otros muy tóxicos, está causando un número importante de intoxicaciones e incluso de muerte de algunas personas.

21.2.6 Las costas

El mar está siendo contaminado, lo que provoca problemas de supervivencia de los peces y crustáceos disminuyendo estas especies o contaminándolos y siendo por ello causa de transmisión de enfermedades. La costa de Puntarenas desde Barranca al muelle es un triste ejemplo de esto.

21.2.7 Urbanización

Todos los elementos naturales, que rodeaban antiguamente a una casa, han sido sustituidos en la ciudad por la urbanización y la aglomeración de construcciones sin espacios adecuados entre ellas. Si a lo anterior se añade que en el país hay una seria anarquía en la expansión urbana, y que con el fin de resolver los problemas habitacionales, se están creando barrios con condiciones insalubres, sin sistemas de cloacas y lagunas de oxidación; es fácil comprender la seriedad del problema y el mal futuro que se espera de esta situación.

Además debe tenerse en cuenta la influencia que la vivienda tiene sobre la salud de las personas, ya que su insalubridad y el hacinamiento favorecen la aparición de enfermedades, lo mismo que la falta de agua potable y una defectuosa eliminación de excretas. La falta de protección contra la humedad, los ruidos, la mala ventilación, etc., y la ausencia de un espacio vital adecuado, hace que aparezcan tensiones emocionales que pueden terminar en neurosis y sensación de inseguridad de las familias.

Las promesas políticas, hechas por los candidatos a presidentes, de dar vivienda digna a la población, tratan de disminuir la proliferación de barrios pobres, con viviendas precarias. Pero, además de la medida de proporcionar una vivienda, se hace necesario garantizar fuentes de trabajo al campesino ya que si no emigrará hacia la ciudad, causando un mayor incremento de la población urbana de escasos recursos e iniciándose el ciclo de malas viviendas.

21.2.8 Higiene de los alimentos

Los alimentos mal preparados están sujetos a su contaminación y se contituyen en vehículos para diversos microorganismos y pueden así causar infección al ser humano. Las bacterias que más afectan a estos son los estafilococos, las salmonelas, etc., y algunos virus y hongos.

En nuestro medio, el problema que ocasionan las ventas ambulantes es muy típico, ya que no guardan ninguna higiene para la preparación de los productos que venden. La Ley General de Salud es clara al respecto al prohibir la venta de estos productos; pero, las autoridades de salud se muestran débiles con esta situación debido a que los políticos (munícipes, diputados, etc.) se oponen a la eliminación de estos puestos por considerarlos producto de un problema económico-social. Así pues deberá tomarse una decisión que incluya el problema sanitario más el social con el fin de eliminar estas ventas callejeras. En más de una oportunidad han sido eliminados dichos puestos de la ciudad, días después vuelven a florecer ya que por ley, ni siquiera el "chinamo" o construcciones se les puede quitar y debe devolvérseles a la mayor brevedad. Las multas son mínimas o no se dan y por ello la reincidencia es lo habitual.

21.3 Medidas por tomar

El control de los problemas ambientales debe ser realizado mediante las siguientes medidas.

21.3.1. Educación de la comunidad

Pero no sólo de los habitantes de una población determinada, sino de los trabajadores y los empresarios o dueños de las fábricas, ingenios, etc. Sólo mediante la educación es posible el establecimiento de hábitos higiénicos en las personas y únicamente con la colaboración de los dueños de las empresas y del Gobierno, se pueden desarrollar obras de saneamiento como es el disponer adecuadamente de los desechos de las fábricas, el crear sistemas de reciclaje de los productos finales de una industria, etc.

El objetivo inmediato del proceso educativo es lograr que la comunidad comprenda el propósito de los programas y participe en ellos para mejorar la salubridad del medio, como es cooperar y obligar a las municipalidades a construir rellenos sanitarios y a mantener un sistema adecuado de recolección de basura, o a impedir la contaminación provocada por una fábrica, a pesar de que ella sea una fuente de trabajo en la región.

21.3.2 Aplicar la Ley adecuadamente

Uno de los principales problemas que tiene un Ministro de Salud y el Gobierno como conjunto para aplicar la Ley, en casos de contaminación ambiental, es el hecho de que en los países en vías de desarrollo, la urgencia de fuentes de trabajo es fundamental para el progreso y lograr con ello mejorar las condiciones económicas de la población. Tenemos que la principal fuente de ingreso de divisas para el país lo constituye el café, pero su broza contamina nuestros ríos, diversas industrias son causa también de este problema y a su vez son fuentes de empleo para miles de personas; lo mismo se puede decir de la caña de azúcar y sus ingenios. Entonces, se hace necesario crear conciencia entre los grandes empresarios de hacer nuevas inversiones en sus empresas con el fin de lograr resolver esa situación de contaminación que provocan las mismas, bajo la amenaza que, si no se toman esas medidas, se tendrá que cerrar el establecimiento a pesar de la crisis local de trabajo que pueda generar, ya que por encima de eso está el bien común.

El Ministerio de Salud a través de sus inspectores, en conjunto con los del INS, debe vigilar el cumplimiento de las normas establecidas para el buen funcionamiento de las empresas e industrias. La Ley General de Salud posee un cuerpo orgánico de normas que sirven para su aplicación, aunque

es posible y necesario crear algunas nuevas y más acordes con el avance de la tecnología y el desarrollo de la industria en Costa Rica.

21.3.3 Recursos humanos

Es fundamental contar con el personal idóneo en cantidad y calidad para hacer frente a los complejos problemas del saneamiento del medio y para ello en primer lugar se encuentra la ingeniería sanitaria; pero también se requiere de un personal auxiliar entrenado y un cuerpo de inspectores sanitarios o de saneamiento, con un salario adecuado para que cumplan honestamente con su función. Para llevar adelante los programas de saneamiento, se necesita además contar con un cuerpo de técnicos que promuevan y ejecuten las acciones programadas de saneamiento, buscando, especialmente, la participación de la comunidad.

21.3.4 Recursos financieros

Usualmente, las acciones de saneamiento sobrepasan la capacidad ya no sólo de un Ministerio, o de la comunidad, sino incluso del Estado, por lo que se hace necesario solicitar apoyo financiero internacional mediante préstamos, para lograr llevar a cabo todas las acciones básicas que el país requiere; ocupando lugar prioritario el abastecimiento de aguas y el alcantarillado, siguiendo luego con el problema de la contaminación ambiental. Aparte de eso, deben realizarse campañas con la colaboración del Ministerio de Salud, el INS, el ICAA, el Ministerio de Obras Públicas y el de Agricultura; las Municipalidades, y las diversas comunidades donde se realicen las obras. Sólo bajo acciones conjuntas puede lograrse el éxito requerido.

Como decíamos al principio, el hombre es el único que por su inteligencia ha decidido dominar el ambiente en lugar de adaptarse a él como hacen los otros animales.

La destrucción que provoca de los bosques y la erosión de los suelos, está modificando la ecología. Por esa razón, un capítulo como este, no estaría completo sin explicar el problema de la destrucción de nuestros bosques y la repercusión que ello tendrá en el futuro del país y de la humanidad.

21.4 La destrucción de los bosques

El retroceso de las selvas condicionado por el avance de la civilización, ha ido modificando el hábitat de animales y personas en el mundo actual.

Miles de años se han requerido para el cambio, pero sus consecuen-

cias pueden ser serias en un futuro, ya que bien conocemos que debemos nuestra existencia a cambios climáticos provocados a través del tiempo y que condicionaron la aparición de unas especies y la extensión de otras. Existen indicadores de estos cambios de clima obtenidos mediante estudios de los isótopos de oxígeno en las conchas de los fósiles. Se requirieron millones de años y de cambios en el aire atmosférico, para que apareciera la vida animal y posteriormente la humana, pero solamente se han requerido algunos cientos de años para iniciar una modificación de ese clima provocado por el mismo hombre que puede poner en peligro a la propia civilización que ha creado. Los factores que determinan la temperatura en la tierra están condicionados especialmente por la energía que nos brinda la luz solar.

No toda la luz es absorbida por la Tierra. Una parte es reflejada nuevamente al espacio por los casquetes polares, las nubes, las rocas y las aguas de los mares y ríos. Para mantener el equilibrio entre la radiación recibida del espacio y la emitida por la Tierra al recibir esta, se produce un efecto como vimos, llamado de invernadero, en el cual el dióxido de carbono y el vapor de agua cumplen una función esencial.

La temperatura varía de un lugar a otro. Es más baja en los polos que en el Ecuador, lo cual se debe en parte a como cae la luz solar y a los aires o corrientes de la circulación atmosférica. El aire frío se eleva en el Ecuador y va a caer a los polos y ahí se invierte y vuelve al Ecuador, esta es la causa del aire atmosférico.

Solemos considerar nuestra atmósfera como algo natural, no nos damos cuenta del oxígeno que respiramos y no se nos ocurre pensar que sin él no habría vida. Pero el oxígeno del aire es un regalo de las plantas verdes de la tierra. Estas forman sus tejidos con base en el dióxido de carbono (CO_2), agua y minerales, desechando oxígeno y liberándolo a la atmósfera en el proceso. Esto ha hecho posible la vida en la tierra.

A su vez nosotros empleamos el O_2 de las plantas y desechamos $C0_2$ que ellas usan o sea, nos complementamos en ese sentido.[77]

En las plantas, incluyendo los árboles hay la llamada clorofila causante del color verde de éstas, y sin la cual, tampoco habría vida. La clorofila utiliza la luz solar (la luz visible) para formar moléculas alimenticias con base en dióxido de carbono y agua.[39]

La atmósfera de nitrógeno-oxígeno que hoy tenemos en la tierra, es producto de la acción de las plantas a través de millones de años y la aparición de animales y del propio hombre es secundaria a eso.

El ozono o capa gaseosa de la atmósfera superior se ha formado gracias al oxígeno en la atmósfera. Esta capa tiene la capacidad de absorber la luz ultravioleta que llega a la tierra desde el sol e impide que su exceso nos haga daño.

Como la luz visible puede atravesar la capa de ozono, esta llega hasta las plantas que dependen de ella como fuente de energía. Ha sido así como

ha sido posible la vida en la tierra, a pesar de estar el planeta expuesto a la peligrosa e incluso mortal radiación solar.

De modo que las plantas verdes crearon la atmósfera con oxígeno para la vida de los animales superiores en la Tierra.

La atmósfera con oxígeno a su vez formó una capa de ozono (0_3) que dio lugar a una protección suficiente para lograr esa vida animal. La vida en la tierra hizo posible la aparición del hombre, que vive de las plantas.

La deforestación en escala mundial —Costa Rica no escapa de eso— está creando condiciones peligrosas para el futuro de la vida de todos los seres. En el país, la deforestación es un problema de gran magnitud y según el Instituto de Acueductos y Alcantarillados [139], nuestros bosques están desapareciendo a una tasa aproximada de 50 mil hectáreas por año, mientras que la reforestación no alcanza el 3%; de manera que para 1987, cerca del 60% de los terrenos de aptitud forestal habían sido deforestados, siendo sus terrenos abandonados o convertidos en áreas de pastoreo. Lo anterior, no sólo destruye nuestros bosques dejándonos sin este recurso, sino que deterioran el suelo, y cientos de miles de toneladas de tierra fértil se pierden anualmente arrastradas por los ríos, como producto de la erosión y degradación de los suelos, contaminándose así las aguas y llenando de sedimentación los embalses hidroeléctricos. Finalmente, con esas acciones se están destruyendo las cuencas hidrográficas del país.

El comercio de la madera no ha sido realizado buscando renovar los árboles. Así, el ICAA señala que, en 1989, gracias al esfuerzo del Estado y con la participación del sector privado y las comunidades, se había logrado disminuir la deforestación a menos de 40 mil hectáreas por año e incrementado la reforestación a 6000 hectáreas anuales, lo que es totalmente insuficiente.[139]

Aparte de la importancia de los árboles en la conservación de nuestra atmósfera, la destrucción de estos reduce la capacidad del suelo para retener la humedad y los manantiales tienden a desaparecer, ya que este suelo no puede, por falta del manto vegetal, absorber la lluvia, disminuyendo así el agua subterránea. La destrucción de los bosques debido al fuego intencional o accidental, significa pérdidas considerables desde muchos puntos de vista: fauna, madera, ambiente ecológico, etc., incluyendo el perder valores genéticos vegetales como son las plantas silvestres ahí existentes que constituyen verdaderos bancos genéticos.[64]

La destrucción de los bosques está también contribuyendo al calentamiento general de la tierra, lo cual hace que en las selvas al aumentar el calor se altere el proceso normal de fotosíntesis, respiración y absorción de minerales.[149]

Para nuestros indígenas, el bosque era una fuente de vida, sembraban maíz, plantas, etc., cazaban animales silvestres y recogían frutos del mismo. Durante la Colonia se causó poca destrucción al bosque y no ha sido sino hasta en los últimos ciento cincuenta años, que comenzó la

deforestación iniciada con los cultivos de café y banano y continuada con la venta de madera al exterior y el consumo interno de la misma.

Finalmente después de la Segunda Guerra Mundial, la expansión de la ganadería debido al alto precio de la carne, vino a rematar esta grave situación. La Dirección General Forestal ha señalado que el territorio costarricense consta de 5.1 millones de hectáreas, de las cuales aproximadamente 3.3 millones son de aptitud forestal. El 60% de estos suelos ya están deforestados y en su mayoría se han deteriorado tanto que el bosque se puede restablecer solamente con plantaciones artificiales, el otro tercio es de aptitud agropecuaria.[74]

La deforestación, dicen ellos, perjudica la calidad de vida de los costarricenses y el mal uso de la deforestación para la industria de la madera, hace que ya esté escaseando la materia prima y disminuyendo la cantidad y calidad del agua.

El hombre ha explotado excesivamente la tierra, el dominio obtenido gracias a su cerebro debe, sin embargo, tener un límite, ya que sus acciones están interfiriendo seriamente en la naturaleza. Debe controlarse la tecnología moderna que parece centrada en únicamente dos aspectos: el primero es satisfacer las necesidades y comodidades del hombre, el otro es la gran capacidad de autodestrucción que ha acumulado gracias a ella. Ambas son malas, debe revertirse esto y hacer que las acciones científicas y tecnológicas actúen también para mantener y proteger el "medio ambiente" para guardar una armonía con la naturaleza, sin la cual la vida no podrá desarrollarse en el futuro.

Capítulo 22

La salud como inversión

Capítulo 22

La salud como inversión

LA SALUD COMO INVERSION

22.1 Generalidades

Desde un punto de vista estrictamente económico, el sector salud utiliza recursos para producir bienes y servicios; con sólo afirmar lo anterior, es evidente que se trata de un sector productivo. Nadie discute ya que hay una clara interrelación entre salud y desarrollo, los problemas surgen cuando se pretende determinar qué es lo más importante. Lo que está aceptado es que, entre las finalidades del desarrollo, el mejoramiento del nivel de salud es un objetivo primordial. Cuánta salud se consigue con un incremento del desarrollo económico o cuánto de este, se obtiene mejorando la salud es algo muy difícil de precisar.

Todo parece indicar que no debe considerarse la salud aisladamente del proceso de desarrollo, ya que las condiciones sociales y económicas son interdependientes. El estado de salud de una población influye sobre los factores socioeconómicos y estos a su vez la afectan.[193]

Edwin Chadwick, un gran reformador social inglés, en el año 1932, elaboró un informe para el Parlamento de Inglaterra, sobre las condiciones de vida de los trabajadores y sus problemas de salud, fue categórico en afirmar en cuanto a los efectos negativos o positivos de la enfermedad o de la buena salud sobre el llamado "capital humano", y por consiguiente sobre el crecimiento económico en su país. Esta persona fue, al parecer, el primero en exponer detalladamente la relación directa entre salud y desarrollo económico. [11, 118]

A partir de entonces, se consideró a la salud como uno de los aspectos de desarrollo social que acompañan usualmente al crecimiento económico. Para unos, los servicios de salud son un consumo, para otros una inversión; y aunque la mayoría de los servicios de salud no producen bienes económicos y por ello se le coloca en el área de consumo, es sabido que es

necesario alcanzar un nivel adecuado de salud para tener capacidad plena de trabajo y por ello también deben considerarse los gastos para la protección a la salud como una inversión.

El impacto de la enfermedad sobre la producción nacional se refleja en que reduce la mano de obra, la cual merma la capacidad de producción y como consecuencia disminuye el desarrollo económico.

Alleyne[11] da un excelente ejemplo al describir como, en el Caribe, cuando aparece el dengue, el turismo disminuye en esos países. Esta enfermedad, no sólo menoscaba la productividad de los trabajadores al afectar su salud, sino que disminuye por temor, el ingreso de turistas que dejan divisas a esos países con lo que se afecta su economía. De ahí que no se realiza un gasto, sino una inversión cuando se hacen campañas contra el mosquito vector o se trata a los enfermos para que no sean fuentes de mayor contagio.

El problema básico en cuanto a si la salud es o no una inversión, está centrado en poder valorar cuantitativamente la importancia de ésta en el desarrollo. No existe una fórmula económica general que mida la productividad de la salud posiblemente debido a lo siguiente:

a) La salud es multidimensional, recibe influencias de todos los demás sectores sociales y del económico, por lo que resulta difícil determinar cuál es su verdadera contribución a una o varias situaciones dadas.[360]

b) Como producto derivado de una buena salud, aparece un estado físico, mental y social adecuado en los individuos, y entre las características de esto está, la de mejorar la capacidad para el trabajo, siendo por ello capaz entonces de crear capital y a la vez se convierte en consumidor de los otros tipos de producción.

c) La relación entre salud y desarrollo económico es muy estrecha, pero es muy difícil establecer en cuánto contribuye uno a obtener el otro. No es fácil lograr traducir la salud y sus acciones en unidades de producción.

d) La mayoría de las acciones en el campo de la salud, producen resultados a largo plazo, por lo que el efecto de las inversiones no es fácilmente apreciado, razón por la cual resultan poco atractivos para los economistas y los políticos.

e) Con excepción de la esperanza de vida al nacer, no se poseen índices directos y positivos de salud, ni modelos adecuados para poder medir en cuánto la buena salud de una población ha influido en el desarrollo de la economía y de los otros sectores sociales. Los indicadores de salud tradicionales (mortalidad y morbilidad) son negativos e indirectos, no miden salud sino enfermedad y muerte, factores que también están influidos por otros fenómenos del desarrollo, por lo que no son los más adecuados para evaluar los resultados de las campañas de salud.

Pese a lo anterior, la mayoría de los economistas han aceptado que la salud es un gasto de inversión y no un gasto corriente, y que no puede cuantificarse fácilmente porque lo dedicado a salud es una inversión en lo que se ha llamado "capital humano" principalmente.

El ex Presidente de la República de Costa Rica, don Luis Alberto Monge afirmaba[24]:

> Las cantidades del presupuesto nacional que se destinan a salud, no deberían ser consideradas gastos, sino más bien inversión, la vigencia al derecho a la salud del pueblo, está íntimamene vinculada a la obligación que tenemos de preservar la libertad y la paz en esta República. Brindar cuidados de la salud es parte del principio de equidad y justicia social sin la cual, no podríamos mantener la democracia costarricense.[148]

Al hablar de capital humano, nos referimos a los ciudadanos, que son la mayor riqueza con que cuenta un país. No parece haber sido fácil lograr que los economistas aceptaran la idea de que los gastos destinados a salud eran una inversión, a pesar de que era obvio que los individuos sanos producen más que los enfermos o débiles. Pero al considerar la salud como una inversión, debemos lograr una utilización óptima de los recursos para obtener mayores beneficios, y entonces la salud ya no sólo es un fin en sí misma, sino un medio para lograr un mejor desarrollo económico y social.

El Lic. Wilburg Jiménez, brillante economista costarricense nos dice:

> Todas las acciones sociales bien entendidas son inversiones, la educación es una inversión, tanto la salud como la educación son inversiones de largo plazo. Claro que si uno está enfermo y no puede trabajar, está perjudicado en un cortísimo plazo y también si es analfabeta.[162]

Ya nadie duda, que la educación es muy importante para el progreso económico, tanto individual como general. Hay además, una estrecha relación entre la salud y la educación. Un niño o un adulto no logran emplear totalmente sus aptitudes para aprender, ni utilizan plenamente sus conocimientos producto de la enseñanza, si no tienen buena salud, la cual proporciona buenas condiciones físicas y mentales.

El considerar a la salud como consumo o como inversión, está realmente en manos de diversas circunstancias y del proceso social y económico de cada país. En las naciones subdesarrolladas las enfermedades pueden ser un obstáculo para el progreso económico, por lo que, los gastos realizados en servicios de salud en esos países son considerados una inversión para el futuro. Mientras que en los desarrollados, en los cuales los servicios médicos por ejemplo satisfacen necesidades personales, se pueden considerar como un consumo.

Abraam Sonis, eminente salubrista argentino señala que:

El nivel de salud es expresión del nivel de vida, y que esta es una realidad observable y comparable y puede tenerse como valedera.[329]

Las regiones de un país varían como todos saben en cuanto a la salud de los habitantes de su área, y eso parece estar también en relación directa con la productividad de la región y el estado económico de sus habitantes. Por ejemplo, en Costa Rica, en 1990, la provincia más atrasada económicamente en términos generales es Limón, y es precisamente ahí donde existe la mayor mortalidad infantil con una tasa de 17 por mil, comparado con el promedio del país que es de 13,8 por mil. Sin embargo, estas tasas y proporciones no siempre son correctas o fiel reflejo del estado económico. Aunque en la mayoría de los países desarrollados, las tasas de mortalidad han disminuido y aumentado la esperanza de vida, Costa Rica con un ingreso per cápita muy bajo por habitante, se encuentra colocado al igual que Cuba, por encima de muchos países considerados ricos (con un PNB muy superior), en cuanto a mortalidad infantil y esperanza de vida al nacer.[343] Aquí han influido muchos aspectos para que esto haya sucedido, como se ha expuesto en otro capítulo; lo interesante es que uno de esos países es de economía mixta y una democracia y el otro es un régimen marxista de tipo totalitario, pero en ambos los gobiernos han tenido siempre preocupación de proteger la salud de su población a pesar de ser naciones subdesarrolladas. Obtener desarrollo en un país, no es entonces solamente lograr un buen indicador económico, sino que debe este, ir acompañado de adelantos en el campo social, que logren mejorar la calidad de vida de los ciudadanos. De acuerdo con esto, el incremento del producto nacional bruto o de la renta per cápita son tan sólo algunos de los objetivos deseables; entre los de tipo social más importantes, están la educación y la salud. A medida que mejora la situación económica de un país, aumenta generalmente el porcentaje del gasto público dedicado a esas áreas.

Al mejorar la salud en una nación y disminuir la mortalidad y morbilidad en especial en la edad infantil, sobreviene un cambio en la patología prevalente debido al aumento en la expectativa de vida que presenta la población. Eso nos conduce a enfermedades de muy difícil prevención y de muy alto costo en su tratamiento. Este hecho nos ha puesto a pensar si el mejoramiento de la salud no ha sido un simple cambio de una patología por otra, con el agregado de un aumento en los años que viven los costarricenses, sin estar seguros si hemos mejorado la calidad de vida para nuestros ancianos. Creo que esto debe ser motivo de un detenido estudio, para valorar hasta dónde hemos obtenido un costo/beneficio adecuado con las acciones en este campo, y cuantificar cuánta carga le hemos pasado al régimen de pensiones y a los servicios médicos del Seguro Social.

Las acciones de protección para la salud desarrolladas por los gobiernos, son desde luego determinantes para lograr una buena salud en la población, aunque, y permítaseme la insistencia, el valor exacto de estas

acciones es muy difícil de fijar, ya que además han contribuido a esto: Los programas educativos, la existencia de fuentes de trabajo con salarios adecuados, la oportunidad de una buena nutrición, distribución de agua potable por todo el país, etc. Por esa razón, no es adecuado fijar porcentajes, pero si se desea mejorar la situación de la salud en un país, las autoridades del ramo, deben empezar a verla no sólo como un fin en sí misma, sino también como un medio capaz de contribuir al desarrollo socioeconómico de una nación. El sector salud es en Costa Rica, el segundo empleador con 28 mil trabajadores solamente superado por el de educación; el mero hecho de ser una fuente de trabajo tan importante, lo muestra como generador importante de ingresos para un sector de la población. La idea que tienen los salubristas de que la salud no puede estar a merced de evaluaciones económicas es una tontería, porque de hecho lo está, y entonces deben preocuparse por reunir suficientes datos sobre el costo/beneficio de las actividades sanitarias para convencer a los gobiernos de dar en el presupuesto nacional, el apoyo económico requerido.

Wilburg Jiménez nos manifestaba:

> Cuando trabajaba en la Organización Panamericana de la Salud, pregunté, curioso de conocer por qué el Banco Mundial, a la hora de elaborar su presupuesto, financiaba a salud con únicamente un 1% del mismo lo que es bajísimo, y el Banco Interamericano de Desarrollo el 8% (la mayoría de este último presupuesto iba destinado a programas de planificación familiar y suministro de agua potable). La respuesta que recibí de funcionarios de esas instituciones fue: que a ellos no les gustaba financiar la inversión en salud, porque es a muy largo plazo y en muchos casos ineficientes, pues en América Latina, la mayoría de los programas de salud eran elaborados y manejados por médicos que no tienen conocimientos adecuados de administración.[162]

De ahí que los médicos, en especial los que ocupan puestos relevantes en la administración de salud de cada país, deben dominar aspectos de administración en esta rama.

22.2 Economía de la salud

Al aspirar los pueblos a un mayor bienestar, comenzaron a investigarse en los países más avanzados las causas de su crecimiento económico, encontrándose con el hecho de que no lo podían explicar únicamente con base en factores económicos, y entonces la atención se centró en el desarrollo alcanzado en otros campos como la educación y la salud y en cuánto, los progresos alcanzados en esas áreas, habían repercutido para mejorar la economía.

En razón de eso, surgió la llamada "economía de la salud", la cual debería explicar si era posible, en qué proporción, los cambios sufridos en la calidad del capital humano en un país, habían contribuido al crecimiento económico del mismo.

La economía de la salud trata no sólo sobre los beneficios de los servicios que tienen que ver con salud y seguridad social, sino también, sobre sus costos y los problemas para financiarlos. Por ello, la consideración de los costos no es necesariamente contraria a la ética, ya que si los planificadores no tienen un adecuado conocimiento de éstos, el sistema puede quebrar y dejar sin servicios a la población más necesitada y que no tiene, en razón de su pobreza, capacidad de pago.

La aspiración de tener protección de la salud para todos y universalización de servicios médicos, es lógica, pero siempre debe tenerse en cuenta que los recursos son limitados. Al generalizar los servicios e igualar su atención, tanto para asegurados como para indigentes, se busca con ello cumplir con un principio de equidad y justicia social; pero lograr esto tiene un costo usualmente muy elevado y se hace necesario por ello, estar seguros que el sistema tiene capacidad de soportarlo. Al revisar las cargas sociales que tienen las planillas que cobra la C.C.S.S., veremos como se paga un 31,50% más sobre los salarios sin añadir el % de la póliza del I.N.S. se aprecia pues que está muy sobrecargada y difícilmente podrá aumentarse la misma para obtener más fondos para programas de asistencia médica. (*Cuadro 22.1*).

Un concepto básico aceptado en economía de la salud es que si se aumenta la cantidad de prestaciones en servicios de atención de enfermedad, usualmente disminuye su calidad; si se trata de mantener ésta,

CUADRO 22.1

CARGAS SOCIALES RECAUDADAS POR MEDIO DE PLANILLAS CCSS

Cotizaciones	Patrono	Trabajador	Estado	Total
Seguro E. y M.	9.25	5.50	0.25*	15.00
Seguro I.V.M.	4.75	2.50	0.25	7.50
Total CCSS	14.00	8.00	0.50	22.50
Banco Popular y Desar. Comun.	0.50	1.00	0.00	1.50
Asign. Famil.	5.00	0.00	0.00	5.00
Inst. Mixto A. Soc.	0.50	0.00	0.00	0.50
I.N.A.	2.00	0.00	0.00	2.00
TOTALES	22.00	9.00	0.50	31.50

* La cuota del Estado como tal permanecerá vigente hasta 1990. Según convenio firmado con el Ministerio de Hacienda.
Nota: Falta el I.N.S. con sus pólizas obligatorias para todos los trabajadores sobre accidentes.

aumentando los costos, a veces estos suben en tal proporción que superan la capacidad de pago del país o de la institución responsable de estos servicios, y puede por ello, sobrevenir una crisis económica, la cual entonces obliga a racionalizar gastos y disminuir servicios o a poner nuevos impuestos o aumentos de cuotas para sobrellevar el problema, lo cual crea un círculo vicioso muy difícil de superar.

La política de restricción del gasto público que se ha puesto de moda en todos los países, debido en especial a la obligación de pagar sus deudas externas; y las imposiciones del Fondo Monetario Internacional (estamos hablando no sólo de países en vías de desarrollo, sino también desarrollados) han disminuido la capacidad de financiamiento del sector social, con reducción de los presupuestos del área de salud entre otros. Esto ha surgido en un mal momento, ya que en el nivel mundial prima el concepto de que toda la población tiene derecho a la protección a la salud, lo cual ha obligado a los gobiernos a prestar esos servicios.

No debe confundirse la contención de los costos con la eficacia para el manejo de estos problemas en el área de salud. El ahorro de costos con mayor ganancia en la producción, no puede ser aplicado a los servicios de salud o médicos de igual manera, ya que disminuir costos en este campo, significa desmejorar la atención a costa de mantenerla; pero puede a la larga ser contraproducente y significar mayores gastos en el futuro debido a que, enfermedades que pudieron ser atacadas tempranamente, se han desarrollado y elevado el costo de su tratamiento, por no ser oportunamente diagnosticadas. El costo-beneficio usado para valorar programas de salud, puede mostarnos que, gracias a la protección de la salud lograda con ellos, o al tratamiento de las enfermedades, muchas vidas se han salvado, gran cantidad de incapacidades se han evitado y por ello, la pérdida económica se ha atenuado para una población o país.

El tener una población sana, es sinónimo de capacidad de trabajo y producción de riqueza; la mano de obra como recurso económico, se beneficia con todas las medidas proteccionistas para la salud, ya que eso, la mantiene laborando y aumenta su eficiencia. Por ello, los programas de salud deben formar parte de los planes nacionales de desarrollo o estos, estarían incompletos.

Los logros en salud y seguridad social, han contribuido, en nuestro país, al relativo bienestar que poseemos y a mantener la paz social tan importante en una región del mundo donde esto es extraordinariamente raro. Pero los progresos alcanzados no deben perder de vista la relación entre necesidad social y posibilidades económicas. Si el sistema de seguridad social es recargado, debido a ampliación de los servicios y a las exigencias de los trabajadores mediante movimientos de presión para aumentos salariales, como ha venido sucediendo y llevan al límite los gastos del Seguro Social, la crisis puede aparecer. Por eso, es necesario dar una nueva orientación a los servicios y crear prioridades definidas en el

sistema. Eso no significa disminuirlos, sino hacerlos más simples y menos costosos, adecuando además la cantidad que se dé de ellos a las condiciones económicas que posee el país en la actualidad. Las prestaciones de la seguridad social no son obsequios del Estado para los asegurados, sino una manera de redistribuir los ingresos que se han logrado mediante impuestos o cuotas, buscando favorecer al mayor número de ciudadanos con esos servicios. En la economía de mercado, el rendimiento de una empresa y los riesgos que esta asume para realizar inversiones, son los impulsos vitales para progresar. Gracias a ello, se aumenta la producción y se generan ingresos, que crean los presupuestos para financiar las diversas instituciones de seguridad social que poseemos. Pero la economía de mercado vive de la competencia, las exigencias excesivas con impuestos a las empresas, ponen en peligro la competitividad empresarial ya que para mantenerse en el mercado internacional, hay que producir con precios atractivos y con material de calidad, si no logramos esto, no habrá bonanza económica y el desempleo puede ser el resultado de ello. El crecimiento económico, con aumento de las fuentes de trabajo, aseguran las bases financieras para que el Estado pueda continuar brindando seguridad social. Aparte de lo anterior, para lograr crecimiento económico el Estado debe disminuir gastos considerados superfluos, en especial el exceso de burocracia en las instituciones públicas, y la grave carga que significan un régimen de pensiones de privilegio en muchas áreas, que está desequilibrando anualmente el presupuesto nacional por no estar adecuadamente financiado.

Los servicios de salud, por otro lado, deben realizar economías en sus servicios como sería: disminuir el exceso de medicamentos que se recetan, controlar el abuso que existe en indicar exámenes de laboratorio y gabinete, vigilar el uso exagerado de estudios radiológicos, centralizar la patología compleja en un solo hospital, ampliar los programas de atención primaria, etc., o sea eliminar los procedimientos médicos abusivos o ineficaces y buscar una prestación de servicios de buena calidad pero a un costo más reducido. En la actualidad, varios países (Inglaterra, Finlandia, Israel, etc.) están procediendo a una planificación deliberada con el fin de promover en los servicios médicos y de salud, un orden de prioridades y lograr mejorar la eficacia. Por otro lado, las autoridades de los Estados Unidos, han manifestado que han tenido muy poco éxito en sus esfuerzos para limitar los costos de la atención de salud y promover la eficacia.[2,3]

Debido a la falta de control sobre los costos de los programas tipo Medicare y Medicaid que existen en ese país, se está presentando un desastre financiero, agravado por el alto costo de la nueva tecnología médica y de los medicamentos, añadido al rápido crecimiento de la población de ancianos que, por su edad y el tipo de enfermedad que sufren, consumen los recursos de esos programas de una manera muy acelerada.[355]

La elevación de los costos de los seguros de hospitalización y la posibilidad de que no haya fondos para el pago de los mismos, obligó al Congreso de ese país a pasar una reforma con nuevas reglas que ponen un límite a los gastos de hospital por cada paciente, forzando a los hospitales a ser más eficientes y, a un mayor control sobre los abusos en pedir estudios de gabinete y laboratorio de parte de los médicos que reciben pacientes de estos seguros. Lo anterior nos hace ver que el costo creciente de los servicios médicos requiere, incluso en los países ricos, de control para evitar gastos superfluos o abusos.

Debemos señalar que no debería discutirse sobre la interrelación entre la salud y el desarrollo; los problemas surgen, como ya señalamos, porque todavía no se ha podido encontrar un procedimiento que permita determinar la naturaleza entre ambos y valorar cuánta salud se consigue con un incremento dado de la economía o, cuánto se desarrolla ésta gracias a un mejor nivel de salud. La salud debe verse entonces como un consumo y una inversión. Como inversión, aumenta la capacidad productiva de una empresa, una comunidad o un país, al disminuir la mortalidad y evitar enfermedades.

Como consumo, se convierte en un bien que los gobiernos o el Estado ofrecen a sus ciudadanos para lograr el bienestar. En la medida que se desarrollan los servicios de salud, contribuyen a la economía como fuente de trabajo como sucede en Costa Rica y, además, producen servicios al igual que otras instituciones o empresas.

Mejorar la salud implica dar un nivel de vida adecuado a la población y ello conlleva proporcionar también progreso económico; pero, además —debe quedar muy claro— eso significa asegurar una distribución más justa de los beneficios para todos en la mejor medida posible.

Como lo señalé en el primer capítulo, Dinamarca, Finlandia, Noruega, y Suecia, tienen los mejores indicadores de salud en el mundo en unión con Suiza, Japón y Canadá. [344]

Todos esos países gastan una parte muy importante de su Producto Nacional Bruto (PNB) en cuidados de la salud, seguridad social, pensiones adecuadas, ayuda económica para el desempleado, asistencia pública para las personas de escasos recursos, etc. (Ver esas cifras en el *Capítulo 1*).

Esos países, sin embargo, hace unos 70 años no tenían buenas bases económicas y no estaban a la cabeza del mundo en el campo de la salud. Las preguntas que hice anteriormente las repito ahora por ser concernientes a este capítulo. ¿En qué medida, la organización social y las asignaciones que de sus ingresos hicieron esas naciones en el campo social, influyeron para que esos pueblos se pudieran ubicar entre los mejores del mundo en la actualidad en las áreas de economía y salud? Y, a su vez, ¿en cuánto, los logros en salud han contribuido a obtener esa uniformidad económica y social que poseen? Creo que la respuesta es que ambos se complementan.

En 1987, el impuesto a la renta proporcionaba los siguientes porcentajes del Producto Interno Bruto a los siguientes países: Suecia 56,7%, Francia 44,8%, Italia 36,2%, Canadá 34,5%, Japón 30,2% y Estados Unidos 30,0%.[19]

Todos estos países destinan un porcentaje muy elevado de sus ingresos al campo social incluyendo a la salud, lo que deja ver la estrecha relación entre asignación social y mejoras de salud y desarrollo incluyendo el económico. Se puede observar lo alto que son esos porcentajes de la renta en cuanto al PIB en esos países en relación con Costa Rica.

IMPUESTO SOBRE LA RENTA		PIB NOMINAL	RELACION % *
	-Base devengado- (millones de colones)	(millones de colones)	Imp. Renta/PIB
1989	9.507,2	425.495,3	2,23

*Fuente: Banco Central 1990 Agosto.

En Suecia, aproximadamente un 40% del salario del trabajador va como impuestos de renta para el Estado y la Región donde vive. Los Suecos aceptan esto debido a que con ello han ido construyendo un Estado Benefactor en el cual ricos y pobres reciben igual trato en los servicios públicos esenciales como son: cuidados de la salud, educación, guarderías infantiles, cuidados de enfermería para ancianos y enfermos en su casa, etc. Sin embargo, incluso este pueblo tan organizado, comienza ahora a tener problemas de calidad y excelencia en esos servicios y está tomando nuevas medidas para tratar de resolverlos; se ha hablado hasta de privatizarlos, buscando incrementar la competencia (el promedio de horas de trabajo del sueco es de 31 horas a la semana).

Suecia es la nación con mayores impuestos en el mundo, los cuales a su vez han creado en parte el generoso y admirado Estado Benefactor que posee ese país. Sin embargo, los altos impuestos existentes no estimulan a la gente o a las empresas a invertir y está entonces condicionándose un crecimiento económico muy lento y haciendo que sus habitantes lleguen a la conclusión de que el Estado Benefactor no puede crecer eternamente y que se requiere una reorientación de mercado en el futuro. Se afirma ahí que en el pasado el esfuerzo máximo fue haber construido esas estructuras benefectoras y que ahora es necesario remodelarlas desde su interior.[19]

Como se ve, incluso esos países tienen problemas para hacer progresar su seguridad social y requieren de un equilibrio en el desarrollo económico y los beneficios que este genera.

Francia, uno de los países con mejores índices de salud y de desarrollo económico, posee un Sistema de Beneficio Social, excelente, que proporciona cuidados médicos al 98% de su población y muchos otros beneficios. El costo de la Seguridad Social en ese país representa 250 billones de dólares anualmente, tres veces el Presupuesto de la Defensa y es pagado

por patronos y trabajadores. El Gobierno deduce del salario del trabajador un 20% del mismo y los empleadores llegan a pagar en algunos casos un 50% de esos salarios de los trabajadores. El Gobierno cubre los déficit que se presentan en el sistema con otros ingresos y para 1989 se esperaba que fuera de 3.3 billones de dólares.[239]

Los franceses consideran, sin embargo, que el sistema trabaja bien y ha beneficiado a todos en muy diversos sentidos y participa en el desarrollo económico que posee este país.

Para el francés, la Seguridad Social no es una caridad, sino un derecho del ciudadano; los trabajadores se retiran a los 60 años con una pensión del 70% del mayor salario ganado.

Gunnar Myrdal, famoso economista nórdico citado por Bryant,[29] señala:

> No debe considerarse la salud aisladamente de otros elementos del proceso de desarrollo. La salud afecta los factores socio económicos y éstos la afectan a la vez, especialmente los ingresos, o niveles de vida y sobre todo la nutrición. Myrdal afirma, que las condiciones sociales son interdependientes y el planificador debe atacar el problema de recursos para la salud, en un frente más amplio haciendo que quede integrado en el problema general de la planeación del desarrollo de un país.

Myrdal a su vez critica a los que han excluido la enseñanza y la salud de los puestos importantes en la filosofía de la planeación. Explica que la prioridad relativamente baja dada a los campos de la salud y de la enseñanza puede atribuirse a una filosofía del desarrollo que ha hecho hincapié en la importancia dominante de las inversiones en los elementos físicos del crecimiento nacional tales como caminos, presas, fábricas, etc.

Pero como ya hemos visto, sólo una parte del crecimiento económico de un país puede explicarse por el monto de inversiones en capital físico, lo cual destruye los modelos de planeación proyectados solamente en términos de inversión física, ya que hay además otros factores de desarrollo por tener en cuenta entre los cuales, la salud y la educación son muy importantes. O sea, que no sólo la "inversión de capital" es básica, sino que es también muy importante la "inversión humana".

Bryant dice que para que den resultado las inversiones en la enseñanza, y para que haya éxito en los programas educativos, se depende de las políticas que se hayan seguido en los demás campos del desarrollo y en la dirección de los programas educativos. Esas opiniones se aplican también a la salud. Así es muy importante para la salud, que se aumente la producción agrícola, que se mejore la enseñanza y que las masas salgan de la pobreza.

El grado en que pueden mejorarse las condiciones de salud depende del conocimiento y de la actitud que la población tenga sobre cuidar su salud. El niño es considerado como un activo que producirá una utilidad futura y la producción del niño, como adulto, es el rendimiento de la inversión; si el niño muere prematuramente se pierde la inversión hecha por

el país en él y si por enfermedad no está en capacidad de dar un buen rendimiento en el trabajo, también se ha perdido parcial o totalmente la inversión.[29]

La capacidad de un niño para aprovechar la enseñanza depende de su salud y la de un adulto para utilizar los conocimientos adquiridos depende de sus condiciones físicas y mentales.

De ahí que la calidad de vida es importante para garantizar la inversión en el recurso humano y los cuidados de la salud son para esto indispensables.

He puesto en este artículo cómo se gasta el ingreso de la renta y el PNB en algunos países y en especial cómo se distribuye ese gasto, por el papel que el Estado juega en la atención ciudadana. Me pregunto si sería más conveniente que cada ciudadano gaste su renta según desee, ¿o si es más productivo ceder parte de ésta al Estado (como sucede en la mayoría de los países), para mejorar ciertos servicios públicos y asistenciales? Desde luego que se trata no sólo de que existan esos servicios, sino de tenerlos con cierta calidad que garanticen un adecuado beneficio, de tal manera que el Gobierno puede pedir sin temor al ciudadano su colaboración, sacrificio y solidaridad para obtener servicios como en Suecia, ¿si es que esto fuera posible?

¿Son realmente ejemplos por seguir los países nórdicos y otros como Japón, Canadá y Suiza?, o ¿debemos únicamente compararnos con los países en desarrollo de América Latina y conformarnos con lo conseguido en salud al presente por Costa Rica, que de por sí es mucho para un país subdesarrollado?

El dilema es que al igual que en Suecia, tenemos incluso dificultad para conservar lo conseguido debido a los altos costos de la atención médica moderna. En realidad se trata de una posición filosófico-política que debemos ir definiendo para el futuro en nuestro país.

Creo que es clara la relación entre desarrollo económico y desarrollo social, si uno falla, el otro también; mantener un equilibrio adecuado en ambas áreas es indispensable y a través del libro se ha venido señalando.

En la mayoría de los países en desarrollo, el gasto público en todos los sectores aumentó muy rápidamente durante los últimos 30 años, pero el lento crecimiento económico y los déficit presupuestarios de los finales de la década de los setenta y el principio de los ochenta, obligaron a reducirlos.[251]

Entonces, el gasto público ha comenzado a reducirse y esto ha afectado al sector salud, pese a lo defendible que era la tesis de favorecer un mayor gasto público en este sector.

Los economistas señalan que aunque el dinero se gastara en la forma más eficaz posible en función de costos, probablemente los fondos serían insuficientes para satisfacer las exigencias críticas en materia de salud de la mayoría de los países[263]. En todo caso, la austeridad presupuestaria

generalizada, que ya ha llegado al país, ha dificultado no sólo el lograr un aumento en el presupuesto de salud, sino que incluso ha sido rebajado en el período 86-90 del ex Presidente Arias.[224]

Es improbable, entonces, que el nuevo Gobierno elabore un incremento de esos gastos financiando con impuestos o endeudamiento al sector salud, y lo que hay que lograr es una reasignación de recursos de otros sectores para mejorar la atención de la salud y sobre todo convencer a los gobernantes de no disminuir el presupuesto de este campo. Pero, además, hay que tener presente, que urge lograr como ya se dijo, un mayor rendimiento en los servicios de salud y seguridad social en virtud de las limitaciones económicas ya señaladas y que posiblemente se incrementarán en los próximos años.

Un estudio realizado en 1985 por el Instituto de Investigaciones en Ciencias Económicas de la Universidad de Costa Rica señaló:

> que los programas ejecutados por el Ministerio de Salud, tanto en el sector salud como en el sector alimentación y nutrición, están entre los programas (de todos los sectores considerados en el estudio), que tienen un impacto redistributivo mayor por colón de subsidio (ingreso en especie que recibe la familia al adquirir un bien o servicio del Estado sin costo). [341]

Mediante estas encuestas y otras por realizar, debemos hacer ver a los políticos y a las autoridades del Gobierno, la justificación social y económica que tiene el "no" disminuir el presupuesto del sector o el permitir la reasignación de recursos; señalando al mismo tiempo que comprendemos que se requiere reactivar nuestra economía para poder continuar las acciones en el campo social y que por ello, estamos dispuestos al sacrificio y a una adecuada racionalización de gastos y a la creación de prioridades definidas mediante una revisión de los sistemas operativos tradicionales en uso en el sistema de salud y seguridad social, para lograr una mayor eficiencia y de ser posible una disminución de los costos.

El Banco Mundial (BM) y El Banco Interamericano de Desarrollo (BID) acaban de confirmar totalmente este capítulo, cuando en el **New York Times**, pg. 6Y set. 29 de 1990 se dice:

> Mayores ganancias económicas pueden ser hechas en países en desarrollo, expandiendo la educación básica y las medidas de salud para los niños. Ambas instituciones piensan que lograr que la gente sea educada y saludable, es una de las llaves para incrementar en los países pobres el desarrollo económico.
> Las dos instituciones están listas para incrementar la financiación de proyectos designados a mejorar la calidad de los recursos humanos particularmente entre los sectores pobres de la sociedad. El Banco Mundial dice Mr. Barber Conable, Presidente del mismo, está incrementando la ayuda para la atención primaria y proyectos básicos de cuidados de la salud en niños y mujeres embarazadas, en los países pobres del mundo y colocando préstamos a muy bajo interés.
> El presidente del BID don Enrique Iglesias señaló, que planean gastar más de

600 millones anuales para proyectos que afectan la salud de los niños de las Américas. Una oferta similar es hecha por el presidente del Banco de Desarrollo de Africa para ese Continente.

Lo anterior significa que por fin, estas instituciones, líderes del mundo de las finanzas, aceptan que obtener la salud de la población de un país es fundamental para lograr el desarrollo económico; tesis sostenida a través del libro y pensamiento de los más renombrados salubristas y economistas de la salud.

Capítulo 23

Economía y Salud de la Sociedad

Dr. Luis B. Villalobos S.
Lic. Jorge E. Solano M.

Capítulo 23

Economía y Salud de la Sociedad

ECONOMIA Y SALUD DE LA SOCIEDAD

Luis B. Villalobos S.
Jorge E. Solano M.

23.1 DE LA MAGIA AL ENFOQUE INTEGRAL

En la Historia han sido varias las conceptualizaciones respecto de la génesis y la atención de la dolencia. Abordemos el carruaje de la evolución social en un rápido recorrido por algunos de los aspectos sobresalientes.[13]

En la sociedad primitiva se concebía la enfermedad como una agresión de agentes externos, en cuya acción mediaban elementos de tipo mágico y religioso. Es posible que la explicación de los procesos mórbidos estuviera basada en explicaciones tales como la penetración en el organismo de seres minúsculos enviados por los dioses, y que a la vez estos —últimos según esta sociedad— influían en la desaparición de esos microgestores de las afecciones.

En las sociedades esclavistas, la percepción de tipo mágico religioso no desapareció; sin embargo, ya por esa época se dieron explicaciones de la enfermedad que trascendían las creencias que estaban vigentes. Hipócrates, reconocido como el padre de la Medicina, proponía que la vida del ser humano se determinaba por la interacción de cuatro humores cardinales, y agregaba a esa concepción que las enfermedades tenían una causa natural.

Con el feudalismo, donde se propugnaba a "Dios en el Cielo y el Señor Feudal en la Tierra", están presentes los intentos por llegar a una "causalidad de tipo básicamente religioso". A pesar de esto, una creencia tomó impulso: la enfermedad como prueba de Dios. En ese sentido, parece ser que las bases para un futuro desarrollo de la inmunología, ya con "los pies más sobre la tierra", empezaban a consolidarse.

Posteriormente, en el Renacimiento se sentó un sustrato para que la causalidad y la atención de la enfermedad tomaran un rumbo más cercano a lo que es hoy día. Con el descubrimiento de los lentes ópticos, se podían

observar más de cerca una serie de estructuras hasta la época desconocidas y se plantearon los principios para el desarrollo de una causalidad de la enfermedad más "científica".

En una etapa posterior, que nosotros preferimos denominar como la "industrialización incipiente", destacó el descubrimiento del bacilo productor de la tuberculosis hecho por Roberto Koch, que dio origen al planteamiento de la Teoría General de la enfermedad infecciosa, donde se estableció en concepto de especificada causal. Es decir, a cada enfermedad infecciosa se le iba a considerar una causa única.

Esto sentó las bases para la consideración de los procesos mórbidos dentro de un paradigma al que se le ha denominado unicausal, biologista o etiopatogénico, aún vigente en algunos funcionarios del sector salud.

Recordemos que, en ese período, las causas de muerte en muchos países, hoy llamados industrializados, eran a expensas de cuadros infecciosos. Así, el desarrollo industrial conllevó la migración desproporcionada del campo a la ciudad, con la consiguiente incorporación de la mujer, el hombre y sus hijos a edades tempranas en la fábrica o la mina. Al respecto, Fuchs[3] menciona —refiriéndose a las condiciones de vida de la población en esa época— que *para la mayoría la vida continuaba siendo detestable, brutal y corta.* Las tasas de mortalidad infantil de 200 a 300 por cada 1000 nacimientos eran la regla y la expectativa de vida en Europa Occidental no era muy diferente de lo que esta había sido bajo los romanos.

Con el desarrollo científico-técnico, la salud pública y dentro de ella la medicina, pudieron plantear otros modelos para explicar la causa de la enfermedad, no precisamente amparados en la magia y la religión, ni en la perspectiva unicausal. Dentro de esos enfoques se destacan el de la tríada ecológica o también llamado paradigma epidemiológico.

Este modelo, que nosotros preferimos llamar "multicausal", proponía a la enfermedad como producto de un desequilibrio en la relación de un agente, un huésped y un ambiente. Inclusive, muchos de nosotros recordamos como hasta hace pocos años en las facultades de ciencias de la salud de las universidades, se enseñaba esta teoría en la lección de apertura de los cursos relacionados con los aspectos básicos de la salud pública, como la medicina preventiva o la epidemiología.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Carta Constitutiva[9], nos recuerda algo de la influencia de la tríada descrita, cuando menciona que *la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia.*

Esta definición de la OMS, muy loable e influyente en desarrollo de los programas de salud hasta nuestros días, planteó la salud y la enfermedad como hechos aislados, opuestos si se quiere, y no en términos de un proceso dinámico. Entonces, cabe preguntarse, ¿qué es menos utópico: alcanzar un completo estado de bienestar o conseguir un estado de salud dentro del proceso salud-enfermedad que esté acorde con los parámetros

sociales, económicos, culturales y tecnológicos de una sociedad en particular? Las interrogantes anteriores nos llevan a pensar en una explicación para la génesis y la atención de la salud o la enfermedad ya no como fenómenos aislados, sino en términos de un proceso. Así, se ha propuesto un nuevo modelo que podemos denominar "el enfoque integral del concepto salud-enfermedad"[13], que propone a la salud y la enfermedad dentro de un proceso que:

> está determinado no solamente por aspectos biológicos, sino además por factores sociales, económicos, culturales, sicológicos, educativos, geográficos y políticos, que inciden sobre el individuo y la colectividad y dan como resultado en ellos un estado de salud determinado (...) el enfoque integral no solamente debe ser en la conceptualización de la causalidad, sino también en la atención. Las instituciones del sector salud deben coordinar una atención integral de la salud en todos sus aspectos con los otros sectores del quehacer estatal.

23.2 LA CONSOLIDACION DEL ENFOQUE INTEGRAL

En la actualidad el enfoque que formula una visión global del fenómeno salud-enfermedad ha ido ganando espacio; sin embargo, aún quedan grandes sectores de funcionarios dentro de los programas de salud a los que les cuesta creer y asimilar las ventajas de esta nueva percepción que explica esta dinámica vital de los individuos y de las colectividades. Existe una especie de temor, poco consciente e infundado por cierto, de que con la incorporación de este nuevo enfoque que conlleva una fuerte perspectiva económica-social de la salud, la medicina se va a convertir cada día más en una disciplina cada vez menos científica.

Algunos piensan que esta visión integral implica que quienes la propugnan hayan renunciado primero a la medicina como su profesión básica, otros creen que tiene un sustrato poco técnico; y por último, existen los que piensan que una posición política determinantemente radical es requisito indisponsable para adoptar la nueva percepción global.

Dentro de la experiencia como funcionarios públicos y docentes hemos encontrado un elemento que contradice todos los argumentos anteriores.

Conforme los funcionarios de salud inciden en una práctica profesional o técnica lo más cercana posible del sitio donde se está expuesto a los problemas que podemos llamar factores condicionantes del estado de salud de la población, se inicia un proceso en ellos que podemos dividirlo en varias etapas:

23.2.1 Etapa de actitud técnico-profesional autoritaria

En esta fase, los técnicos o profesionales recién graduados por el sector universitario ingresan en los servicios de salud con una perspectiva

muy cientificista, tratando de desconocer lo que algunos han denominado *la subhistoria que ha hecho posible la historia.*[4] En esta etapa, afortunadamente de unos pocos meses de duración, los funcionarios recién ingresados en las instituciones establecen relaciones algunas veces difíciles con los "que ya estaban ahí", tratando de solventar o sublimar su reducido conocimiento de la realidad local, estableciendo una relación autoritaria con el resto de los miembros del equipo de salud. Es una especie de "yo tengo la razón", por estar supuestamente más actualizado en lo que a la academia respecta.

23.2.2 Etapa de la sumisión incuestionada

Ante la frustración que va produciendo el desconocimiento de la realidad donde se trabaja, tanto de los aspectos institucionales y administrativos, como los que atañen a las características mismas de la entrega de servicios de atención de la salud, el profesional o el técnico de salud establecen una relación de dependencia unidireccional con los funcionarios de mayor antigüedad que da por resultado una especie de sumisión. Lo nocivo de esta relación es que por un período medianamente largo no se estimula la creatividad o la crítica constructiva a la forma como se prestan los servicios.

23.2.3. Etapa de la crítica nociva

El funcionario incorporado en las instituciones de salud, ante la disyuntiva planteada en las etapas anteriores, decide salir y hacer una observación más directa, tanto de la dinámica intra como extramuros, encontrándose con una situación que es aparentemente insoluble y que cuestiona en gran medida su formación universitaria. Es una especie de "aterrizaje en la realidad", pero sin tener claros todos los elementos para un análisis objetivo de la misma.

Durante esta etapa se hace una serie de interrogantes, entre otras, ¿qué es salud y enfermedad?, ¿por qué unos grupos de población se enferman y mueren más que otros?, ¿cuáles son los factores condicionantes de la enfermedad y la muerte en las personas?, ¿es posible la existencia de una muerte no violenta que se dé de manera colectiva?, ¿cómo controlar las variables involucradas en el estado de salud y la muerte?, ¿cuál es la calidad de vida de los sobrevivientes?, ¿cuál es la respuesta del Estado para lograr un bienestar individual y colectivo?, ¿cuál es el aporte real de los llamados servicios de salud (hospitales, clínicas, centros y puestos de salud) para mantener una población que llene parámetros para considerarla "sana"?

Por otra parte, comienza a relacionar una serie de elementos con la génesis del proceso salud-enfermedad: la educación, la vivienda, el abastecimiento de agua segura para consumo humano, la recreación, el empleo, los ingresos familiares, la estabilidad familiar, la accesibilidad a los servicios de salud, los medicamentos, la inversión económica del Estado en servicios de salud, etcétera.

Esta fase le genera un sentimiento de impotencia con respecto a su labor como funcionario, ya que el suponía que su acción era impactante por sí sola. Es decir, comienza un período donde tiene dos opciones que son muy similares: o se dedica a criticar el sistema en que está inmerso, o se libera de él adoptando una posición acomodaticia en un "dejar hacer y dejar pasar".

23.2.4 Etapa de la crítica constructiva

Con todos los elementos anteriores, el profesional y el técnico pueden llegar a formar parte de un grupo de funcionarios responsables que se preocupan de las causas del proceso salud-enfermedad, y por otra parte, plantean formas de intervención para aportar posibles soluciones a los problemas.

Se establece una relación cuestionadora de la problemática detectada, en la que si bien es cierto la incertidumbre no desaparece, se superan las opciones mencionadas con antelación para llegar a tener un papel más activo en la atención del escenario encontrado.

A pesar de lo anterior, esos funcionarios aún adolecen de un enfoque que pueda integrar todas las alternativas de solución para mejorar globalmente y no por apartados, el estado de salud de la población.

23.2.5 Etapa de la concreción del enfoque integral

En esta fase existen una serie de elementos que permiten al profesional o al técnico la toma de decisiones más acertada. Por lo general, es aquí donde existe una especie de "conciencia de enfermedad de que las cosas no marchan bien" y también de que "mi formación" o "mi capacitación" no son suficientes para formular alternativas de solución viables y factibles para los problemas detectados.

Al revisar "mi actuación", "estimo conveniente" la necesidad de propugnar por incrementar "mi capacidad de resolución" y por lo tanto se generan en esta etapa las demandas para formación especializada o bien capacitación, que coadyuven a una percepción más global de los problemas y a una atención integral de los mismos. Esa preocupación personal, a la que constantemente se refieren como "mi ...tal cosa", se transforma en una inquietud colectiva: "nuestras demandas se definen por..."

Esto anterior permite un asentamiento laboral y un sentido de pertenencia que da la posibilidad de atender con más diligencia y de forma integrada la situación encontrada en la realidad. Aquí podemos hablar de un inicio en la consolidación de los servicios y los equipos de salud, en donde ya se han dilucidado muchas de las interrogantes planteadas al principio. Además, se han establecido claras relaciones entre el estado de salud, los aspectos biológicos y el desarrollo socioeconómico.

En este nivel, los funcionarios están en capacidad de establecer una clara diferenciación entre los conceptos de atención de la salud, atención médica y práctica médica[18], para lo que se ha propuesto que...

> La atención de la salud, vista desde una perspectiva integral, comprende acciones que se ejecutan en los hospitales, en los centros de salud, en clínicas periféricas, en centros de educación y nutrición, en una escuela, por medio de un acueducto, una carretera, etc. En términos generales, la atención de la salud se brinda a través de todos los medios que sean necesarios para producir en los individuos y la colectividad un adecuado estado de salud y se expresa a través de las acciones de la salud pública...
>
> La atención médica por otra parte, es un componente de la atención de la salud, en donde los profesionales médicos, aplican los conocimientos particulares de su profesión con el propósito de mejorar o mantener un adecuado estado de salud en la población. Comprende entonces, actividades que realiza el médico apoyado por otros funcionarios profesionales o no del sector salud, tales como enfermeras, microbiólogos, farmacéuticos, nutricionistas, auxiliares de enfermería, de consultorio y de laboratorio, entre otros...
>
> Por otro lado, la práctica médica es un componente indivisible de la atención médica, en otras palabras, esta última se expresa a través de la práctica médica, pero según nuestro criterio no son sinónimos. En síntesis, la práctica médica se consolida o se expresa por el acto médico en particular, que significa una relación directa y sin intermediarios entre el médico y la persona que demanda sus servicios profesionales.

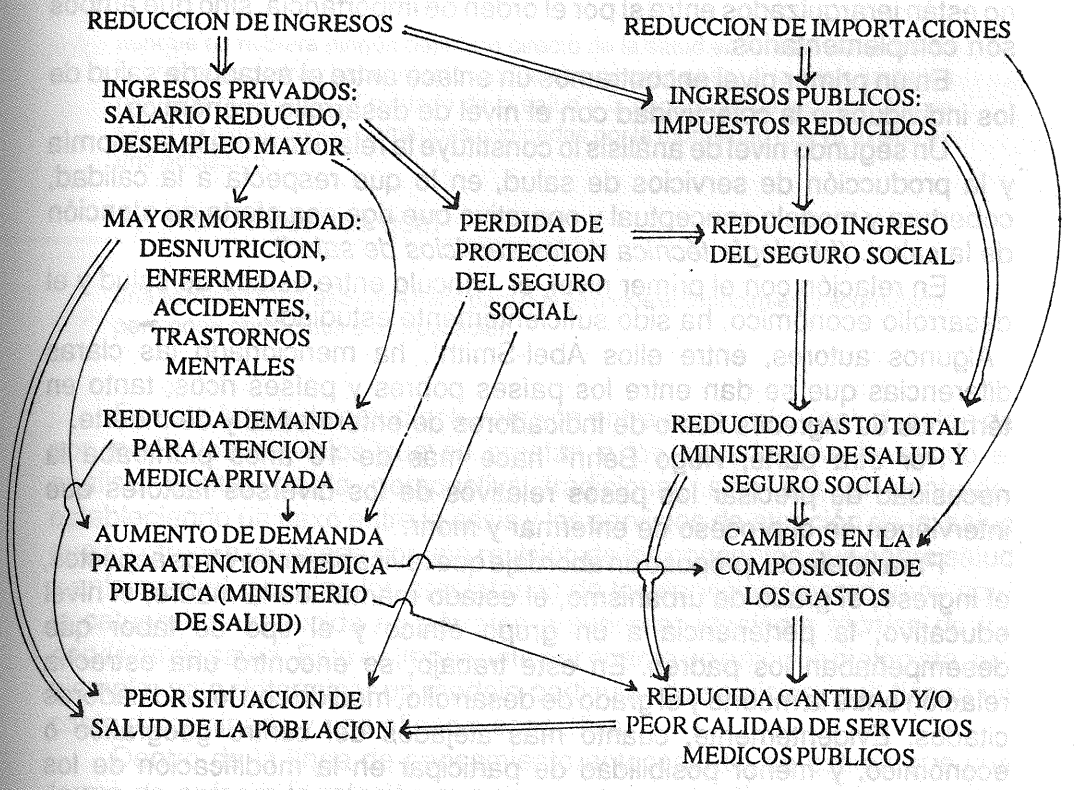
Con la distinción apuntada se da una mayor precisión en las acciones de los funcionarios de salud, pero ello exige además de un modelo institucional de trabajo que rija esas actividades y que debe quedar explícito en el modelo de planificación general que maneja la institución.

Desde esta óptica anterior, se presenta la necesidad de establecer un ligamen entre lo que podríamos denominar los ambientes de trabajo institucional, entre los que podemos diferenciar dos: el contexto intrainstitucional propiamente dicho y el ambiente externo a la organización donde se labora. Al final, la conciliación de las demandas en los dos escenarios planteados es lo que va a determinar en gran medida la labor que se realice.

Por lo general, no hay un mecanismo explícito para pasar de una a otra etapa de las mencionadas en la evolución de los funcionarios dentro de los servicios de salud. Sin embargo, podemos afirmar que la movilidad se está dando, en algunos países o regiones con mayor intensidad que otros. Esto ha inducido a que en los últimos años las instituciones de salud, los organismos internacionales relacionados con ese campo, así como las

FIGURA NO. 23.1

VISION ESQUEMATICA DE EFECTOS DIRECTOS E INDIRECTOS DE UNA CRISIS ECONOMICA SOBRE LA SITUACION DE SALUD



→ EFECTOS POTENCIALES DE LA CRISIS ECONOMICA SOBRE LA SITUACION DE SALUD
⟹ EFECTOS MAS CUANTIFICABLES O FACILES DE MEDIR Y ANALIZAR.

FUENTE: OPS/OMS. Salud y Desarrollo: Repercusión de la crisis económica. 1989. p. 6.

organizaciones docentes propugnen por un paradigma integral para la atención de los problemas atinentes al fenómeno salud-enfermedad. Queda mucho por recorrer para la consolidación del enfoque integral.

23.3 EL ESTADO DE SALUD, LOS SERVICIOS DE ATENCION Y LA ECONOMIA

En los últimos años se ha profundizado en el estudio de las relaciones entre economía, los servicios de atención y el estado de salud de la población.[8] En este documento, al que nos referimos con antelación,

aparece el *Figura 23.1* que presentamos aquí, en la cual según nuestro criterio, se sistematiza de excelente forma las ideas que expresaremos a continuación. El mismo documento de referencia aclara que en el cuadro no se plantean las causas de la crisis, que pueden ser muchas y muy variadas.

Es evidente que existe una estrecha relación entre la economía y la salud. Ese vínculo se puede identificar en dos niveles, los que por supuesto no están jerarquizados entre sí por el orden de importancia, sino que ambos son complementarios.

En un primer nivel encontramos un enlace entre el estado de salud de los individuos o la colectividad con el nivel de desarrollo económico.

Un segundo nivel de análisis lo constituye la relación entre la economía y la producción de servicios de salud, en lo que respecta a la calidad, cobertura y modelo conceptual y operativo que rige esa oferta de atención de la salud. *(Ideología técnica de los servicios de salud).*

En relación con el primer nivel, el vínculo entre estado de salud y el desarrollo económico, ha sido suficientemente estudiado.

Algunos autores, entre ellos Abel-Smith[1], ha mencionado las claras diferencias que se dan entre los países pobres y países ricos, tanto en términos de ingresos como de indicadores de enfermedad y de muerte.

Por otra parte, Hugo Behn[2] hace más de 10 años planteaba la necesidad de precisar los pesos relativos de los diversos factores que intervienen en el proceso de enfermar y morir.

Para tal efecto, propuso un abordaje que revisaba, entre otros aspectos, el ingreso, el grado de urbanismo, el estado marital de la madre, el nivel educativo, la pertenencia a un grupo étnico y el tipo de labor que desempeñaban los padres. En este trabajo, se encontró una estrecha relación entre la muerte y el grado de desarrollo, medido con los indicadores citados. Evidentemente, cuanto más alejados del centro geográfico o económico, y menor posibilidad de participar en la modificación de los aspectos que están involucrados en la determinación del estado de salud, mayor probabilidad de morir tiene la población.

Más recientemente, estudios realizados en los países latinoamericanos[8] sugieren una vinculación importante entre la crisis económica y las causas de muerte. Se plantea, por ejemplo, la necesidad de estudiar la relación entre la crisis económica y el incremento de las diarreas y suicidios. Aisladamente esta mención no nos dice nada. Sin embargo, cuando la contextualizamos con otros indicadores de los países, entramos en razón de la amenaza y la aparente imposibilidad de acción a que estamos sometidos en nuestro accionar dentro de los programas de salud pública. Esta reflexión da la base suficiente para plantear la necesidad de investigar el vínculo entre la economía y los servicios de atención de la salud, con el propósito de precisar intervenciones realistas que puedan enfocar esa problemática desde una perspectiva globalizadora.

El estudio de un segundo nivel de análisis parece ser cada día más

enriquecedor, en el sentido de que provee herramientas dinamizadoras que dirigen hacia los posibles cursos de acción que deberían seguir las instituciones públicas de salud ante el agobio de una crisis económica que existe de respuestas cada vez más creativas, eficientes y eficaces. Esto se refuerza cuando los mismos documentos de organismos especializados[8] mencionan que:

> aunque no hubiera ningún deterioro directo de la salud en función de recesión económica, podrán haber efectos indirectos de gran peso, si la crisis limita los recursos destinados al cuidado de la salud y la capacidad de los servicios de salud de satisfacer las demandas originadas por la morbilidad que ya existía en una población.

Apuntando además que:

> una pérdida de ingreso nada hace para que se olvide el conocimiento acumulado, pero pone obstáculos a su aplicación.

En esta forma de estudiar la relación entre economía y salud, están de por medio los servicios que se prestan a los usuarios, no haciendo el análisis dentro de la perspectiva tradicional, sino por el contrario, estableciendo un nexo entre la crisis y los servicios de atención de la salud que se ofrecen, pasando por una revisión de los conceptos que sobre salud y enfermedad manejan los prestatarios de los servicios (recordamos aquí la categoría introducida en párrafos anteriores: *Ideología técnica de los servicios de salud.* Esto es importante por cuanto un enfoque biologista, por ejemplo, va a determinar un modelo particular de servicios, que tienen un costo determinado y una eficacia específica.

Dentro de la línea de pensamiento antecedente, se estima que una forma de enfocar la relación que hemos expuesto, tiene que mirar a los aspectos que le han dado vida a la nueva preocupación por entender globalmente los fenómenos de salud en enfermedad, entre los que están aquellos que tratan de llamar la atención en el trabajo sobre los factores sustantivos y modificables. En otras palabras, hoy la razón de ser de la discusión entre un tipo determinado de servicio no se centra en las críticas a los modelos surgidos con antelación; más bien, lo importante es llevar o conducir a la sociedad y particularmente a los que de una u otra forma enfrentan de manera directa, o casi directa, a los grupos sociales demandantes de un estado de salud superior al que tienen en la actualidad, a una percepción que sincretice dos aspectos considerados hasta hace poco opuestos; lo preventivo y lo curativo.

Esta conciliación que se plantea en la actualidad, se da en razón de que conforme avanza el desarrollo científico-técnico, cada vez es más real la dificultad para discernir dónde se inician las acciones de prevención y a

partir de cuándo se trabaja en la curación. Por ejemplo, si una persona demanda atención y encontramos que tiene un problema de hipertensión generada por el estrés laboral y económico, ¿nos debemos de conformar sólo con indicar un tratamiento farmacéutico en particular, o debemos también participar en la modificación de las causas de la enfermedad y en las acciones que tienden a evitar sus posibles complicaciones?

Es evidente que hoy el quehacer del sector salud no debe limitarse solamente a su ambiente "con olor a hospital y sabor a medicamento", o a instituciones con nombre de salud o seguridad social. No, ese enfoque integral ya mencionado, logra dar coherencia a un concepto operativo, donde las acciones que mejoran el estado de salud trascienden los establecimientos tradicionales hasta llegar al acueducto, la escuela, el salón comunal o la vivienda. Haciendo de esa forma ya no sólo atención médica, sino, atención integral de la salud.

Si bien es cierto los servicios de salud deben, entonces, dirigirse, motivados o no por la crisis económica, a una atención que involucre a todos los sectores del quehacer económico-social del Estado que promuevan una mejor condición de bienestar de los individuos y la colectividad, no menos real es que ese nuevo desafío está lejos de alcanzarse en muchas regiones geográficas.

Hoy que la recesión ha golpeado el modo de vida y el alcance de las necesidades básicas de la población, se presenta una excelente posibilidad para reflexionar acerca de los nuevos rumbos que deben tomar los servicios de atención de la salud.

Si asociamos la economía con el estado de salud de las personas y los servicios que se les prestan para atender sus problemas, debemos culminar con una reflexión que nos debe llevar a tomar decisiones de tipo operativo con respecto al modelo de atención más óptimo para atender sus demandas; y que, a la vez, nos conduzca a pensar sobre la calidad de vida de los sobrevivientes que hemos logrado rescatar con nuestras acciones de las fosas de los cementerios, que como todos sabemos están colmados de personas que no jugaron un papel decisorio sobre los determinantes que los condujeron a ese estado.

En este último aspecto, aun cuando hoy se ha avanzado para evitar una gran cantidad de muertes con medidas muy sencillas como la rehidratación oral oportuna, el hecho de que cada día se rescate a más personas de una necrópolis, no conduce, necesariamente, a pensar que se ha adelantado en el alcance de un mejor estado de bienestar. De ahí que surge un gran desafío para los estudiosos de la relación a la que nos hemos venido refiendo: el deber ser del estudio de la conexión entre economía y la salud de la sociedad, no debe ser un fin en sí mismo, sino un medio que indague sobre los caminos autorizados y convenientes para que todos los ciudadanos, como lo ha explicitado la Organización Mundial de la Salud, alcancen *un grado de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva.*

23.4 ALGUNOS ELEMENTOS SOBRE LA RELACION ENTRE ECONOMIA Y SALUD DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS INDICADORES: ANALISIS DE UN CASO

Los indicadores construidos sobre la base de una serie de datos, indefectiblemente poseen una especie de "sesgo autóctono", en el sentido de que quien los elabora tiene una determinada "ideología profesional" que lo induce a un análisis en particular. Esto no quiere decir que haya una pérdida de objetividad interpretativa, sino, por el contrario, lleva a establecer los principios que rigen la creatividad en el conocimiento y por ende a un aporte más rico de ideas, que pueden confrontarse con otras para extraer una interpretación lo más aproximada posible de la realidad.

Con las consideraciones anteriores, cuando se trata de establecer un análisis que relaciona la salud con la economía, podemos proponer una serie de indicadores que para nuestro caso estarían dados en dos dimensiones: el estado de salud de la población y las características económicas del sector salud. Ambas, de hecho, están relacionadas con los niveles de análisis mencionados en el apartado anterior.

Para cada una de las dos dimensiones, podemos identificar un conjunto de indicadores que nos inducen a un análisis posterior donde se plantea la importancia de establecer un punto de partida conceptual que permita descubrir "luces entre las sombras", o en un sentido más concreto, establecer consideraciones relevantes donde en apariencia no las hay.

Haremos primero un relevamiento de los datos que orienten a una interpretación reciente del estado de salud de la población costarricense, y en segundo lugar, presentaremos información relativa a las características económicas dentro del sector salud costarricense. Nuestra revisión hace especial énfasis en el último decenio, ya que en ese período la situación económica se agudizó.

Según los datos oficiales*, la situación de salud de la población costarricense se ha modificado positivamente, principalmente a partir de la década de los setenta y tuvo variaciones importantes en la década pasada.

Confróntese para tal efecto las siguientes referencias:

a) Lenín Sáenz. *Salud sin riqueza. (El caso de Costa Rica)*. San José: Ministerio de Salud. 1985.
b) Costa Rica, Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica. "Indicadores de Salud. Aspectos Metodológicos". *Sistema de Indicadores Sociales*. Documento 3. San José: MIDEPLAN. 1985.
c) Costa Rica, Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica. "Costa Rica: Diferencias Geográficas en el Nivel de Desarrollo Social 1984". *Sistema de Indicadores Sociales* . Documento 10. San José: MIDEPLAN. 1987.
d) Lynn M. Morgan. "¿Salud sin riqueza? El sistema de Salud de Costa Rica bajo la crisis económica". *Revista Centroamericana de Administración Pública* No. 12: 25-40 Enero Junio 1987.
e) Lenín Sáenz. *Logros de una política e impacto de una crisis en la salud de un país*. San José: Ministerio de Salud. 1989.
f) Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. *Estado Mundial de la Infancia* 1990. España: UNICEF. 1990.
g) Costa Rica. Ministerio de Salud. *Memoria Anual 1989*. San José. El Ministerio 1990.

En relación con la población, para 1989 el país contaba con 2.940.692 habitantes, distribuidos casi equitativamente por sexo. Aproximadamente un tercio de la población se encontraba en cantones definidos como prioritarios de acuerdo con una metodología establecida por las instituciones del sector salud, que contempla una serie de indicadores sociales y de mortalidad. Aunque no se ofrecen mayores detalles sobre el mecanismo seguido para la asignación de prioridades en el documento consultado[9], sí nos llamó la atención, por un lado, que prácticamente todos los cantones son rurales, y por otro, que no aparecen cantones urbanos que tengan problemas severos de tipo social, ecológico y otros que podrían estar determinando el incremento en la violencia sentida en los últimos años en el país y que se ha hecho explícita por la vía del suicidio, el asesinato o el accidente de tránsito cuyas víctimas engrosan hoy los registros de mortalidad.

Aunque estamos claros en la necesidad de construir indicadores que nos muestren el estado de salud y no el de enfermedad y muerte, no hay en apariencia dentro de las instituciones de salud del país una política que tenga la consecución de ese objetivo y en la actualidad seguimos estudiando el grado de bienestar de la población basados en las referencias oficiales que revisan las probabilidades de enfermar o morir.

Con la salvedad apuntada, y basados principalmente en el *Cuadro No.23.1* es claro cómo en la actualidad las probabilidades de muerte de la población general y de la infantil en particular han disminuido satisfactoriamente.

Para el año 1900, la tasa de mortalidad general estaba en 24,0 por mil habitantes y descendió en 1980 a 4,1 0/00 habitantes, manteniéndose casi constante durante toda la década pasada (en 3,9 0/00 para 1989).

En el caso de la mortalidad infantil, encontramos que para 1900 la probabilidad de morir en los niños menores de 1 año era de 196,3 por mil nacidos vivos, ochenta y nueve años después la tasa de muertes en menores de un año mejoró hasta 13,4 0/00 nacidos vivos, según estimaciones basadas en los tres trimestres inciales de ese período.

Uno de los aspectos que más llama la atención cuando se estudia el problema de la muerte en Costa Rica, en términos de su estructura por edades, es que la población mayor de 50 años que en el año 1965 aportaba el 34,7% del total de las muertes en la población general, duplicó su aporte para 1989 (76,1%).

Contrariamente, el grupo etáreo menor de 5 años que para el mismo año en la década de los sesenta contribuía con el 49,6% de los decesos, disminuyó su participación a un 13,3% en 1989.

Si nos damos a la tarea de desentrañar estos datos anteriores, encontramos que la suma de la población menor de 5 años, más los mayores de 50, representaban el 25,4% de la población total para 1989. Por otro lado, si sumamos la mortalidad proporcional aportada por esas edades, encontramos que su conjunción aporta el 82,2% del total de muertes de la población. Esta consideración nos lleva a pensar lo siguiente:

CUADRO 23.1

ALGUNOS INDICADORES DEMOGRAFICOS NIVEL NACIONAL CANTONES PRIORITARIOS Y RESTO DEL PAIS AÑOS 1980, 1989*
(Tasa por 1.000)

Indicadores	1980						1989*					
	Nacional		Cant. priorit.		Resto país		Nacional		Cant. priorit.		Resto país	
	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa
Población	2.284.495	100,0	703.756	31,3	1.580.739	68,7	2.940.692	100,0	873.433	29,7	2.067.259	70,3
Crecimiento Natural	60.729	2,7	20.354	2,9	40.375	2,6	71.443	2,4	24.373	2,8	47.070	2,3
Tasa de Natalidad	69.992	30,6	22.996	32,7	46.996	29,7	82.451	28,0	27.407	31,4	55.044	26,6
Tasa de Mortalidad Infantil	1.337	19,1	509	22,1	828	17,6	1.114	13,5	374	13,6	740	13,4
Tasa de Mortalidad Precoz	645	9.2	223	9,7	422	9,0	565	6,8	146	5,3	419	7,5
Tasa de Mortalidad Neonatal	782	11,2	274	11,9	508	10,8	691	8,4	216	7,9	475	8,6
Tasa de Mortalidad Residual	555	7,9	235	10,2	320	6,8	416	5,0	159	5,8	257	4,7
Tasa de Mortalidad General	9.273	4,1	2.642	3,8	6.631	4,2	11.008	3,7	3.034	3,5	7.974	3,9
Mortalidad General con Asistencia Médica	5.579	60,2	1.301	49,2	4.278	64,6	8.593	78,1	2.073	68,3	6.520	81,8
Mortalidad Infantil con Asistencia Médica	948	70,9	333	65,4	615	74,3	935	83,9	298	79,7	637	86,9
Mortalidad Proporcional de 50 años y más	5.691	61,4	1.367	51,7	4.324	65,2	7.967	72,4	1.896	62,5	6.071	76,1

* Estimación con base en los tres primeros trimestres del año.
FUENTE: Departamento de Estadística. Ministerio de Salud.
TOMADO DE: Costa Rica, Ministerio de Salud. Memoria Anual 1989 *op. cit.*, p. 3.

a) Una cuarta parte de los miembros de la comunidad nacional, algunos en la entrada y otros dando sus primeros pasos hacia el final de su ciclo vital, aporta más de las tres cuartas partes de las muertes.

b) Existe una "franja etárea" de 45 años de diferencia que contribuye con el resto de las muertes (17,8%), que representa la mayor proporción de la población económicamente activa, en donde las acciones por mantener y mejorar el estado de salud deben estudiarse con más detenimiento y para las que deberíamos de diseñar indicadores de salud de tipo positivo más preciso. Estas acciones podrían estar consideradas con un enfoque integral porque este grupo de edad tiene en la práctica las siguientes funciones sociales: procreará y educará a sus hijos, llegará posiblemente a tener más de 50 años, cuidará de las poblaciones extremas a las que hemos hecho referencia, entiende los mensajes de atención de la salud que se les dirijan con mayor precisión, mueve gran parte del aparato económico del estado, y sobre todo, está expuesta a una determinada calidad de vida. Este será tratado más adelante.

En relación con las causas de muerte, el país ha experimentado una transición que se convierte a la vez en un desafío[12].

Si revisamos información sobre los últimos veinte años, detallada en el *Cuadro No.23.2*, encontramos que en el país ha estado ocurriendo lo que se ha denominado "transición epidemiológica" y por ello se han planteado nuevos enfoques que deberían estar orientados por lo que Terris ha denominado la *Segunda revolución epidemiológica*[11], lo que quiere decir incluir acciones explícitas en el control de las enfermedades no infecciosas y de los traumas.

Con el sentido anterior, los datos para Costa Rica muestran cómo en 1970 la diarrea y las infecciones respiratorias agudas eran las que ocupaban el primero y segundo lugar respectivamente. Por otro lado, si observamos la información para 1989, encontramos que el infarto agudo de miocardio y el tumor maligno del estómago se situaban en esos lugares.

Llegamos hasta aquí con una serie de elementos que retroalimentan algunas precisiones preliminares que estarían dadas en los siguientes aspectos:

a) Las edades extremas de los muertos aportan la mayor proporción de decesos y su respuesta no se da con una atención en esa edad precisa, sino que para el caso de las menores de 5 años se amerita de una atención que inicia desde sus procreadores, pasando por el período "in útero" y siguiendo por la atención recibida, y los recursos para brindarla, en los primeros años de

CUADRO 23.2

MORTALIDAD POR LAS CINCO PRIMERAS CAUSAS ESPECIFICAS EN 1970 SEGUIMIENTO AÑOS 1970, 1975, 1980, 1985 Y 1989 (Tasa por 10.000 nacimientos)

Causas específicas	1970			1975			1980			1985			1989*		
	No.	Tasa	R	No.	Tasa	R	No.	Tasa	R	No.	Tasa	R	No.	Tasa	R
TOTAL	11.504	66,6		9.615	48,8		9.273	41,2		10.493	39,7		11.008	37,6	
Gastroenteritis y colitis (diarrea)	1.208	7,0	1	496	2,5	2	118	0,5	15	148	0,6	16	124	0,4	8
Bronconeunomía no especificada	853	4,9	2	389	2,0	3	310	1,4	4	229	0,9	6	188	0,6	6
Otras tomas de insuficiencia miocárdica	443	2,6	3	157	0,8	10	180	0,8	9	189	0,7	8	164	0,6	7
Infarto agudo del miocardio	442	2,4	4	540	2,7	1	634	2,8	1	992	3,5	1	888	3,0	1
Tumor maligno del estómago	353	2,0	5	389	2,0	4	377	1,7	3	556	2,1	3	655	2,2	2
Las demás causas	8.225	47,6		7.644	38,8		7.654	34,4		8.449	32,0		8.989	30,6	

En 1989 el tercer lugar lo ocupó la aterosclerosis con una tasa 1,7.
El cuarto lugar la enfermedad cerebrovascular aguda pero mal definida con una tasa de 1,2.
El quinto lugar de enfermedad pulmonar obstructiva con una tasa de 1,0.
* Estimación con base en los tres primeros trimestres del año.
FUENTE: Departamento de Estadística.
TOMADO DE: Costa Rica. Ministerio de Salud, Memoria Anual 1989, *op.cit.*, p. 23.

vida. Con los mayores de 50 años la situación es similar, ya que el proceso de la vida y los factores que van a determinarlo conlleva de una serie de acciones en las que intervienen la familia, la comunidad y el Estado como sociedad civil y política, con las insituciones, tanto públicas como privadas.

b) Las causas de muerte en la población general, donde se mezclan las de tipo agudo, crónico y las antecedidas por situaciones violentas, ameritan lo que denominamos una intervención integral. En ese sentido, no podemos conformarnos con la atención de tipo medicamentosa o quirúrgica, sino deben de darse, entre otras, acciones de tipo ecológico, nutricional, recreativo, de participación social y aquellas que generen ingresos seguros, permanentes y efectivos para satisfacer necesidades básicas materiales e inmateriales. En esta atención debe, para que sea global, regir el principio de la *intersectorialidad coordinada*, es decir un determinado problema que afecte el estado de salud debe ser resuelto con base en los aportes de todos los organismos del Estado y no sólo por aquellos relacionados con el sector salud. Recordemos para ese efecto la *Figura 23.1.* donde mostramos el impacto en la salud que implica la reducción de los ingresos, un aspecto que para algunos sólo tiene relación con el sector económico.

c) El intervalo de 45 años que existe entre las edades de 5 a 50 años, y que proporcionalmente sólo aporta un 17,8% de los fallecimientos, merece una atención especial en razón de que es un período de casi medio siglo en donde los que sobreviven están expuestos a una serie de factores que afectan su calidad de vida.
Es en esta época cuando se logra acceder a la educación formal; se definen con un nivel de conciencia mayor los rasgos de la personalidad; se escoge, en aquellos casos en que se puede, la profesión o el oficio; se constituyen o estructuran algunos aspectos que definen la familia, la vivienda, el número de hijos, las relaciones interpersonales; así también, es en este transcurso donde se está expuesto con mayor énfasis y por más tiempo al escenario de conflictos de orden político, cultural, económico o social que van moldeando los trazos de una comunidad, una familia o un individuo.

Las personas que logran traspasar la edad pre-escolar inician un largo recorrido hasta la vida adulta en el cual quedan a merced de los ataques del ambiente; llámese este propaganda alienante, incitando el consumo de medicamentos, drogas estimulantes como tabaco y alcohol, bienes innecesarios, o trabajos traumatizantes que conducen a la prostitución y otros males. Además, se está en riesgo de no satisfacer sus necesidades básicas quedando dentro de los sectores muchas veces excluidos por los programas de salud, sobre todo si se vive en el área rural dispersa o algunas

veces en las zonas urbanas marginales.

En relación con la calidad de los servicios y con los determinantes que orientan algunas acciones de las que se es beneficiario, por ejemplo la atención de la salud, la atención médica o la práctica médica, durante un período de 45 años algunas veces se debe literalmente lidiar para recibir una atención más o menos adecuada, lo que conlleva a un sentimiento de frustración crónica que incluso puede acarrear manifestaciones violentas, enmascaradas a través de la agresión familiar, el cambio constante de empleo, los conflictos sicológicos y la adicción a las drogas entre otras.

En estos años de vida, se pueden presentar una serie de manifestaciones a las que se les ha denominado "enfermedades sicosomáticas", a nuestra manera de ver incorrectamente, porque tiene un sustrato y una causalidad tangible y que puede modificarse. Estas pueden presentarse con síntomas de tipo digestivo, respiratorio o dermatológico entre otros, entrando dentro de un círculo en el cual muchas veces no se sale, porque el enfoque biologista no lo permite y sólo se ofrecen alternativas medicamentosas para la atención del problema. En este sentido, sin que haya por supuesto una acción dolosa, cabe preguntarse: ¿cuántas personas terminan siendo adictas a los sicotrópicos?, ¿por cuánto tiempo se puede soportar el "maquillaje medicamentoso" iniciado de una manera ingenua por los propios servicios de salud?, ¿qué proporción del presupuesto total de las instituciones de salud viene siendo utilizada desde hace años para dar este tipo de servicio?

Dentro de esta línea de pensamiento anterior, amparados en la información del *Cuadro 23.2,* observamos cómo el infarto agudo del miocardio tiene 15 años de ocupar el primer lugar como causa de muerte en Costa Rica, con una tendencia a mantenerse donde está o bien al incremento, y sin embargo, no se han dado acciones integradas en las instituciones de salud que puedan concentrar las estrategias para atacar este problema con un enfoque global, viendo sus dimensiones social, económica, nutricional, educativa o sicológica, entre otras. Paradójicamente, y a menos de una década de que se reportaran los primeros casos en el país, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) ya cuenta en el país con un programa nacional.

Otro ejemplo, que puede reforzar nuestra reflexión en torno a la dinámica del proceso salud-enfermedad, en el grupo de edad al que nos hemos venido refiriendo, lo constituye la evolución de los suicidios en el país durante la década de los ochentas. Según los datos del Organismo de Investigación Judicial (OIJ) que mostramos en los *Cuadros 23. 3 y 23.4* anexos, el número de muertes por esta acción ha venido aumentando y se concentra primordialmente en este grupo de edad. Aunque estos últimos datos no nos permiten, dado que están en términos de frecuencia y no de tasa, hacer una afirmación tajante respecto del desarrollo y perspectivas de este problema en particular, si consideramos que proveen un trazo básico para inquirir más particularmente sobre esa situación.

CUADRO No. 23.3

CLASIFICACION DE LOS SUICIDIOS SEGUN MES Y AÑO EN QUE OCURRIO EL HECHO DURANTE PERIODO: 1980 - 1988

Mes	Total	Año							
		1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988
TOTAL	873	96	63	78	99	91	97	94	122	133
Enero	74	8	8	7	9	6	6	11	8	11
Febrero	66	7	5	6	6	7	8	6	11	10
Marzo	83	8	5	5	9	9	5	12	11	19
Abril	79	9	5	6	11	10	12	6	10	10
Mayo	66	7	6	7	7	9	9	1	3	17
Junio	77	9	1	7	7	9	10	10	11	13
Julio	70	8	8	8	9	5	6	10	10	6
Agosto	80	8	7	8	8	6	7	10	15	11
Septiembre	64	7	4	8	10	3	10	4	10	8
Octubre	79	8	5	7	7	10	4	8	18	12
Noviembre	61	8	4	3	7	6	6	7	10	10
Diciembre	74	9	5	6	9	11	14	9	5	6

FUENTE: Costa Rica, Organismo de Investigación Judicial, Departamento de Estadística, 1990.

CUADRO 23.4

CLASIFICACION DE LOS SUICIDAS SEGUN EDAD Y AÑO PERIODO 1980-1988

Edad	Total	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988
TOTAL	873	96	63	78	99	91	97	94	122	133
Menos de 15 años	16	3	1	-	2	2	-	4	3	1
De 15 a 20 años	77	14	9	6	8	5	12	7	7	9
De 21 a 25 años	138	17	8	11	13	16	21	11	25	16
De 26 a 30 años	117	10	9	11	12	19	8	12	22	14
De 31 a 35 años	108	14	9	6	17	7	18	7	10	20
De 36 a 40 años	83	6	4	10	8	6	3	14	12	20
De 41 a 45 años	66	2	5	9	4	2	4	13	10	17
De 46 a 50 años	52	3	3	4	6	7	8	6	7	8
De 51 a 55 años	42	5	3	6	1	6	5	3	5	8
De 56 a 60 años	38	3	5	3	5	5	5	3	4	5
De 61 a 65 años	25	4	1	1	3	3	2	4	3	4
De 66 a 70 años	23	1	2	3	2	2	3	2	2	6
Más de 70 años	41	4	1	4	7	5	5	5	5	5
Ignorada	47	10	3	4	11	6	3	3	7	-

FUENTE: Costa Rica. Organismo de Investigación Judicial, Departamento de Estadística, 1990.

Con esta salvedad, sin embargo, podemos plantear algunas interrogantes en el sentido de ¿qué habría pasado si se hubiese planteado una atención integral para atender este problema?, ¿a cuánto asciende en términos económicos el impacto de este hecho en las finanzas del país y particular del sector salud? Antes de consumar el suicida la acción violenta, ¿qué determinantes económicos, tanto de orden personal como en lo relativo a los gastos asignados por los servicios de salud para la atención de la población expuesta al riesgo de morir por esta causa influyeron en la decisión del suicida? Evidentemente este tema se presta para su profundización en espera de respuestas más precisas. En otro orden, cuando revisamos la información oficial a nivel nacional, detectamos que no existen indicadores de salud (y no de enfermedad) que brinden información sobre la calidad de vida de los sobrevivientes, por lo menos en el nivel de las instituciones que se encargan de la rectoría del sector salud.

Tangencialmente, seríamos injustos si no lo mencionamos, algunas instituciones han realizado la sistematización de indicadores relacionados, aunque sea complementariamente, con este tipo de información anterior, aunque no mencionan de manera explícita que pueden hacer aportes para el conocimiento de esa situación en particular. Más aún, con los indicadores utilizados no podemos afirmar que se trata de lo que podríamos denominar indicadores positivos de estado de slaud.

A pesar de la consideración anterior, creemos que vale la pena revisar la *Figura 23.2* anexa, en donde el Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica[5] expone el nivel promedio de las variables de analfabetismo, primaria o menos, no asegurados, baja talla, sin electricidad, sin agua, viviendas regulares y malas, y minutos al centro de salud, según la situación social de los distritos.

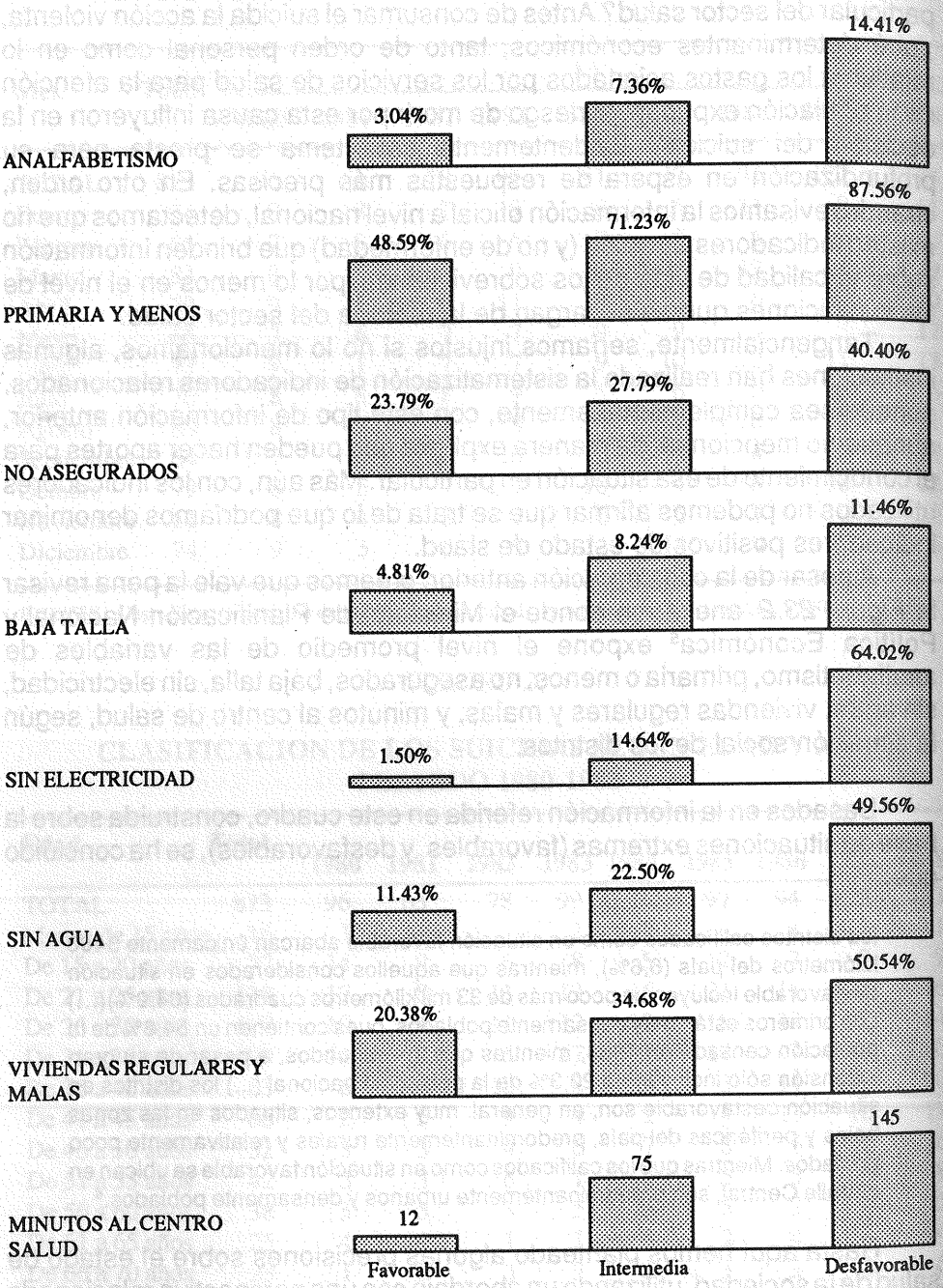
Basados en la información referida en este cuadro, construida sobre la base de situaciones extremas (favorables y desfavorables), se ha concluido que:

> los distritos calificados como en situación favorable abarcan únicamente 3400 kilómetros del país (6,6%), mientras que aquellos considerados en situación desfavorable incluyen un poco más de 33 mil kilómetros cuadrados (64,9%)(...) Los primeros están muy densamente poblados, pues contienen un 54,6% de la población censada en 1984, mientras que los segundos, a pesar de su gran extensión sólo incluyen un 20,3% de la población nacional (...) los distritos en situación desfavorable son, en general, muy extensos, situados en las zonas bajas y periféricas del país, predominantemente rurales y relativamente poco poblados. Mientras que los calificados como en situación favorable se ubican en el Valle Central, son predominantemente urbanos y densamente poblados.[6]

Hasta aquí hemos planteado algunas precisiones sobre el estado de salud de la sociedad, utilizando un abordaje con una perspectiva relacionada con el enfoque integral del proceso salud-enfermedad, que pretende

FIGURA 232

NIVEL PROMEDIO DE CADA UNA DE LAS VARIABLES SEGUN SITUACION SOCIAL DE LOS DISTRITOS



FUENTE: Min. Planificación-Costa Rica–SIS, 1987.

resaltar aspectos que están tradicionalmente opacados por el enfoque biologista.

Otro aspecto que nos interesa destacar son las características económicas dentro de las instituciones del sector salud, tomando como base el caso del sector salud costarricense y particularmente el período de gobierno 1986-1990.[10]

La política global de "reestructuración del gasto público", definida en el Plan Nacional de Desarrollo 1986-1990 (sectores económicos, I. FINANZAS Y CREDITO PUBLICO), generó afectos contrarios en relación con el objetivo general del mismo Plan, que perseguía equidad social en la distribución de los beneficios económico-sociales. Este último es el caso del gasto social en los sectores de salud, educación y agua y alcantarillados. Las excepciones son vivienda y el sector de trabajo y seguridad social que luego de representar un 19,3% del gasto social real en 1981, suman un 33,4% del mismo en 1988, aunque por el segundo sector se han venido deteriorando programas que dependen de fondos como el de la Dirección General de Asignaciones Familiares del MTSS, el de pensiones de la Caja Costarricense de Seguro Social, lo que queda por estudiar en forma particular y con especial énfasis.

Analicemos algunos indicadores sobre el gasto social del sector público no financiero, que se obtienen de los *Cuadros 23.5 y 23.6.* En el *cuadro 23.7* se observa que las disminuciones en el gasto social real total después del año 1980 (-32,0%), no son compensadas en los años posteriores en que aumenta (+28,6%) y entre los que destaca el primer año de la administración de Gobierno objeto de este análisis (+13,5%).

CUADRO 23.5

GASTO EN MILLONES DE COLONES CORRIENTES

Año	Total	Total Social	Educación	Salud	Agua y Alq.	Trabajo	Vivienda
1975	6,028.3	3,146.9	932.5	1,260.2	219.8	608.1	126.3
1976	7,609.2	3,760.2	1,179.8	1,552.8	148.4	690.5	188.7
1977	10,288.2	4,592.0	1,487.9	1,905.5	190.0	774.2	234.4
1978	12,372.4	6,107.0	1,876.9	2,709.5	191.7	1,064.5	264.4
1979	14,788.4	7,926.9	2,209.0	3,683.0	247.0	1,428.0	359.9
1980	18,579.0	9,566.9	2,772.6	4,357.3	316.2	1,483.3	637.5
1981	22,010.2	9,731.2	3,317.1	4,184.9	348.8	1,473.5	406.9
1982	34,753.4	13,851.4	4,702.8	5,752.2	394.7	2,487.9	513.8
1983	53,334.6	20,111.2	6,437.8	8,339.3	815.6	3,287.9	1,230.6
1984	66,219.1	26,625.2	8,100.5	9,793.8	1,797.6	5,279.3	1,654.0
1985	18,276.6	32,069.2	9,906.1	11,827.9	1,575.1	6,994.0	1,766.1
1986	98,985.2	43,269.7	12,650.0	14,977.4	2,667.7	10,358.8	2,615.8
1987	103,428.5	49,067.1	14,135.1	16,458.9	2,592.1	12,679.2	3,201.8
1988	133,174.2	61,772.6	17,215.9	21,133.7	2,743.3	16,438.6	4,191.1

FUENTE: "Sistema de Indicadores Sociales" MIDEPLAN.
"Proyecto de pobreza crítica" MIDEPLAN.

CUADRO 23.6

GASTO EN MILLONES DE ¢ DE 1966
(ind. precios implic. cons. final gob. gen.)

Año	Total	Total Social	Educación	Salud	Agua y Alq.	Trabajo	Vivienda
1975	2,264.6	1,182.2	350.3	473.4	82.6	228.4	47.4
1976	2,383.8	1,178.0	369.6	486.5	46.5	216.3	59.1
1977	2,754.5	1,229.5	398.4	510.2	50.9	207.3	62.8
1978	2,850.8	1,407.1	432.5	624.3	44.2	245.3	60.9
1979	2,980.3	1,597.5	445.2	742.2	49.8	287.8	72.5
1980	3,143.1	1,618.5	469.1	737.2	53.5	250.9	107.8
1981	2,950.8	1,304.6	444.7	561.1	46.8	197.5	54.6
1982	2,875.3	1,146.0	389.1	475.9	32.7	205.8	42.5
1983	3,112.6	1,173.7	375.7	486.7	47.6	191.9	71.8
1984	3,074.2	1,236.1	376.1	454.7	83.5	245.1	76.8
1985	3,004.1	1,230.7	380.1	453.9	60.4	268.4	67.8
1986	3,195.3	1,396.8	408.4	483.5	86.1	334.2	84.4
1987	3,036.3	1,440.4	415.0	483.2	76.1	372.2	94.0
1988	3,241.9	1,502.5	419.1	514.5	66.8	400.2	102.0

FUENTE: "Sistema de Indicadores Sociales" MIDEPLAN.
"Proyecto de pobreza crítica" MIDEPLAN.

CUADRO 23.7

VARIACION REAL DEL GASTO EN MILLONES DE 1966
RESPECTO DEL AÑO ANTERIOR

Año	Total	Total Social	Educación	Salud	Agua y Alq.	Trabajo	Vivienda
1975	-	-	-	-	-	-	-
1976	5.3	-0.4	5.5	2.8	-43.7	-5.3	24.6
1977	15.6	4.4	7.8	4.9	9.4	-4.2	6.2
1978	3.5	14.5	8.6	22.4	-13.2	18.3	-2.9
1979	4.5	13.5	2.9	18.9	12.7	17.3	19.1
1980	5.5	1.3	5.4	-0.7	7.4	-12.8	48.7
1981	-6.1	-19.4	-5.2	-23.9	-12.6	-21.3	-49.4
1982	-2.6	-12.2	-12.5	-15.2	-30.2	4.2	-22.1
1983	8.3	2.4	-3.4	2.3	45.8	-6.8	68.9
1984	-1.2	5.3	0.1	-6.6	75.3	27.7	6.9
1985	-2.3	-0.4	1.1	-0.2	-27.7	9.5	-11.7
1986	6.4	13.5	7.4	6.5	9.5	24.6	24.6
1987	-5.0	3.1	1.6	-0.1	-11.6	11.3	11.3
1988	6.8	4.3	1.0	6.5	-12.2	7.5	8.5

FUENTE: "Sistema de Indicadores Sociales" MIDEPLAN.
"Proyecto de pobreza crítica" MIDEPLAN.

Estos resultados contrastan con la dinámica del gasto real total del sector público no financiero que disminuye en un 14,9% pero aumenta en un 21,5% en el mismo período. Lo mismo se observa en el *Cuadro 23.8* donde el índice del gasto social real (1980 año base) después de su mayor deterioro en 1982 (70,8%), se recupera ininterrumpidamente hasta 1988 (92,8%), pero sin alcanzar siquiera el nivel de gasto de 1979 (98,7%); lo contrario al gasto real global del sector público no financiero, cuyo mayor

CUADRO 23.8

SECTOR PUBLICO NO FINANCIERO
EVOLUCION DEL GASTO REAL (índice 1980=100)

Año	Total	Total Social	Educación	Salud	Agua y Alq.	Trabajo	Vivienda
1975	72.0	73.0	74.7	64.2	154.4	91.0	44.0
1976	75.8	72.8	78.8	66.0	86.9	86.2	54.8
1977	87.6	76.0	84.9	69.2	95.1	82.6	58.2
1978	90.7	86.9	92.2	84.7	82.6	97.7	56.5
1979	94.8	98.7	94.9	100.7	93.1	114.7	67.3
1980	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
1981	93.9	80.6	94.8	76.1	87.4	78.7	50.6
1982	91.5	70.8	82.9	64.6	61.1	82.0	39.4
1983	99.0	72.5	80.1	66.0	89.0	76.5	66.6
1984	97.8	76.4	80.2	61.7	156.0	97.7	71.2
1985	95.6	76.0	81.0	61.6	113.0	107.0	62.8
1986	101.7	86.3	87.1	65.6	161.0	133.3	78.3
1987	96.6	89.0	88.5	65.5	142.3	148.3	87.2
1988	103.1	92.8	89.3	69.8	124.9	159.5	94.6

FUENTE: "Sistema de Indicadores Sociales" MIDEPLAN.
"Proyecto de pobreza crítica" MIDEPLAN.

deterioro fue del 91,5% (1982) y superando el 100,0% en los años 1986 y 1988 de la administración en estudio.

Como porcentaje del PIB *Cuadro 23.9.*, el gasto social real alcanza su punto más bajo en 1982 (14,2%), recuperándose hacia un 17,3% promedio en el período 1986-1988 correspondiente a los años anteriores a 1975; tendencia similar al gasto real total cuyo promedio 1986-88 (37,9%) fue superior varios años después a 1976. Como porcentaje del gasto público no financiero real total *Cuadro 23.10*, el gasto social real de nuevo alcanza su punto más bajo en 1982 (39,9%), para aumentar alrededor del 46,0% en promedio para 1986-88, superando el 44,6% de 1977, pero quedando por abajo de lo que representaba 1975 (52,2%) y posible en años anteriores.

Para el sector salud en particular, (*Ver cuadro 23.9 y 23.10*) el Plan Nacional de Desarrollo del período de Gobierno 1986-90 propone: consolidar los logros en prevención y atención primaria por parte del Sistema Nacional de Salud, para mantener los niveles alcanzados, con énfasis en los grupos más vulnerables. Integración total de los servicios de las instituciones para una cobertura más equitativa, con participación de las organizaciones comunitarias. Dentro de las áreas de acción se establece: atención primaria; salud materno-infantil; prevención, control y rehabilitación de enfermedades degenerativas, cardiovasculares y cáncer; salud mental, alimentación y nutrición; saneamiento ambiental; salud ocupacional y desarrollo de la organización. Todas estas actividades sugieren un contenido presupuestario suficiente para su desarrollo.

No obstante lo anterior, siendo el gasto real de este sector social el de mayor magnitud, se le aplicaron las restricciones presupuestarias más fuertes. En la década de los años ochenta (*Cuadro 23.7*) las disminuciones

CUADRO 23.9

GASTO COMO PORCENTAJE DEL GOP.

Año	Total	Total Social	Educación	Salud	Agua y Alq.	Trabajo	Vivienda
1975	35.9	18.7	5.5	7.5	1.3	3.6	0.8
1976	36.8	18.2	5.7	7.5	0.7	3.3	0.9
1977	39.1	17.4	5.7	7.2	0.7	2.9	0.9
1978	41.0	20.2	6.2	9.0	0.6	3.5	0.9
1979	42.0	22.9	6.4	10.6	0.7	4.1	1.0
1980	44.9	23.1	6.7	10.5	0.8	3.6	1.5
1981	38.5	17.0	5.8	7.3	0.6	2.6	0.7
1982	35.6	14.2	4.8	5.9	0.4	2.6	0.5
1983	41.2	15.6	5.0	6.4	0.6	2.5	1.0
1984	40.6	16.3	5.0	6.0	1.1	3.2	1.0
1985	39.5	16.2	5.0	6.0	0.8	3.5	0.9
1986	40.1	17.5	5.1	6.1	1.1	4.2	1.1
1987	36.3	17.2	5.0	5.8	0.9	4.5	1.1
1988	37.4	17.3	4.8	5.9	0.8	4.6	1.2

FUENTE: "Sistema de Indicadores Sociales" 1975-85, MIDEPLAN.
"Proyecto de pobreza crítica" 1980-1986, MIDEPLAN.

CUADRO 23.10

ESTRUCTURA DEL GASTO PUBLICO

Año	Total	Total Social	Educación	Salud	Agua y Alq.	Trabajo	Vivienda
1975	100.0	52.2	15.5	20.9	3.6	10.1	2.1
1976	100.0	49.4	15.5	20.4	2.0	9.1	2.5
1977	100.0	44.6	14.5	18.5	1.8	7.5	2.3
1978	100.0	49.4	15.2	21.9	1.5	8.6	2.1
1979	100.0	53.6	14.9	24.9	1.7	9.7	2.4
1980	100.0	51.5	14.9	23.5	1.7	8.0	3.4
1981	100.0	44.2	15.1	19.0	1.6	6.7	1.8
1982	100.0	39.9	13.5	16.6	1.1	7.2	1.5
1983	100.0	37.7	12.1	15.6	1.5	6.2	2.3
1984	100.0	40.2	12.2	14.8	2.7	8.0	2.5
1985	100.0	41.0	12.7	15.1	2.0	8.9	2.3
1986	100.0	43.7	12.8	15.1	2.7	10.5	2.6
1987	100.0	47.4	13.7	15.9	2.5	12.3	3.1
1988	100.0	46.3	12.9	15.9	2.1	12.3	3.1

FUENTE: "Sistema de Indicadores Sociales" 1975-85, MIDEPLAN.
"Proyecto de pobreza crítica" MIDEPLAN.

reales acumuladas de 46,0%, fueron compensados con aumentos del 15.3 (del cual un 12,9% fue recuperado en el período de gobierno que hemos estudiado) que representa sólo una tercera parte del total deteriorado.

Por su parte, el índice del gasto real en salud (*Cuadro 23.8*), después de caer del 76,1% en 1981 al 61,6% en 1985, se recupera en el período que analizamos ubicándose en el 69,8% en 1988 pero sin alcanzar el nivel de una década anterior (84,7% en 1978). Como porcentaje del PIB *(Cuadro 23.9)*, el gasto vuelve a descender en 1988 al punto más bajo (5,9%) alcanzado en 1982, en relación con el mayor peso de 10,6% en 1979, sin lograr los niveles anteriores a 1975.

Por último, dentro de la estructura del gasto público no financiero real *(Cuadro 23.10)*, salud llega a representar tan solo un 14,8% en 1984, recuperándose al 15,9% hacia 1988, después de explicar casi el 25,0% del gasto público no financiero en 1979 y volviendo a niveles anteriores a 1975.

Indudablemente que el impacto económico dentro del sector salud no sólo debe estudiarse por lo tanto, en términos de los indicadores de salud-enfermedad, sino que además se pueden analizar por la vía de las inversiones que conllevan a la creación de nueva infraestructura o bien en la formulación e implantación de modelos o formas de trabajo más creativas que permitan por lo menos contrarrestar el impacto de las restricciones económicas sobre el estado de salud de la población.

Adicionalmente, estimamos que ya el punto donde la elasticidad con que los grupos sociales soportan las crisis se han agotado y coincide con la situación por la que atraviesan muchos de nuestros países. En ese sentido, las reflexiones que hemos realizado en torno a las relaciones entre la economía y el estado de salud de la sociedad, deben propender para que los funcionarios de todos los niveles del sector salud se estimulen más en la búsqueda de soluciones autóctonas y adecuadamente planteadas para resolver los problemas de las poblaciones a las que sirven. Algunas ideas expresadas aquí apenas brindan un punto de partida para la discusión. El abordaje de este tema no debe de quedarse entonces, solo en el plano académico y filosófico, sino que debe propender a la puesta en marcha de soluciones creativas, que bajo la dirección de un modelo de enfoque integral del proceso salud-enfermedad, tienda a conciliar los intereses económicos y sociales con las posibilidades reales de los servicios de atención de la salud.

Capítulo 24

PASADO, PRESENTE Y FUTURO DEL SEGURO SOCIAL EN COSTA RICA

Capítulo 23

PASADO, PRESENTE Y FUTURO DEL SEGURO SOCIAL EN COSTA RICA

PASADO, PRESENTE Y FUTURO DEL SEGURO SOCIAL EN COSTA RICA

24.1 I PARTE: PASADO (1941-1970)

24.1.1 Generalidades

Durante el período presidencial del Dr. Rafael Angel Calderón Guardia, se produjeron tres reformas sociales patrocinadas por el Gobierno: El Seguro Social Obligatorio en 1941, las Garantías Sociales en 1942 y el Código de Trabajo en 1943.

Se le dio así al Estado, la oportunidad y la responsabilidad de intervenir en los asuntos de índole social, entre ellos el cuidado de la salud y la enfermedad de los costarricenses.

Si bien el Dr. Calderón tuvo el mérito indiscutible de la creación del Seguro Social y de dar inicio a las actividades del mismo. No debemos olvidar que previamente, en el año 1924, don Carlos María Jiménez, rival de don Cleto González Víquez a la presidencia de la República, propuso la creación de un Instituto de Seguro Social, que incluyera la prestación por accidentes, enfermedad, matrimonio, maternidad, invalidez y muerte para los costarricenses y que llegó a conocerse como "Plan Koberg", por diversas razones no llegó a fructificar, dejando el campo para que el Dr. Calderón Guardia realizara esa extraordinaria acción.

Para ampliar estos conceptos ver el capítulo de Historia y el capítulo del INS.

La creación de las tres reformas sociales se basaban en que la caridad para el pobre aunque útil era ineficiente, pues no bastaba para llenar las necesidades que en esos campos tenía la población del país, y en especial el ciudadano responsable de la producción de la riqueza nacional y de los servicios.

El capítulo del Seguro Social estaba diseñado para el trabajador que dependía de su salario como único medio de vida, y se originaba en las

experiencias de los Seguros Sociales de Alemania y Chile.[31]

El período de desarrollo inicial del Seguro Social estuvo lleno de dificultades de todo tipo, hubo mucha oposición a su avance y sus primeros años fueron de incertidumbre y acciones erráticas debido a la falta de experiencia que se tenía en el país en ese campo.

Además nos encontrábamos inmersos en los problemas de la Segunda Guerra Mundial y como el costo de la producción se había elevado, los patronos se oponían porque las cuotas lo aumentarían más. Los trabajadores veían el pago de ellos como una disminución de sus salarios. Políticamente la medida fue considerada socializante y los médicos temieron por la pérdida de su medicina privada y se organizaron como sindicato para oponerse al desarrollo de este seguro.

Debe quedar claro que desde su inicio esta protección fue obviamente "clasista" porque fue concebida como copia de los seguros sociales europeos y diseñada para quienes vivían en áreas urbanas y tenían salario fijos, aunque tiempo después se logró extenderlo al campesino, siempre lo fue para el trabajador asalariado.

Era evidente la falta de plantas físicas, equipo y personal; y prácticamente durante muchos años lo que hizo la Caja fue recoger fondos para lograr consolidarse económicamente, dando servicios mínimos a las ciudades de San José, Cartago, Alajuela y Heredia donde atendía a los trabajadores de menor riesgo.[304]

En el año 1943, se le dio a la Junta Directiva de la Caja, el derecho a fijar el nivel de las cuotas y el tipo de prestaciones por otorgar. Por esa época, el presupuesto llegaba a la suma de dos millones, atendiendo a 14 mil asegurados y economizando el 70% del mismo anualmente. Se le dio pues autonomía para tomar decisiones, lo cual era fundamental para sustraerse en muchos sentidos al vaivén político, aunque con el tiempo esto no ha sido una realidad.[36]

Al existir un tope en la cotización, los trabajadores de altos ingresos cotizaban con poco, lo que limitaba el potencial de desarrollo de la institución.

En 1946, un 20% de la población estaba cubierta por la Caja y a partir de esa época se iniciaron las huelgas médicas; las primeras tratando de frenar el desarrollo de la institución y posteriormente ya no para esto, sino para lograr mejoras salariales.

Al finalizar la Revolución de 1948, Don José Figueres y el Partido Liberación se propusieron no sólo mantener el Seguro Social, sino consolidarlo y desarrollarlo. Se tuvo el compromiso de convertir esta institución en un instrumento de promoción de la igualdad social en el país.

Para lograr ampliar la cobertura de servicios, se hacía necesario mejorar sus ingresos y para ello era necesario quitar los topes y obligar a cotizar a todos los trabajadores por encima de los 400 colones como se venía haciendo. Se extendió primero a mil colones y más tarde se puso la cuota a todo el salario.

Inicialmente el sistema de cobertura era sólo para el trabajador

(asalariado directo) y no incluía a su familia (excepto en Turrialba, Juan Viñas y Heredia) y por ello en 1956 se extendió a toda la familia del cotizante.

En 1960, el Partido Liberación Nacional con el Lic. Daniel Oduber como Presidente de la Asamblea Legislativa, llevó a cabo la reforma que permitía y obligaba a la Caja a universalizar sus servicios 10 años después a toda la población.

Como no se contaba con una infraestructura adecuada, se requirió obtener préstamos del exterior para construir clínicas y hospitales en todo el país, e incluso se enviaron grupos de profesionales médicos a especializarse en el exterior. Se abrió la Escuela de Medicina y se traspasaron los hospitales de las Juntas de Protección Social a la CCSS.

En 1970, existía ya una cobertura del 50% de la población, extendido a la familia del trabajador del área rural.

La liberación de topes y la obligación de todo tipo de asalariado a cotizar para el seguro, dio lugar a que los trabajadores de mayores ingresos financiaran los servicios de los de bajos ingresos, este carácter redistributivo de la cuota tenía importancia no sólo económica sino también social.

Fue así como tiempo después se incorporaron a la Caja no sólo los trabajadores por cuenta del Estado o de patronos privados, sino también los de cuenta propia.

Se inició entonces lo que muchos han considerado una socialización de la medicina pero que en realidad constituyó nada más que la estatización de los servicios médicos.

Por esa época y con el traspaso de los hospitales de las Juntas de Protección Social que atendía a los menesterosos, la Caja se comprometió a dar servicios a los indigentes, hecho que tampoco sucedió sino hasta 1985 de manera formal y que constituyó uno de los puntos negativos de la institución en ese período.

También la Caja anunció que participaría en las acciones de medicina preventiva, sin embargo esto no vino a darse adecuadamente y de hecho se inició en 1984 de manera parcial. Entre las ventajas que la Caja tenía sobre otras instituciones, estaba su autonomía financiera, ya que todo aumento salarial que se decretara en el país, tanto en el sector público como en el privado significaba automáticamente aumento en sus ingresos por la elevación de las cuotas de esos salarios. La libertad de elevar las cuotas con que cuenta la Directiva de la Caja en momentos de crisis como sucedió en 1983 salvó a la Caja de un severo problema financiero.

Así pues, en el desarrollo y consolidación del Seguro Social, merecen créditos no sólo los gobiernos liberacionistas posteriores al 48, que fomentaron su expansión mediante leyes y el apoyo estatal, sino incluso el de Don Mario Echandi (1958-62) que elevó las cuotas en momentos decisivos para su expansión.[79,328]

Pero también debemos abonar a ellos, la capacidad demostrada por la diversas directivas de la Institución y la buena voluntad manifestada por el

sector patronal y de los trabajadores que dieron apoyo a este sistema cuando aún sus servicios eran muy deficitarios como sucedía antes de 1970.

Insisto además que si el cuerpo médico nacional hubiera presentado una oposición total al desarrollo del Seguro, es probable que éste no hubiera podido consolidarse.

24.1.2 Conclusiones sobre el pasado

El Seguro Social fue establecido para dar protección a la clase trabajadora únicamente: los pobres y los campesinos de áreas rurales lejanas fueron dejados de lado. La medicina de la Seguridad Social nos hizo pasar de la tradicional medicina liberal (de los económicamente fuertes y que podían pagar un médico), y de la medicina de caridad, muy ineficiente y que protegía a los pobres, a la medicina de grupos de trabajo bajo el lema de solidaridad. Este sistema no aspiraba a cubrir a la totalidad de los costarricenses.

Desde esa época y a través de los años, los ingresos de la Caja fueron dedicados a la atención del enfermo asegurado, la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades no tenían lugar en el sistema. En eso, eran una copia de los seguros alemanes y chilenos.

La clásica medicina curativa era la base de los servicios del Seguro y hacia ahí se canalizaban sus gastos.

Los seguros sociales nacieron y se desarrollaron especialmente, en países altamente industrializados y ricos, en los cuales la clase trabajadora era muy numerosa y en donde los progresos económicos eran continuos y aparejados con avances en el campo social, educativo y de salud como un todo indivisible. Esto vino a facilitar las acciones posteriores de la seguridad social en esas naciones.

En cambio en Costa Rica, no se logró obtener un desarrollo económico y social similar, ya que éramos un país eminentemente agrícola sujeto a mercados inestables de nuestras exportaciones. Pese a ello, logramos crear un sistema de seguros sociales de cobertura universal que a veces me temo sea "un modelo demasiado costoso" para nuestros recursos. Al igual que en educación, somos en este campo universales e igualitarios, pero en salud hemos alcanzado ya niveles de país desarrollado, aunque inmersos en un Estado económicamente subdesarrollado, lo que será una desventaja para el futuro, si tenemos en cuenta los cambios en la patología prevalente de alto costo en su atención y la dificultad que tendremos para financiar su tratamiento.

La Caja del Seguro Social nació y se desarrolló con diversas fallas, muchas de las cuales persisten al presente.

a) La institución o no se preocupó o no pudo crear capacidad gerencial en sus servicios intermedios e inferiores, tanto en el nivel administrativo como técnico.

b) No se dio a conocer la importancia de la institución en el contexto de la vida del costarricense y se menospreció el papel fundamental que el trabajador y muy especialmente el médico tiene en la buena prestación de sus servicios. No se creó "mística" para el trabajo, fenómeno fundamental para lograr el éxito en una institución de este tipo de servicios.

c) No creó la Caja un mecanismo compensatorio salarial acorde con el aumento del costo de la vida y la inflación, la burocratización del sector profesional en salud y sus bajos salarios dieron lugar a huelgas periódicas y mala disposición para el trabajo de parte de estos profesionales.

d) Quienes dirigían la institución e incluso sus trabajadores no comprendieron adecuadamente los principios que dieron lugar a la aparición de la Caja. Creyeron que la meta de ésta era únicamente atender la enfermedad y dar pensión a los trabajadores y no un medio para proteger integralmente la salud como debe ser en la realidad.

Como la Caja no era un fin en sí misma, no debió conformarse con dar servicios de recuperación de la salud a sus asegurados, ya que por sus alcances era la institución protectora por excelencia de la salud de todos los costarricenses, además de otras funciones que tiene para el bienestar de nuestro pueblo.

Como producto de su inmenso crecimiento y de las inadecuadas relaciones humanas entre patrono y trabajadores, aparecieron numerosos sindicatos que generaron enfrentamientos continuos con la Caja; con el agravante de que tanto los dirigentes de antes como los de ahora suponen que el fin de la institución es únicamente proporcionar buenos salarios a sus asociados, sin preocuparse del adecuado desempeño de sus acciones en el trabajo.

e) El indigente, el pobre fue dejado de lado, incluso cuando se traspasaron a la Caja los hospitales de beneficencia que protegían a nuestra población menesterosa, esos pobres quedaron desamparados en muchos aspectos y se les cobraba la consulta por sus servicios. Lo anterior significaba mantener las diferencias de clases en el campo de la atención de la salud.

f) En la Caja ocupaba lugar preponderante (y aún lo tiene), la atención del paciente. La primera barrera de sus servicios era atender enfermos que es de alto costo financiero y pasiva en su acción, ya que no contribuye a evitar que la gente se enferme y sólo actúa cuando el asegurado requiere sus servicios.

g) Al revés de las Juntas de Protección Social que tenían un alto

componente de participación de miembros de la comunidad donde se daban los servicios médicos de estas. La Caja no se preocupó por fomentar la participación comunitaria para que ayudara al desarrollo del sistema. La población sólo participaba en el pago oportuno de las cuotas, sin derecho a ser escuchada, razón por la cual no logró proyectarse adecuadamente.

h) Para un país subdesarrollado como el nuestro, el costo económico de sostener y ampliar un seguro social como el que habíamos creado resultaba muy oneroso, si es que se trataba de mantener niveles adecuados de servicios no sólo en cantidad, sino en calidad como debe ser.

Los grandes adelantos científicos y técnicos en la atención de las enfermedades eran aceptados de inmediato como es lógico para llevarlos a los servicios médicos, pero su elevado costo de compra y mantenimiento y la necesidad de crear grandes centros hospitalarios dedicados a la medicina curativa, comenzaron a constituirse en el Talón de Aquiles del sistema como veremos más adelante, sobre todo debido a que los mecanismos preventivos que requeríamos no estaban aún bien desarrollados.

Mientras que en muchas áreas rurales no se contaba con médicos, medicinas y equipos elementales para la atención de los enfermos, se inauguraban hospitales y se compraba tecnología sofisticada para la atención de pacientes de las áreas urbanas. Apareció así un desequilibrio en cuanto a calidad y cantidad de servicios médicos y de salud entre el campesino y el hombre de ciudad.

La génesis de los paros y huelgas del sector médico y del resto de profesionales de la salud que labora para la Caja, se gestó ya desde este período y aumentó a través de los años hasta llegar al último movimiento en el año 1990.

El grupo médico, otrora muy prestigiado social y económicamente, se vio minimizado en esos dos aspectos debido a la "estatización de servicios médicos" que se constituyó con la expansión del Seguro Social, hecho trascendente y extraordinario para una nación pobre como la nuestra, pero a fin de cuentas, quienes sufrieron las consecuencias de esto fueron los médicos y los restantes profesionales como los farmacéuticos, los microbiólogos, los odontólogos, etc.

Si nos acordamos que los médicos decidieron aceptar la universalización de servicios médicos de la Caja y apoyarla, y con ello convertirse en asalariados de la institución. Se podrá comprender que aceptaban perder a mediano o largo plazo sus consultas privadas y la oportunidad de ingresos superiores una vez que el sistema funcionara adecuadamente como lo viene haciendo desde hace ya muchos años. A cambio de ello, los profesionales esperaban que la Caja generaría trabajos estables y con remuneración adecuada para ese sector profesional; sin embargo, esto no sucedió así, y

ya desde entonces, reclamaron que la institución los asfixiaba económicamente, pues se encontraban "socializados" para trabajar, en una sociedad de economía mixta y con ejercicio liberal y mejores salarios para muchos otros profesionales.

El sistema convirtió al médico en un empleado (y en igual forma a los restantes profesionales), sus profesiones fueron "burocratizadas" y de ser individuos con prestigio y representación social y profesional meritorias en nuestro medio, pasaron a ser un número dentro del conglomerado de trabajadores de la institución.

En este proceso, el "proletarizado" médico, comenzó a acumular experiencia sindical, sintiéndose marginado dentro de los sectores profesionales e incluso dentro del llamado sector público, puesto que, comparativamente a los ingenieros del ICE, a los abogados en la Corte Suprema de Justicia, o de la Contraloría o a los restantes profesionales del sector privado sus salarios eran muy inferiores.

Se dio cuenta, entonces, que el único medio que tenía para obtener mejoras salariales y de otra índole, era el empleo de la presión mediante paros o huelgas, debido a que la Institución no desarrolló mecanismos de ajuste o compensación para los médicos y los restantes profesionales, que les permitiera mantener un *status* profesional y económico adecuado a sus aspiraciones y muy especialmente a sus responsabilidades y por ello, se inició así una cadena intermitente de paros y huelgas a través de los años y que periódicamente aparecen con las graves consecuencias que acarrean.

24.2 PARTE II: PRESENTE (1971-1989)

24.2.1 Generalidades

Cuando se decidió universalizar los servicios del seguro, pudo considerarse esta iniciativa como quijotesca o como demagógica desde el punto de vista político. En América, solamente Canadá tenía cobertura universal en la atención médica, pero era un país con grandes recursos económicos y culturales. Nadie en un país pobre tenía estas aspiraciones.

La política de extender los servicios de la Caja requirió de tres etapas.[309]

24.2.1.1 PRIMERA ETAPA

La primera fue la extensión vertical o eliminación del tope salarial, lo que obligó a cotizar para la institución a todos los trabajadores sin límite de sueldo y consolidó la economía de la Caja.

24.2.1.2 SEGUNDA ETAPA

La segunda etapa fue la extensión horizontal de los servicios a todos los trabajadores en áreas geográficas aún no cubiertas y que requirió del traspaso de los hospitales de las Juntas de Protección a la Caja con el fin de ampliar su capacidad operativa, así como construir numerosas clínicas y hospitales en todas las provincias creándose con ello un sólo sistema hospitalario nacional (el último hospital trasladado fue el de San Ramón en 1984).[152]

24.2.1.3. TERCERA PARTE

La tercera y última —etapa la de mayor contenido social— era la que incorporaba a los indigentes a la Caja para la atención de su enfermedad, iniciada durante el período del Presidente Daniel Oduber, de 1974 a 1978,[151, 155] pero que vino a ser una realidad hasta 1984, con el convenio Caja-Ministerio del período de don Luis Alberto Monge. Con la firma de este convenio, se acabó con la marginación de los indigentes para la atención de su enfermedad. Un nuevo decreto similar al anterior, pero ampliando la facultad de la Caja para censar a los indigentes, se dio en el año 1988.

No obstante lo anterior, no fue posible extender los servicios a toda la población, debido a que muchas áreas donde hay pequeños pablados son poco accesibles para establecer clínicas de consulta, y fue con base en el programa de Medicina Comunitaria y Rural y mediante la estrategia de Atención Primaria, que se pudo dar servicios a esas comunidades y mejorar sus índices de salud, estando a cargo de esto, el Ministerio de Salud con muy poco apoyo de la Caja. Se ha señalado[148] que un porcentaje muy elevado de nuestra población (50%) habita en localidades de 2000/habitantes; de esos un 35% en poblados de 500/habitantes o menos, usualmente en áreas pobres y sin fuentes permanentes de trabajo. Por ello, a pesar del compromiso de universalización, no ha sido ni será posible porporcionarles, los servicios médicos que acostumbra la Caja con base en la construcción de clínicas de consulta externa.

De 1979 a 1983, el país se vio sumergido en una severa crisis económica, producto no sólo de situaciones internas, sino también externas, que repercutieron en su economía y desarrollo de manera grave. Lo anterior ocasionó, entre otros problemas, la detención del crecimiento de los programas del Ministerio de Salud y la Caja, y hubo necesidad de crear nuevas políticas de contención de gastos por parte del Gobierno y obligados por el Fondo Monetario Internacional, que limitaron los recursos económicos, técnicos y de personal en el sector de manera muy considerable. Fue necesario aumentar los topes de cotización y tomar una serie de medidas como: restringir las compras de material y equipos y pagar prestaciones a

quienes lo solicitaban, amén de que, a través de los años y a pesar de que, de 1982 a 1990, la población creció en más de un 25% y lógicamente las demandas de servicios lo hicieron en una proporción similar o superior, en este tiempo no se nombró personal nuevo en número importante, de hecho, de 23 mil trabajadores que había en 1982, a 1990 no se había llegado aún a igualar esa suma lo que dio como resultado, menor capacidad de atención médica.

Por haber tenido el autor de este libro un papel protagónico en esos años como Ministro de Salud, se puede señalar que los planes que se esbozaron para salir de la situación comprendían tres etapas muy claras:

a) Sobrevivir a la crisis económica, racionalizando gastos y buscando nuevas fuentes de ingreso. Esta etapa se logró muy rápidamente en dos años, 1982 y 1983. Aquí le cabe papel destacado a la Presidencia Ejecutiva de la institución dirigida por el Dr. Guido Miranda y a la Junta Directiva de ese entonces, por los aciertos conseguidos y el valor para tomar medidas drásticas de tipo restrictivo. Por ejemplo, la institución había ascendido de 17 mil trabajadores que tenía en 1978 a 23 mil para 1982. Este incremento no se hizo con el fin de aumentar la capacidad de la institución, sino según relata el Dr. Miranda [218] como una manera de absorber el desempleo del país a expensas del presupuesto de enfermedad y maternidad. Además, se dictaron dos medidas que debilitaron más a la Caja, como fue establecer la jornada continua de trabajo y adoptar la semana de 5 días de labor, con lo cual los hospitales y las clínicas cerraron sus consultas externas los sábados y quedaron funcionando sólo las emergencias. Con ello se perdieron miles de consultas en ese día y hubo que pagarlo como jornada extraordinaria de trabajo. Se cree que la institución perdió un 20% de su capacidad de atención.

   Para el año de 1978, el Régimen de Enfermedad y Maternidad, que siempre había mostrado excedentes económicos en cada período fiscal, con el que se construían clínicas y hospitales y se aumentaban servicios, presentó el primer déficit de operación de su historia hasta acumular para el año 1982 dos mil millones de deuda. Por otro lado, el Gobierno dejó de pagar las cuotas patronales y estatales.

   Para funcionar se tomaron préstamos del fondo de I V y M, se dejó de pagar una serie de compromisos tanto a proveedores externos como internos (se debían en ese momento 25 millones de dólares al exterior). Lo anterior unido a la inflación nos había hecho perder aproximadamente un 50% del poder adquisitivo.

   El programa de recuperación consistió en aumentar los ingresos y disminuir los gastos. Para ello, se aumentó la cuota obrero

patronal en un 4%. Se obligó por Ley a todos los patronos morosos estatales y de instituciones autónomas a tener que estar al día con el pago de su planilla a la Caja o de lo contrario la Contraloría no autorizaba sus presupuestos. Se redujeron 2000 plazas mediante el pago de prestaciones voluntarias, se suprimió el pago de horas extras y de compensación de vacaciones, no se crearon nuevas plazas por más de 4 años. Se redujo el cuadro básico de medicamentos de 1.400 productos a 350. En 1984, los problemas económicos habían sido resueltos. Para ampliar conocimientos de esta odisea, que salvó a la Caja de la quiebra, es importante la lectura del interesante libro del Dr. Guido Miranda **La Seguridad Social y el Desarrollo Social en Costa Rica[218].**

Posiblemente, el actor más destacado del proceso fue el Dr. Miranda, contando con el apoyo decidido del señor presidente de entonces, Don Luis Alberto Monge y del Gobierno presidido por él.

b) Una vez logrado lo anterior, se continuó con el proceso de cobertura nacional de los servicios médicos llamado universalización, comprendiendo incluso la atención de los indigentes, dado que, en la crisis, éstos eran los más afectados y los que más requerían de este soporte social.

Esto se llevó a cabo en los siguientes tres años, 1984-1986.

c) Finalmente debió continuarse con la etapa de recuperación (1986-1990), consistente en lograr mejorar la calidad de los servicios médicos, dotándolos del equipo (tecnología) y personal requerido y que por espacio de 5 años se les había negado. Esto, a la fecha, 1990, no se cumplió adecuadamente dando lugar con ello a la aparición de serias deficiencias en muchísimas áreas de los servicios de la Caja y colocándonos 10 años atrás en cuanto a tecnología y capacidad de acción.

Lo anterior, a pesar de que la Caja diseñó un plan de recuperación del tiempo perdido, consistente en un programa de compra, construcciones, remodelaciones, etc., fue insuficiente en todo sentido y como no había nuevas plazas en el presupuesto, o estas se creaban en un número insignificante, debido a las restricciones impuestas por la Autoridad Presupuestaria, siguiendo los lineamientos del Fondo Monetario Internacional. El déficit de personal se acentuó gravemente ya que las inauguraciones de nuevas unidades se hacían en parte con personal sacado de los hospitales.

Como consecuencia de la crisis, las autoridades no sólo restringieron los gastos, sino que revaloraron los conceptos de la atención del enfermo y se dieron prioridades bajo las cuales debería funcionar el sistema. El concepto de la prevención de las enfermedades pasó a ocupar un lugar preferente en las futuras estrategias para el cuidado de la salud del costarricense; así, a partir de 1984 se inició en la Caja una etapa de cambio

de la filosofía de la salud que venía siguiendo, posiblemente trascendental para el país en un futuro y ejemplo por seguir por los seguros sociales de otras naciones.

La crisis económica hizo ver que los costos de la atención del enfermo están permanentemente en ascenso y que más del 50% de sus gastos del rubro de enfermedad y maternidad los tenía en los servicios hospitalarios (6275 millones de colones en 1987). Por ello, se llegó a la conclusión que era necesario reorientar los programas de atención de las enfermedades prevalentes, asignando mayores recursos a la prevención y a la promoción de la salud, usualmente a cargo del Ministerio del ramo, pero que por sus escasos recursos no se realizaba en la forma amplia y necesaria.

La institución por fin se dio cuenta de que tenía que ayudar a la gente "para que no se enfermara" y no solamente cuando esto acontecía.

Se creó así una política nacional conjunta en salud —Caja-Ministerio— buscando la Integración de Servicios de Salud para evitar duplicaciones. Se reforzó la participación comunitaria mediante las Juntas de Salud y Seguridad Social. Los programas de Atención Primaria fueron mejorados y se creó el Sector Salud, se reorientaron las acciones de manera integral y se inició la creación del Sistema Nacional de Salud, acorde con nuestra capacidad y necesidad.[158]

La Institución, con el objeto de solventar su déficit y los altos costos que se daban en la medicina de hospital, creó los programas de Medicina Familiar y Comunitaria (Barva de Heredia). Cooperativizó la Clínica de Pavas y Tibás. Amplió la medicina de empresa y estableció cursos de administración y capacidad gerencial para empleados de los diversos niveles; se iniciaron además los programas de "cirugía ambulatoria" para disminuir internamientos y rebajar costos.

Al presente —1990— la Caja es la institución más grande del país, con un presupuesto casi igual al del Gobierno Central (60 mil millones de colones), tiene 22 mil empleados de los cuales 4 mil son profesionales de la salud. Cuenta con 7 mil camas de hospital que reciben a 200 mil pacientes por año y en sus instalaciones se realizan 140 mil operaciones de cirugía mayor, se atienden 80 mil partos, se dan 8 millones de consultas (3 por ciudadano al año) se dieron 25 millones de medicamentos y se realizaron casi 12 millones de exámenes de laboratorio. Es fácil apreciar la magnitud de los servicios que la institución presta al país y lógico es pensar que por su extensión no puede escapar a fallas y dificultades en muchas de sus áreas de servicios.

Se puede decir que, en términos generales para ser un país en vías de desarrollo, sus servicios son muy buenos, en comparación con los seguros sociales de otros países latinoamericanos. Pero, desde luego, no es así, si nos comparamos con los seguros sociales de países desarrollados como Canadá, Suecia, Inglaterra, etc. Además, nuestros servicios son buenos en el nivel de la medicina general para una población de país subdesarrollado,

pero desde el punto de vista de calidad en tecnología moderna para el diagnóstico y tratamiento hospitalario, países como México, Argentina, Brasil, etc., tienen en sus hospitales clase A, recursos muy superiores a los nuestros incluso Panamá, Colombia, Venezuela y Chile nos superan en estos aspectos. Pero hay contrastes en esos países que nosotros no poseemos como son: el tener grandes hospitales equipados con la tecnología más moderna que no tienen que envidiar a los mejores de EE.UU y por otro lado, ausencia total de servicios médicos en muchas poblaciones. Esto hace la diferencia con Costa Rica, donde aunque deficitarios, sí tenemos un sistema hospitalario y de clínicas bien generalizado y casi universal.

Pero el logro de la creación de una institución de tal tamaño, despertó y mantiene, una serie de expectativas de servicios muy amplios en la población, la cual espera no sólo continuar recibiendo esos servicios, sino que pide que éstos se den con oportunidad y de más calidad.

Al estar el país sometido a la inflación con desvalorización de nuestra moneda y con la pérdida del poder adquisitivo de la misma, todas las clases sociales demandan servicios a la institución ya que evitan gastar en atención particular en este campo. Las clases media alta y alta exigen ahora servicios que usualmente antes los obtenían de la medicina privada.[160]

Si a lo anterior añadimos el costo creciente de la tecnología médica que se paga con divisas cada vez más caras, si se tiene en cuenta los aumentos salariales que se han decretado para los trabajadores de la institución y que significan erogaciones adicionales muy fuertes y que obligan al Régimen de Enfermedad y Maternidad a dedicar el 64% o sea 2/3 partes de su presupuesto para salarios en 1990, 19.840 millones de colones del total de 31 mil millones de colones. Si observamos cómo el Gobierno paga sus deudas con bonos a intereses bajos, si sabemos que en los últimos 8 años la institución ha tenido un crecimiento en las demandas de servicios mayor del 25% sin que aumentara su personal, vemos que el futuro parece no ser muy promisorio.

Las malas relaciones laborales repercuten en una falta de mística en sus trabajadores en todo nivel. Todo lo anterior está erosionando el sistema y podría hacer que los fondos lleguen a ser insuficientes para pagar el costo futuro de los servicios. Se debe señalar que esta situación que estamos viviendo, sobre el desmesurado crecimiento de los costos, se da en todos los países, incluso en los desarrollados. (Ver *Capítulo 26*). El problema es que pone en peligro los logros alcanzados y nos coloca en la disyuntiva de, o creamos prioridades definidas para racionalizar los gastos o tendremos que hacer frente a mediano plazo a una seria crisis en el sistema.

La Caja Costarricense del Seguro Social no es únicamente las cuatro paredes de los hospitales o de las oficinas centrales. Desde el punto de vista de recursos humanos tampoco lo son únicamente las autoridades superiores. La institución somos todos, los que damos y recibimos servicios y beneficios. Es en realidad, un órgano vivo, en el cual hay derechos y obligaciones. La razón de ser del sistema es, antes que nada, dar cuidados de salud

integrales a todos los ciudadanos de este país. Pero también debe haber responsabilidad de apoyar a sus profesionales mediante salarios adecuados, sin llegar a extremos de que estos se sientan los dueños de la institución, de la cual son únicamente servidores. En 1990, los salarios de este sector se han elevado adecuadamente; ahora toca mejorar las relaciones humanas y que los médicos se comprometan a dar mejor atención. Los servicios médicos no valen nada sin los trabajadores. Si estos son esforzados, honestos, cumplidos y capaces, la institución permenecerá y obtendrá las metas superiores a las que está destinada. Si esos mismos trabajadores son ineficientes y corruptos, la Caja no prevalecerá y dentro de un tiempo, su sistema de servicios se derrumbará con graves consecuencias para todos.

Se puede comparar estos servicios con lo que está sucediendo en Estados Unidos en el campo de la industria automotriz. La General Motors (GMC) o la Ford son empresas de éxito y eficientes en cuanto a producción de carros o sea en cuanto a cantidad, pero eso ya no es suficiente para venderlos, y en estos momentos son superados por los japoneses debido a que producen calidad más cantidad. Yo creo que ese es el *quid* del asunto, cómo encontrar la capacidad de ser eficientes manteniendo la cantidad de servicios que tenemos y además alcanzar la calidad. Durante un tiempo se sostuvo que los japoneses competían con los norteamericanos debido al bajo costo de su producción. Al abrir fábricas de automóvil en el propio Estados Unidos, no sólo han mantenido la calidad en sus carros, sino que sus costos de producción son menores que los de las empresas americanas. Eso significa, que lo que prima en la industria japonesa es una organización superior.[78]

La extensión horizontal que hemos alcanzado, llamada cobertura universal, ha creado tales expectativas que ya todo el mundo y especialmente los políticos y los usuarios piden en cada pueblo una clínica y en cada cantón un hospital, algo imposible de conceder. Sin embargvo, si mantenemos la extensión de servicios sin mejorar estos, o sea, sin lograr calidad en ellos, los costos también se elevarán, debido a que al no poder los servicios médicos por deficiencias, recuperar adecuadamente la salud de la población a la que sirve, se requerirá más atención y mayor costo para suplir las fallas, que de por si ya han generado disminución de la capacidad de trabajo de la fuerza laboral y menor producción.

Se establece un círculo vicioso muy peligroso e imposible de superar. Algunos de los problemas que existen para dar adecuada atención a los enfermos son los que veremos en seguida.

24.2.2 Fallas en la consulta externa

a) Insuficiente número de médicos, enfermeras y restante personal para dar buena atención en las clínicas.
b) No existe consulta fuera de las horas tradicionales para emergencia incluyendo los sábados.
c) Citas a especialistas muy tardadas (meses).
d) Lentitud para hacer el expediente, estudios de laboratorio y entrega de medicamentos.
e) Citas muy lentas para estudios especiales (meses) para endoscopias, TAC, ultrasonidos, etc.
f) Citas muy largas para cirugía menor (no existe en la mayoría de las clínicas).
g) Mal trato para el paciente de parte del personal secretarial, administrativo e incluso médico.
h) El sistema de referencias y contrarreferencias es inadecuado o no funciona bien por algún motivo.

24.2.3 Fallas en hospitalización

Lentitud (meses) para algunos internamientos electivos.

a) Falta de ropa adecuada (sábanas, cobijas, ropa personal, etc.).
b) Falta de personal de todo tipo para el cuido de los enfermos. Se da el caso de que, a veces, hay una sola enfermera para atender todo un piso, un día feriado. Se gastan 2000 millones de colones en horas extras, debido a que la autoridad presupuestaria no permite nombrar suficiente personal en propiedad con lo que se calcula se está gastando un 50% más.
c) Servicios de Terapia Intensiva con pocas camas y personal, lo que obliga a atender pacientes graves en salones con recursos insuficientes tanto técnicos como de personal.
d) Falta de personal para sala de operaciones y recuperación, lo que impide emplear toda la capacidad de la sección de cirugía para efectuar operaciones. En el Hospital Calderón Guardia hay 20 salas de operaciones, hasta mediados de 1989 se trabajó diariamente en 15 salas, a partir de esa fecha por déficit de personal auxiliar y de enfermería se bajó a 11 salas. Con ello se constituye esta sección, en un cuello de botella que obliga a los pacientes a largas esperas para poder ser intervenidos.
e) Falta de equipo de todo tipo para una buena atención, incluyendo instrumental operatorio, y de rayos X, TAC, ultrasonidos, mamógrafos, esterilizadores.
f) Deterioro de planta física en varios hospitales.

24.2.4 Quejas del personal médico

a) Despersonalización de la consulta (no se llega a conocer a los enfermos, ni éstos a su médico).
b) No tiene tiempo de efectuar una buena medicina integral (educativa, preventiva, diagnóstica y terapéutica).
c) No se entera de la evolución de muchas de sus referencias al especialista.
d) Falta de programas de educación continua para el médico general. Según el autor, la Caja ha mejorado mucho en este sentido.
e) Rutina agotadora de 8 horas de consulta externa, sin posiblidadades de cambio.
f) Mal salario. Sin embargo, ahora ha mejorado y ya no debería ser motivo de queja para no dar buenos servicios.
g) Falta de recompensa por eficiencia y dedicación.
h) Falta de personal administrativo (en cantidad y calidad) en clínicas y hospitales, déficit secretarial para apoyo a los servicios médicos.
i) Falta de computación en el sistema para volverlo más eficiente y rápido.
j) Entrabamiento burocrático para trabajar.
k) Déficit de insumos y medicamentos. (Problema crónico de muchos años, debido al crecimiento desmesurado de la institución y a la metodología de trabajo en esa unidad).

Así pues, revisar el conjunto de problemas que la Caja tendrá en el futuro, es muy importante para modificar conductas y crear nuevas estrategias con la mayor racionalización posible, sin que disminuir costos signifique menoscabo de la calidad de los servicios médicos. Esto es todo un reto, y el dilema de Seguro Social del país a partir de 1990.

24.3 PARTE III: FUTURO (1990-2000)

24.3.1 Generalidades

El país inicia esta década con el reconocimiento internacional del paradigma de que somos un *país de salud sin riqueza*. Esto se confirma cuando nos vemos colocados entre los treinta países del mundo que tienen mejores índices de salud y mostramos, además, el seguro social de mayor cobertura en América con excepción de Canadá.[343, 344]

En salud y seguridad social hemos alcanzado metas increíbles para país pobre y, ahora, nos encontramos en un momento crucial en el cual podemos mirar con orgullo hacia el pasado, pero vemos el futuro con la preocupación y el temor de quien conoce la magnitud de la tarea que nos

espera como es la de obtener el mejoramiento de esos índices en un país de recursos muy limitados.

Los éxitos alcanzados deben continuarse con esfuerzos encaminados no sólo a dar una mayor esperanza de vida a nuestra población, sino también a proporcionar una mejor calidad de vida.

De acuerdo con lo anterior, el sistema de salud que requerimos no debe orientarse ya a la construcción de más hospitales para la curación de enfermos, sino que debe tender a la creación de una infraestructura que primordialmente se dedique a fortalecer la salud y a prevenir enfermedades; buscando además dar los servicios de una manera más sencilla pero no menos eficaz, sin que eso signifique minimizar la importancia de las acciones curativas, sino más bien buscando que estos sean de igual calidad pero de menor costo.

La trasformación que se requiere no significa un cambio radical del modelo existente, sino, en primer lugar, adecuar la institución a las necesidades actuales de la misma, reestructurar su administración descentralizándola, y perfeccionar o mejorar los servicios existentes.

La universalización del Seguro Social pierde mucha vigencia, ante la incapacidad de la institución para atender, en debida forma, a sus pacientes o al no poder proporcionar facilidades para que ello suceda. Cuando hablamos de no construir más hospitales, estamos señalando que en cuanto al número, este parece suficiente para las necesidades del país. Sin embargo, varios de los hospitales requieren remodelaciones o nuevas construcciones que suplirían a las viejas u obsoletas como es el caso del hospital Rafael Angel Calderón Guardia, que requiere un nuevo Anexo para pasar los pacientes y la consulta del área vieja, eliminando ésta. La Maternidad Carit requiere de un edificio nuevo o en su defecto trasladarla (anexándosela) a los hospitales. El San Juan de Dios requiere de una definición en cuanto a una nueva construcción ya sea en el mismo lugar, eliminando la parte vieja, o pasando el hospital al área sur de San José y dejando solamente los servicios de emergencias donde están.

Además, debe implementarse un modelo de prestación de servicios que complementen y suplan las deficiencias actuales para lograr dar la atención médica en un marco de medicina integral y con mejores relaciones humanas.

La meta cuantitativa de la extensión de los servicios médicos casi está finalizada, ahora queda no sólo mantenerlos, sino ir más allá, como es lograr que estos se den con mayor prontitud y eficiencia. Esta búsqueda de la excelencia sólo puede lograrse mediante acciones en conjunto del Estado, la Caja, los trabajadores y los patronos.

24.3.2 Problemas de la institución

Si pusiéramos en una balanza los éxitos y las fallas de la Caja, el peso de los logros es muy superior. Sin embargo, con el paso del tiempo aparecen nuevas necesidades que, añadidas al incremento de las demandas por el crecimiento de la población, nos obligan a revisar la parte negativa en el afán de lograr superarla para bien del país y de la propia institución.

Analizando los problemas, estos obedecen a dos situaciones o factores como son: los internos, debido a falla del sistema o de los mecanismos propios de la institución y de sus recursos humanos, y los externos, como sería haber aceptado sujetarse pese a su autonomía, a los controles del gobierno central mediante las regulaciones de la autoridad presupuestaria, debido a las restricciones impuestas por el Fondo Monetario Internacional y los programas de ajuste estructural de la administración pública. Con ello, pese a tener fondos suficientes, no ha podido a través de varios años, realizar nuevos nombramientos de personal, comprar equipos, insumos, etc., para llenar las crecientes necesidades existentes.

Además, prácticamente se puede haber convertido, en unión de RECOPE (la Refinadora Costarricense de Petróleo), en una "caja chica" del Estado, el cual obtiene fondos del Seguro Social mediante la compra de certificados de depósitos del fondo de I.V.M., a un interés posiblemente más bajo del que ganaría si se le presta a la empresa privada para construcciones, y sin una garantía adecuada para que en caso de emergencia ese dinero le sea devuelto, pues de todos es conocido que el Estado es el peor deudor de Costa Rica.

Dentro de las causas externas que inciden en la buena marcha de la Caja, están también la desactualización de las leyes que la rigen o lo poco apto que resulta la ley de Administración Financiera para solventar urgencias en compra de equipo, insumos, etc., cuando por imprevistos se requieren estos. Desde luego que no debemos dejar de reconocer que en el área de aprovisionamiento, la Caja ha estado muy mal organizada y la planificación de sus necesidades siempre ha fallado, lo que, unido al poco deseo o capacidad de comprar la cantidad adecuada de implementos requeridos, hace que se esté ahora pasando por una seria crisis en el nivel hospitalario en cuanto a equipamiento y otros rubros.

Las razones para realizar un cambio en las prestaciones médicas de la Caja se basan en lo siguiente:

a) La calidad de la atención médica no puede en términos generales decirse que es buena en muchos aspectos, y tanto los médicos como la propia institución reconocen que se está deteriorando.
b) La oportunidad (en tiempo) de la atención no es adecuada, se requieren meses para recibir atención de un especialista en

muchos campos, esto por supuesto puede agravar una dolencia con perjuicio para el enfermo y la misma institución.

c) El costo de la atención ha ido en aumento año con año.

d) Administrativamente se ha complicado mucho y requiere excesivo personal para el manejo de las consultas externas y más aún el de los internamientos, incapacidades, etc.

Muchos de los cambios por realizar los han iniciado ya las autoridades de la Caja y deben únicamente incrementarse, otros son concepciones relativamente nuevas y deben implementarse.

24.3.2.1 FALLAS DEL SISTEMA

Influidos para la creación de nuestra Caja en los seguros de países muy desarrollados, se siguieron los mismos lineamientos de atención de la enfermedad como la base del sistema. En esos países, el desarrollo posterior de su economía, industria y educación, entre otros logros, fueron de por sí, suficientes para ayudar a crear una población relativamente sana y con medios económicos adecuados, lo que dio lugar a una menor necesidad de soporte médico estatal para ellos. Como ya lo señalamos, el desarrollo global de esas naciones (Alemania, Inglaterra, Suecia, etc.), actuaba como un mecanismo preventivo de salud y proporcionaba recursos para los seguros de manera abundante.

En Costa Rica no sucedió así, aún a la fecha, un 20% de la población es muy pobre[103,330] y fue gracias a la política social del Partido Liberación Nacional, que los indigentes fueron incorporados a los servicios de atención de la enfermedad de la Caja, para no dejarlos desprotegidos y que representaran con fundamento, una fuente de descontento social y de discriminación inaceptable en un país que se preciaba de ser justo y democrático. Esto significó, sin embargo, una carga que no se dio en esos países ricos.

Además la cobertura del campesino en áreas rurales de difícil acceso, se realiza con programas de atención primaria que cuenta con pocos recursos y no pueden en razón de eso, garantizar buenos servicios para mantener sana a una población de por lo menos medio millón de habitantes.

Como si fuera poco, las acciones de promoción de la salud como son, la educación para la salud y la prevención de enfermedades, las proporciona el Ministerio del ramo, el cual por la carencia crónica de fondos no puede cumplir con esto como es de desear. Lo paradójico es que, a fin de cuentas, los resultados del mismo, al contribuir a mantener a la población lo más sana posible favorecen no sólo al país, sino al mismo Seguro Social.

De ahí que la Caja debe reconceptualizar su filosofía de servicios, distribuyendo mejor los recursos ya sea apoyando los programas de este

tipo, o asumiendo parte de esos por su propia cuenta y de común acuerdo con el Ministro de Salud.

La Caja debe pasar de ser una institución que atiende enfermos, a una que, como primera medida, trata, por todos los medios, que sus asegurados "no se enfermen", o lo hagan lo menos posible. Si esto no se logra en pocos años, los servicios de la institución se verán saturados hasta hacer crisis.

Además, debe a la mayor brevedad mejorar la atención en las consultas externas y en internamientos. No tiene sentido dar malos servicios ya que generan más enfermedad y mayor costo; darlos regulares, no nos garantiza el éxito, darlos buenos beneficia al paciente y genera economías, además de prestigio.

Nuestro seguro social está organizado para dar servicios desde el punto de vista cuantitativo pero no cualitativamente lo cual ha venido a debilitar la calidad de la atención médica.

La creación de las Presidencias Ejecutivas sujetó a la institución a decisiones políticas de la Presidencia de la República y no ya a las de su Junta Directiva. Con lo anterior muchas acciones como la compra de certificados al Estado, el no aumentar los recursos humanos, etc., se hacen en razón de otras necesidades y no de la propia institución.

Debe quedar claro, sin embargo, que el cambio de un esquema de servicios eminentemente asistencial como es el de la Caja a uno mixto preventivo-asistencial, no se logra en pocos años ya que requiere educar y modificar conceptos erróneos sobre el cuidado de la salud como un todo. Hay que lograr cambiar la manera de pensar de algunas autoridades, de los profesionales e incluso de los asegurados. El éxito no se vería en los próximos cuatro años, sino posteriormente.

24.3.2.2 FALLAS DE LA INSTITUCION

Se pueden observar en diversas áreas y causan deterioro en los servicios que prestan. En parte han estado condicionados por el aumento de la cantidad de prestaciones médicas, sin un aumento proporcional del personal para poder dar esos servicios de manera adecuada y que no pierda calidad. Si se eleva esta, mediante el aumento de personal y compras de tecnología, aumentan automáticamente los costos en tal proporción que pueden llegar a ser inalcanzables para los recursos financieros de la institución o incluso del propio país. Omitir esta situación —que ya estamos sufriendo— es muy difícil y solamente será posible mediante una efectiva priorización de los servicios.

Hay déficit de recursos humanos de todo tipo y en todo nivel, y lo que es peor, como ya dijimos, la extensión del Seguro Social se está realizando sacando personal calificado de los hospitales (enfermeras, personal administrativo, etc.) para llevarlo a las nuevas clínicas que se han abierto,

con lo que "se desviste a un santo para vestir a otro".

Pero existe además otro serio problema como es el de la escasez de este personal no ya en la institución, sino en el mercado, donde faltan enfermeras, auxiliares de enfermería, farmacéuticos, técnicos y muchas especialidades médicas. A la Caja le cabe la mayor cuota de responsabilidad por este déficit, ya que no apoyó a la Universidad para la formación de estos recursos ni creó más plazas para especialistas en los diversos campos como es en anestesiología, anatomía patológica, radiología, etc.

A lo anterior se añade, lo poco atractivo que está resultando la medicina por los bajos salarios y el exceso de trabajo y responsabilidad de la profesión, lo que no induce a los jóvenes estudiantes a buscar esta carrera, tener que estudiarla por años y al final verse con *status* de burócrata y responsabilidad de mala praxis.

Hay falta de instrumental y equipos. La no reposición de la tecnología que poseemos y el deterioro de la actual nos coloca a 10 años o más de atraso en relación con los medios modernos de diagnóstico y tratamiento, como ya se dijo anteriormente. El costo de estos equipos es elevado, pero posiblemente sale más caro para la institución, que los enfermos no sean oportunamente diagnosticados por falta de ellos o que por su deterioro los diagnósticos no sean correctos, lo que incide en una buena curación y reiterados tratamientos sin lograr el éxito.

Hay deterioro de plantas físicas por mal mantenimiento. En el nivel nacional se puede decir que la Caja tiene servicios de mantenimiento que actúan únicamente ante la falla y que no buscan prevenirlas por falta de una supervisión adecuada.

Hay falta de organización administrativa en muchas áreas. La capacidad gerencial es muy deficiente en todos los niveles. No ha sido, sino hasta hace dos años que por fin las autoridades se dieron cuenta de este defecto y organizaron cursos para suplir estas deficiencias, pero los salarios que paga la Caja le impiden obtener personal con preparación universitaria en el campo económico o de administración de empresas. Es interesante ver cómo una institución con 60 mil millones de colones, tiene menos gerentes que cualquier empresa privada que tenga ingresos por 3 mil millones. Los hospitales con presupuestos de dos mil millones o más son administrados por directores sin buena experiencia en administración y con administradores, que con costos, son contabilistas. Así es imposible lograr una buena gestión en este campo y deja ver que no existe capacidad gerencial en el manejo de sus intereses económicos.

Hay fallas en las relaciones humanas, no sólo entre patronos y trabajadores, sino también entre éstos y los usuarios.

Parece haber serios problemas económicos, ya sea porque la institución está carente de recursos debido a los laudos arbitrales y a los aumentos que ha tenido que decretar por las huelgas, o debido a las restricciones impuestas por la Autoridad Presupuestaria del Ministerio de Hacienda; lo

cual impide a la Caja efectuar las inversiones adecuadas para corregir las fallas y realizar el nombramiento del personal requerido.

Por no poseer un sistema adecuado de supervisión-evaluación y control de sus servicios, no hay conocimiento del costo/beneficio de sus acciones y sólo de costo/servicio lo que no es suficiente. Lo anterior significa que no sabemos si los gastos realizados están justificados por los beneficios obtenidos. Sabemos cuánto gastó la Caja en el internamiento de los asegurados, pero desconocemos cuántos de éstos se curaron, cuándo requirieron otra intervención, cuántos no recuperaron la salud y cuáles fueron las principales fallas para no obtener buenos servicios.

Fallas, por no contar con apoyo y participación comunitaria en los niveles regional y local. Esto se pretendió subsanar en 1984 con la creación de las Juntas de Salud y Seguridad Social en cantones, pero al presente no ha cobrado buena vigencia en especial por no habérsele dado de parte del Ministerio y Caja apoyo adecuado en el período 86-90, y ahora se pretende incorporarla a las acciones de los llamados "SILOS".

El sistema legal que rige a la Caja y las disposiciones de la Contraloría, son poco flexibles en muchos aspectos e impiden a la institución realizar de emergencia la compra de insumos, equipos, medicamentos, etc., que se requieren por consumo imposible de prever, o por las constantes apelaciones a las adjudicaciones, lo que atrasa las mismas.

Sin embargo, insisto en que el sistema de aprovisionamiento de la Caja está rebasado por las demandas o ha sido incapaz de cumplir con una buena labor en esta área por muy diversos motivos sin que las leyes tengan que ver con sus deficiencias.

Crisis por enfrentamientos periódicos con sus profesionales y en especial con su cuerpo médico. Lo anterior debido a que no se previeron mecanismos de revisión de salarios acordes con el aumento del costo de vida. Si bien el médico no es el sujeto de gasto de la institución, sí es en cambio el agente de ese gasto, ya que él decide, cuánto, cómo y dónde se gasta en la atención de los pacientes. El médico no sólo es el que provee el servicio, sino quien aconseja al paciente. Este profesional determina la demanda subsecuente de servicio de parte del enfermo, ya sea con el mismo o con otros especialistas. Los estudios de laboratorio, gabinete y el internamiento es decisión del médico. No será posible mejorar los servicios y racionalizar los gastos si hay un permanente enfrentamiento con este grupo. Debe la Caja trabajar con ellos y no contra ellos o a pesar de ellos.

La institución cometió el error de dejar pasar por alto algo fundamental como es el hecho de que el médico es el "eje" sobre el que gira todo el sistema de prestaciones de recuperación de la salud. De la capacidad y competencia del médico depende la bondad y eficiencia del Seguro Social en el área de enfermedad y maternidad. Por esta razón, debe sustituirse el enfrentamiento y el antagonismo entre autoridades y médicos e incluso con los restantes profesionales que también son importantes en el proceso, con

un compromiso mutuo de mejorar los servicios a los asegurados, creándose a la vez un mecanismo estable y permanente de compensación salarial que permita al médico mantener un adecuado *status* profesional y económico.

El diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico de los enfermos son producto exclusivamente del médico y de su capacidad y preparación. Los restantes profesionales actúan en relación con las indicaciones que éste da (se exceptúan de esto los odontólogos). De ello se desprende también una realidad muy dura que todos los días la viven los médicos en Estados Unidos y que ya la estamos viendo en Costa Rica. "La mala praxis", o sea, las acusaciones por las fallas o supuestas fallas en la atención de los enfermos que suelen afectar al médico o al cirujano primordialmente y sólo ocasionalmente a otro trabajador o profesional. Ello demuestra muy claramente, que no sólo tiene el médico la iniciativa para tratar al paciente, sino la máxima responsabilidad, en relación con los otros trabajadores de la seguridad social.[147]

No hay diferencia de pago en cuanto a la calidad y la oportunidad de servicios prestados. Al no existir un sistema de estímulos que premie a los mejores, no hay preocupación por hacer las cosas bien de parte de muchos profesionales.

Fallas por exceso de centralización de decisiones: Esto es probablemente una de las situaciones más serias de la institución, la organización y su estructura actual, han estado muy supeditadas a la Presidencia Ejecutiva, los altos mandos de la Caja se han formado en obediencia al poder central; pero la consecuencia de esto es que se creó una rutina de trabajo en el cual nadie toma decisiones importantes ya que todas estas eran tomadas por la Presidencia Ejecutiva, que por su gran experiencia era "excesivamente" respetada.

Como resultado de esto se carece, en juicio del autor, de "aptitud y actitud" para el mando, los funcionarios esperan órdenes directas y precisas y usualmente son incapaces de introducir modificaciones, aun sabiendo que estas son beneficiosas por temor a llamadas de atención. Hay además, ausencia importante de capacidad gerencial en los mandos medios, debido a esa centralización, la falta de motivación de las jefaturas y sobre todo por ausencia de autonomía, que les haya proporcionado experiencia suficiente.

Otro detalle importante, es que esa falta de capacidad gerencial se da en el nivel nacional en el sistema, pero es más grave como ya lo señalé en el área hospitalaria. Este descuido de la institución en no tener gente preparada en el campo administrativo, podría justificarse diciendo que no hay suficientes médicos especialistas en este campo, para emplearlos en la dirección de hospitales; pero el país cuenta con economistas y administradores de empresas que muy pudieron ocupar cargos de administradores en esos hospitales (Directores Administrativos).

La inercia mostrada en estos aspectos por parte de las autoridades de la Caja y la falta de voluntad para pagar salarios adecuados a este tipo de

profesional, ha hecho que no estén disponibles para esos puestos, lo cual ha dado lugar a que en los hospitales se dé "una gerencia de pulpería" que justifica las fallas administrativas que se tienen, lo cual va contra la eficiencia de la institución.

Hay la necesidad de cambiar algunos programas de formación de especialistas médicos. Los hospitales están las dos terceras partes del tiempo en manos de residentes, que en muchos casos carecen de buena experiencia para atender adecuadamente a los enfermos. Además esos residentes debido al exceso de guardias y trabajo, no estudian lo suficiente lo que ocasiona mala preparación de los mismos. Las guardias de los hospitales deberían quedar en manos de especialistas tanto en consulta externa de emergencias como en los pisos y así los residentes actuarían bajo su supervisión y en plan de aprendizaje.

El déficit de enfermeras graduadas ha condicionado que en los hospitales muchas áreas quedan a cargo del personal auxiliar, el cual, aunque capaz y esforzado, no significa una garantía como lo es la enfermera profesional con entrenamiento y preparación mucho mayor.

Los hospitales no se proyectan adecuadamente a la comunidad a la que sirven. No actúan estos en razón de las necesidades de la población sino solamente para atender enfermos. No hay buena medicina integral, ni educativa o preventiva en salud, en ellos, lo mismo puede decirse de las clínicas de consulta externa.

Ausencia de programas nacionales multi-institucionales entre la Caja, el Ministerio de Salud y el de Educación, o el INS sobre: Salud Mental, Tercera Edad, Educación Sexual, Medicina del Trabajo, etc.

24.3.2.3 FALLA DE LOS RECURSOS HUMANOS

El problema no se limita a la institución y sus autoridades, sino también a su personal. Parte del deterioro de los servicios se debe a falta de mística, responsabilidad y esfuerzo de muchos trabajadores en "todo nivel".

En el caso de los profesionales, la Caja ha denunciado (sin que haya sido bien refutado) que se abusa de las incapacidades, tanto para ellos mismos como para los asegurados, lo cual cuesta cientos de millones de colones anualmente.

Los subsidios por enfermedad costaron a la Caja en 1987, 122 millones para los 21 mil empleados que tiene y en cambio para los 631 mil trabajadores de todo el país, solamente 387 millones. En toda incapacidad extendida, con o sin razón, aparecen en juego hechos importantes y que deben tomarse en cuenta por quienes son los responsables de ese acto.

a) La incapacidad provoca ausentismo al trabajo, eso ocasiona que una tarea determinada no se realice disminuyendo la productividad

de la empresa o institución afectada. Si se quiere evitar esto, debe nombrarse un sustituto y pagarle por ese trabajo lo que provoca costos no calculados usualmente.

b) La incapacidad obliga a pagar un subsidio a la Caja y al patrono, lo que significa gastos.

c) A veces no se logra adecuadamente cubrir el puesto y entonces lo anterior influye en una merma de la calidad del trabajo por efectuar, a pesar de haberse realizado la sustitución.

En el sistema hospitalario, los trabajadores se incapacitaron tres veces al año, incluyendo a los médicos generales lo que ocasionó medio millón de consultas perdidas y cada odontólogo se incapacitó 8 veces lo que se aparta de un nivel natural de incapacidad de una persona. Las 66 mil incapacidades dadas a los trabajadores significaron medio millón de días de trabajo perdidos. Esto y muchos otros hechos denunciados por la Presidencia Ejecutiva por los periódicos, nos hacen ver que existe posiblemente "compadrazgo" de los médicos para con los empleados de la Caja en cuanto a dar más frecuentes y largas incapacidades. Este ausentismo del personal médico, odontólogo y de otros, puede explicar en parte, la cantidad de trabajo que se atrasa, las demoras en las citas, etc. Lo que me impresiona, es que esto era de conocimiento de las autoridades desde hace años y no es sino hasta ahora que se hizo una denuncia pública, cuando se debió primero llegar a un análisis con los sindicatos y los Colegios Profesionales respectivos para ver si era posible cortar esos abusos. En todo caso lo raro es que, aparte de la denuncia a los medios de comunicación, no sabemos si la Institución hizo la denuncia en el Ministerio Público para los casos más claros y así establecer un precedente castigando a los profesionales responsables.[221]

Otro hecho preocupante fue que el 28% de los maestros se incapacitara en ese año, dando por resultado 755 mil días perdidos que costaron a la Caja y al país 405 millones de colones —el 10% del presupuesto del Ministerio de Educación. Tres médicos extendieron 3184 incapacidades equivalente a 7 mil meses y todo ello en un año.[219, 220]

Las incapacidades dadas en estas proporciones deben hacernos pensar en lo siguiente: ¿estaban los incapacitados realmente enfermos? ¿Fue engañado el médico? ¿Se pusieron de acuerdo médico y paciente? ¿Se hizo esto por complecencia o por negocio?

Nos duele y asombra ver esta proporción de incapacidades dadas por el cuerpo médico nacional y por supuesto nos dejan muchas dudas sobre el papel que cabe a algunos profesionales.

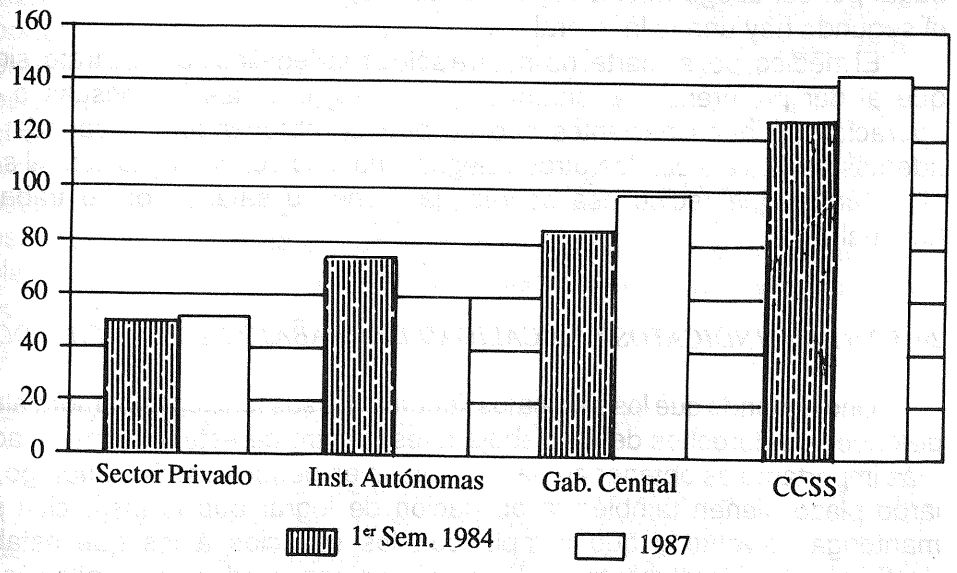
Sin embargo, causa más asombro ver cómo la Caja ha soportado, por años, esta situación sin decir nada y cómo aún ahora no ha puesto supervisores de incapacidades como era su obligación. Sin embargo, y por el sólo hecho de haber enterado a la opinión pública de esta situación, en el último año, 1989, las incapacidades por ejemplo para los maestros han

disminuido en el 80%, lo que significa que se estaban dando de una manera bastante inconsecuente "para no decir irresponsable". La incapacidad debe estar bien fundamentada científicamente, y su tiempo ajustado a la necesidad que tiene el paciente de recuperarse de su problema; debe ser hecha bajo un estricto sentido ético, ya que de lo contrario el médico actúa en menoscabo de sí mismo y de la profesión como conjunto. El *Gráfico 24.1* muestra como la tasa de incapacidades por cada mil trabajadores en el país fue de 50.2 en 1987 y en cambio la tasa mensual para los empleados de la Caja fue de 143 por mil.

24. 3. 2. 4 TIEMPO DEDICADO A LA CONSULTA EXTERNA

Que los médicos llegan tarde y se van temprano dando consultas ultrarrápidas de dos y tres minutos, es un hecho conocido. La Caja ha señalado que el 23% duraron sólo 2 m., con lo cual no sólo se pone en duda que sean eficientes sino que significa una pérdida del 43% del tiempo contratado para ese efecto y por supuesto para el salario pagado. El principal argumento esgrimido por los sindicatos para que se rebajara el número de pacientes por hora de consulta al médico, era darle oportunidad de dedicar más tiempo

GRAFICO 24.1



FUENTE: Primer Seminario Taller sobre Evaluación de Servicios Médicos. CCSS. Febrero, 1989.

a sus pacientes, hecho que no ha sucedido. Este fenómeno se da en la mayoría de los servicios médicos de los países desarrollados como puede verse en el siguiente capítulo.

Al disminuir la consulta de 6 a 5 pacientes por hora en medicina general, como producto de medidas de presión se perdieron medio millón de consultas que no fueron repuestas y con un costo improductivo de 180 millones de colones. Lo mismo puede decirse en relación con las consultas de especialistas. Lo anterior nos hace pensar, cuál es el papel que juegan los directores de clínicas y hospitales. ¿Cómo es que han permitido a través de los años esta situación de consultas extra rápidas y exceso de incapacidades? De ahí que digamos que la administración no ha desempeñado su papel en la institución.[34]

24.3.2.5 COBROS INDEBIDOS A LOS ASEGURADOS DENTRO DEL SISTEMA

Se viene rumorando insistentemente acerca de cobros indebidos a los asegurados por servicios hospitalarios de parte de los médicos para: operaciones, partos, internamientos, etc.; esto ha sido muy difícil de probar porque el usuario forma parte del "negocio" al aceptar pagar una suma con el fin de obtener prioridad en su atención y trato directo con el médico que él desea le dé servicio. Lo anterior es un hecho muy peligroso, éticamente pone en entredicho la moral de algunos médicos y además muestra el deseo de un sector de la población de recibir pronta atención, de ser tratado por determinados profesionales, aun a costa de un sobreprecio que no debería pagar por ser asegurado. En el primer caso se debe a falla del sistema, en el segundo hay una falla moral.

El médico, por su parte, no incurre sólo en la ilegalidad de ese trato, sino que al dar preferencia al enfermo que le paga, atrasa la consulta o la operación de otros pacientes que no pueden obtener esta prebenda, y además es desleal con los otros colegas y no sólo con la institución, al ser él, el único que recibe esa sobrepaga (tiene su salario por su trabajo habitual).

24.3.2.6 LOS SINDICATOS Y LA CALIDAD DE TRABAJO DE SUS AFILIADOS

Uno entiende que los sindicatos tienen entre sus funciones primordiales defender los derechos de los trabajadores: dentro de este, el considerado más importante es obtener aumentos salariales periódicos. Sin embargo, a largo plazo, tienen también la obligación de lograr que la institución se mantenga solvente y que cumpla con los servicios a los que estaba destinada. Los incrementos salariales terminan produciendo inflación y entonces ese dinero de más, tiene menor capacidad adquisitiva, si no hay disposición de ofrecer más calidad en el trabajo, la imagen de la Caja se

deteriora y la devolución de la salud para nuestros ciudadanos se retrasa. La política social sindical debe preocuparse porque la institución mantenga su capacidad de servicio en un nivel adecuado; si sólo se piensa en salarios, la "debacle" puede sobrevenir y con ello incluso la estabilidad social del país puede ponerse en peligro.

Es deber de los sindicatos y de los Colegios Profesionales velar para que la honestidad y el esfuerzo sean pilares en la acción diaria de los trabajadores; ésta debería ser una actividad fiscalizadora permanente, pero no se ha llevado a cabo sino en caso de acusaciones formales.

24.3.2.7 LA DESIGUALDAD EN LA ATENCION DE LOS ASEGURADOS

Desde hace mucho, se viene viviendo en los servicios médicos una situación que puede llegar a ser intolerable, se trata de "desigualdad" en la oportunidad de la atención médica entre los asegurados. Aunque en todas las instituciones del mundo y en todas las actividades humanas, al amigo se le favorece en cuanto a oportunidad, en el Seguro Social, está apareciendo una antítesis del concepto de equidad, que consiste en que, pese a las serias limitaciones existentes para dar servicios, mientras que al asegurado corriente se le realizan estudios de gabinete a 9 meses plazo o se interna 3 meses después de que le es diagnosticado un padecimiento, al amigo, a la autoridad política, al pariente de los colegas médicos, a los propios médicos, enfermeras u otros profesionales de la Caja, o las autoridades de la institución, se le da casi de inmediato servicios; o sea, para ellos la oportunidad es pronta, lo que genera diferentes clases de atención dentro del sistema con ventaja para unos y desventajas para otros. Y si bien es posible que en algunos pocos casos medie la paga, en realidad esto no es así en la mayoría de los casos. De lo anterior, resulta que ese grupo de favorecidos siente que la institución da los mejores servicios del mundo sin costo alguno y de manera muy eficiente, cuando en realidad con ello se desplaza a otra persona en recibir el mismo o parecido tratamiento. Esto solamente se resolverá, si contamos con servicios eficientes y con amplio y oportuno acceso para todos.

24.3.2.8 PERDIDA DE LA IDENTIDAD PROFESIONAL

Otro fenómeno que se está dando es el de la "pérdida de la identidad del médico". Al ingresar este profesional en el sistema, se incorpora a él, prácticamente como un número, los pacientes no saben en la mayoría de los casos, quien los opera o trata y lo más triste, ni les importa. Eso, aparte de quitar estímulos al profesional, lo automatiza, pues trabaja obedeciendo órdenes. Lamentablemente al formar parte de equipos de trabajo o grupos,

acepta colaborar con los implementos que estos tienen, si son deficitarios, él participa, acostumbrado a la rutina y ni se da cuenta que con ello, expone al enfermo a peligros y él a "mala praxis". Como resultado de lo anterior, al aumentar la demanda de esos servicios y al ser el volumen excesivamente alto, se trabaja bajo presión, aceptando aumentar la capacidad de atención desde el punto de vista cuantitativo, pero sacrificando la calidad debido a los déficit de recursos que le impiden proporcionar una adecuada atención.

24.3.2.9 ACTITUD DE LOS MEDICOS ANTE EL SISTEMA

Las Universidades y los profesores continúan formando médicos para tratar enfermedades y no a los enfermos. Y los estudiantes tienen como meta la medicina liberal o privada y no los servicios asistenciales del Estado.

Por supuesto al graduarse y encontrarse burocratizado en su trabajo, el choque es desastroso.

Pero, las deficiencias en la formación ética de muchos profesionales comienza en el hogar y se acentúan en la escuela y universidad. Lo anterior, se da porque faltó ejemplo moral, cívico y de conducta de sus padres y maestros. No es sólo un problema de algunos profesionales del sector, sino un problema nacional, en todas las carreras y niveles de servicios públicos y privados.

Finalmente hay desilusión por la forma de prestar servicios ya que es muy despersonalizada y sin muchos estímulos sociales y económicos, aunque recientemente los salarios han sido elevados de manera importante para el sector, no debería ser, a partir de ahora, un pretexto para justiciar un mal trabajo.

24.3.3 INDICES POSITIVOS DE LOS SERVICIOS MEDICOS

Veamos ahora el reverso de la medalla, o sea los hechos positivos presentados por la Caja como éxitos del sistema y en el cual los médicos juegan un papel preponderante.

a) Número de camas de los hospitales del país: en 1970 existían 7004 camas, en 1987 el número era de 7129 camas o sea, que a pesar de pasar de 1.727.367/habitantes a 2.600.000/habitantes, e incluso en 1990 llegamos ya a 3 millones, ese número de camas se mantiene. Al no aumentar, ha dado lugar a economías en la institución. Desde luego que en mucho se debió a las mejoras de la salud que, en los últimos 20 años, ha tenido la población, pero definitivamente, también contribuye un mejor manejo de la consulta externa y los internamientos en los hospitales de parte de los médicos. Lo siguiente constituye también un ejemplo de esto. En 1970 hubo 192.476 egresos, en 1987, 313.926 enfermos egresaron de los hospitales [32,34], lo que

significa que, a pesar del mayor número de internamientos, éstos se manejaron con mayor eficiencia, pues no se necesitaron más camas, y más bien, se bajó el índice de 3,9 camas por 1000/h que tenía el país al actual de 2,6 por 1000/h. Un verdadero índice de eficiencia en trabajo hospitalario. En ese período, la población ha crecido un 60% más. El mejor giro de las camas fue la causa de este éxito. Este giro varió de 36 a 44 y la ocupación de cama de 73 a 76. La propia Caja reconoce, en su Anuario de 1987, que hay tendencia hacia el uso más eficiente de este recurso.

Pero, además, la institución, en relación con hace 10 años, ha aumentado la atención del asegurado en todos sus indicadores, aunque no se pueda decir lo mismo en cuanto a oportunidad y calidad. Es así como pasamos de un total de 5.500.000 consultas en 1980 a 8 millones en 1988. Se atendieron 85 mil partos, casi 15 mil más que en la fecha citada. Se realizaron 150 mil operaciones contra 118 mil en 1980, y la estancia promedio del paciente hospitalizado se bajó de 8,4 en 1978 a 6 en 1986.[34]

Todo ello fue realizado por ese cuerpo médico, tan antagonizado por la institución, de tal forma que la labor de este sector profesional cuyas faltas analizamos, es por otro lado muy positiva y no merece la crítica despiadada hecha por las autoridades de la Caja que resaltan las deficiencias pero esconden los éxitos. Lo anterior es de especial valor si nos damos cuenta que, relativamente, los asegurados hacen pocas críticas sobre los servicios recibidos de parte del cuerpo médico.

En 1982, la institución tenía 23 mil trabajadores, según señaló el Presidente Ejecutivo[218], para 1990 esta cifra no rebasa los 22 mil. En ese lapso, la institución incrementó la asistencia médico-quirúrgica en cifras de 30% a 50% según áreas de servicio, con el extraordinario hecho de que su personal no fue aumentado. Lo anterior deja expuesto claramente cómo los profesionales del sector, pese a sus fallas, cumplen en muchos sentidos con una labor eficiente.

Las deficiencias en los servicios se han convertido en el mejor argumento para probar la ineficiencia de la dirección actual de la institución en algunos aspectos, y de la necesidad de reestructurar el sistema. En el capítulo siguiente de "La Salud y Seguridad Social en otros Países", se podrá apreciar los excelentes indicadores que posee Costa Rica y que se comparan con los índices de esas naciones.

Los cambios que se requieren y cómo implementarlos llevará meses de estudio y preparación: las autoridades de la institución necesitan fijar las metas y tener objetivos muy claros para los próximos años. Deben lograr organizar todos sus recursos para poder alcanzar esos objetivos y sobre todo, buscar generar la "mística" necesaria para incorporar a sus aspiraciones y esfuerzos a los trabajadores de la Caja. Es conveniente iniciar con un período de colaboración, analizando con el Colegio de Médicos o con una comisión creada por éste, y con los restantes colegios profesionales en lo que a cada uno corresponde, los programas que se proponen, con el fin de

obtener un consenso sobre las modificaciones por realizar y las posibles soluciones. Esto, en juicio del autor, será no sólo adecuado sino beneficioso.

Si la institución, a pesar de mejorar las relaciones humanas y los salarios (como recientemente sucedió), no logra crear una atmósfera adecuada para el trabajo y poder así mejorar la eficiencia y la deshumanización de la atención médica que los mismos profesionales reconocen que existe.[296] Debe meditarse en la conveniencia de cambios más drásticos, ya que siendo el médico el principal proveedor de servicios es, a la vez, el principal problema y entonces la alternativa es: o mantenemos al médico satisfecho dentro del sistema de la seguridad social, para que rinda buenos servicios y no desestabilice el mismo, sin que eso signifique acceder a todas sus demandas, o creamos mecanimos que alejándolos de la Caja e independizandolos parcial o totalmente, lo responsabilicen directa del resultado de su labor como veremos más adelante.

Tenemos que ubicar a la medicina privada dentro del contexto de apoyo a los servicios médicos de la Caja, para ver cuál podría ser el papel que puede cumplir y la forma de hacerlo.

Con la universalización de los servicios médicos por parte de la institución y con las mejoras de los servicios logrados a través del tiempo y ante el hecho de que toda la población trabajadora debe cotizar para el seguro, la atención privada de los enfermos inició un descenso que aún no ha tocado fondo.

La desaparición casi total de la llamada medicina liberal en el país obedece —según el autor— a las siguientes razones:

a) El seguro obligatorio para los trabajadores da derecho a los asalariados y ellos lo sienten así, para recibir estos servicios dentro del sistema de la CCSS y a no tener que gastar privadamente en este rubro.

b) La construcción de más y mejores clínicas y hospitales, por parte de la Caja, bien equipados (en su momento) y con un cuerpo médico "capaz", hizo que día a día la calidad de sus servicios mejorara, dio confianza a los asegurados de todos los niveles incluyendo a los económicamente fuertes para recibir consulta y especialmente internamientos, dando lugar a una demanda acelerada de servicios.

c) El encarecimiento de los servicios privados (alto costo de la consulta, de los estudios de laboratorio y gabinete y de los internamientos y operaciones), redujo drásticamente la demanda de ellos a partir de 1980.

d) La inflación permanente que tenemos, con desvalorización de nuestra moneda y su poca capacidad adquisitiva, ha dado como consecuencia el empobrecimiento de nuestra población y la obliga a no realizar gastos en servicios que tiene asegurados.

e) Por falta de organización la medicina privada no ha logrado generar un sistema de atención con servicios adecuados, a un precio razonable para aquella población con capacidad de pago. Muy probablemente en esto ha incidido la prohibición que existe por ley para crear seguros médicos a diversos niveles y en diversas áreas, ya que este monopolio le compete a la Caja y al Instituto Nacional de Seguros.

f) La consulta habitual de la medicina privada se obtiene de la llamada clase económicamente fuerte o alta que se señala está entre el 2 al 4% de la población y de la clase media que constituye el 20% al 25% de esta. En total se podría considerar que 700 mil personas (cabezas de hogar y sus familias) constituirían, si no existiera el seguro, la clientela privada de 3 mil médicos, lo que dejaría a estos, 233 personas por médico, cifra bastante baja para pensar que se puede vivir de esa consulta únicamente.
La restante población estaría conformada por los grupos económicamente débiles, con ingresos que ni le permiten gastos de atención médica privada o que los requieren sólo excepcionalmente cuando fracasa el tratamiento en el Seguro. Una publicación[330] señala que el 67,2% de la población costarricense asalariada, tiene ingresos menores al costo de la canasta básica la cual se fijó en 1989 en 14.485 colones.
Además, tenemos la comunidad pobre con ingresos eventuales y los indigentes, todos estos tres harían un total de un 70% de la población.

Por lo anterior, es posible ver que, dada la permanente crisis económica en que vivimos, sólo hay un sector de la población que puede concurrir por su propia cuenta a servicios médicos privados, si se diera el caso de que la Caja desapareciera como proveedora general de esta atención.[125]

La existencia de medicina privada o semiprivada es positiva en cuanto permite al médico redondear sus ingresos con los salarios de la Caja; así constituye un estímulo para la superación profesional, ya que supuestamente son los mejor preparados, los que más oportunidad tienen en este campo. Si ese médico ejerce privada e institucionalmente su mejor formación beneficia a la Caja y al paciente. Lo que cuesta aceptar es que un médico pueda ser bueno para la medicina privada y malo para la institucional, esto parece inmoral. Lo que sí puede suceder es que al ser más íntima la relación médico/paciente haya más satisfacción de ambas partes y, además, se puede dedicar más tiempo a la consulta la que es muy importante para un buen diagnóstico.

Tener médicos con buena formación es un objetivo pero no la meta, ya que el conocimiento sin responsabilidad social, podría ser tan estéril, como el servicio a la comunidad sin una buena preparación. El médico debe

entonces ser excelente, no sólo para servirse de ello y prosperar, sino también para servir a la sociedad de la cual obtuvo apoyo para su educación profesional.

24.4 CAMBIOS POR REALIZAR EN LOS SERVICIOS MEDICOS DEL SEGURO SOCIAL

Una renovación gradual en diversos aspectos de la prestación de servicios médicos debe ser realizada. Muchos de los cambios por efectuar ya los ha iniciado la institución y deben incrementarse, otros son de concepción relativamente reciente y deben ser implementados.

Los requisitos básicos para realizar cualquier cambio en cuanto a la atención médica están basados en el conocimiento de que esos servicios constituyen una verdadera trípode que descansa en tres soportes fundamentales: El paciente, la institución y el médico. Si alguno de éstos falla todo se derrumba.

Los beneficios que se esperarían obtener con las modificaciones propuestas serían:

a) *En relación con el paciente:* El servicio debe ser más rápido y de mejor calidad.

b) *En relación con el médico:* Lograr que trabaje a gusto y que brinde mejor y más pronto servicios. La remuneración económica debe estar acorde con su responsabilidad e importancia dentro del sistema y con el esfuerzo que desarrolle.

c) *En relación con la institución:* Los servicios deben darse más oportunamente y con mayor eficiencia, el costo de los cambios puede ser asumido sin que ello represente un riesgo económico para la Caja y el control de los servicios puede ser logrado por la institución. Las leyes deben permitir esas nuevas modalidades o se modifican para el efecto.
Los cambios que se pretendan no significan la pérdida de los logros obtenidos al presente, sino una oportunidad de mejorarlos adecuadamente.

Desde 1948 a la fecha, todos los gobiernos en alguna medida han tenido continuidad en la política de hacer crecer la institución, y si bien ha habido altibajos, nunca se han presentado retrocesos.

Según el autor, tres etapas son necesarias para mejorar los servicios de la Caja del Seguro Social.

24.4.1 REALIZAR LOS CAMBIOS CON LOS PROPIOS RECURSOS DE LA INSTITUCION

Ya sea económicos, técnicos o humanos. Para ello deben reforzarse programas e implementar nuevos.

24.4.1.1 SISTEMA DE PAGO POR CAPITACION (MEDICINA FAMILIAR)

Debe ampliarse el programa de medicina familiar y comunitaria de (Barva de Heredia), sistema conocido por *capitación*, que mejora la relación médico-paciente y aumenta su eficiencia al brindar medicina integral. Los médicos parecen satisfechos con la modalidad de pago proporcional a los pacientes que se adscriban a su cuidado y en razón de eso reciben mejor salario que los de las clínicas, teniendo también más responsabilidad, ya que se encargan de la atención de las familias de la comunidad, incluyendo las emergencias para lo cual crean turnos de guardia entre los médicos de determinada población. Conocen el entorno familiar y sus problemas y el de la comunidad y pueden colaborar previniendo muchas situaciones que podrían ocasionar patología. Aparece la competencia ya que al tener la población derecho a escoger a uno de los médicos de esa área para el asegurado y su familia, el médico para "conservarlo" debe atenderlo bien.

El Seguro Social contrata servicios médicos de atención integral. El médico debe proporcionar medicina preventiva, educación para la salud, atención de problemas de salud comunitaria, de enfermos, colaborar en rehabilitación, etc.[26]

La Caja paga por paciente suscrito, no por paciente atendido. Lo anterior es básico para el sistema y para el médico, ya que, *cuanto menos se le enferme la gente, menos trabajo tiene*. El renacimiento de la medicina familiar en el país mediante este programa (antiguo médico de cabecera de la medicina liberal y que favorecía a las clases altas y media), constituye uno de los hechos más trascendentales de la seguridad social, ya que ahora viene a servir también a las clases pobres. Este programa parece de gran valor y es inexplicable el porqué ha sido tan tímidamente mantenido en lugar de ampliarlo a otras clínicas en especial del área rural o suburbana. Con él se superan muchas deficiencias del modelo tradicional y se humaniza la acción profesional, amén de existir una gran independencia del médico para con la institución. Posiblemente el atraso sea debido a los pocos especialistas de medicina familiar que existen. Entonces la pregunta sería: ¿y porqué hay tan pocos?, si ya desde 1975 esta especialidad estaba en formación en muchos países. Creo que nos tardamos en adoptar esta estrategia de servicio.

24.4.1.2 EXTENSION DE HORARIOS DE CONSULTAS EXTERNAS EN LAS CLINICAS

Debe ampliarse los horarios de las clínicas hasta las 8 p.m., agregando además consulta los sábados en la mañana. Esto disminuiría el flujo de pacientes a los servicios de emergencias de los hospitales y facilitaría la atención de enfermos en su área de atracción, el asegurado dejaría de hacer largas colas al amanecer para ser atendido o podría consultar en horas fuera de su horario de trabajo, con lo que disminuye el ausentismo por esta causa.

24.4.1.3 CONSULTA DE EMERGENCIAS MEDICAS Y TRAUMAS SIMPLES

En el nivel cantonal deben establecerse en todos los cantones del país donde no existan hospitales con servicios de emergencias. Esto vendría a descongestionar esos servicios, hace más fácil y oportuna la atención del enfermo, impide gastos de traslado y sus riesgos, y representa una nueva fuente de ingresos para los profesionales de la salud.

Los servicios se acondicionarían en las propias clínicas y participaría en las emergencias: un médico, una enfermera, un laboratorista o microbiólogo, habría un inventario de medicamentos y se requeriría un guarda y un misceláneo.

24.4.1.4 INTRUMENTAL Y EQUIPO

Dotar de instrumental y equipos adecuados a las clínicas y hospitales y reponer lo obsoleto. En cierta forma estamos peor que hace 10 años, ya que en esa época, los equipos estaban en buenas condiciones.

24.4.1.5 PROGRAMAS DE CIRUGIA AMBULATORIA

Deben establecerse en las principales clínicas del país, los recursos que se requieren son mínimos y los beneficios muy grandes, sin embargo, habría que contar con un anestesista y eso puede ser un obstáculo para pasar de la etapa de atención llamada (A) y en que se operan casos sencillos a la (B), en que incluso se hacen hernias, etc. Estos programas deben, además, ser apoyados y ampliados en todos los hospitales donde se están llevando a cabo.

24.4.1.6 DEFICIT DE PERSONAL

Como mínimo, debe suplirse en las áreas críticas de hospitales y clínicas. Como ya se ha señalado esto es sumamente grave y requiere pronta solución.

24.4.1.7 VISITA DOMICILIARIA GENERAL - HOSPITALIZACION DOMICILIARIA

Todos los hospitales y las clínicas que no tengan programas cooperativos o por capitación, deben crear la llamada "visita domiciliaria" para controlar a los recién operados, los incapacitados y los ancianos. Lo anterior, porque cada vez es mayor el número de pacientes seniles que requieren atención hospitalaria y que, en mucho, asisten a los servicios de urgencias de los hospitales por molestias que no son graves ya que sus problemas responden más a deficiencias familiares o sociales que a una patología importante. Eso lo puede evitar el médico que realiza visitas domiciliarias a los ancianos en una área determinada, pues conoce sus enfermedades y sabe cómo controlarlas y calmar la preocupación de las familias, cuando alguno de sus padecimientos crónicos se agudiza.

Esta modalidad podría dar lugar posteriormente a la llamada *hospitalización domiciliaria* que sería una opción para evitar internamientos innecesarios que no requieren de tratamiento o diagnóstico sofisticado o para acortar internamientos y reducir costos. Para ello habría que crear una unidad, con un equipo reducido (electrocardiógrafo portátil, medicamentos, oxígeno, etc.), y un número determinado de personas (dependiendo del número de ancianos o de operados adscritos) entre las cuales habría: médicos, enfermeras graduadas y auxiliares, trabajadoras sociales, etc. Deben contar con vehículos, conducidos por los propios miembros del equipo y cuyos gastos se le reconocerían. Al parecer en otros países como Estados Unidos y España, esto ha dado buenos resultados[87, 170, 342]

24.4.1.8 MEJORAMIENTO DE LOS SISTEMAS DE APROVISIONAMIENTO Y MANTENIMIENTO

Constituyen uno de los más serios problemas de la Caja, de hecho sus fallas no son recientes, sino que se remontan a muchos años, la organización de esta unidad no ha rendido los beneficios que se esperaban y a pesar de que se hagan reformas a la ley de adquisición de insumos y equipos, esto no servirá si todo el sistema no es reestructurado y se nombra a un experto que dirija esta área, la cual muy bien podría ser asimilada por una Gerencia Técnica, independiente de la médica y administrativa.

24.4.1.9 DESCENTRALIZACION Y DESCONCENTRACION EFECTIVAS

Buscando dar autonomía y una más rápida solución a los problemas de área. La estrategia conocida como SILOS (Sistemas Locales de Salud), no podrá funcionar mientras no se logre esto.

Finalizar la *integración de servicios* Caja, Ministerio de Salud e iniciarla con el INS (Accidentes de trabajo).

24.4.1.10 ESTABLECIMIENTO DE UNA REFORMA ADMINISTRATIVA TOTAL

Ampliar la capacidad gerencial de los mandos medios y establecer un sistema adecuado de control de costos.

24.4.1.11 MEJORAMIENTO DE LAS RELACIONES HUMANAS Y LABORALES

Entre las Autoridades y los trabajadores y entre éstos y los usuarios. Crear una "Comisión Conciliadora Permanente" Caja/Profesionales que se adelante a analizar situaciones problemas y busque soluciones.

En los dos movimientos de presión recientes (1989), el laudo arbitral ganado por los trabajadores generó prebendas excesivas que estoy seguro, ellos jamás soñaron hacer efectivas. Es posible que si se hubiera llegado a un acuerdo conciliatorio previo, esto no hubiera sucedido. La huelga médica y su arreglo posterior culminó con un aumento salarial mayor del que se pudo lograr previamente si se hubiera contado con un mecanismo conciliador, ya que la experiencia nos dicta que el primero en aflojar, no es la Autoridad de la Caja, sino el mismo Gobierno que para conservar la paz social prefiere ceder antes que usar la fuerza, esto se suele dar por lo menos en el nivel de este tipo de movimiento de profesionales.

24.41.12 CREACION DE UN SISTEMA DE CONTROL-EVALUACION, SUPERVISION ADECUADA (AUDITORIA MEDICA)

Pero además del control del trabajo de los profesionales, se requiere que la institución supervise las incapacidades de los trabajadores de la institución y de los asegurados en general. Si como denunció la Caja por periódico[219], hay abuso o mercado negro con estas, ese control es un imperativo. Para que esto dé resultado, debe además contarse con el apoyo de los mismos médicos, hacerles ver la responsabilidad que tienen de disminuir costos mediante un mecanismo de sólo extender incapacidades verdaderamente justificadas; a la vez un control adecuado, pondría en

evidencia a quienes abusan de ellas, tanto médicos como usuarios. En cada hospital y clínica debe haber un médico con función de contralor de incapacidades. Los directores deben asumir adecuadamente sus funciones administrativas controlando en las clínicas, los tiempos dedicados a las consultas por sus médicos.

24.4.1.13 EXCELENCIA PROFESIONAL

Consiste en un mecanismo para estimular a los buenos profesionales. Como producto de la auditoría médica se tendrá conocimiento de qué médicos trabajan bien y cuáles no. Entonces se implementa un sistema de premiación económica que puede ser anual, o consistir en aumentos en cuanto a las pensiones de retiro o en la oportunidad de retirarse en un menor tiempo, de realizar viajes de estudios pagados por la institución, etc.

Si dejamos a un lado la responsabilidad moral que todos tenemos de hacer nuestro trabajo lo mejor posible, en la Caja del Seguro Social no existe ningún mecanismo de estímulo para hacer que el trabajador se supere. Al presente gana igual quien cumple adecuadamente con su trabajo, que el vago que llega tarde y sale temprano. Debemos ser realistas y reconocer que sin estímulos de remuneración económica para quien mejor trabaja, no lograremos mejorar el nivel de servicios de la Caja; este estímulo sí existe en la empresa privada y en parte es por eso que la excelencia es ahí mayor en muchos aspectos.

Si a pesar de los mejores salarios obtenidos por los profesionales de salud y de implementar la excelencia profesional, continúan las presiones por mayores aumentos o no se logra mejorar la calidad de los servicios (lo cual se demostrará con la Auditoría Médica), se hará entonces necesario pensar muy seriamente en sacarlos fuera del sistema o sea llevarlas a un sistema de capitación o a una libre elección médica donde tengan que competir por ganarse a sus pacientes y esto usualmente se hace con base en calidad en los servicios que se ofrezcan.

Esto tiene riesgos calculados. No sabemos si la institución estaría en capacidad de asimilar económicamente este cambio de manera brusca, creemos que no hay tampoco suficiente educación médica y del usuario para adaptarse, de manera rápida, a este tipo de modificación de los servicios médicos por lo que lógicamente debe tratarse de resolver la situación dentro de la misma institución y solamente si esto no fuera posible pasar a esta opción de manera gradual.

24.4.1.14 PROGRAMA DE CENTRALIZACION DE ESPECIALIDADES COMPLEJAS (SERVICIO NACIONAL DE ESPECIALIDADES COMPLEJAS CENTRALIZADO)

La centralización hospitalaria de especialidades complejas, con el fin de disminuir costos y adquirir mayor experiencia y eficacia para el tratamiento de enfermedades complejas es ya una necesidad urgente.

Al presente, los hospitales, con justificada razón, solicitan tener todo tipo de tecnología tanto para diagnóstico como terapéutico. En la Caja, no ha existido una política de centralizarlos creando así servicios nacionales en determinadas especialidades en un sólo hospital, por ejemplo, se podría dedicar el hospital México a especialidades complejas, como son: las enfermedades neurológicas graves y de sofisticado tratamiento, la cirugía cardiovascular, los transplantes de riñón, los tratamientos con cobalto, etc. La cirugía general y la medicina general e interna saldrían de ese hospital y se ubicarían en el San Juan de Dios y Calderón Guardia. Otra opción sería "repartir" las especialidades, por ejemplo un centro de traumatología y quemados en el San Juan de Dios. Un centro de oftalmología en el Calderón Guardia. Una Unidad de Cirugía cardiovascular en el México. Una unidad coronaria nacional en el San Juan de Dios, etc. La centralización de determinada tecnología de una especialidad, no significa que los hospitales se queden sin ella. Así por ejemplo, puede haber una unidad de neurología y neurocirugía nacional en un hospital, así, los especialistas de cada hospital pueden tener acceso a ella mediante días determinados, incluso a cirugía, pero a su vez dar atención a los casos de traumatismos craneales, etc. que ingresan en sus hospitales de base.

24.4.1.15 CAMPAÑAS DE DETECCION DE ENFERMEDADES PREVALENTES

Estas serían las cardiopatías, la hipertensión arterial, el cáncer (gástrico-cérvix-mama), la diabetes, etc. Si tenemos servicios médicos y quirúrgicos donde gastamos cientos de millones anualmente en operar pacientes con diferentes cánceres que por su estado avanzado, no logramos eliminar; en muchos casos, lo lógico es entonces, intensificar o crear campañas para detectarlos en etapa temprana y así poderlos curar. Los tres anteriormente señalados pueden ser diagnosticados más precozmente y ofrecer así un costo/beneficio real. Al presente esto no se está realizando adecuadamente y sólo parcialmente hay detección de cáncer de cérvix. Simples tomas de presión en una campaña sistemáticamente organizada en fábricas, colegios, universidades, empresas, tiendas, etc., puede coadyuvar en la detección de personas asintomáticas que sufren de este mal. Previamente debe haber concientización de la población sobre la gravedad de la hipertensión arterial, sus complicaciones, las causas que la originan y cómo combatirla.

La diabetes es una de las principales causas de morbimortalidad en el adulto y contribuye a dar múltiples complicaciones o agravar enfermedades. Educar a los grupos de riesgo sobre esta enfermedad y la importancia de prevenirla o por lo menos de controlarla, disminuiría en mucho los internamientos.

24.4.1.16 CAMPAÑAS PREVENTIVAS DIVERSAS

La CCSS, el INS y el Ministerio de Salud, deben establecer campañas preventivas y educativas contra los accidentes, el alcoholismo, el tabaquismo, los riesgos profesionales, el SIDA, la obesidad, inmunizaciones. etc.

24.4.1.17 AMPLIACION DE HORARIOS EN ACCIONES DIAGNOSTICAS O TERAPEUTICAS

Dentro de estas sobresalen el ultrasonido, tomografías, irradiación con cobalto, etc. Poner a trabajar por lo menos 16 horas diarias esos servicios. Una cita a tres meses para estudiar una cefalea mediante un TAC, puede hacernos perder una persona que tenía una lesión curable cerebral. El irradiar un cáncer de mama operado tres meses después, significa haber perdido una buena oportunidad de destruir metástasis que quedaron en la axila antes que se extiendan.

24.4.1.18 CONSTRUCCION DE ACUEDUCTOS

La Caja debe conceder más préstamos al AyA para construir acueductos rurales o en áreas marginadas urbanas y ayudar al Ministerio de Salud en el proceso de letrinización en esas regiones.

El Dr. German Weinstok, ex Ministro de Salud decía:

> De nada sirve que los niños coman si se encuentran parasitados, la parasitosis no se resuelve a pesar del tratamiento médico, si no se tienen letrinas. Mejorar lo anterior no es efectivo si no existe agua potable y calzado.

24.4.1.19 MEDICINA MIXTA

Este programa da oportunidad al asegurado de obtener servicios privados de consulta externa, pero el paciente se hace cargo del pago de la consulta (no sirve al indigente). Tiene la ventaja de recibir consulta con cualquier médico que esté adscrito al mismo, lo cual se realiza con un

procedimiento simple y posteriormente tiene derecho a recibir de la Caja apoyo en farmacia, rayos X y laboratorio. Las consultas dadas por este sistema en 1987 fueron únicamente el 2% del total o sea 177.729 consultas. No ha funcionado debido a que la Caja no lo ha promocionado adecuadamente, los asegurados no muestran mucho entusiasmo en pagar ellos la consulta, los servicios de apoyo trabajan lenta e, increíblemente, los médicos no han mostrado mucho interés, pese a que potencialmente debería ser una fuente de ingresos importantes, ya que los asegurados se economizan los estudios y los medicamentos que se receten. El costo para la Caja fue de 19 millones en el año 1987.

24.4.1.20 RACIONALIZACION DE GASTOS O AUMENTO DE CUOTAS

La racionalización de gastos en todo nivel es un imperativo. Sin embargo, los costos están subiendo más rápidamente que los ingresos, por ejemplo el costo total de la consulta externa aumentó en 1987 un 30% más respecto del año anterior. La estancia hospitalaria se incrementó en un 7%. Si no se logra el equilibrio económico, no quedará otra alternativa que el aumento de las cuotas como último recurso, esto a su vez incidirá económicamente en los costos de producción y servicios de las empresas de manera negativa.

24.4.2 ACCIONES EN COLABORACION CON LOS TRABAJADORES DE LA INSTITUCION, CON LA PROPIA COMUNIDAD O CON LAS EMPRESAS COOPERATIVAS

24.4.2.1

Organizar servicios cooperativos de autogestión o cogestión con los propios empleados de la institución, las municipalidades y asociaciones de desarrollo. La experiencia con la CLINICA DE PAVAS parece ser positiva y puede ser tomada como modelo para extenderla a otras similares. En este sistema hay capitación y una especie de libre elección médica por parte del usuario. Sin embargo, la institución debe señalar si el costo de operación de esta clínica no es excesivo y si no se requiere de un respaldo paternalista de parte de la institución que desvirtuaría los principios perseguidos de participación comunitaria y de los trabajadores en cuanto al manejo de la misma. A su vez debe existir una evaluación que señale si los servicios llenan los cometidos esperados que justifiquen esos costos.

En el caso de Pavas, la Caja construyó una clínica y la equipó, así de manera conjunta, Caja y Ministerio de Salud (es una clínica integrada) contrataron una cooperativa de trabajadores para dar atención integral de la salud a esa población. (El distrito de Pavas tiene 45 mil habitantes). Sin

embargo, el proceso legal para esto es complejo y difícil e igualmente lo es la administración de la clínica para un director médico y administrador que inician una experiencia nueva en el país. Lo anterior porque no existe mentalidad empresarial ni gerencial en la institución y cuesta mucho encontrar por ello la gente adecuada para el proceso. La Caja paga un monto mensual por cada asegurado adscrito y el Ministerio de Salud una suma presupuestada fija. Hay un Consejo Administrativo que maneja la Clínica. Todos los empleados pertenecen a la cooperativa. El salario fluctúa de 10% a 15% mayor del que tienen los médicos de consulta externa de las otras clínicas. Los asociados tienen derecho a recibir el excedente, si existe al final del período económico. Otra parte se invierte en mejoras y otra constituye una reserva y contribuciones obligatorias.[196]

En este sistema, por primera vez la Caja descentralizó el presupuesto, el cual es de responsabilidad absoluta del Consejo y no pueden pasarse de una suma pre-establecida, aunque hay un margen inflacionario, el manejo debe ser muy cuidadoso, lo que lleva a racionalizar los gastos.

Por información recabada personalmente, tanto la comunidad como los profesionales y trabajadores se encuentran satisfechos. Es interesante anotar que durante la última huelga médica, esta clínica continuó trabajando sin ningún problema.

Recientemente se ha inaugurado la clínica de Tibás la cual fue puesta por la Caja en manos de una cooperativa llamada "Cooperativa Autogestionaria de Servicios para la Salud Integral", donde el modelo de medicina familiar que se implantará unido a la participación comunitaria de su gestión, crea vínculos indisolubles entre el desarrollo y los problemas de la comunidad y los servicios de salud y seguridad social.

El cantón fue dividido en varios sectores de población y se crearon equipos básicos de atención formados por un médico, una enfermera, una trabajadora social, un asistente de salud comunitaria, un odontólogo y un promotor de salud. Son pues equipos de atención integral en salud, que estudiarán las condiciones de salud de la población, los problemas ambientales, la vivienda, la incidencia de enfermedades prevalentes, y la situación socio-económica de la comunidad; con ello se hace un diagnóstico del área y se elaboran programas de trabajo sujetos a la realidad existente.

Además, hay consultas especializadas, de control prenatal, programas de inmunizaciones, educación para la salud, consulta por teléfono, cirugía ambulatoria, etc.

La Caja debe, pues, sopesar el costo/beneficio de esta cooperativización, o sea comparar gastos de estas clínicas con otras similares no cooperativizadas y ver además los logros alcanzados para definir si se justifica continuar creando cooperativas en áreas donde se considere factible.

Pueden organizarse cooperativas de manera parcial como en el caso del sistema de vigilancia (guardas), alimentos, lavado de ropa, ambulan-

CUADRO 24.1

CARACTERISTICAS Y ALTERNATIVAS DE LOS NUEVOS MODELOS DE ATENCION MEDICA Y EL MODELO TRADICIONAL

CARACTERISTICAS	MODELO TRADICIONAL	NUEVOS MODELOS DE ATENCION MEDICA C L I N I C A S BARVA	CORONADO	TIBAS Y PAVAS
Enfoque	Predominio acciones curativas	Enfasis acciones prevento-curativas	Enfasis acciones prevento-curativas	Enfasis acciones prevento-curativas
Relac. Med.-Paciente	Variable*	Fija**	Fija**	Fija**
Administración	C.C.S.S.	C.C.S.S. M.S.***	C.C.S.S. M.S.	Cooperativa
Financiamiento	C.C.S.S.	C.C.S.S. M.S.	C.C.S.S. M.S.	C.C.S.S. M.S.
Control Admist.	C.C.S.S.	C.C.S.S. M.S.	C.C.S.S. M.S.	C.C.S.S.- Cooperativa M.S.
Remuneración Médico	Salario	Capacitación	Salario	Establecido por la cooperativa
Remuneración otros trabajadores	Salario	Salario	Salario	Establecido por la cooperativa
Participación comunitaria	Poca	Plena	Plena	Plena

* Se refiere a una relación médico-paciente no continuada.
** Se refiere a una relación médico-paciente más constante.
*** M.S. (Ministerio de Salud).

NOTA:

Otros modelos de atención

Sistema médico de empresa
Exclusivo para los asegurados, empleados, sus familias y pensionados de la empresa, ésta aporta uno o más médicos de la medicina general o especialidades, el personal de apoyo y las instalaciones.

Sistema de medicina mixta
Es la facultad que tiene el asegurado de elegir personalmente la consulta con un médico particular inscrito en el sistema. En estos sistemas, la Institución aportará medicamentos y servicios auxiliares de diagnóstico.

FUENTE: Dr. Luis Asís Beirute C.C.S.S. julio 1990.

cias, etc., que se da en la clínica de Coronado en algunas áreas. Esto podría hacerse con servicios deficitarios de los hospitales.

24.4.2.2 PROGRAMA DE MEDICINA DE EMPRESA

En esta modalidad de consulta, la empresa aporta el salario del médico y del personal de apoyo (enfermera graduada o auxiliar) y la instalación de la consulta equipada. Ahí, son atendidos los trabajadores de la empresa y sus familiares y los pensionados adscritos. La Caja mantiene un suministro de medicamentos y hay acceso a rayos X y laboratorio en la clínica del asegurado. La experiencia es que no ocasiona gastos importantes a la institución. El programa parece beneficiar a los tres entes involucrados:

a) La Caja porque se economiza el costo del personal de la consulta (médico, enfermera, etc.), además que contribuye a descongestionar las clínicas. El beneficio neto para la institución según un estudio de la Caja, llegó en 1986 a 226 millones.[32]
b) El paciente, porque recibe una más rápida consulta sin necesidad de gastos de traslado (ni de tiempo, ni de dinero), la empresa es la que corre con los gastos.
c) La Empresa se favorece porque al llegar el médico a conocer a los trabajadores y sus problemas, la simulación para una incapacidad se hace difícil, al estar el médico contratado por ésta, no se presta a favorecimientos a los trabajadores por incapacidades y disminuye el tiempo no trabajado o ausentismo.

Un trabajo realizado sobre este programa,[303] demostró que el costo/beneficio fue muy favorable para el patrono. Finalmente, el médico recibe mejor salario, según esté a tiempo completo o medio tiempo, en cuyo caso éste complementa el que recibe en la Caja. La relación es semiprivada y genera más satisfacción.

Se requiere, de parte de la Institución, divulgar los beneficios del mismo y promocionarlo para que sea aceptado y tomado por el mayor número de empresas posibles, debe ser ampliado al máximo, introduciendo la modalidad de participación de la pequeña empresa (varias) en una sola unidad de atención con el apoyo de la Caja. El problema es que se están llevando enfermeras graduadas o auxiliares con gran preparación de los hospitales, ya que pagan mejor salario y los horarios son más cómodos, evitándose las guardias por lo que son muy apetecidos.

El cuadro siguiente muestra las alternativas, en forma resumida, de los nuevos modelos de atención médica y el modelo tradicional fue elaborado por el Dr. Luis Asís B., y cedido muy gentilmente para esta publicación.

24.4.3 Compra de servicios a la empresa privada

Si a pesar de lo anterior se continúan presentando deficiencias en algunas áreas que no es posible subsanar con lo propuesto, la privatización de algunos servicios puede ser realizada si con ello se logra mayor eficiencia a igual o menor costo. Se deberán estudiar los campos en los cuales la empresa privada está en capacidad de ofrecer mejor y más oportunos servicios, sin poner en peligro los adelantos logrados y que puedan ser aceptados sin detrimento para las finanzas de la institución.

Entre esos servicios están los de lavado de ropa, alimentación de pacientes, sistema de guardas, sistema de ambulancias, participación de las farmacias privadas en proporcionar medicamentos, financiamiento para la creación de empresas productoras de medicamentos esenciales, equipos e insumos que el sistema requiere.

Cuando se realizó una huelga de los empleados de la Caja, el Hospital Calderón Guardia amaneció cerrado debido a que los guardas, obedeciendo órdenes de los sindicatos, procedieron a ello. Fue bajo la amenaza de denunciarlos ante el Ministerio Público que accedieron a abrir las puertas ¿Son guardas del sindicato o son de la institución?

24.4.3.1 SISTEMA DE APROVISIONAMIENTO

Aunque indudablemente algunos aspectos de la Ley de Administración Pública y Financiera dificultan o son poco expeditas para realizar compras de emergencia en la Caja, la verdad es que esta sección es problablemente uno de los puntos débiles que no ha sido posible mejorar a través de los años. Un día faltan sueros y hay que suspender operaciones, otro día faltan guantes, anestésicos locales, o gasas. O los TAC están malos y no hay repuestos. Otro día falta uno o varios medicamentos. Se deberá buscar algún mecanismo de compra y mantenimiento de equipo y puede ser que la empresa privada participe en estas acciones dado que la Caja no ha podido mejorar este sistema en forma satisfactoria.

24.4.4 Otras acciones en medicina hospitalaria o de internamiento

24.4.4.1 CONTRATACION DE SERVICIOS MEDICO-QUIRURGICOS

En horarios no tradicionales y en los propios hospitales de la Caja, para realizar operaciones en las especialidades, con largas esperas, mediante un sistema similar al que tiene el INS para sus pacientes, y que tiene gran aceptación entre los usuarios y los médicos y, del cual, el propio instituto se muestra satisfecho. Se mejora así la oportunidad de la atención

de los enfermos. El INS tiene dos modalidades de trabajo con los médicos. Un grupo tiene salario fijo por medio o tiempo completo (mejor que el de la Caja) y opera a los enfermos que se le asignen en una clínica privada. Otro grupo recibe pago por consulta y operaciones realizadas en clínicas privadas (El INS tiene arreglos con estas clínicas para internar a sus pacientes a un precio especial). Existe una escala de precios según el tipo de operación por realizar y aunque relativamente bajos si se compara con los cobros en medicina privada, son sin embargo, muy superiores a los salarios que obtienen los cirujanos del Seguro Social.

Parece haber satisfacción de las tres partes: el INS tiene ganancias millonarias, el asegurado del Instituto recibe una rápida atención e internamiento para cirugía en relación con el paciente del Seguro Social y además es internado en una clínica particular con mayor privacidad. El médico, al recibir un salario superior al de la Caja, se encuentra complacido con el INS y lo considera mejor patrono y trabaja más a gusto.

Se están dando casos de superposición horaria que ni la Caja se ha molestado en investigar, ni el INS tiene obligación de notificar, ello afecta el trabajo del médico en el Seguro Social.

Si este sistema se implementa para la Caja, los cirujanos de sus hospitales podrían operar un mayor número de casos, habilitando en horarios no tradicionales salas de operaciones y pagando extras a todo el personal de una sala (médicos, enfermeras, auxiliares, etc.,). Esto lograría disminuir la presa de operaciones electivas en algunas especialidades (várices, caderas, mamas, etc.), el personal recibiría un sobresueldo que lo estimularía en forma importante. El problema puede darse por la incapacidad en que pueden estar algunos servicios quirúrgicos en cuanto a espacio para permitir estas sobrecargas en sus salones de internamiento.

24.4.4.2 SISTEMA DE MINI-CLINICAS PRIVADAS DE ATENCION MEDICA GENERAL INTEGRAL

El programa de construcción de clínicas de consulta externas de la CCSS requiere de personal, planta física y equipos muy costosos. Tal vez se podría apoyar a los profesionales en salud (médicos, microbiólogos, farmacéuticos, enfermeras, etc.), en cuanto a infraestructura, para que se establecieron clínicas en áreas donde no existe el Seguro, de manera que ahí estuvieran consultorios, farmacias, curaciones, cirugía menor, etc., se les harían préstamos para ello y se les pagaría la consulta por el sistema de capitación (asignación de pacientes o familias y no por consultas). Si asocia acciones educativas y preventivas, se convierten en mini-clínicas integradas que sería lo ideal.

Comprar estos servicios economizaría a la Caja grandes sumas de dinero y múltiples problemas sindicales, amén de que la responsabilidad de

los servicios caería en manos de esos profesionales, su eficiencia y calidad debería ser evaluada mediante estándares de calidad pre-establecidos y los Comités de Salud y Seguridad Social de las regiones y supervisores de la Caja y Ministerio serían los contralores de esta nueva modalidad. La Institución mantendría así su vigencia y sería la unidad de apoyo en cuanto a venderles a precio de costo, equipos, medicamentos, insumos, etc., que por ley puede obtener sin impuestos.

La relación médico-paciente debe cambiarse ya que, al presente, los médicos y la misma Caja reconocen que no es efectiva y deja mucho que desear. Mediante un programa como el anotado, esta relación es más directa y la responsabilidad a cargo de los profesionales, así el médico da una atención integral oportuna y continua. La calidad de la atención debería entonces mejorar, ya que la elección de determinado profesional como "médico de familia" la hace la población en forma libre; lógicamente, eso obligará a los profesionales a dar buenas consultas y a competir por el paciente y por prestigio. La supervivencia de estas clínicas o de los consultorios privados estarían como siempre lo ha sido dentro de la medicina liberal, en razón de la calidad de los servicios que ofrezca.

24.4.4.3 COMPRA DE SERVICIOS MEDIANTE CAPITACION EN ESPECIALIDADES MEDICAS SOBRECARGADAS

Si en algún momento ha de iniciarse la libre elección médica, sería bajo este sistema que la institución considere crear un plan piloto para evaluarlo uno o dos años después. (Ver Libre Elección Médica).

24.4.4.4 PENSIONES EN LOS HOSPITALES DEL SEGURO SOCIAL

Durante años, la CCSS ha permitido que los hospitales San Juan de Dios y el de Niños mantengan una pensión privada con todas las ventajas que esto puede tener para los médicos, y los pacientes con recursos económicos. Sin embargo, injustamente los restantes hospitales de la Caja como el México y el Calderón no han gozado de esta oportunidad. Eso, a todas luces, es incorrecto y deja ver lo mal que han sido manejadas las relaciones entre autoridades y médicos.

Si se considera que las pensiones en la institución, constituyen un sistema discriminativo para el asegurado de escasos recursos, pues permite privilegios que lesionan el principio de igualdad de la atención dentro del sistema, éstas debieron eliminarse en su totalidad. De lo contrario deben crearse en todos los hospitales pero cambiando la modalidad precisamente para evitar en cierto modo ventajas de ese grupo de asegurados económicamente más solventes.

El asegurado para tener acceso a este tipo de atención debe pagar la diferencia de costos que eso ocasionaría (pago de la privacidad de cuarto y del privilegio de ser atendido por el médico de su preferencia). Paga, entonces, por encima de los gastos promedio que la Caja tiene en sus servicios corrientes de hospitalización. En el caso de operación pagaría a los cirujanos, anestesista, etc.

En cuanto a la oportunidad para operarlo y con el fin de que este tipo de pacientes no desplace al asegurado corriente, en la cirugía habitual del horario tradicional, la intervención se realizaría después de las cuatro de la tarde (con excepción de si se trata de una emergencia), ya que así no se sobrepone la paga del paciente a la paga que la institución hace al médico. Entre los costos, que debe cubrir el pensionado, está una suma que ingresa en un fondo común para poder pagar personal disponible de la sala de operaciones para estas intervenciones y que recibiría también un salario diferente (enfermera instrumentista, auxiliar circulante y misceláneo).

Se puede pues apreciar que el programa se establecería en forma más rígida y sin permitir desplazamientos, como sucede en la actualidad en algunas oportunidades, cuando las pensiones son puestas de primero en las mañanas sin ser emergencias.

En todo caso al presente, en los hospitales México y Calderón Guardia, los cuartos individuales o dobles que existen (sin haber pensión), son ocupados si bien en muchos casos por pacientes graves y que requieren cuidados especiales (y para eso fueron construidos). En otras oportunidades, son usados como cuartos privados para el colega enfermo o su familia, para la enfermera, el político de turno que viene recomendado de las altas autoridades, para los amigos, etc. Y para las mismas altas autoridades o sus familiares, se da la paradoja de tener entonces una pensión sin cobros ni para la Caja, ni para el médico y con igual o mayor responsabilidad. Esta es una discriminación complaciente e inaceptable.

24.4.4.5 CONVERTIR A LA CAJA EN UN BANCO SOCIAL

La más agresiva y rápida manera de ampliar los servicios médicos privados sería convertir la Caja en un Banco Social. La institución facilitaría o rentaría todas sus plantas físicas y equipos a un sistema organizado de servicios privados, formados por hombres de negocio del país, grupos profesionales y otros trabajadores, quienes lo dirigirían, ya fuera como una empresa o como una cooperativa o acción solidarista y sus fines serían proporcionar la atención que la Caja realiza actualmente.

Un profesional muy estimado el Dr. Miguel Angel Rodríguez, en su calidad de precandidato del Partido Unidad Social Cristiana, propuso algo parecido a lo ya relatado.[301]

La Caja además de facilitar la infraestructura, proporcionaría el finan-

ciamiento del sistema de atención de enfermedad y maternidad ya que se continuaría cobrando las cuotas y aportes que actualmente existen. La institución supervisaría permanentemente todas las acciones, los médicos se organizarían en los hospitales, clínicas y privadamente en una especie de libre elección médica para dar servicios a los hospitales y clínicas.

Se aprecia pues que la Caja aportaría todo y la empresa privada nada, el riesgo sería pues total para el Gobierno y la institución y para el sistema creado al presente. Supuestamente la empresa privada aportaría su capacidad gerencial.

Lo anterior parece utópico de poderlo realizar por diversas razones. Ideológicamente los partidos políticos que anteponen la palabra "social" (social-demócrata, social-cristianos, etc., y los socialistas de tendencia marxista-leninista), tienen en este campo de la salud principios que difícilmente les permitirían claudicar y que encierran la responsabilidad que tiene el Estado para proteger la salud de la población y de dar los servicios médicos como lo ha venido haciendo la Caja.

En razón de eso, los indigentes fueron asumidos por la seguridad social buscando, filosófica y políticamente, más justicia social, y la universalización o extensión de los servicios médicos se realizó incluso a áreas que no eran económicamente rentables, pero que desde el punto de vista ya expresado antes, justificaban esa acción. Según el autor eso ha contribuido a hacer de Costa Rica, no un país más rico, pero si un país más justo.

La empresa privada jamás se hubiera embarcado en una extensión así, que tenía un carácter humanitario y sin buscar beneficios económicos y ese no es el fin de este tipo de actividades liberales. Lo anterior, como ya se ha dicho a través del libro, nos puso a la cabeza de América Latina en cuanto a extensión de la seguridad social y constituyó, a no dudarlo, uno de los mecanismos de apoyo social para nuestra población que ha hecho la diferencia con el resto de Centroamérica e incluso de los restantes países del continente con excepción de Canadá. En los Estados Unidos persisten graves problemas a pesar de ser el país más rico del mundo y el paradigma de la medicina liberal o privada.

Actualmente, 37 millones de personas, aproximadamente el 15% de su población no tiene acceso a servicios médicos[229] y un 13,5% de los estadounidenses o sea 32,5 millones viven en la pobreza según el censo de 1988.[67]

Con esos datos, nos damos cuenta que ni ese gran país ha podido resolver el problema de los servicios médicos, ya que no ha logrado extenderlo a toda la población pese a sus recursos y al gran desarrollo económico que posee, sin contar con que la clase alta y media constituyen el 75% de su población.[128]

Lo anterior significa nada menos que, no obstante sus fallas, nuestro seguro social ha llenado su cometido en forma extraordinaria, en cuanto a

servicios y además mantiene una estabilidad económica excepcional para un país pobre como el nuestro.

La educación, los cuidados de la salud, el suministro de agua potable y la recolección y eliminación de desechos sólidos y líquidos han sido funciones del Estado y son prácticamente imposibles de privatizar, en forma total, porque al suministrar ese servicio a toda la población, no se daría al precio mínimo a las comunidades pobres del país. Políticamente, una propuesta de privatizar por completo estas áreas desencadenaría una crisis en la Asamblea Legislativa y a nivel de los sindicatos y de los trabajadores asegurados, con lo que el Gobierno de turno se compraría un problema sin obtener un voto de confianza para ello, ya que todos temerían la pérdida de un derecho o el fracaso de un cambio.

Además, si el cambio significa pagar el precio social de dejar de nuevo a los indigentes que constituyen el 15% de la población, sin los servicios médicos que actualmente les proporciona la Caja, esto no sería ni justo ni apropiado.[125]

Para estos grupos y la clase pobre y media pobre que en conjunto forman el 75% de la población, en términos generales, los servicios médicos que disfrutan en la actualidad son muy buenos, comparativamente con lo que tenía hace 25 años, en especial si se analizan con el nivel latinoamericano de servicios de esta clase, e incluso por supuesto para el 15% de la población de los Estados Unidos que carece de servicios médicos, pese a tener la mejor medicina del mundo para quien la puede pagar. (Ver *capítulo 25*)

Las encuestas realizadas por la Caja y un periódico nacional mostraron que hay una aceptación muy alta para los servicios que brinda la institución a pesar de las deficiencias existentes y que los asegurados no conocen y que han sido reiteradamente puestas en evidencia por los médicos.

Entonces, desde el punto de vista social queda claro, que cualquier cambio que se planifique no debe, en cuanto a universalización, desmejorar o reducir los servicios que se poseen y, únicamente, sería aceptable si se realizan para elevar la calidad de los mismos conservando su cantidad.

Además, como ya se dijo por ahora, ni la empresa privada ni el cuerpo médico nacional están administrativa o técnicamente preparados para asumir un compromiso total y lo que es peor no tenemos la capacidad gerencial, y ni siquiera la actitud mental adecuada para responsabilizarnos de eso.

Lo anterior debido a que por casi 50 años, los profesionales han estado a la defensiva en el campo de los servicios médicos y han participado muy poco en la toma de decisiones del sector salud. De ahí la ausencia de liderazgo y administración que debe ser estimulada y desarrollada a través de los próximos años y para lo cual el Colegio de Médicos y Cirujanos y las instituciones de salud deben colaborar con programas adecuados.

Finalmente, si se presentara una seria falla ya sea administrativa, de

servicios o económica, el Estado tendría que asumir las consecuencias de ellos, pues jamás la empresa privada correría con los déficit si esto sucede y nos pasaría como con las quiebras de financieras privadas en las que sufrieron las consecuencias los ahorrantes y no los dueños de ellas, pretendiéndose entonces por maniobras políticas electoreras, que el Estado asumiera las pérdidas de un grupo de personas que especularon fallidamente con su dinero, en lugar de ponerlo a un interés menor en los Bancos estatales, favoreciendo al gobierno y bajo la protección de éste en caso de falla de alguna institución bancaria. O sea se trató de socializar las pérdidas, pero no las ganancias cuando las hay, cosa que ningún país puede soportar.

Entonces, en juicio del autor, cualquier cambio que se pretenda, aun una libre elección médica debe realizarse en cooperación o en conjunto con la Caja del Seguro Social. Lo que se buscaría es complementar la acción del Estado en el campo de la atención del enfermo mediante la participación de la iniciativa privada en especial los profesionales del sector.

Sabemos que la meta cuantitativa o sea de cantidad de servicios para toda la población llamada universalización está casi cumplida. Ahora tenemos que mantenerla e ir más allá. A eso lo llamo yo "la búsqueda de la excelencia en los servicios médicos". Ya no sólo debe causarnos satisfacción decir que damos servicios médicos a toda la población, sino que los damos bien o de buena calidad.

La aspiración nuestra debe ser que el sistema de atención médica que poseemos logre dar más oportunamente y con mayor eficiencia los servicios.

Como nuestra patología ha cambiado, los problemas actuales, en el campo de la atención de enfermos, son muy diferentes a los de hace 20 años y ya no nos bastan las vacunas, el agua potable o las letrinas (que continuamos necesitando) para resolverlos, y por ello requerimos de nuevas estrategias para lograr eficiencia con racionalización de gastos, pues será muy difícil en el futuro lograr aumentos presupuestarios para el sector salud. Esto sólo puede ser logrado por la institución, si obtiene el apoyo de todos sus trabajadores profesionales y muy especialmente el de sus médicos.

Marginar a los médicos y buscar enfrentamientos en lugar de entendimientos no conduce a nada, excepto a resquemores, desilusión e indiferencia cuando no a malos servicios para los pobres pacientes que no tienen la culpa de esa situación.

Los paros periódicos y huelgas del sector profesional de la Caja, nos deben poner a meditar sobre la urgente necesidad de tratar de mantener satisfecho al grupo profesional y especialmente al médico dentro del sistema sin que se crea dueño del mismo y buscando rinda buenos servicios; o de lo contrario, creamos mecanismos que independizádolos parcial o totalmente, los responsabilizan, en forma directa, de los resultados de su labor, debiendo competir por los pacientes con base en dedicación y

esfuerzo, trato que dan al paciente y calidad de servicios que ofrecen.

Esto tiene sus ventajas pero también sus riesgos y por ello debe ser cuidadosamente analizado.

24.4.5 Participación de la medicina privada en la atención de los pacientes asegurados *(Libre elección médica)*

24.4.5.1 Generalidades

En cierto modo, la cooperativización y la capitación permiten una libre elección médica local. Ya de hecho, se han iniciado pasos en ese aspecto en el país por parte de la Caja.

Pero plantear la privatización de la medicina social que hemos creado sólo por seguir la moda que existe en otros campos, puede ser peligroso e incluso poco conveniente.

También, me parece que sugerir un cambio en las prestaciones médicas que proporciona nuestro Seguro Social con el único fin de que los médicos obtengan mejoras salariales no dará resultado, puesto que nadie va a arriesgar todo un sistema de seguridad social que, a pesar de sus múltiples fallas, es exitoso en el conjunto y ejemplo por imitar por otros países, por complacer a los profesionales de la salud.

Los cambios solamente pueden ser justificados, si el país los requiere, por las evidentes fallas de servicios de la Caja y si ese cambio redunda en beneficio para el paciente y la misma institución. En el primer caso, el fenómeno se está dando, los servicios médicos de la Caja por múltiples causas se están deteriorando. Como hemos dejado planteado, la institución debe intentar, en primer lugar, resolver esos problemas con sus propios recursos. Si no lo logra, debe pasar a las fases subsecuentes; si con ello tampoco se cubren las deficiencias, es posible requiera de una participación médica privada que deberá implementarse muy cuidadosamente.

Para esto, deben también primar dos principios: 1º) Que los costos puedan ser pagados sin deterioro de las finanzas de la institución y 2º) que con ello, se hagan más eficientes los servicios.

Cuando uno analiza qué "rol" puede jugar la medicina privada o semiprivada en la atención de los enfermos asegurados nos debemos preguntar: ¿Qué porcentaje de la población asegurada está en capacidad de atender la medicina privada? ¿Puede atenderla toda o sólo una parte? ¿Los servicios que brindarán serán más eficientes? ¿El establecimiento de atención privada para un grupo no será discriminativo para el resto de los asegurados que no tienen esta oportunidad?

Vamos a tratar de responder a estas interrogantes: El Gobierno y el sistema político imperante en el país no se oponen a la práctica de la

medicina privada, pero por diversas causas ya señaladas, esta no tiene un potencial importante (se ha calculado en un 10% en cuanto a consultas), y por ello antes que nada, debería organizarse más adecuadamente para ser atractiva a la población que cuenta con recursos económicos para solicitar sus servicios.

Dada la estatización de servicios médicos en el país, los médicos con excepciones contadas, tienen temor de realizar inversiones en este campo por no producir dividendos adecuados, o no tienen el suficiente dinero o no obtienen líneas de crédito con facilidad para este tipo de acciones.

La institución no ha apoyado adecuadamente a grupos médicos (ni mucho menos estimulado) para que se organicen y funden clínicas o servicios de atención médica. La capacidad del sector privado médico para atender pacientes es difícil de calcular y la única manera de analizarlo es observando las pensiones existentes en la Caja, y en las clínicas privadas y ver la labor que despliegan, así como el número de consultorios médicos y sus posibles consultas.

La CCSS, en una publicación de 1988,[34] señaló que la medicina privada daba anualmente 800 mil consultas o sea el 10% de lo que dio la Caja. Según el Ministerio de Salud,[102] en 1989 la población gastó 5 mil millones de colones por esta clase de servicios, ambos datos deben ser tomados con mucha reserva pues son difíciles de obtener en forma veraz y en mucho son meramente especulativos. Para ver cuál es la participación de la actividad privada en este campo podemos decir que de acuerdo con la Unión Médica Nacional, hay declarados 1740 consultorios médicos [289], pero se desconoce cuántas consultas dan diariamente.

En 1985, hubo 3895 egresos privados en las pensiones de la Caja, en relación con un total de 301.591 egresos de todos los hospitales del seguro. La Caja tiene actualmente 31 hospitales para un total de 7.129 camas. La actividad privada de la medicina contaba solamente con 140 camas en 1987 contra 300 que tenía en 1970. Los egresos en ese año en las clínicas privadas fueron de 8.174 pacientes o sea el 2,7% del total de la Caja, si le sumamos el 1,3% de los presentados en las pensiones del seguro, el total de egresos privados fue el 45 como porcentaje total.

De acuerdo con lo anterior, queda claro que aunque se quisiera hacer un cambio radical, la medicina privada no está en capacidad actualmente de sustituir la atención médica del Seguro Social debido a su poco volumen tanto en consultas como en acción hospitalaria. Al parecer, es en la consulta externa donde inicialmente se podría iniciar un proyecto cooperativo con la Caja, por ser más factible y menos arriesgado.

Sin embargo, no deseo dejar la impresión que la actividad privada médica no podría algún día brindar esos servicios. Un ejemplo de esto es el programa de vivienda del Presidente Arias, el cual cumplió en cuatro años la meta de construir 80 mil viviendas y no fue el Estado el que construyó estas casas como lo hacía anteriormente, sino más bien se dotó a la

empresa privada de recursos suficientes para ello mediante un sistema financiero de vivienda establecido al efecto. El sector de la construcción que había venido a menos con la crisis económica del período 80-84, se revitalizó y contribuyó importantemente al aumento de la tasa de crecimiento económico 5% que tuvimos en 1989.

Pero brindar servicios médicos es mucho más complejo que construir casas y tiene muchos imponderables que dificultan lograr, mediante un cambio radical, buenos servicios como veremos.

La *libre elección médica "pura"* es el sistema en el cual supuestamente el asegurado o la población acude al médico que ellos desean, aunque esto último es ilusorio porque las distancias geográficas impiden a la población de un área tener acceso a médicos de sitios alejados y el desconocimiento de quiénes son los mejores impide, a su vez, escoger a los más capacitados.

Este sistema de libre elección puede comprender cualquiera de los dos aspectos siguientes: la consulta médica y los servicios de hospitalización o ambos.

El Dr. Oscar Arias Sánchez, ex-Presidente de Costa Rica, dirigió una carta al Presidente Ejecutivo de la Caja, con fecha 7 de agosto de 1987, donde, prácticamente, ordenaba a la institución crear un sistema dirigido a permitir a los asegurados escoger libremente su médico, ya que eso constituía un factor de humanización de las relaciones entre médicos y pacientes y a fin de cuentas una atención más eficaz.

> Sugiero —dice la carta— respetuosamente, que el Directorio tome los siguientes acuerdos:
>
> 1) "Extender a todos los hospitales y clínicas periféricas el proceso de desconcentración que se ha establecido en los hospitales nacionales, etc...
> 2) En caso de enfermedad, el asegurado directo y su familia podrán escoger libremente a un médico especialista, y la Caja le reembolsará al paciente el 80% de la tarifa convenida por consulta efectuada en la oficina privada del especialista, de acuerdo con lo siguiente:
>
> a) Una consulta anual para examen completo.
> b) Hasta tres consultas anuales cuando se trate de algún problema de naturaleza agudo o crónico; y
> c) Esta modalidad de atención no cubrirá más de tres consultas anuales por enfermedad; sin embargo el paciente podrá recurrir a alguna de las otras que ofrece la institución.
>
> Lo saluda cordialmente, Oscar Arias Sánchez.[15]

Analizando brevemente el documento, vemos que si bien era una reducida oportunidad de libre elección médica, sin embargo, era un principio, desde el cual pudo haberse valorado este tipo de servicio, y con ello, a la fecha, ya se tendría una idea clara de sus beneficios o fallas.

La carta deja ver lo mal informado que estaba el Presidente respecto a la desconcentración, ya que daba por un hecho que esto existía en los hospitales nacionales, lo cual no era cierto. Este tipo de libre elección se reducía a los especialistas y hasta tres consultas anuales.

Pese a ser una forma relativamente simple de iniciar el proceso, "no fue aceptado por las autoridades de la Caja", aunque se desconoce la respuesta dada, posiblemente la preocupación giró en relación con el alto costo que esto podría tener. Como era prácticamente una orden, se ha especulado que la Caja, para no abrir ese portillo de gastos que significaría la libre elección médica, decidió comprar bonos o certificados del Estado con dinero, del fondo de IVM, para ayudar a equilibrar las finanzas del Gobierno y por tal razón, este no insistió en que se estableciera ese modelo de libre elección médica. Sin embargo, —según el autor— esta última decisión se tomó mucho tiempo después de haberse rechazado la solicitud del Gobierno.

24.4.5.2 VENTAJAS DE LA LIBRE ELECCION MEDICA

Permite el enfermo escoger libremente a su médico, o por lo menos a uno de los que están accesibles a él.

Esta relación se enmarca en la antigua y bien reconocida relación médico-paciente de la medicina liberal, la cual ofrece mayor intimidad y confianza y crea una atmósfera adecuada para la atención del enfermo. Algunos, erróneamente, llaman a esto "humanización de la medicina"; sin embargo, para humanizar la atención, se requiere que el médico sea cortés, respetuoso, cariñoso y responsable con sus enfermos, esto depende entonces de la conducta que manifieste el profesional al atender al paciente. Pero está claro que el poco tiempo para la atención que propicia el sistema y la presión de ver un número elevado de asegurados, no favorece para nada este tipo de buena relación médico/paciente.[324]

Además, al no sentirse el médico realizado profesional y humanamente trabajando para la institución, el cariño por su trabajo es muy relativo, si es que existe, y actúa más como un burócrata que como un médico, lo cual entonces sí deshumaniza a la profesión.

Permite una más rápida y oportuna atención de los pacientes, de todos es sabido que esperas prolongadas para recibir consulta de un especialista pueden agravar una enfermedad, con lo cual el costo para el enfermo y la Caja podría ser muy alto. (Actualmente las citas para algunas especialidades están a tres o más meses plazo).

Contribuiría a descongestionar las sobrecargadas consultas del Seguro Social, ya sea la de los especialistas si se inicia con éstos o la de medicina general si esta es abarcada en el proceso.

Mejoraría la eficiencia porque supuestamente al darse con mayor

prontitud y disponer el médico de mayor tiempo el diagnóstico debe ser mejor, y más tempranamente encontradas las enfermedades. A lo anterior contribuye que el médico conocería a su paciente y tendría una idea general mejor de sus problemas.

Debe esperarse una mejora en el trato y en el diagnóstico para el enfermo ya que los asegurados no lo buscarían si este es incorrecto o si la preparación del médico deja mucho que desear.

Las complicaciones por enfermedades tardíamente tratadas o la falta de prevención de algunas de ellas, deberían disminuir o ser responsabilidad directa del paciente por no acudir a consulta teniendo la facilidad de escoger a su médico.

Lo anterior debería generar eficiencia en el sistema e incluso los costos administrativos del mismo deben descender, al ser menos el personal administrativo y de apoyo para la consulta externa disminuirían, pues estas se harían en las oficinas privadas de los médicos, gasto que correría por cuenta de ellos.

Los problemas sindicales descenderán notablemente conforme se extienda el proceso (si da resultado), al disminuir el personal necesario para los servicios médicos y de apoyo.

En el caso de intervención quirúrgica privada, posiblemente mejoraría la dedicación del médico a la atención del enfermo y habría más cuidado con una mejor formación profesional, ya que serían aquellos más prestigiados los que tendrían mayor núemro de enfermos para operar.

Esta modalidad podría llegar a ser una necesidad, si no logramos mantener satisfechos a los profesionales médicos dentro del sistema, y si persisten en movimientos de presión, pese a los aumentos obtenidos con la última huelga y que por primera vez ha proporcionado salarios adecuados a los profesionales de salud de la institución como ya lo señalé.

24.4.5.3 DESVENTAJAS DE UNA LIBRE ELECCION MEDICA

Se desconoce el costo en dinero qué ésta puede tener y sería necesario poner en práctica un plan piloto de consultas y operaciones para poder así formarse una idea real de ello.

Si hacemos comparaciones, el costo promedio de internamiento diario en los hospitales nacionales de la Caja era en marzo de 1990 según la Gerencia Administrativa de 7052 colones. (En el Hospital de Niños de 8805 colones), y el promedio de costo de la consulta externa de 1840 colones. (En el Hospital de Niños de 1171 colones) y un costo por receta de 279 colones (en el Hospital de Niños 741 colones).[302] En la Clínica Bíblica un cuarto cuesta diariamente sin medicamentos, exámenes, sala de operaciones, etc., 6 mil colones (hay cuartos sencillos de 4 mil colones). Una intervención quirúrgica simple (apéndice-cesárea) puede costar entre 100 mil a 200 mil

colones. El costo promedio de la consulta externa es de 1000 a 2500 en la medicina privada a julio de 1990.

Por lo anterior, podemos suponer muy superficialmente que los servicios de la Caja en consulta externa le salen muy caros y en cambio los de hospitalización son muy baratos, pese a que según datos de la institución, el presupuesto de los hospitales constituye el 56% de los gastos del régimen de enfermedad y maternidad, mientras que los de consulta externa son la mitad de estos.[32] Supuestamente, el cambio hacia una medicina privada debería iniciarse en la consulta externa por ser similar el costo y por ser ahí donde suele haber más protestas.

¿Existe garantía real en el mejoramiento de la atención al enfermo?

Para establecer este tipo de servicios en el país, la Caja debería asumir total o parcialmente el costo de la consulta externa o de la hospitalización (sin pago de cirujanos y personal quirúrgico, esto lo pagaría el enfermo).

Lo anterior no se puede realizar sin contar con un mecanismo de control *supervisión-evaluación* o sea, mediante una auditoría médica adecuada. Lamentablemente, incluso en este momento, no existe para los hospitales de la Caja y por lo tanto su implementación antes de darle visto bueno a un programa así llevaría meses, costaría mucho dinero y el manejo sería muy difícil. En razón de eso, los médicos no debieran estar optimistas de que esto pueda realizarse a corto plazo. En todo caso, dicha auditoría ya fue creada por la Caja y está por verse su desarrollo y accionar.

El primer problema es conocer o evaluar las consultas para la calidad de ella. Habría que crear parámetros comparativos de: tiempo dedicado, resultados obtenidos, estudios realizados, etc., en relación con las de las clínicas y hospitales.

El segundo problema es el de las incapacidades; qué control se podría tener en estas, si incluso dentro de los hospitales y clínicas hay un mercado negro de ellas según afirmó la Presidencia Ejecutiva de la Institución por periódico en el año 1989. [219] Quien delinque al conceder éstas en exceso o por negocio o por agradar al asegurado, puede hacerlo igual en sus oficinas privadas, ya que supone ganar más pacientes con esa granjería, hecho que solamente podría ser controlado mediante una supervisión adecuada de parte de la Caja que, vuelvo a insistir, no existe al presente.

El tercer problema sería el de los medicamentos, exámenes y estudios de gabinete. Sin un sistema contralor, no hay ninguna garantía de que se corrija la falla actual y más bien puede agravarse si la libre elección médica se ampliara a laboratorios y empresas privadas de radiología, TAC, ultrasonido, etc. En algunos países, al implantarse este sistema, dio lugar a que, los médicos se pusieran de acuerdo para recibir porcentajes por los exámenes ordenados, con los laboratoristas e incluso con las farmacias por recetas enviadas. El abuso fue lo habitual, con la consiguiente pérdida para el sistema y el encarecimiento de los servicios. Este fenómeno se dio en Inglaterra y se da en los Estados Unidos.[130, 63]

El cuarto problema es el peligro de *carrusel* en las consultas que incluso existe ahora en la consulta externa de la Caja (pero sin cobro), y que consite en ver innecesariamente a los enfermos para así reunir un número adecuado de consultas por cobrar en la institución mensualmente. Este fenómeno se dio gravemente en Italia y los médicos mantenían altos salarios sin suficiencia, solamente con este mecanismo. La "capitación" debería ser entonces, la manera como el médico podría cobrar por sus servicios.

En Inglaterra, hay un sistema hospitalario que lo maneja el Servicio Nacional de Salud (no es privado), y un sistema de consulta externa semiprivado, con libre elección médica (parcial) según el barrio o área donde se viva. A los médicos se les paga una suma consistente en el 50% del salario promedio, y el resto lo deben obtener mediante el sistema de capitación en relación con los pacientes que pidan adscribirse a él, en el área en que trabaja. (Existe una cifra máxima de 3500 pacientes por médico). El que tiene más enfermos asignados gana más (no importa el número de consultas), estas las concede el médico según la necesidad del paciente. La experiencia inglesa es que el control de consulta externa es más sencillo o menos complicado que el de internamiento y operación, donde los médicos trabajan bajo salario, aunque pueden operar privadamente en algunas pocas clínicas existentes en ese país y en sus horas no tradicionales. A esas clínicas van los ricos con seguros privados y los extranjeros adinerados.

En los hospitales, los médicos trabajan a sueldo, el cual es fijado por una comisión especial existente al efecto y compuesta por el Gobierno, representantes de la población y el Colegio de Médicos y Cirujanos de Inglaterra. Los restantes trabajadores están bajo contrato con el Servicio Nacional de Salud y son sus sindicatos y el Gobierno, o mediante presión, los que fijan los aumentos anuales.

En Inglaterra, hay sobresueldo por "excelencia profesional", motivo por el cual, se preocupan por racionalizar gastos en medicinas, estudios de gabinete y laboratorio, en internamientos superfluos, etc. Los salarios de los médicos de hospital aunque bajos comparados con los de Estados Unidos, deben ser buenos para el estándar de vida inglés pues las huelgas no se ven ahí desde hace años.

¿Peligro de operaciones innecesarias?

En la medicina privada de todo el mundo esto es un problema corriente y pone en peligro los costos operativos de los sistemas y la vida de los enfermos, no vemos por qué va a ser diferente aquí, si tenemos menor cultura médica y general que en Inglaterra o USA.[22] (Ver capítulo de Sistemas de Servicios de Salud de otros países).

En Costa Rica, el lugar de las consultas bajo un sistema de libre elección médica podría ser:

a) En los propios consultorios de los médicos, o
b) La Caja podría facilitar las oficinas o consultorios de sus clínicas y hospitales para el efecto, ya sea cedidos o alquilados como parte del salario, en horario no tradicional, o incluso en horas tradicionales si no son ocupados.

Los internamientos y operaciones podrían realizarse en clínicas privadas o en los hospitales de la Caja, según tengan capacidad para ello.

¿Cuántos médicos se dedicarían únicamente a la medicina privada?

Esta es una pregunta clave y debería realizarse una encuesta para ver qué número de especialistas y médicos generales estarían dispuestos a abandonar sus salarios actuales en la Caja y sus prebendas secundarias (préstamos, aguinaldo, fondo de los trabajadores, pensión de retiro, etc.), para salir a competir por pacientes mediante un doble sistema de un pago (parcial de la Caja) y el pago por capitación según pacientes que se adscriban a él. Para aquellos médicos que no tienen oficina privada, crear esta significará además, un gasto no previsto.

¿Favorecería a todo el cuerpo médico nacional este sistema?

Hay muchas dudas sobre esto, supuestamente al haber libre elección médica en áreas urbanas, los pacientes buscarían especialmente a los médicos más prestigiados y a los especialistas que ya poseen consultorio y tienen fama. El médico joven recién graduado de la universidad o de una especialidad, posiblemente no podría subsistir con sólo los ingresos de la consulta privada y requeriría continuar trabajando tiempo parcial o completo con la Caja.

24.4.5.4 MODALIDADES DE LIBRE ELECCION MEDICA

1º *En cuanto al sistema puede ser:*
Total: Para toda la población.
Parcial: Para grupos definidos.

2º *En cuanto a la acción que ejecuta:*
Para consulta externa.
Para hospitalización.
Para ambas.

3º *En cuanto al servicio que se brinda:*
Para medicina general.
Para especialidades.
Para ambas.

4º *En cuanto al área geográfica:*
Atención por médicos de su área.
Para cualquier médico del país.

Con excepción de las consultas de emergencias, es prácticamente imposible no adscribir los enfermos a determinados médicos en determinadas áreas, ya que no habría forma de un control adecuado.

5º *En cuanto al pago de la consulta:*
La Caja pagaría toda la consulta.
La Caja paga por paciente (sin importar el número de consultas que haga).
La Caja paga parcialmente la consulta.
No la paga del todo (Medicina Mixta).
Le paga un salario base al médico y el resto por capitación.

6º *Hospitalización*
La Caja paga todo el costo del internamiento.
Paga parcialmente los gatos (sólo la clínica o los medicamentos).
No paga los gastos.
Paga solamente el costo de internamientos en sus hospitales, la diferencia la paga el enfermo.
Adecua pensiones en todos los hospitales y no cobra el costo promedio del internamiento, por encima del mismo paga el paciente.
Mixto de lo señalado.

7º *Medicamentos recetados privadamente:*
Pago total de estos.
Pago parcial.
Da sólo los de su formulario.
Paga a las farmacias por este trabajo.
Los entrega en sus farmacias.

8º *Laboratorio y gabinete:*
Los estudios se realizan en las clínicas y hospitales de la Caja.
Compra servicios mediante contratos especiales a la empresa privada.
Libre elección de laboratorios y gabinetes privados sin o con contratos previos.

9º *Relación médicos-Caja:*
Independencia total. No se es funcionario de la Caja.
El médico es funcionario de la Caja, recibe parte o todo su salario de ella.

24.4.5.5 COMENTARIOS SOBRE LA MEDICINA Y LA LIBRE ELECCION MEDICA

El médico costarricense se encuentra pasando por un período de crisis tanto institucional como privadamente. Sobre el problema en la Caja ya hicimos comentarios al respecto, sobre la segunda, la situación real como vimos, es que en su acción privada, tiene un papel muy reducido en la atención del enfermo costarricense el cual en un 90% es atendido por la Caja Costarricense del Seguro Social. De eso se desprende una falta de infraestructura que impide asumir rápidamente una función más amplia si es que esta situación se presentara. De hecho, el 93% de los profesionales en medicina laboran para la Caja u otras instituciones del Estado.[218, 327] Lo anterior nos muestra que es un porcentaje mínimo el que se dedica íntegramente a la actividad privada de la medicina.

A esa dependencia de trabajo institucional que ha burocratizado al médico, se unen además otros factores como son los bajos salarios y el problema de las acusaciones por "mala praxis". Eso añadido a lo larga y tediosa que es la carrera del médico, ha hecho que esté disminuyendo cada vez más el número de estudiantes que desean seguir la misma, lo que puede en un futuro cercano generar una crisis en los servicios médicos.

Pero este fenómeno no se está dando únicamente en Costa Rica, así por ejemplo: En los Estados Unidos, las 124 escuelas de medicina existentes ahí, han visto como la predilección para la carrera de medicina está en descenso, en 1977-78, 40 mil jóvenes optaron por seguir esta profesión. En 1989-90, solamente 26.900 lo hicieron. ¿Cuál es en esa nación la razón para esta caída en la admisión? Se describirá tomando un estudio realizado en 1990 sobre las mejores escuelas profesionales de ese país y publicado en el **U.S. News & World Report.**[316]

a) Los estudios son muy caros, aproximadamente $100 mil dólares por cuatro años.
b) Son muy largos, cuatro años de estudios y cinco de residencia.
c) Malos salarios al finalizar la profesión comparativamente a otros profesionales.
d) Carrera muy cansada, con guardias constantemente (cada tercer día) que obligan a no poder tener una relación familiar y social adecuada.
e) Mal trato para el médico mientras es estudiante de parte de sus jefes.
f) Los riesgos de mala praxis a que están sujetos una vez graduados y los altos costos de los seguros, desilusionan a muchos para inclinarse por esta profesión. (Esta está reduciendo la solicitud para residencias quirúrgicas especialmente).

Todo lo anterior puede ser aplicado a nuestro país con excepción del costo de la carrera que proporcionalmente y por darla la Universidad de Costa Rica es relativamente barata (en las privadas tiene un costo muy elevado).

Lo anterior está haciendo que en EE.UU, los médicos residentes, una vez terminada su carrera, prefieren no dedicarse a la práctica privada, sino que buscan contratos con hospitales o clínicas para trabajar y así, lo que dejan de ganar de mejores ingresos en sus oficinas privadas, lo compensan trabajando en horarios ordenados y con la seguridad de que serán defendidos en caso de acusaciones de mala praxis por la institución con la cual trabajan. En el país, el problema es más serio, ya que muchos de los jóvenes recién graduados de especialistas no encuentran por meses o años trabajo en el Seguro Social, lo que ha creado mayor incertidumbre y desilusión en ellos, los desentraña y obliga a ir a una consulta privada con pocos pacientes y con la cual muy pocos logran sobrevivir.

Esta situación plantea un riesgo serio para el futuro: ¿Va a disminuir la oferta ya que no es muy promisorio escoger la carrera de médico en las condiciones relatadas? ¿La calidad de quienes postulan en muchos casos puede no ser la mejor, ya que no es una carrera llamativa para estudiantes? ¿Nuestros jóvenes, podrían emigrar a los Estados Unidos cuando comience a aumentar en ese país el déficit de médicos y entonces nos podemos ver en una posición similar a la que estamos viviendo actualmente con las enfermeras graduadas?

De acuerdo con eso, la posibilidad de una libre elección médica para Costa Rica, sería de desear; sin embargo, hay varios hechos que deben ser estudiados cuidadosamente al respecto antes de lanzarnos por este camino.

Según la experiencia de la libre empresa, esta suministra bienes y servicios de calidad adecuada al precio que los consumidores pueden pagar. Sin embargo, como un sector de la población no tiene medios económicos para ello, esto debe ser reglamentado en cuanto a la consulta médica. En la acción privada, las buenas mercancías tienen mejores precios. Sin embargo, en medicina no es fácil que el consumidor pueda juzgar la calidad de los servicios médicos que reciben y a menudo por la urgencia de ser atendidos concurren al médico más cercano o al especialista más accesible y no al mejor. En todo caso, es difícil valorar la acción del médico, ya que no hay dos tratamientos iguales ni dos pacientes similares.

Es posible que la reputación del profesional entre sus colegas es el indicador más adecuado de su preparación. Sin embargo, los médicos suelen mandar usualmente sus casos no al mejor sino al especialista amigo, esto en cierto modo debilita la acción privada.

En las zonas rurales, donde hay pocos médicos, una libre elección médica crea una especie de monopolio debido a los inconvenientes de los viajes y al costo de ellos. Lo anterior, pese a que el país tiene actualmente

9.8 médicos por cada 10 mil habitantes, cifra acorde con las recomendaciones internacionales. Sin embargo, la mayoría se concentra en la Meseta Central y en las cabeceras de provincia.

La aparición de conflictos de interés en la medicina privada es un hecho corriente en los Estados Unidos. Por ejemplo: los profesionales que ordenan estudios de laboratorio y rayos X o endoscopias reciben, a veces, porcentaje por ello (comisión), lo que es inmoral pero imposible de detectar.

Sin embargo, eso está creando un exceso de pedidos de exámenes de laboratorio y gabinete que encarece los costos. En el país, cuando un médico general o un internista envía sus enfermos a un cirujano, muchos (no todos), esperan que este los llame para ayudar a la intervención y recibir también parte de los honorarios. Los cirujanos que no participan a los médicos que les envían pacientes, suelen perderlos como referidores. Esto está prohibido desde el punto de vista ético pero es una práctica común. Para evitar estos conflictos habría que establecer normas mínimas de seguridad y reglamentos de parte de la CCSS. Pero, además, el interés personal no es la única razón para pedir exceso de exámenes, el temor a ser acusados de negligentes, por no tener estudios adecuados o completos en un enfermo, obligan a solicitar muchos y muy variados estudios, lo que genera grandes gastos para el enfermo o la institución.

Posiblemente la falta de una buena preparación del médico y el temor a una acusación judicial son dos de las causas que están incidiendo el alto costo de los servicios médicos, ya que solicitan interconsultas o exámenes en muchos casos injustificadamente.

Y no es que todos los médicos sean inconscientes o actúan como negociantes, pero sí más de uno se comporta así. Algún día, el Colegio de Médicos y Cirujanos debería establecer un escalafón basado en diversos parámetros en cuanto a calidad profesional, si es que se llegara a crear la libre elección médica; y en defensa de los consumidores, hacerlo público para estimular a los brillantes y esforzados, dándoles ese reconocimiento. En los Estados Unidos, existe una lista que señala públicamente cuáles son los mejores hospitales nacionales.

Teóricamente, el médico no debería permitir que los aspectos económicos influyan en el ejercicio de la profesión; sin embargo, es un ser humano con compromisos por cumplir y su carrera no es en realidad un apostolado sino una profesión de la cual vive, no obstante, el médico debe conducirse dentro de ciertas normas éticas. Por eso, las autoridades deben estudiar cuidadosamente qué sistemas de remuneración fomenta un servicio médico eficiente y estimula a esos profesionales a ser cada día mejores con el enfermo y a continuar su formación de manera ininterrumpida.

A su vez, una libre elección médica debe tener limitaciones para el abuso de las consultas. En la medicina liberal, las personas de recursos acuden al médico cuando lo consideran necesario, mientras que los pobres

solamente cuando están muy enfermos. En el Seguro Social, los pacientes concurren a las consultas en muchas oportunidades por síntomas banales, esto sucede así por no haber limitación para ello. Si esto llega a suceder en una libre elección médica, los costos pueden ser imposibles de pagar; motivo por el cual, se crea una consulta por "capitación" o el enfermo paga parcialmente el costo de la misma. Una consulta pagada según número de pacientes vistos, se presta para que los más rápidos y sobre todo, los que tienen menos escrúpulos den un mayor número de consultas, sin observar normas mínimas de calidad que requieren tiempo. Además podrían prestarse a consultas reiteradas sugeridas a los enfermos por los profesionales.

Bajo el sistema de capitación, es posible los médicos se quejen de que algunos pacientes requieren consultas muy prolongadas por tener enfermedades de difícil diagnóstico, mientras que otros por simples, en unos pocos minutos pueden ser vistos y tratados. Sin embargo, comprobar estos datos es muy difícil y la remuneración fundada en el tiempo dedicado al paciente podría aumentar los gastos del sistema de manera incontrolable. Algo diferente tendrá que elaborarse para las consultas de psiquiatría y algunas otras especialidades que requieren de un tiempo mayor para reconocer al enfermo.

El control de un sistema de libre elección quirúrgica por ejemplo es muy difícil. Tenemos, así, que durante una época, el número de apendicectomías en Alemania Occidental era parecido al de los Estados Unidos, pese a tener una población menor. Incluso, las apendicectomías realizadas los sábados y domingos eran mucho mayores que entre semana.[185, 285] El número de operaciones quirúrgicas realizadas en EE.UU es proporcionalmente a la población, dos veces más elevado ahí que en Inglaterra.[1, 191]

En los Estados Unidos, las agencias de seguros médicos han establecido un sistema de control para detectar operaciones innecesarias, sugiriendo al asegurado solicitar a otro cirujano su opinión para ver si coinciden en la necesidad de la operación, el costo de esta consulta corre por cuenta del Seguro al que está afiliado.

En Costa Rica, tuve la oportunidad de conocer de un estudio en el cual, las cesáreas eran cuatro veces más frecuentes en una clínica privada que en los hospitales del Seguro, e incluso dos gineco-obstetras efectuaban la mitad de las operaciones ya señaladas. Pareciera se dio una llamada de atención, aunque en la medicina privada, no suele ser fácil demostrar abuso en estos casos.

De implementarse una libre elección médica, deberá obligadamente ya no sólo crearse una Auditoría-Médica efectiva, sino que un nuevo grupo de profesionales médicos, "los inspectores de seguro de enfermedad", deben ser puestos a controlar el sistema de consulta externa y de hospitalización. Lo anterior con el fin de evitar abusos evidentes y a la vez detectar a los profesionales que se desempeñan mejor, para así, poder

tener indicadores de trabajo establecidos y "premiar por sufiencias a estos médicos".

En algunos países, los gastos administrativos de control llegan a elevarse hasta el 10% de los gastos totales.[2]

En Inglaterra, el acceso directo a los especialistas no existe, y es a través de los médicos generales que se envían los enfermos a ellos, tanto para médicos generales como para especialistas existe un número máximo de enfermos por atender o afiliados a su consulta.

Bien dice el profesor Abal Smith que, ni existe un procedimiento perfecto para remunerar a los médicos, y además el sistema que funciona bien en un país, quizás dé malos resultados en otro. Esto puede depender de la ética médica imperante y del control que se logre de sus servicios.

No hay un sistema de remuneración ideal que fomente tanto la calidad como la economía, este depende en mucho de la actitud del médico y de su calidad profesional y humana, así como de su espíritu de servicio.

Sobre el tema de la "libre elección médica", se ha discutido mucho en el país, ya que despierta vivo interés en el cuerpo médico y en algunos sectores que estimulan la participación de la empresa privada en las actividades públicas; sin embargo, todavía no se han precisado los alcances de ella y no se ha llegado a un concepto claro de su significación.

La Caja debería realizar un estudio serio sobre la factibilidad de un programa de estos, ya que no está lejano el día en que algún gobierno decida implantar este sistema, y si no se está preparado para implementarlo adecuadamente o por el contrario rechazarlo con base en alguna experiencia, pues se podría presentar un problema grave en la institución.

Establecer una libre elección médica debería ser una aspiración del sistema, ya que teóricamente es el tipo de atención más llamativa para el paciente por la estrecha relación que establece con el médico y por supuesto es también la relación que desde hace muchos años buscan los profesionales en medicina. Si se pudiera establecer la misma mediante el pago de honorarios por consulta y ateniéndose a las tarifas aplicadas por los médicos en su consulta privada, no habría problema y las relaciones entre los médicos y el Seguro Social serían las mejores del mundo;[35] pero por muy diversas razones no es posible llegar a un acuerdo tan simple porque al parecer el costo, desde el punto de vista económico, podría ser imposible de cubrir, ya que el presupuesto de la institución está limitado por sus ingresos y además, el control de este sistema para garantizar su efectividad es, como ya se dijo, muy complejo y por ahora la institución no tiene capacidad para ello.

No es posible simplificar al extremo de decir que si en los Hospitales Nacionales el costo de la consulta externa es de 1800 colones, eso mismo podría pagar la Caja en la consulta privada, ya que se olvida que ahí está incluido todo tipo de servicios conjuntos prestados al enfermo y los ingentes recursos humanos empleados en dar esa atención.

La prestación de la asistencia médica en forma directa en los propios hospitales y clínicas de la Institución, permite a la Caja conocer, con anticipación y cierto grado de certeza, los costos de los servicios y los aumentos anuales que debe efectuar en sus presupuestos en relación con los ingresos esperados. Esto en una elección médica abierta sería imposible de lograr, de ahí la dificultad de aceptar este tipo de servicios dado lo difícil que es calcular sus costos.

La organización de los servicios de una libre elección médica se ha establecido en los diversos países de acuerdo con la extensión y capacidad de cobertura de los servicios y en relación con las particularidades propias de cada país y muy especialmente del sector asegurado.

Así la libertad de elección es ilimitada en algunas pocas naciones; los pacientes pueden ser atendidos por cualquier médico que esté afiliado al sistema; este es el caso de Suecia, pero en la mayoría de los países, la libertad de elección se haya limitada a un número de médicos establecidos en diferentes áreas en las que reside el derechohabiente o sea a una circunscripción determinada.

El salario del médico se realiza mediante una suma fija y un complemento por capitación. El asegurado no paga nada y el médico cobra a la Caja al final del mes, esta es la forma más corriente de pago; sin embargo, el médico puede ser pagado sólo por capitación o por consulta.

En algunos países, la población acude al médico que ha escogido y que reside en su distrito o ciudad, y el paciente paga al médico según una tarifa establecida, recibiendo a cambio de ello un comprobante que presenta posteriormente a la institución quien le reembolsa desde el 60% al 100% del costo de la consulta. En muchos países, los médicos cobran por encima de esa tarifa, y es el paciente quien paga la diferencia. En los Estados Unidos en el caso del Madicare, se está prohibiendo legalmente hacer cobros elevados por encima de dicha tarifa y sólo se permite pagar hasta un porcentaje preestablecido que supuestamente no debe ser mayor del 25% del costo de la consulta. En Francia sucede algo parecido ya que los médicos famosos tienen tarifas elevadas y quien va a verlos usualmente está dispuesto a pagar un porcentaje mayor.[130, 239]

Así es que, por lo general, en la libre elección médica, lo que se puede escoger es a alguno de los médicos del área donde uno reside. Para solicitar cambio de facultativo debe haber pasado de 6 meses a un año después de haberlo escogido.

Los médicos generales o los familiares envían a los enfermos donde los especialistas del área, no teniendo el paciente opción de escoger al especialista o pudiendo hacerlo si hay varios en su área residencial.

En Suecia, el asegurado puede escoger libremente a su médico y al especialista, sin limitación, pero el Seguro Social únicamente reintegra dos tercios de los gastos médicos por consulta.

En caso de que una persona tenga que residir temporalmente en otra

ciudad donde están inscritos, puede como en Inglaterra, solicitar servicios a los médicos de esa área como enfermos temporales. Las visitas a domicilio son pagadas usualmente como una extra, lo mismo que la atención de las emergencias en horas fuera del horario tradicional.

En Inglaterra, existen Centros de Salud, que son clínicas de consulta externa que el propio Servicio Nacional de Salud ha ayudado a montar mediante financiamiento, pago de secretarias, etc. y en las cuales trabajan: médicos generales, especialistas, microbiólogos, radiólogos, farmaceúticos, enfermeras, trabajadoras sociales, etc., y que dan servicios a áreas determinadas de una ciudad tanto en enfermedad como en cuidados preventivos y promoción de la salud para los niños del área y las mujeres embarazadas.

La posibilidad de descentralizar sus servicios de consulta externa, dejando de crear grandes clínicas y estableciendo pequeñas unidades de atención integral en zonas periféricas de las ciudades o en áreas rurales estratégicamente colocadas y donde el costo de crear clínicas resulta muy oneroso, debería ser analizada cuidadosamente por la Caja, ya en otra parte me he referido a ello y el ejemplo anterior simplemente señala que esa experiencia se ha vivido al parecer con buenos resultados en Inglaterra e Italia.

Para ampliar el tema ver el capítulo *Los Servicios Médicos en otros Países.*

COMENTARIO FINAL

Para poder mantener y mejorar los programas básicos, hemos de racionalizar los gastos creando prioridades definidas e iniciando una revisión de los sistemas operativos tradicionales. Nuestro sistema nacional de Salud y Seguridad Social, no podrá salir adelante sin la amplia colaboración de los profesionales de salud en especial la de los médicos y sin la participación de la comunidad en el proceso de cambio. No podemos ni debemos, esperar una salvación supranacional mediante cooperación externa de países desarrollados, eso sería un grave error y no hay posibilidad de que se dé.

Lamentablemente, estamos totalmente huérfanos de apoyo en Salud y Seguridad Social. Por estar muy avanzados en este campo para país subdesarrollado no podemos captar ejemplos de países ricos. La solución de nuestros problemas deberá proceder de acciones promovidas con ideas y estrategias nuestras. La crisis, en cuanto a salud, debe ser resuelta por nosotros, con nuestros recursos actuales y buscando soluciones mediante nuevas y más simples estrategias. Sólo así podríamos fijarnos metas superiores y por lo menos mantener y mejorar los niveles actuales de salud.

Capítulo 25

REGIMEN DE PENSIONES EN COSTA RICA

Capítulo 25

REGIMEN DE PENSIONES EN COSTA RICA

REGIMEN DE PENSIONES EN COSTA RICA

25.1 GENERALIDADES

Como se observó en el capítulo de *Historia de la Seguridad Social,* desde hace mucho tiempo ha existido la preocupación de proteger al trabajador asalariado en la época de su retiro mediante un aporte económico que el Estado o las instituciones encargadas darían al cumplir éste determinada edad y cesar de trabajar. La urbanización acelerada, el acceso al trabajo de parte de la mujer en una proporción muy elevada, el alejamiento de los hijos del hogar paterno ya sea casados o solteros, ha disminuido lo que se conocía como "responsabilidad filial", que es la responsabilidad que tenían los familiares por sus progenitores y que al reducirse o perderse ha creado momentos muy difíciles para el cuidado del anciano, especialmente si éste está enfermo o inválido y se encuentran por ello imposibilitados para atenderse a sí mismos, teniendo entonces que acudir a la caridad, a menos que cuenten con algún plan de pensiones que lo proteja en esas épocas.

Es indudable que todo trabajador al cabo de los años sufre de un desgaste físico y psíquico importante y que sus facultades, quiéralo o no, comienzan a disminuir en la mayoría de las personas a partir de determinada edad que podríamos fijar en 60 años, pero que tiene sus excepciones. Las pensiones han sido especialmente importantes para los asalariados, pero también para aquellos trabajadores por cuenta propia que viven del ingreso diario de sus esfuerzos personales, y aunque algunos pueden acumular cierto capital que les permita vivir con mayor holgura en su senectud; el trabajador asalariado no suele tener reservas económicas a la vejez, y requiere se le entregue una pensión que en realidad es un "salario diferido", que se guardó para dárselo al cesar en su trabajo, aunque eso no signifique retirarse de la vida activa en otros aspectos. Además de dar la pensión a quienes cumplen determinada edad, también la requieren aquellos que por azares de la vida adquieren una invalidez permanente que amerita una protección económica en forma de pensión para subsistir. Debemos tener

en cuenta que no solamente el retiro o la invalidez pueden traer problemas a la familia del trabajador, ya que la muerte, puede dejar en el desamparo a la esposa e hijos menores y por ello, esta protección está incorporada al régimen de pensiones.

Los planes de pensiones vienen entonces a sustituir en lo posible el ingreso salarial que deja de recibir quien obligado por la edad o incapacidad, deja de trabajar. La pensión pretende que el antiguo trabajador tenga un ingreso que le permita retirarse en forma digna y lo suficiente para satisfacer sus necesidades más inmediatas.

La configuración de los regímenes de pensiones debe responder indefectiblemente a las necesidades de los trabajadores y sus familias y a la posibilidad real que tiene el Estado de dar respuesta a esas necesidades. Debe por ello crearse un sistema unificado de pensiones para evitar la desigualdad y en el cual prime el principio de equidad y universalidad para todos los costarricenses, sin embargo, al presente, esto no existe y por ello, como se tocan intereses de grupos importantes (grupos de presión como se verá más adelante), debe manejarse con mucho cuidado la posibilidad de readecuar los diversos regímenes, algunos de ellos de claro privilegio comparados con los de la CCSS, que aunque bajos, están aún bien financiados.

Todos los programas de pensiones de un país, vienen a formar parte de la seguridad social del mismo y, por ello, deben ser elaborados bajo estrictos cuidados técnicos contando con una excelente administración, de manera que puedan garantizar una solvencia propia y permanente. Si bien la pensión vale por los beneficios que ofrece, estos no pueden exceder la capacidad de pago del sistema, ya que, si no, su estabilidad podría ponerse en duda. Debe buscarse que el monto de la pensión sea racional y justo, acorde con lo cotizado a través de los años y con los costos de la vida en el momento de la jubilación. Nadie puede pretender que las cuantías de las pensiones alcancen sumas similares a los últimos salarios completos devengados por el trabajador. (Increíblemente en Costa Rica, los diputados del período 1982-1986, tanto del Gobierno como los de la oposición, con algunas contadas excepciones, legislaron en beneficio propio, modificando el régimen de pensiones y obteniendo para ellos y cientos de trabajadores, pensiones similares a sus últimos salarios devengados como diputados al Congreso, a pesar de que por años, cotizaron para pensiones que serían sin las modificaciones hechas, tres a cuatro veces menores). Pero dentro de lo posible debe tratarse que la cuantía de las pensiones guarde la más estrecha relación con el salario. En la fijación de la suma de la pensión como en la fijación de la edad de retiro, debe actuarse con mucha prudencia.

Incluso algunos trabajadores pueden por la índole de su trabajo ameritar pensionarse más tempranamente que otros.

Las pensiones, al igual que los ingresos o rentas fijas, están sujetas a depreciación constante y pérdida de su poder adquisitivo y cuanto más

temprano se pensione una persona, más tiempo estará expuesta la pensión a este proceso de pérdida del poder adquisitivo. Por tal razón, deben ser revalorizadas periódicamente por las autoridades de acuerdo con el aumento del costo de la vida y obedeciendo a una política plenamente definida y siempre y cuando haya una reserva que permita hacer esos aumentos.

Todo plan de pensiones constituye un programa de solidaridad entre los patronos, el Estado y los trabajadores, sin olvidar que los fondos en reservas de esas pensiones no son únicamente para elevar las mismas, sino que los recursos acumulados, representan obligaciones diferidas en favor de los trabajadores jóvenes y por eso no deben ser tocados.

Por ello, los procedimientos administrativos para protegerlos deben ser los mejores, así como el sistema financiero para desarrollarlos. Los Actuarios, que son los economistas responsables de estos programas, no deben permitir si pueden, que las autoridades otorguen aumentos en las pensiones con miras por ejemplo políticas, que pongan en peligro el sistema. Manejar el régimen, dentro de un sistema de capitalización, es fundamental, para así invertir sus reservas en forma segura y con intereses adecuados, buscando desarrollar a través de esas inversiones la economía del país.[350]

Usualmente, el incremento en los pagos de la pensión, suele ser mayor que el observado en el Presupuesto Nacional y por ello la capitalización es necesaria en estos regímenes, ya que el producto de sus intereses, que se obtiene mediante la inversión productiva del fondo en reserva, permite el aumento de esas pensiones. Uno de tipo "reparto" va realizando los gastos de acuerdo con las necesidades, pero no llegan a tener posibilidad de aumentos adecuados en las pensiones, a menos que aumentáramos periódicamente los impuestos o las cuotas para soportar un sistema así.

Estos fondos de los regímenes de pensiones no pueden ser empleados en otras cosas, excepto para incrementar las finanzas del mismo régimen. La Constitución Política en su artículo 23 es clara en ese aspecto. Respecto de los fondos de la Caja, esos fondos en reserva además son un pasivo del programa lleno de obligaciones y no deben verse como capital o ganancias.[59]

Los planes de pensiones se financian a través de contribuciones directas de patronos, trabajadores y el Estado, aunque puede este último estar excluido. Por eso se les llama Régimen Contributivo como es el de la Caja del Seguro Social. También existen otros regímenes como el No Contributivo de Pensiones por Monto Básico, y en el cual, los beneficiarios no contribuyen con cuotas por ser de muy escasos recursos, y es el Estado y los restantes trabajadores y patronos los que sostienen este sistema, sin tener derecho a sus beneficios, y únicamente como una forma de solidaridad humana para ayudar a los pobres sin ingresos de subsistencia comprobados. Por ello, se rigen bajo normas diferentes.

Los Regímenes de Pensiones de un país, ya sea que estén centralizados en una sola institución como la CCSS o sean múltiples, deben estar

adaptados para funcionar acordes con las condiciones económicas y sociales que el país posee y espera tener en los próximos años. Debe tener sus ingresos bien garantizados y la edad de retiro adecuarla a la actual esperanza de vida al nacer que es en el caso de Costa Rica de 75 años para nuestra población. Debiendo ponerse una edad mínima de retiro por supuesto no menor de 60 años y que puede elevarse para el año 2100 hasta los 65 años para estar congruentes con nuestras expectativas de vida y el deseo de continuar trabajando de muchas personas, algunas de ellas indispensables. De hecho, se podrían dejar realizando labores de menor importancia o trabajando la mitad de tiempo, si son necesarios y desean continuar en su labor. Esto sería un equivalente de un "retiro gradual". Los Estados Unidos y el Japón se están moviendo en esa dirección.

En el país, la Caja Costarricense de Seguro Social elaboró un proyecto de Reforma Integral para el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte, que lamentablemente por presentarlo en los últimos días del gobierno del Presidente Arias, no lo aprobó la Junta Directiva, y en especial por las amenazas de huelga de los sindicatos de la institución. Ahí se proponía elevar paulatinamente para el año 2010 la edad de retiro a los 65 años, se daba permiso al pensionado por invalidez para continuar trabajando en otro campo al momento de su pensión.

El trabajador, que se pensionaba por edad, podía continuar trabajando en la empresa privada, se elevaba el monto de la pensión máxima de 60 mil a 75 mil colones, y otras modificaciones importantes.

Durante siglos solamente un pequeño número de personas, tal vez un 10% llegaba a los 65 años, en la actualidad en los países desarrollados, 8 de cada 10 personas llega a esa edad. En el país, nos está pasando igual. En los Estados Unidos en 1950, la mitad de los hombres continuaban trabajando a la edad de los 65 años; hoy en día, únicamente un 15% continúa en su trabajo y la edad del retiro ha caído a 61 años. Una encuesta hecha mostró que el 40% de los pensionados hubiera preferido continuar trabajando.[108]

25.2 REGIMEN DE PENSIONES DE LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

La Caja tiene en operación dos regímenes que son: el Régimen de Enfermedad y Maternidad que proporciona a toda la población del país servicios médicos y el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte que cubre con pensiones a los trabajadores afiliados por ley al mismo y que no llega a cubrir a la población en su totalidad. Además la institución administra un régimen especial para las personas de escasos recursos económicos conocido como Régimen No Contributivo de Pensiones por Monto Básico. (Ver *Cuadros 25.1- 25.2- 25.3 - 25.4)*

CUADRO 25.1

SEGURO DE INVALIDEZ, VEJEZ Y MUERTE NUMERO DE TRABAJADORES E INGRESOS PERCIBIDOS SEGUN SECTOR INSTITUCIONAL. DICIEMBRE 1987

Sector	Trabajadores	Ingresos	Porcentaje de ingresos
Total	**440.657**	**6.738.621.500**	**100.00**
Asalariados	**435.521**	**6.706.614.120**	**99.52**
Patronos Particulares(1)	323.827	4.244.333.560	62.99
Instituciones Autónomas	82.835	1.992.098.980	29.56
Gobierno	28.859	470.181.580	6.97
No asalariados	**5.136**	**32.007.380**	**0.48**
Cuenta Propia	4.118	24.537.710	0.36
Convenios Especiales(2)	1.018	7.469.670	0.12

(1) Incluye Trabajadores del Servicio Doméstico.
(2) Corresponden a grupos de Trabajadores organizados. La relación de aseguramiento se establece con la organización jurídica a la cual pertenecen.
FUENTE: Unidad de Estadística. Dirección Técnica Actuarial y de Planificación Institucional. C.C.S.S.

Las normas reglamentarias del Seguro de I.V.M. entraron en vigencia el 1º de enero de 1947, aplicándose inicialmente este Seguro a los trabajadores del Gobierno Central y su extensión fue lenta y gradual, hasta llegar a cubrir la misma área geográfica que E y M.[6]

El presupuesto de la Caja Costarricense de Seguro Social para 1990 fue de 56.479 millones de colones, lo que representó un crecimiento de 12 mil millones respecto de 1989. A Enfermedad y Maternidad (E.M.) corresponden 30.454 millones de colones, el resto a Invalidez, Vejez y Muerte (I.V.M.) siendo utilizados dos terceras partes del mismo para el pago de la pensión de vejez, invalidez, viudedad, orfandad, indemnización, etc.[222]

El Seguro de I.V.M. obtiene sus ingresos de las cuotas obrero-patronales obligatorias, las del Estado como tal, los capitales de reserva acumulados a su favor y con los intereses que le dan la inversión de sus recursos, las cotizaciones son las siguientes: Patronos con 4,75% del monto de las planillas. Los trabajadores con 2,50% del monto de los salarios ordinarios y extraordinarios y el Estado como tal con 0,25% de la planilla nacional. En 1987, el seguro de I.V.M. estaba cubriendo al 46,6% de la población económicamente activa del país.

El Régimen de Enfermedad y Maternidad obtiene su financiamiento a

CUADRO 25.2

SEGURO DE INVALIDEZ, VEJEZ Y MUERTE
MOVIMIENTO DE PENSIONES, SEGUN TIPO DE PENSION
AÑO 1987

Tipo de Pensión	Pensiones vigentes al comienzo del año		Pensiones terminadas por causa de:						Pensiones concedidas en el año		Revalorización de pensiones	Pensiones vigentes al final del año	
			Muerte		Rehabilitación		Otras causas						
	No. de casos	Monto	No. de casos	Monto	No. de casos	Monto	No. de casos	Monto	No. de casos	Monto		No. de casos	Monto
Total	**44.852**	**¢242.373.330.86**	**1.455**	**¢6.826.948.55**	**1**	**¢4.250.00**	**1.291**	**¢3.207.260.75**	**7.656**	**¢49.135.867.08**	**22.104.615.00**	**49.761**	**¢303.575.353.64**
Invalidez	12.454	70.626.127.95	383	2.410.815.65	1	4.250.00	28	155.453.15	1.889	11.501.111.05	6.839.380.90	13.931	86.396.101.10
Invalidez Disminuida	2.935	13.085.251.30	122	571.393.50	–	—	5	24.046.00	216	980.126.30	1.220.097.95	3.024	14.690.036.05
Vejez	12.744	107.694.073.65	795	3.190.413.45	–	—	26	235.043.30	2.922	27.386.371.21	8.750.794.65	14.845	140.405.782.76
Viudez	8.276	34.697.826.53	109	499.504.40	–	—	89	379.433.40	1.063	5.521.556.95	3.495.035.92	9.141	42.835.481.60
Orfandad	7.726	13.246.438.38	24	57.321.55	–	—	1.142	2.407.807.55	1.487	3.396.343.67	1.512.005.08	8.047	15.699.658.03
Padres	578	2.461.731.30	18	79.700.00	–	—	1	5.477.35	61	274.022.10	241.670.25	620	2.892.246.30
Hermanos	139	551.881.75	4	17.800.00	–	—	—	—	18	76.335.80	45.630.25	153	656.047.80

FUENTE: Estadística de pensiones del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte. Unidad de Estadística. Dirección Técnica Actuarial y de Planificación Institucional. C.C.S.S.

CUADRO 25.3

SEGURO DE INVALIDEZ, VEJEZ Y MUERTE
EGRESOS ORDINARIOS INCURRIDOS SEGUN CAUSA DE PAGO
PERIODO 1986-1987
(EN MILES DE COLONES)

Detalle de las prestaciones	Monto cancelado		Variación	
	1987	1986	Absoluta	Relativa
Total	**4.615.050.7**	**3.637.114.8**	**977.935.9**	**26.89**
Prestaciones en Especie	**446.922.2**	**349.197.9**	**97.724.3**	**27.99**
Servicios Médicos para Pensionados	439.470.9	342.498.0	96.972.9	28.31
Atención Médica en el País	7.451.3	6.699.9	751.4	11.22
Prestaciones en Dinero	**3.892.326.7**	**3.036.272.5**	**856.054.2**	**28.19**
Pensiones por Vejez	1.613.642.9	1.219.707.9	393.935.0	32.30
Pensiones por Invalidez	1.229.939.6	1.008.535.5	221.404.1	21.95
Pensiones por Muerte	743.907.2	567.621.4	176.285.8	31.06
Indemnizaciones Globales (por muerte)	749.8	534.0	215.8	40.41
Indemnizaciones por Invalidez	245.7	—	245.7	—
Cuota Capital de Defunción	2.678.1	5.076.9	(2.398.8)	(47.25)

Continúa en la siguiente página

Continuación del Cuadro 25.3

Detalle de las prestaciones	Monto cancelado		Variación	
	1987	1986	Absoluta	Relativa
Décimo Tercer Mes Pensionados I.V.M.	298.947.8	232.982.5	65.965.3	28.31
Compensación a Viudas por Nuevas Nupcias	2.137.0	1.775.7	361.3	20.35
Intereses por Pensiones	78.6	38.6	40.0	103.63
Gastos Administrativos	209.334.1	204.983.9	4.350.2	2.12
Depreciación de Activos	8.087.6	7.680.5	407.1	5.30
Gastos por Estimación Incobrables	39.033.4	29.893.5	9.139.9	30.57
Otros Gastos*	19.346.7	9.086.5	10.260.2	112.92

* Se refiere a gastos por servicios personales, no personales, material y suministros, gastos diversos, aportes y contribuciones y prestaciones legales.

FUENTE: Análisis preliminar de Ingresos - Egresos del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte - 1987.
Análisis Técnico de Ingresos – Egresos del Seguro Social, 1986. Dirección Técnica Actuarial y de Planificación Institucional. C.C.S.S.

CUADRO 25.4

REGIMEN NO CONTRIBUTIVO DE PENSIONES
PENSIONES OTORGADAS POR NUMERO DE BENEFICIARIOS Y MONTO DE LOS BENEFICIOS SEGUN TIPO DE PENSION. AÑOS 1984-1987

Tipo de pensión	1984				1985				1986				1987			
	No.	%	Monto en colones*	%	No.	%	Monto en colones*	%	No.	%	Monto en colones*	%	No.	%	Monto en colones*	%
Total	**54.922**	**100.00**	**32.844.170**	**100.00**	**54.400**	**100.00**	**32.919.490**	**100.00**	**57.511**	**100.00**	**35.065.589**	**100.00**	**61.346**	**100.00**	**53.259.080**	**100.00**
Jefes de Familia	**11.786**	**21.45**	**9.884.480**	**30.10**	**11.683**	**21.48**	**9.803.630**	**29.78**	**12.314**	**21.41**	**10.332.230**	**29.46**	**12.934**	**21.08**	**15.372.018**	**28.86**
Mayores de 65 años	6.486	11.81	5.446.800	16.58	6.282	11.55	5.275.440	16.02	6.485	11.27	5.445.960	15.53	6.711	10.94	7.983.030	14.99
Inválidos menores de 65 años	3.363	6.12	2.822.750	8.60	3.448	6.34	2.894.180	8.79	3.750	6.52	3.147.140	8.97	4.153	6.77	4.937.970	9.27
Sin compañera (o)	1.937	3.52	1.614.930	4.92	1.953	3.59	1.634.010	4.97	2.079	3.61	1.739.130	4.96	2.070	3.37	2.451.018	4.60
Personas Solas Mayores	**25.527**	**42.84**	**19.752.390**	**60.14**	**23.491**	**43.18**	**19.722.870**	**59.91**	**25.896**	**45.02**	**21.743.790**	**62.01**	**27.635**	**45.05**	**32.872.390**	**61.72**
Inválidos mayores de 65 años	16.169	29.44	13.574.760	41.33	15.852	29.14	13.309.200	40.43	17.256	30.00	14.489.280	41.32	18.028	29.39	21.443.120	40.26
Inválidos menores de 65 años	7.358	13.40	6.177.630	18.61	7.639	14.04	6.413.670	19.48	8.640	15.02	7.254.510	20.69	9.607	15.66	11.429.270	21.46
Indigentes 45-65 años	57	0.10	47.880	0.14	168	0.31	141.120	0.43	419	0.72	351.960	1.00	731	1.19	866.830	1.63
Premios Magón	—	—	—	—	2	0.01	20.000	0.06	3	0.01	33.579	0.10	3	—	37.200	0.07
Dependientes	18.541	33.76	2.315.940	7.05	18.019	33.12	2.360.430	7.17	18.879	32.84	2.604.030	7.43	20.043	32.68	4.110.642	7.72
Asilos**	1.011	1.85	843.480	2.57	1.037	1.90	871.440	2.65	—	—	—	—	—	—	—	—
Mayores de 65 años	884	1.61	739.320	2.25	889	1.63	747.120	2.27	—	—	—	—	—	—	—	—
Inválidos menores de 65 años	127	0.24	104.160	0.32	148	0.27	124.320	0.38	—	—	—	—	—	—	—	—

* Se refiere al monto mensual de la pensión.

** A partir del mes de abril de 1986, los asilos se incluyen en la planilla ordinaria, quedando distribuidos en los tipos de pensión que posee el Régimen.

FUENTE: Unidad de Estadística. Dirección Técnica Actuarial y de Planificación Institucional. C.C.S.S.

través de la cotización tripartita de: Patronos con un 9,25% sobre el monto de las planillas de salarios. Los trabajadores con un 5,5.% sobre los salarios ordinarios y extraordinarios y el Estado como tal con un 1,25% sobre la planilla nacional de los salarios. En 1987, cubría a un 90% de la población, compuesta por asegurados directos activos y los pensionados, y sus familias, los pensionados de Hacienda y el Magisterio, y los asegurados por cuenta del Estado que llegaban a un 7% de la población total.

La población no asegurada llegaba a un 10% y aunque tiene acceso a la atención médica debe pagarla si se prueba que tiene medios económicos para ello.[32]

El total del seguro de I.V.M. a diciembre de 1987 era de 19.391 millones de colones. Ese activo era igual a 10.61 veces el Pasivo corriente. Poseía el 95.3 de sus activos, y adeudaba únicamente el 4,7% del total de sus activos.[32]

Todos ellos dentro de límites contables adecuados. En 1987, existían 49.761 pensiones vigentes, aumentándose en un 10,94% en relación con el año anterior. Las inversiones hechas nos muestran que para el programa de vivienda en 1988 se prestaron: Al Instituto Nacional de Vivienda y Urbanismo, 375 millones de colones. Al Banco Hipotecario de la Vivienda, 300 millones, Préstamos Hipotecarios a Particulares, 1.447 millones y a los empleados 345 millones.[34]

El Régimen de Pensiones de la Caja está económicamente consolidado, pero sus gastos se están incrementando a mayor velocidad que los ingresos en especial debido a la disminución de la edad de retiro que era originalmente de 65 años para ambos sexos y con diez años de cotizar y se redujo gradualmente de 1947 a 1984, permitiéndose desde entonces un retiro desde los 55 años para la mujer y 57 para el hombre, ambos con 34 años de cotizar y un máximo de 90% sobre la base promedio salarial calculada sobre los cuatro años mejores de los últimos cinco. Es interesante recordar que la mujer en el país vive entre 76 y 77 años y el hombre solamente 72 años y, sin embargo, se permite que la mujer se retire antes.

Otros problemas son los reajustes relativamente altos que se han dado (por supuesto muy bajos si se compara con los regímenes especiales) y el hecho de que los ingresos efectivos no han crecido como se proyectaba debido a que el porcentaje de cotización salarial ya no es suficiente, la tasa de cotización se ha mantenido en 7,5% desde la creación del programa pero los gastos se han incrementado. Se ha sugerido un incremento al 9% para poder aumentar las pensiones en el futuro, en especial las bajas.

En 1981, las pensiones en la Caja representaban un 4,44% de los salarios totales, en 1989, representaron un 7,13% y para 1998 será de 10,58%. Es por eso que el Dr. Francisco Bayo, actuario del Sistema de Seguridad Social de los Estados Unidos, piensa que si no se hacen las correcciones del caso en el sistema de pensiones de la Caja, la institución tendrá que gastar el fondo de contingencia establecido, agotándose el

mismo antes del año 2000. Las reservas de este régimen equivalen actualmente a tres veces el gasto anual por pago de las pensiones, pero si los gastos siguen creciendo como hasta ahora la reserva se agotará.[25] Por otro lado, Jorge Sanguinetty, consultor de Washington, que estudió el sistema de pensiones de la Caja señala que:

> El equilibrio del régimen de I.V.M. se romperá en 1991, momento en el cual los ingresos serán excedidos por los gastos y obligaciones del fondo, y sólo podrán mantenerse haciendo uso de las reservas, las cuales acabarán extinguiéndose interiormente.[314]

El Estado no ha cumplido adecuadamente con sus obligaciones de pago y si paga lo hace con bonos de interés muy bajo, lo que está descapitalizando dicho fondo. Además, las Autoridades de la Institución han comprado Certificados de Depósito o de la Deuda Pública que pagan un interés posiblemente menor que el que podrían obtener prestando el dinero para construcciones a la empresa privada y finalmente porque el rendimiento de las inversiones ha sido bajo. La pensión mínima es de 8 mil colones y la pensión máxima actual que da la Caja es de 65 mil colones a junio de 1990. La pensión máxima que da el sistema de pensiones del Magisterio es de 332 mil colones y nada menos que fue para el expresidente del Banco Central del país del período 86-90, siguiéndole el exministro de Educación y la Segunda Vicepresidenta, con sumas superiores a los 230 mil colones, únicamente el Presidente Ejecutivo de la Caja el Dr. Guido Miranda, no se acogió a la pensión que le correspondía y que era de 282 mil colones al mes, con lo cual dio un ejemplo por seguir. Varios diputados y maestros de los dos partidos mayoritarios y cuyas pensiones no llegaban a 50 mil colones, salieron pensionados con 150 mil colones, lo que representa su sueldo de legislador. La pensión mínima de un maestro es de 15 mil colones.

Señala Carmelo Mesa Lagos que el rendimiento anual promedio nominal de la inversión de I.V.M. en 1977-1987 fue de 10,2% y que la causa principal de este pobre rendimiento es un porcentaje creciente de la inversión en bonos del sector público, de 21% a 41% en ese mismo período. En 1986, el 45,6% de dichos bonos eran por la deuda estatal a 40 años con un interés de 2% al 10% muy inferior al interés del mercado.[209] Este bajo rendimiento se ha compensado con préstamos hipotecarios y en depósitos bancarios a plazo fijo. *El Cuadro 25.3* muestra los egresos ordinarios según causa de pago en 1986-1987.

25.2.1 El Régimen No Contributivo de Pensiones por Monto Básico

Se creó para proteger a las personas que no tienen derecho a ningún otro régimen de pensiones y carecen de ingresos para su manutención. Las pensiones de este régimen se destinan a las personas ancianas mayores

de 65 años, a los inválidos, a las viudas desamparadas, a los niños huérfanos y otras personas con serios problemas económicos. Este régimen favorece actualmente a 47 mil beneficiarios directos (70 mil en total con los dependientes) con pensiones individuales muy bajas de 1200 a 1700 colones mensuales. (Debe recordarse que los cuidados médicos están garantizados gratuitamente para todas estas personas en el régimen de E.M. de la CCSS). Los recursos financieros están constituidos por el 20% de los ingresos totales del Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares según la Ley No.5662 de 1974, que corresponde a un Recargo sobre las Planillas de todos los trabajadores y un porcentaje del Impuesto de Ventas. (Ver *Cuadro 25.4).*

Los ingresos ordinarios alcanzaron en 1987 la suma de 871 millones de colones[32]. Es importante recalcar que en el período de gobierno 1986-1990 del Presidente Arias, se le quitó a DESAF el 33% de los ingresos para dedicarlos al programa de construcción de casas (fueron pasados al Banco Hipotecario de la Vivienda), con lo que se imposibilitó aumentar el aporte de ese fondo a este régimen de pensiones, y más bien disminuyeron sus asignaciones durante este período.

25.3 REGIMENES ESPECIALES DE PENSIONES

Antes de promulgarse la Ley que creó la Caja Costarricense de Seguro Social en 1941, existían ya algunos regímenes de pensiones para empleados públicos, entre los que estaban: Poder Judicial, Registro Público y Comunicaciones. Pese a que la ley establecía que a partir de ella, todos los empleados públicos deberían ingresar en el sistema de pensiones de la Caja, esto no se cumplió, especialmente debido a dos razones. El sistema no entró en vigencia hasta 1947 y en ese lapso se crearon los Regímenes de Hacienda y el de Obras Públicas y Transportes; y los partidos políticos, tratando de quedar bien con los sindicatos, facilitaban la creación o ampliación de nuevos regímenes, aparte de que los diputados legislaron en su beneficio al incluirse dentro del Régimen de Hacienda. Posteriormente, incluso gracias a la misma Asamblea y en especial a la fracción del Partido Liberación Nacional, el Régimen del Magisterio fue excluido de la CCSS.

Finalmente, por medio de normas presupuestarias o diversas leyes, se han ido incorporando el Régimen de Hacienda a diversos grupos de funcionarios públicos.

Para 1989, había en los 19 regímenes de pensiones cargados al Presupuesto Nacional de la República, 21.458 jubilados que consumieron en 1990, 10 mil millones de colones o sea el 13% del total de gastos del Gobierno que se estimaba en 77 mil millones de colones.[234, 235] Con una inflación del 12% según Bayo, en 1995 esas pensiones le costarían al país casi 21 mil millones de colones.[24]

En la actualidad funcionan 19 de dichos regímenes: 1º) Magisterio Nacional. 2º) Hacienda. 3º) Poder Judicial. 4º) Asamblea Legislativa. 5º) Poder Ejecutivo. 6º) Expresidentes de la República. 7º) Ministros y Secretarios de Estado. 8º) Comunicaciones. 9º) Obras Públicas. 10º) Registro Público. 11º) Ferrocarril al Pacífico. 12º) Heridos de Guerra. 13º) Ordenanzas Militares. 14º) Soldados de la Campaña Nacional. 15º) Acciones Bélicas. 16º) Viudas e hijos de Guardias Civiles 17º) Ciudadanos de Honor y Beneméritos. 18º) Músicos de Bandas Militares. 19º) Bomberos. De estos, 10 son contributivos y 9 totalmente financiados por el Estado. El *Cuadro 25.7* muestra las diferencias entre algunos de los Regímenes.

Para 1987 la Caja tenía 440.667 trabajadores cubiertos con el régimen de I.V.M., 435.521 eran asalariados y no asalariados sólo 4.118; protegiendo al 46.61% de la población económicamente activa. (Ver *Cuadros 25.1 y 25.2).*

Los regímenes especiales cubren a 77.600 empleados públicos y el 82% de ellos o sea 63.400 están cubiertos por el régimen del Magisterio, que es el que está otorgando pensiones millonarias de hasta $3500 dólares por mes, increíble para un país pobre. Un 6% que equivale a 4.620 cotizantes, pertenecen a Hacienda, otro 6% al Poder Judicial (4.620 cotizantes) y el resto suman más de mil cotizantes, a los otros regímenes.[315] Un 16% de la población cubierta por pensiones pertenece a estos regímenes.[207, 209]

Del total de empleados públicos un 40% está dentro de regímenes especiales. La mayor proporción de gastos corresponde en estos regímenes al del Magisterio con un 60%: siguiéndole el de Hacienda con un 18%; Obras Públicas con un 6,5% y Correos y Telégrafos con un 4,5%. Estos cuatro regímenes representan en conjunto, el 90% del gasto en pensiones especiales.

El Dr. Fernando Naranjo[232] señala que, en los últimos cinco años, el gasto en pensiones ha venido aumentando en forma acelerada, creciendo 3.9 veces, representando en la actualidad más del 9% del Gasto del Gobierno y el 12% de los ingresos tributarios. (Ver *Cuadros 25.5 y 25.6).*

A pesar de tener Costa Rica una población relativamente joven, en la cual, el 50% de la población es menor de 20 años, y únicamente el 6,2% es mayor de 60 años (4,1% de 65 años o más). Sin embargo, casi el 30% del gasto total de la seguridad social se dedicó a pensiones (12,4% a los regímenes especiales y 17% al resto). Dice Carmelo Mesa-Lago en su interesante

> que el 42% del total asignado a pensiones va a los regímenes especiales que abarcan el 16% de la población cubierta por pensiones y al 20% del total de pensionados, mientras que un 58% se asigna a I.V.M. de la Caja y al Régimen No Contributivo, que combinados abarcan el 84% del total de la población cubierta por pensiones y el 80% del total de pensionados. La carga para el Estado de todas las pensiones en 1985 fue equivalente al 1,5% del PIB, del cual el 68% fue por los regímenes especiales (el total de gastos de seguridad social fue 10% del PIB).[206, 209]

CUADRO 25.5

ESTRUCTURA DEL FINANCIAMIENTO DE REGIMENES ESPECIALES DE PENSIONES (EN PORCENTAJES)

	Aporte obrero y patronal	Aporte estatal
1983	22.4	77.6
1984	20.4	79.6
1985	19.9	80.1
1986	16.8	83.2
1987	11.8	88.2
1988	18.6	81.4
1989	14.0	86.0

FUENTE: Oficina de Presupuesto Nacional.
Ministerio de Hacienda. 1990.

CUADRO 25.6

EVOLUCION GASTO EN PENSIONES CON CARGO AL PRESUPUESTO (MILLONES DE COLONES)

	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989
Gastos/Pensiones	1357	1865	2411	3505	4331	5850	7300
Variación relativa	—	37.5%	29.3%	45.4%	23.6%	35.1%	24.8%
Pensiones/gasto							
Gobierno	5.2%	5.8%	6.7%	7.6%	8.6%	9.5%	9.3%
Pensiones/ingresos							
Tributarios	6.5%	7.6%	8.1%	10.4%	10.5%	11.6%	12.0%

FUENTE: Oficina del Presupuesto Nacional. 1990.
Ministerio de Hacienda. (Adaptado).

CUADRO 25.7

CUADRO COMPARATIVO DIVERSOS REGIMENES DE JUBILACION

Régimen	Años de servicio	Edad	Aporte del trabajador	Monto de la pensión	Condiciones especiales
De Hda. servidores del sector	30	50	5% s/sueldos y pensiones	Igualdad al último sueldo y demás incrementos	Reajustes automáticos
Telecomun. y Gobernación	30	50	5% de salarios y 1% de pensiones	Promedio de los últimos 12 sueldos	Reajustes automáticos
Poder Judicial	30	55	5% de sueldos y 2% pensiones	Salario promedio del último año	Reajustes automáticos
Magisterio Nacional	30	—	5% salarios, 1% jubilac.	Mejor salario últimos 5 años	Reajustes automáticos
Registro Nacional	30	60	5% sobre sueldos 3% s/pensiones	2/3 del último salario	Reajustes automáticos
C.C.S.S.	34	57 55	25% s/salarios y pensiones	3000 col. máximo	No hay reajustes automáticos

FUENTE: Departamento Servicios Técnicos Asamblea Legislativa. 57 varones, 55 mujeres. 1989. (16).

La causa de este elevado costo y de la crisis que está por sobrevenir en este régimen se debe según Naranjo a que:

> las leyes que otorgan jubilaciones, no han considerado seriamente los costos que el beneficio otorgado acarrea, ni la forma en que se va a financiar, y no se realizaron estudios actuariales en el momento de definir las características de los regímenes acordados. Las pensiones se han podido seguir pagando porque el gobierno anualmente pone lo que hace falta.

Increíblemente se señala que los regímenes de pensiones del Gobierno, no poseen fondo o capital de reserva y ni siquiera se lleva contabilidad separada, por lo que no hay recortes financieros básicos, balances ni estados de ingresos y gastos.[234, 235]

Además, los gastos excesivos se deben a los beneficios muy generosos, con una edad de retiro de 50 años y con 30 años de cotización y en algunos regímenes no hay edad de retiro, el tiempo mínimo de servicio que permite derecho a la pensión de 10 años es muy bajo y porque en algunos regímenes el cálculo para definir la pensión se basa ahora en el último año

para todos los regímenes contributivos; se aplica el 100% al salario base para calcular la pensión, etc. En comparación a esto, el régimen de la Caja es mucho más estricto.

Por ejemplo, los maestros y profesores universitarios que han llegado a la Asamblea, han tenido como principal preocupación la de asegurarse que su pensión al dejar de ser legislador sea por lo menos una continuación del salario que tenían de diputado. Según las modificaciones hechas a la ley de la Junta de Pensiones y Jubilaciones del Magisterio, en beneficio de los educadores; basta con haber trabajado un tiempo (no necesariamente completo) en alguna Universidad para reclamar derechos. Lo mismo si se ha sido, ministro, diputado, diplomáticos, etc., la pensión correspondería al monto del salario de ese cargo político. Es así como vemos que pensionados con 25 mil colones, asumen un puesto de los anteriores por un año y ya tienen derecho al beneficio indicado.[167]

Están contribuyendo además, a la quiebra del régimen, la falta de un fondo en cada régimen y la ausencia de buena contabilidad; el que las leyes fijan sólo un 5% de contribución al trabajador o pensionado y el resto, lo tiene que financiar el Estado, con los impuestos o sea en realidad, este régimen que, en muchos casos es de privilegio, "lo pagamos todos los costarricenses". Incluso en el caso de los empleados de Hacienda, no se cotiza con este 5%, sino para el régimen de pensiones de la CCSS que es más bajo, pero luego se acogen a la pensión de Hacienda con sólo cotizar el último año ahí.[232]

Solamente el del Magisterio establece que el Estado financie el 33% del monto pagado y lo restante (los patrones y el mismo Estado) el otro 33%. Lo interesante es que, la mayoría de las pensiones no son de monto muy elevado, en el régimen de Hacienda en 1989, un 56% de las pensiones eran menores de 25 mil colones, en el Magisterio el 70% y en Obras Públicas el 90% y en los restantes parecidos, de lo cual se saca en conclusión que son ciertos grupos privilegiados: exdiputados, expresidentes de instituciones autónomas, exministros, los que están aprovechándose de la situación.

Mientras que la pensión de la Caja creció un 5% anual, las especiales lo hicieron en un 20% y estas pensiones suelen ser entre tres y seis veces mayores que las del fondo de I.V.M.

Las pensiones tan elevadas que se han estado otorgando, no sólo alteran la situación financiera, sino que constituyen una granjería para ciertos grupos de privilegio y para decirlo mejor, al ocasionar amplias diferencias en dichos regímenes causan injusticia social ya que en parte están llevando a la quiebra a dichos regímenes; 22 mil jubilados se llevan el 11% del presupuesto total del Gobierno Central.[89]

Como señalan Naranjo y Zúñiga en su estudio, en 1983, casi una cuarta parte del gasto era financiado por los beneficiarios y por sus patronos y en 1989, esa participación bajó a un 14% de donde se infiere que año con año aumenta la participación del Gobierno para financiar este sistema de pensiones.[235]

El Dr. Fernando Naranjo, brillante Ministro de Hacienda del período 1986-1990, trató de poner un freno a esta situación y en el presupuesto de 1987 incluyó una norma de ejecución presupuestaria, la cual establecía una serie de limitaciones en la concesión de pensiones, en especial el tope en cuanto al monto, un mínimo de tiempo servido y otras restricciones y en 1989 incluyó otra más amplia. Lamentablemente en un fallo muy controvertido, la Corte Suprema de Justicia "Interina" declaró por un voto de diferencia, que esas normas eran inconstitucionales. (Los Magistrados de la Corte Suprema de Justicia, se excusaron de conocer las normas porque son potencialmente beneficiarios del sistema, por eso el fallo lo brindó una Corte Interina).

Los Regímenes Especiales de Pensiones no son según los expertos, viables financieramente, su sistema de excesivos beneficios no se justifica en la mayoría de los casos y si bien son legales, en realidad son en cierto modo inmorales, por las diferencias que hay en los beneficios que se conceden a algunos grupos. No se justifican desde el punto de vista de la equidad, además, el Estado no parece ya tener la posibilidad de continuar financiándolo por lo elevado y el mismo crecimiento que presenta, y porque puede a corto plazo desestabilizar la economía del país y de hecho se están constituyendo en un obstáculo para la recuperación económica tan necesaria para continuar apoyando el sistema de salud y seguridad social que poseemos y de hecho el restante desarrollo social.

25.4 RECOMENDACIONES

Están basadas en lo que los diferentes expertos como Carmelo Mesa-Lago, Francisco Roberto Bayo, Jorge Sanguinetty, Fernando Naranjo y Guillermo Zúñiga, y la propia Caja Costarricense del Seguro Social han señalado en las diversas publicaciones.

En lo aconsejado para la Caja se sugiere, como veremos al final, solamente modificaciones para restablecer su equilibrio actuarial a mediano plazo; en cambio, los Regímenes Especiales de Pensiones, requieren una reforma radical y urgente que los reestructure totalmente a corto plazo.

a) Promulgar una Ley para que a partir de la misma todos los empleados públicos futuros ingresen en el régimen de pensiones de la Caja, sin excepción, incluso los que hoy tienen derecho a acogerse a otro régimen.
b) Fijar un monto máximo en las pensiones de aproximadamente 90 mil colones. (Según estudios actuariales del Ministerio de Hacienda, adecuado para el año 1989).
c) Que todas las pensiones por encima de 50 mil colones continúen cotizando por encima de esa suma al régimen de pensiones. Que

además paguen impuesto de la renta por encima de esa suma.

d) La edad para el retiro debe ser como mínimo a los 60 años. La CCSS propone a los 65 años para el año 2010 de manera escalonada.[37]

e) Unificar todos los regímenes especiales bajo la CCSS y uniformar (lo que no implica pensiones iguales), el tiempo para ser elegible, ajuste de las pensiones, manera de financiarlos, etc., respetando los derechos adquiridos básicos.

f) Aplicar un impuesto especial mediante una ley a las pensiones por encima de 90 mil colones. El Presidente de la República, el Lic. Rafael Angel Calderón ha hecho esta sugerencia.[38]

g) Establecer un sistema de pensiones básicas de cuantía reducida con un mínimo y un máximo.

h) Establecer un sistema "complementario" de pensiones para todo asegurado que se quiera acoger a él, de manera voluntaria con el fin de obtener una pensión mayor al retiro y estrictamente en relación con los aportes hechos durante sus años de trabajo y que sería administrado por la CCSS de manera independiente, de esta forma, los grupos que deseen obtener beneficios adicionales a los demás trabajadores, contribuirían al costo del sistema. De hecho creemos que por ejemplo, los profesores de la Universidad y los maestros podrían estar anuentes a un aumento de las cuotas y a la limitación de las elevadas pensiones que actualmente se conceden a algunos en ese régimen.[195] Lo menos que podría proponerse en el régimen del Magisterio es que haya un tope de las pensiones (el ya especificado) y que los beneficios de esa pensión sean únicamente para quienes hayan sido profesores con tiempo completo y medio tiempo y sin que signifique aumento de la pensión el haber sido diputado, embajador, ministro, etc.

i) Reducción de la contribución del Estado. Por ejemplo de acuerdo con la Ley de Pensiones y Jubilaciones del Magisterio Nacional, la financiación del régimen es tripartita a cargo del Estado, patrono y trabajador, el Estado al ser al mismo tiempo empleado contribuye no con un 33% sino con un 66,66% (cifra que se ha elevado recientemente al 86%). Debe reducirse esta participación al 50% y en el caso de Hacienda, y otros planes, esa sería la contribución máxima del Estado.

Para solventar la situación en el régimen de I.V.M. de la Caja se recomienda:

a) Aumentar progresivamente la edad de retiro hasta alcanzar 65 años para ambos sexos en el año 2010 como lo propone la Caja.

b) Reajustar las pensiones con base en la pensión original y no en la pensión en curso de pago.
c) Elevar el monto máximo a lo señalado para los otros regímenes.
d) Incrementar la cotización salarial total en un 1,5% dividiendo esto entre los trabajadores y patronos.
e) La Caja debe tratar de renegociar el interés de sus bonos con el Estado.
f) Incrementar la inversión en depósitos bancarios a plazo fijo y los préstamos hipotecarios.

25.5 CONCLUSION

Lo anterior requeriría de una decisión política superior para encontrarle solución al desfinanciamiento del régimen y que comprendería tanto al Poder Ejecutivo como al Legislativo. El problema es sensible en extremo, pues toca intereses íntimos de los trabajadores y en especial de los diputados, que pareciera llegan a la Asamblea Legislativa únicamente buscando hacer antecedentes para una jugosa pensión, salvo —como ya se dijo— contadas excepciones.

Los sindicatos y los diversos gremios del sector público se opondrán a cualquier medida, aún sabiendo que de persistir la situación actual es posible sus pensiones peligren e incluso la estabilidad económica del país. Ya que, o se pone orden en los sistemas de pensiones o el Estado puede sucumbir y con él, por supuesto los beneficios de todos los trabajadores.

En realidad, los gobiernos últimos todos han sido muy débiles para afrontar esta situación y únicamente se salva el Ministro de Hacienda Dr. Fernando Naranjo con su valiente actitud y el Presidente de la República el Dr. Oscar Arias al apoyarlo.

Incluso las autoridades de la Caja muy tardíamente y en las postrimerías del Gobierno, trataron de modificar el reglamento, sin lograrlo por ser muy tarde y no tener ya el Gobierno poder alguno; además injustamente se trataba de meter en cintura a los trabajadores de este régimen dejando por fuera a los privilegiados de los otros sistemas, lo cual era a todas luces injusto. Se trata de un problema global, posiblemente la situación más seria desde el punto de vista económico y político que tenga el Gobierno del Presidente Calderón Fournier. La postergación de una solución resquebrajaría las finanzas públicas y la reactivación económica del país. Consciente de esta responsabilidad histórica es que señalé que corresponde a una acción en conjunto Ejecutivo y Legislativo resolverla, los partidos políticos deben estar conscientes de la gravedad de la situación y apoyar su solución, no tratando de beneficiarse creando obstáculos ya que la paz social y la democracia que poseemos podrían estar en juego.[170, 179]

Si no se logra unificar, uniformar y estabilizar el sistema de pensiones,

el país continuaría su rumbo hacia la "uruguayización" como dice Carmelo Mesa-Lago y por lo tanto hacia una catástrofe económica, social y política.

Algunos países de América Latina han tenido ya serios problemas con los regímenes de pensiones amparados por el Estado. La mayoría de estos tienen o han tenido serias dificultades financieras, porque los políticos y los gobiernos en turno, aumentan los privilegios en cada período para así elevar su popularidad y debido sobre todo a promesas en la campaña política que los llevó al poder. Pero los beneficios políticos obtenidos con esas medidas son temporales y si bien se evitan enfrentamientos con los grupos de presión, al no tomarse en las medidas adecuadas para resolver la situación, los costos de esta irresponsable actitud se presentan a largo plazo en forma de quiebra de los sistemas y posible pérdida de la paz social.

CAPITULO 26

Servicios de salud y seguridad social en otros países

CAPÍTULO 26

Servicios de salud y seguridad social en otros países

SERVICIOS DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL EN OTROS PAISES

Este capítulo tiene como fin, informar sobre los cuidados de la salud y la atención de la enfermedad en algunos países desarrollados. Vamos a referirnos únicamente a ciertos aspectos de esos servicios y los problemas ahí detectados.

26.1 ESTADOS UNIDOS (EE.UU)

Casi todos los grandes avances de la medicina moderna se han realizado en este país, de hecho la mejor atención médica del mundo y la tecnología más moderna se encuentran en los hospitales más prestigiados de los Estados Unidos y en proporción, no hay ninguna nación que se les pueda comparar.

Pero no es igual tener la mejor medicina a tener el mejor servicio de salud y, por lo que sabemos, no toda la población tiene acceso a servicios médicos adecuados, lo anterior deja en duda la equidad con que es invertido el presupuesto de este campo. A pesar de los programas como Medicare y Medicaid, unos 37 millones de estadounidenses no tienen seguro de salud.[66, 290]

El llamado sistema de salud en ese país consiste, en especial, en un sistema de servicios formados por grupos de: hospitales, médicos, agencias de gobierno, organizaciones públicas y privadas para la atención de la salud y el tratamiento de las enfermedades, así como organismos o instituciones de investigación. Ninguna tiene poder sobre todas las demás y en realidad el poder está fragmentado.[308]

Con una población de 246 millones de habitantes y un ingreso per cápita en dólares de $18530 (solamente superado por Suiza $21330)[84, 344]

es aún, la nación más poderosa de la tierra. Su progreso económico y social ha traído como consecuencia grandes mejoras en el campo de la salud para su población. Si bien la meta de sus servicios consiste en mejorar la salud de la población; en costos y objetivos parece predominar la atención médica sobre otras actividades como son la promoción de la salud y la prevención. El país contaba con 576.700 médicos, 1 por 419 personas, y 1.308.500 camas de hospital, 1 por 183 personas [84]. Tiene 6.782 hospitales.

Si uno tiene recursos económicos, o un buen seguro médico, puede obtener la mejor atención médica posible a muy corto plazo o sea con oportunidad, además, la tecnología empleada para el diagnóstico y tratamiento es la más avanzada existente. Pero si se carece de recursos puede que los servicios que logre conseguir, estén muy por debajo de los que se obtienen en nuestros hospitales del Seguro Social.

El total de gastos empleados en el sistema excedió en 1989, 11% del Producto Interno Bruto. (En 1965 requería el 5,9% y en 1980 era de 9%);[63,299] de hecho, los Estados Unidos gastaron más de $600 billones de dólares en estos cuidados en ese año, el doble de lo que la nación dispone para la defensa y un 50% más de lo dedicado a educación.[67] En la actualidad, este país es víctima de la epidemia mundial de elevación de costos en los cuidados médicos y de la salud, aunque estos son, proporcionalmente, más elevados que en cualquier otra parte. Pero como si lo anterior fuera poco, el gobierno del presidente Bush ha propuesto que los superávit en la Seguridad Social ingresen en un fondo para reducir la deuda acumulada por el Gobierno Federal en la última década,[186,281] algo parecido a la compra de certificados del Gobierno que la Caja del Seguro Social de Costa Rica ha hecho por miles de millones de colones del régimen de Invalidez, Vejez y Muerte. Como se ve, en todo lugar se cuecen habas.

En 1989, los costos de cuidados de la salud excedieron los 600 billones de dólares, un 11% más elevados que en 1988 y de éstos, los seguros privados y los pacientes, contribuyeron con el 59% del total (seguros privados 32%), pago directo de pacientes 25%). Los programas públicos, incluyendo el Medicare y Medicaid contribuyeron con el 41% restante. (Medicare 17%, Medicaid 10%). Otros recursos, incluyendo cuidado de personal militar y veteranos, 14% y, finalmente, 2% de seguros de compañías privadas y filantropía. [67, 117]

Existe malestar en ese país, por no existir una verdadera y única política de salud de tipo nacional, y, en la actualidad, con la elevación de los costos, el gobierno está tratando de desviar sus gastos en Medicare hacia la empresa privada y a su vez, estos están tratando de cortar beneficios del retiro a sus trabajadores; los pequeños empleadores no ofrecen seguros a sus trabajadores y son ellos por su propia cuenta los que tienen que asegurarse. Por lo menos, 15 millones de trabajadores empleados en pequeños negocios no tienen seguro médico.[98] Una encuesta realizada en EE.UU señaló que en 1989, el promedio de costo de los planes de seguros

médicos significó para cada trabajador anualmente $2.600 y lo mismo a los empleadores.[238]

Tres Seguros médicos predominan en ese país. El primero pertenece al Sistema de la Seguridad Social del Gobierno, en el cual el trabajador paga una cuota del salario mensualmente, los patrones cotizan con una similar. Eso da derecho para recibir una pensión cuando se retira en la vejez a los 65 años. Nueve de 10 americanos están cubiertos por este sistema. En 1989 uno de cada 7 trabajadores recibía pensión del Gobierno. Los ingresos del seguro se obtienen con aportes: de parte del trabajador el 7,5% del salario hasta 48 mil dólares por año y los patronos contribuyen con un 7.51% de salario mensual de sus empleados.[325]

El trabajador por cuenta propia paga el 13%. La pensión y el derecho a servicios médicos comienzan hasta tener 65 años, antes para protegerse se debe tener un seguro médico y de hospital privado.

Si en lugar de retirarse a los 65 años se retira a los 70, tiene un aumento del 3% anual en los beneficios. Se requieren entre 35 años y 40 años de cotizaciones (créditos) para la pensión completa. Si la persona es minusválida el número de créditos depende de los años en que se incapacita y el número de créditos que tenga pagado. Si es ciego, se le da el máximo. Un minusválido de 52 años se retira con 30 créditos, 20 de ellos pagados de la incapacidad.

MEDICARE: Es un seguro de atención en la enfermedad para viejos una vez que llegan a los 65 años ya sea que se retire o no. Está compuesto de dos partes:

A. El seguro de hospital: tiene derecho a él cuando uno se enferma y está comprendido entre las cuotas pagadas durante sus años de trabajo. No se paga extras. De esta parte llamada A, se le deduce al trabajador de su salario $156 mensuales y da derecho a los costos de hospital y exámenes (no a los servicios extra-hospitalarios).
B. Es un Seguro Médico, al que se tiene derecho al llegar a los 65 años, pero se hace necesario haber pagado una cuota extra previa de $31 mensuales, deducido del cheque de salarios para el seguro social. Esta cobertura no es obligatoria y puede o no aceptarla. La A sí es obligatoria para todo trabajador. La parte B paga las cuentas de médicos y cirujanos con ciertas restricciones además, las de la consulta externa y hospitalización.[325]

A los 65 años uno es elegible para MEDICARE, incluso aunque no lo fuera para los otros beneficios de la seguridad social de ese país y si en ese momento no se tiene trabajo también es admitido. Si uno es inválido tiene derecho a estos servicios si por lo menos ha cotizado para el seguro por dos años. Si requiere diálisis o transplante renal, este seguro cubre eso. La

esposa en labor de hogar tiene derecho a esta cobertura a los 62 años. Existe un sistema de cuidados como parte del sistema. El Medicare cubre a 30 millones de personas mayores y cerca de tres millones de minusválidos en los Estados Unidos.[305]

Medicare no paga por todo; de hecho, sólo cancela el 80% de las cuentas médicas aprobadas, por lo que las personas deben tener otro seguro de apoyo, los pagos hechos por Medicare, son manejados por organismos privados bajo contrato con el gobierno.[58]

El segundo seguro que existe es el *MEDICAID*: Es el programa de asistencia médica del gobierno para personas de pocos recursos económicos. [117] La mayoría de los Estados gastan un 15% de sus ingresos en el mismo. (Un 8% más que hace 5 años). Y del costo total del programa, los estados contribuyen con el 45%, y el resto el Gobierno Federal [176].

Posiblemente, en el futuro, este programa sea la manera más simple de hacer accesible al pobre los servicios médicos sin contar con un seguro; sin embargo, actualmente, tiene severas fallas que deben ser corregidas. En realidad, está instituido en cada estado con apoyo económico del gobierno federal para ayudar a las personas con ingresos debajo del nivel de pobreza ($5.770 al año). Pero no parece cubrir adecuadamente a toda la población pobre; por ejemplo, Dakota del Sur cubre sólo el 17% de sus pobres, mientras que California con un plan más generoso protege el 83%. Pero el programa está al parecer desfinanciado y requiere por lo menos $68 billones más para 1990. En Oregón, por ejemplo, 160 mil personas con pobres, pero al no llegar al nivel de pobreza exigido por el gobierno, no tienen derecho al Medicaid. Están desprotegidos y, sin embargo, el programa de trasplantes de ese Estado, costó $1 millón por caso, sólo 9 de 19 sobrevivieron y el costo de cada uno anual es de 424 mil por año. Como se aprecia los beneficios están injustamente distribuidos.[229]

A raíz de eso, en ese Estado, están decididos a crear reformas a los servicios de salud para que contemplen lo siguiente:

a) Los servicios deben mejorar la calidad de vida.
b) Deben incrementar la longevidad.
c) Deben asegurar que todo el mundo tenga igual acceso a ellos.
d) Deberán ser eficientes y proporcionar esa eficiencia para la mayor parte de la gente por una cantidad determinada de dinero, que pueda ser pagada sin problemas por las personas y el Estado.

Se espera con lo anterior priorizar el gasto y el acceso a los servicios. Para lograr eso, el Estado de Oregón creó una comisión llamada "Decisiones de Salud de Oregón", que ha estudiado los problemas y ha hecho sugerencias; por ejemplo han señalado que es increíble que se gasten millones en "unidades de terapia intensiva" para tratar accidentes vasculares cerebrales y en cambio no se destinen sumas adecuadas para

prevenir o tratar la hipertensión arterial.[82]

Se gastan en Estados Unidos $3 billones en unidades de cuidados intensivos neonatales y en cambio no se da control prenatal a miles de madres. Esos son los contrastes a los que nos referíamos en el principio y que hacen que el servicio de salud en EE.UU no sea adecuado en muchos aspectos.

El tercero es el Sistema de Seguros Privados Médicos: Seguro para los ciudadanos que pueden por sus ingresos, tomarlos para protegerse él y su familia en casos de enfermedad. Hay diversos tipos con muchos grados de protección y su costo anual suele ser muy elevado. (Desde $200 mensuales a varios miles). El problema es que año con año son aumentados los seguros debido al alto costo de la tecnología, y el costo para los médicos y hospitales de la "mala praxis", lo que eleva los gastos de los servicios. Por ejemplo, compañías aseguradoras se niegan a asegurar a empresas o grupos de trabajo, a menos que queden por fuera las personas que por su edad o posible enfermedad puedan presentar gastos muy elevados para las aseguradoras. De hecho están buscando solamente trabajadores con mínimos riesgos para asegurar, lo que es una discriminación peligrosa.

Existe en este momento un clamor entre los ciudadanos y el gobierno debido a los altos costos del sistema y a las deficiencias que el mismo presenta en especial en la protección de los pobres. Se tiene el deseo de lograr algún día un seguro social que cubra a todos los estadounidenses por igual, proporcionando medicina preventiva, y cuidados de atención médica y hospitalaria, pagado por el gobierno, los patronos y los trabajadores.

Se han estado estudiando los sistemas de salud de Canadá e Inglaterra, pero se le encuentran defectos de oportunidad para la atención y de déficit tecnológicos que sobran en los Estados Unidos pero que, sin embargo, encarecen los sistemas; al extremo que se piensa en posible quiebra del Medicare y Medicaid y por ello se están haciendo reformas y realizando restricciones en cuanto a los cobros y el tipo de atención. [66, 167]

Se ha señalado que, a pesar de los grandes avances tecnológicos, no haya estudios que realmente muestren la eficiencia en relación con el aumento de costos que han generado. Los costos de la atención médica y hospitalaria han aumentado a un ritmo más acelerado que el del crecimiento de la economía en general y el ingreso medio, tendencia que lamentablemente se espera continúe.

La industria estadounidense está desesperada con el incremento de los costos por ejemplo, las compañías fabricantes de automóviles señalan que un 10% del valor del carro producido es lo que cuesta el seguro de salud para las empresas.[229]

Sumas mucho menores son gastadas en otros países para proteger a los trabajadores de la industria automotriz.

Una de las razones por las que los japoneses están ganando en esta industria, es que la Ford, por ejemplo, gasta $305 más por automóvil en costos de cuidados de la salud. Lo anterior significa un 50% más que su

contraparte japonesa, [63] pero lo más extraordinario es que una hora y media de viaje por carretera desde Michigan, donde está su cuartel general, hasta su fábrica de automóviles en Canadá, los gastos en cuidados de la salud de sus empleados solamente representa un costo de $49.80, diferencia que está obligando a los empleadores, economistas y legisladores a examinar el sistema de salud de Canadá y ver qué posibilidades hay para implantar algo parecido en EE.UU. [97]

Estados Unidos gastó $2500 por persona y por año en cuidados de la salud; suma proporcionalmente mucho mayor que lo invertido en Canadá y dos veces más que Japón y tres veces más que Gran Bretaña. Se insiste que en esos países la mortalidad infantil y la esperanza de vida son superiores. De 40 mil niños que mueren prematuramente en EE.UU, cada año, dos de cada tres madres no recibieron cuidados prenatales. La mitad de los niños indigentes preescolares de la nación no están inmunizados. Y la mortalidad de los niños negros es dos veces mayor que la de los blancos. Los Estados, con poblaciones negras importantes, tienen por ello una mortalidad infantil muy elevada 15,7 por mil en comparación con la tasa nacional de 10. [168] Y hay áreas de la nación que poseen pocos médicos en comparación con otras donde sobran estos recursos.[291]

Hay otros aspectos que son éticos y técnicos que no se pueden dejar de tomar en cuenta. Por ejemplo, se insiste en exceso de operaciones superfluas y de exámenes de laboratorio que se realizan ahí. Un estudio de la Corporación Rand mostró que un 14% de los "bypass" coronarios fue inadecuado o no fue bien realizado y un 30% cuestionable como operación. El sólo hecho de eliminar las operaciones innecesarias que se realizan en ese país podría permitir realizar buenos programas de protección básica de la salud para toda la población. Se ha señalado que en ciertas poblaciones del Sur del país, se realizan tres veces más histerectomías que en el Norte y además, de hecho, se practica tres veces más esta operación en EE.UU, que en Inglaterra. Y el agresivo estilo quirúrgico de la medicina estadounidense realiza, proporcionalmente, 6 veces más operaciones de "bypass" coronario que en Gran Bretaña.

En 1989, se realizaron 350.000 operaciones de este tipo. Y las cateterizaciones cardiacas llegan casi al millón anual.

Un panel que contó con eminentes cirujanos señaló que un 32% de las operaciones que se realizan en ese país son innecesarias.[22]

La Universidad de California y la Rand Corporation concluyeron que solamente una tercera parte de las endarterectomías carotídeas fue beneficiosa y el costo promedio de cada uno fue de $46 mil.[191]

El estado de Nueva York gastó, el año pasado, $200 millones de dólares innecesariamente en servicios médicos y en muchos casos se comprobó que los médicos, de acuerdo con los pacientes señalaron exceso de visitas para lograr el pago de ellas y que además, los pacientes, obtuvieron ganancias ilegales al venderles a las farmacias drogas rece-

tadas de más a un valor más bajo que el del mercado. Los inspectores obtuvieron suficiente evidencia como para separar del sistema de Medicaid a 1000 profesionales entre médicos y farmacéuticos por acciones ilegales; debido a esos abusos y otros más, (los médicos gastan dos minutos de promedio en la consulta) se ha limitado la visita al médico a 14 por año, sin incluir emergencias y a 18 exámenes de laboratorio por año.[13]

Por otro lado, el Gobierno piensa elevar el valor de la consulta médica, pero rebajar los honorarios por ciertas operaciones y estudios de gabinete. A su vez, se espera ejercer un mayor control en cuanto a restringir a los profesionales en el exceso de exámenes de laboratorio y estudios que aumenta el costo y se exigirá dedicar más tiempo a la consulta. Finalmente, se pondrá un límite a la suma que el médico puede cobrar al enfermo y lo que le paga originalmente el Medicare.

El Instituto Nacional de Cáncer ha introducido una base de datos que da a la población informes de los médicos especialistas en cáncer que existen en cada región y que tienen experiencia reconocida, así como los programas existentes en el país para tratar determinados cánceres y cómo lograr acceso a ello. Un número telefónico suministra la información que se requiera al respecto. Esta es una manera cómo la profesión médica puede superar sus deficiencias, actúa éticamente y protege a la población.

Este ejemplo ha sido seguido por el Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia y la Sociedad Americana de Cirugía Plástica y Reconstructiva, que suministran los nombres de los mejores profesionales en cada región y dan información sobre las enfermedades y sus operaciones.

Se están tomando medidas para atraer con mayores beneficios más médicos al área rural y de aumentar el número de graduados en medicina familiar por ejemplo se pagará un 15% más en la consulta del área rural y un 14 menos en la urbana central.[116]

Pero, ¿esos gastos han proporcionando mejor salud a la población? ¿No parece ser así? Siendo la nación que más gasta en estos servicios, tiene una tasa de mortalidad en menores de 1 año de 10 por mil, ocupando el lugar 18 en el mundo en mejor índices, siendo superado por Japón, Suecia y Suiza, Canadá, Irlanda, Noruega, España, etc., con índices que fluctúan de 5 a 9. En cuanto a esperanza de vida al nacer, que es de 75 años, ocupa el 11 lugar superada por varios países para 1989.[344]

Buscando resolver sus problemas, las autoridades de salud de ese país han creado docenas de programas de promoción de la salud y prevención de enfermedades, en muy diversas regiones, contra el fumado, dietas adecuadas, control de la hipertensión, abuso del licor y drogas, cómo disminuir el estrés, etc. Con el fin de reducir la incidencia y los gastos de atención de las enfermedades crónicas y accidentes.

La llave para lograr el éxito de estos programas está en trabajar con las comunidades, en promover la educación para la salud y en convencerlos en prevenir las enfermedades.

Existen, además de los programas del gobierno, muchos otros llevados a cabo por la American Health Fundation, American Hospital Asociation, la Ford, I.B.M., Kellog, etc. En EE.UU, promover la salud es un esfuerzo que requiere cooperación entre empresas, comunidad y gobierno, eso es básico para revitalizar la economía nacional y para disminuir los costos de los programas de salud.[172]

Canadá, por ejemplo, que posee un sistema nacional de salud considerado el mejor de América, invierte únicamente el 6% de su PNB en el mismo y, sin embargo, tiene una mortalidad infantil en menores de 1 año de 7, y una esperanza de vida al nacer de 77 años; únicamente superada en el mundo por Japón con 78 años. Los países que se encuentran por encima de los Estados Unidos en los parámetros señalados, gastan menos que éste, en esos servicios. Desde luego que la nueva tecnología y la oportunidad en los servicios es más fácilmente encontrada en los Estados Unidos que en Canadá o Alemania. Sin embargo, habrá que investigar si es que los Estados Unidos tiene en exceso, o los otros países tienen poco.[308]

Más de 37 millones de estadounidenses, no tienen actualmente cobertura médica, la mayoría niños y jóvenes y un estimado de 20 millones tienen inadecuados seguros de enfermedad, que no cubren enfermedades graves de alto costo de tratamiento.[67] El Gobierno de EE.UU ha estado publicando reportes anuales de muertes en hospitales (hay 6 mil en ese país que dan servicios a Medicare) y muestran aquellos en que las tasas de mortalidad son excedidas con el fin de que la población tenga cuidado al escogerlos para su tratamiento y para obligar a los hospitales a mejorar sus niveles de calidad. Una investigación conducida por el Dr. Artur Hartz, en un análisis de mil hospitales, señaló que hospitales privados de no lucro tuvieron 114 muertes por cada 1000 pacientes, contra hospitales privados de lucro que reportaron en promedio 121 muertes. Los hospitales públicos de la ciudad y del Estado dieron una mortalidad de 120 muertes por mil pacientes.[335]

Lo anterior se refiere a hospitales que reciben pacientes de Medicare. Los hospitales privados, afiliados a escuelas médicas, tuvieron mortalidad menor que los públicos.

Cuanto mejor entrenados médicos y enfermeras tenga un hospital y buena tecnología, así disminuye la mortalidad en los hospitales.

En los Estados Unidos, el mercado médico ha venido a ser un gran negocio, pero, debido a los costos en ascenso y al problema de mala praxis, los médicos suelen unirse para trabajar en grupos como la "HMO"; al parecer, la mitad de los médicos realizan su trabajo en algún grupo organizado, que está afiliado a las compañías de seguros médicos y se calcula en 32 millones de pacientes los que están enrolados en estas asociaciones, pagando una suma anual para protección. Esto parece estar creando una mayor eficiencia en los servicios, a través de la competición de esos grupos, que buscan tener bajos costos, mejor manejo administra-

tivo y proporcionar mejores cuidados preventivos, para así disminuir consultas y tratamientos al grupo. El profesional pierde así la privacidad en algunos aspectos pero gana en otros.

La medicina que se está dando en EE.UU es, en cierto modo, una "medicina defensiva" debido a las acusaciones de mala praxis, motivo por el cual el médico para cubrirse de todo riesgo envía todo tipo de exámenes y estudios, lo cual encarece seriamente los costos de los servicios médicos en ese país. Una de cada 8 obstetras ha dejado la profesión debido a las acusaciones de mala praxis. Lo anterior está obligando a los médicos a considerar a cada paciente como un potencial acusador y con ello se pierde afecto en la relación médico-paciente. Uno de cada 4 niños nace vía cesárea, ya que la espera de partos difíciles por la vía natural crea responsabilidad para el obstetra si el niño presentara algún problema.[113]

Un grupo de estudio de problemas médicos señaló en un informe confidencial a la Comisión Nacional de Liderazgo de Cuidados de la Salud,[63] que cerca del 35% de las muertes quirúrgicas y 50% de las complicaciones postoperatorias, como las infecciones, pudieron ser prevenidas. Que el 35% de las admisiones en los hospitales no eran necesarias y que uno de cada cuatro pacientes, que falleció en ellos, fue mal diagnosticado; que el 44% de los "bypass" arteriales eran cuestionables y que un 20% de los marcapasos implantados no eran necesarios y un 36% dudosos en su efecto.

La industria de la salud en EE.UU se ha convertido en un negocio de más de $1 billón al día, o sea, como dice el Dr. Arnold Relman, editor del **New England Jornal of Medicine**, una de las más prestigiadas revistas médicas, los cuidados médicos se han industrializado y parecieran estar más interesados en las ganancias que en proveer buenos servicios.[42]

Wall Street considera buena la inversión que se haga en este campo por las ganancias que da y, por ello, se están estableciendo debates en el campo de la administración de hospitales en ese país sobre la ética de las ganancias en los servicios médicos. Pero, el incremento en los gastos de los seguros y de los programas del gobierno, debido al aumento de costos de la alta tecnología, está cada día poniendo en peligro estos programas e impidiendo acceso a ellos a las personas de escasos recursos. Cientos de miles de personas no reciben cuidados básicos de su salud, pero, sin embargo, se gastan billones en los programas de transplantes que recuperan relativamente muy poco a los pacientes sometidos a esa técnica y que constituyen un número muy pequeño, con un costo muy elevado de tratamiento. Un trasplante de hígado puede financiar un año de operaciones en un hospital pequeño o pagar por 30 mil consultas.[99, 228]

La Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Salud de los Estados Unidos reveló que más de una tercera parte, de los 5200 hospitales encuestados, mostraron estar cortos de controles adecuados contra cirugía innecesaria, inapropiadas transfusiones y coordinados tra-

tamientos en unidades de cuidados intensivos. El Dr. Everett Koop, ex-cirujano general de EE.UU, señaló antes de dejar su oficina en octubre de 1989 que los Estados Unidos tienen un sistema que se distingue por una ausencia virtual de controles de parte de quienes proveen los servicios como son los hospitales y los trabajadores, en especial los médicos.

Esa ausencia de controles en el mercado de trabajo de la salud, impide obtener una buena calidad en los servicios por falta de adecuada competición.[63] En 1989, el índice ocupacional de camas para todo el país era solamente de 60%.

Analizando lo que sucede en ese país y aplicándolo a nuestra situación llegamos a la siguiente conclusión: los costos incontrolables por exceso de empleo de tecnología que en muchos casos favorece a pocas personas y que incluso no recuperan adecuadamente la salud deben ser restringidos. Aún más, se impone urgentemente tener prioridades so pena de que el sistema quiebre con la responsabilidad moral de no haberlas establecido en el momento oportuno. Para ello debe definirse en qué casos y cuándo vamos a realizar gastos en tecnología y tratamientos de alto costo, y cuándo no. O sea, debemos aprender a decir "no". No es fácil tomar estas decisiones, pero hay que pensar más en el beneficio del sistema y del beneficio global de los demás pacientes, que de casos problema de muy alto costo. Pero opinar con honestidad e integridad en estos casos no es fácil, y generará críticas en relación con lo que se dejó de hacer para quienes desconocen los problemas y no importan los gastos, sin pensar en lo mucho que se puede hacer con esas economías.

A mi juicio, este es uno de los grandes dilemas de la medicina moderna y de los administradores de salud.

Otro problema muy grave en EE.UU es la atención de emergencias médicas. Existen ahí 5700 unidades de emergencia en sus hospitales, las cuales trataron a 90 millones de pacientes en 1989 desde sacar una uña, hasta atender un infarto o un trauma grave. Pero los servicios están sobrecargados, con déficit de personal y lo que es peor, desfinanciados, ya que el Gobierno únicamente reembolsa la mitad de los costos de tratamiento de los pobres que son atendidos. (Recordar que hay 37 millones de personas sin seguro). Los efectos de las drogas, el alcoholismo, la violencia y el SIDA, se ven especialmente entre los pobres que suelen ser proporcionalmente los más afectados de estos problemas.

El trauma es la principal causa de muerte en personas menores de 44 años en EE.UU, ocasionando 140 fallecimientos cada año. A pesar de que los traumas están aumentando, el apoyo del Gobierno está disminuyendo. Como por ley es obligatorio atender a los pobres, hay la tendencia a eliminar camas en esas unidades e incluso a eliminar las unidades de trauma de los hospitales.

La Asociación Nacional de Hospitales de EE.UU cree que, para el año 2000, un 40% de las unidades de cuidados de emergencias y traumas va

a cerrar. Pues sus costos son muy elevados y, además, esos pacientes están ocupando las camas de los hospitales, impidiendo el internamiento de pacientes electivos para cirugía. A lo anterior se agregan las acusaciones de "mala praxis" muy frecuentes de parte de los familiares de los pacientes o de ellos mismos disconformes con atrasos, errores, etc. Finalmente, al no existir una política nacional sobre cómo cuidar en emergencias al pobre y a los que carecen de seguro médico, se ha provocado un caos en ese sector que se visualiza claramente cuando se observa cómo en el Condado de Dade en Miami, todos los hospitales de esa zona han cerrado esos servicios y solamente los ofrece el Hospital Jackson Memorial, que es insuficiente para atender las emergencias de más de 2 millones de residentes del área.[30]

En los Estados Unidos, como vimos, el cuidado de la salud se ha convertido en un real problema, y no sólo se requiere contener los gastos crecientes e incontrolables sino, además, dar acceso adecuado a toda la población, al sistema y mejorar la calidad del mismo. Como puede apreciarse, no sólo Costa Rica está pasando por una crisis en los servicios médicos.[356]

26.2 CANADA

Es el segundo país en extensión del mundo y con sólo una población de 25.8 millones de habitantes (76% población urbana y 24% rural); posee uno de los más avanzados sistemas de salud entre los países desarrollados y el mejor de América. El ingreso per cápita (PNB) era en 1987 de $15160 dólares americanos, la tasa de mortalidad infantil de 8 por mil y la esperanza de vida al nacer de 77 años en 1988.[344] Posee un médico por cada 490 personas y una cama de hospital por cada 170 habitantes.[84]

En el momento actual, tiene un sistema de cuidados de salud universal, de alta calidad, en especial si se compara con los costos de los existentes en otros países desarrollados; estos servicios, cubren a ricos y pobres y a jóvenes y viejos, pero al igual que en EE.UU., tiene un déficit importante en su presupuesto que en 1987 era equivalente del 6% del producto nacional bruto (en EE.UU era de 5% de su PNB).[131]

Encuestas realizadas muestran que el 80% de la población está satisfecha con sus servicios, lo cual le da un gran soporte público y obliga a los políticos a apoyarlo irrestrictamente.

Canadá gasta el 9% de su Producto Nacional Bruto (PNB) en este sistema, contra 11,3% de EE.UU en 1989.[97] Para los servicios que proporciona, sus costos parecen ser bajos debido al control estricto que realiza sobre gastos médicos y hospitalarios, en especial, sobre tecnología avanzada, que, sin embargo, no deja de producir críticas en los médicos norteamericanos hacia el sistema canadiense, en razón de las largas esperas para ciertos estudios o tratamientos, y la ausencia de una adecuada medicina privada que pudiera servir de indicador comparativo.

Los canadienses aceptan esto, pero señalan que a cambio de ello, hay equidad en sus servicios pues cubre a toda la población lo que no sucede en EE.UU y, además, la oportunidad es similar para la atención. De hecho, el canadiense considera que los cuidados de su salud de parte del gobierno es un derecho básico. Los trabajadores canadienses pagan el acceso a este sistema con parte del impuesto de sus salarios y estos suelen ser más altos que en EE.UU. Los trabajadores independientes pagan directamente a la institución encargada de proporcionar servicios de salud conocida como OHIP. Por ejemplo, un taxista paga mensualmente $204 de cobertura para él y su esposa. El 75% del total del presupuesto de salud es financiado por el gobierno de los impuestos y el remanente proviene de aportes diversos privados, incluyendo lo que pagan de extras los pacientes por cuidados de largo término, drogas no recetadas en hospitales, cuidados dentales del adulto, pago de trabajadores por cuenta propia, y otros ítemes. El gobierno federal paga el 50% de los costos y el resto los Estados. Se considera entonces que el sistema es universal, público y "gratuito". Este término en realidad no es real, ya que los trabajadores contribuyen al mismo mediante porcentajes que pagan de sus impuestos; al ser considerado gratuito, logra atenuar el efecto desigual del nivel de ingresos, que suele ser bajo en algunos grupos de trabajadores. El sistema ha convertido en una realidad el derecho a la protección de la salud de los residentes en Canadá, cualquiera sea su edad, situación familiar o ingreso.

Los canadienses se dieron cuenta de la necesidad urgente de considerar el problema de salud, antes que la enfermedad o el accidente y de intervenir en los factores que influyen sobre el nivel general de salud como es el propio individuo, el "medio ambiente" y los hábitos de vida. De esto, resultó una política de salud en que la educación y la prevención han ido tomando lugar preeminente, o sea, se ha desarrollado una buena medicina preventiva y comunitaria.[357] Entre los programas importantes están las campañas contra el abuso del fumado, licor y drogas, lucha contra el ruido y la contaminación ambiental, lucha contra la contaminación del agua y aire, etc. Los Departamentos de Salud Comunitaria de los hospitales y los Centros Locales de Salud Comunitaria de los barrios urbanos y aldeas, son los que implementan los programas de prevención de enfermedades y accidentes, los de nutrición, etc.

El Estado creó, dentro de los programas de la seguridad social, un sistema general de protección contra el riesgo de enfermedad mediante la intervención del poder público.

Para ello, la atención de la enfermedad se dividió en dos ramas: 1º)Seguro de hospitalización y 2º) el Seguro de enfermedad. Y la racionalización del alto costo de la tecnología y del costo de los servicios médicos se establece mediante negociación con los médicos. La calidad del cuidado se trata de mantener por los mismos estándares de suficiencia que rigen a los hospitales de EE.UU. Los programas son financiados en partes iguales por

el Gobierno y cada uno de los Estados. El pago de los profesionales médicos y el costo de los cuidados hospitalarios consume el 72% del presupuesto provincial en salud.[132]

Los canadienses son muy claros en afirmar que el servicio de salud, que poseen, y el sistema de seguridad social dependen del desarrollo económico del país. El campo de cuidados de la salud es el tercer empleador en Canadá. Los Estados establecen anualmente negociaciones para el pago a los hospitales de los egresos que tengan y mediante la asociación médica provincial logran los aumentos salariales. Los especialistas ganan un 25% más que los médicos generales. Las comisiones negociadoras tienen ya amplia experiencia, usualmente los aumentos anuales varían entre 11% a 12,5% para aliviar los costos de la inflación. En todo caso, el gobierno tiene señalado un tope o cielo máximo de gastos y no es posible sobrepasar este en la negociación. Es interesante señalar que en Canadá no se paga, como en Inglaterra, a los médicos generales una suma anual por cada paciente adscrito.

Los médicos se quejan que en cirugía no electiva, a veces hay esperas hasta de 6 meses para ser operados en áreas urbanas, a esto se debe agregar, los escasos equipos de tomografía computadorizado, resonancia magnética, litotripsia, cirugía coronaria, etc. existentes. Es en realidad en casos específicos que este atraso se presenta. El ingreso anual promedio de un especialista médico en Ontario es de $198.000 dólares americanos del cual, una vez pagado, los impuestos quedan $115.000, en comparación con $146.200 que gana anualmente un doctor en EE.UU. [97] Debe señalarse que son muy pocos, al parecer, los médicos que emigran a EE.UU a ejercer a pesar de ser el salario menor. En Canadá se concentran, en algunos hospitales de provincia, los principales métodos diagnósticos y terapéuticos como aceleradores lineales, tomógrafos, resonancia magnética, cirugía de transplantes, cardiovascular, etc. Y es ahí donde se envían todos los enfermos del área para tratamiento. Incluso si una comunidad desea que un hospital de su área tenga un equipo determinado, o si este recibe una donación, debe pedir permiso al OHIP para poder disponer de él.[21, 69] Comparando Estados Unidos con Canadá, en cuanto a algunos servicios, tenemos:

a) Laboratorios cardiacos de cateterización 1500. Canadá tiene 31 con una población 10 veces menor.
b) Pulverizador de cálculos renales o biliares, EE.UU 228 equipos, Canadá. [4]
c) Resonancia Magnética en Imágenes, EE.UU 1375 equipos, Canadá 12.[97]

Es indudable que en EE.UU abunda o hay exceso de tecnología que aumenta los costos de los servicios, obliga a los grupos médicos y a las

instituciones a realizar con mayor frecuencia estos estudios para justificar las inversiones hechas y obtener beneficios. Desconocemos si hay algún estudio que señale la proporción que debe haber de esos equipos y la población existente; creemos que si hay atrasos muy prolongados cuando se requiere un estudio de resonancia magnética, etc., cada país debe tratar, dentro de sus posibilidades, de obtener el equipo suficiente. En Canadá se ha señalado que las economías logradas con esta racionalización de compra de equipos, ha resultado en un mejor uso del dinero para programas sociales y medicina preventiva, lo cual podría justificar plenamente la restricción de gastos. En Boston, 6 hospitales tienen 13 aceleradores lineales para dar radioterapia. En Toronto, esto está centralizado en un hospital,[133] el cual recibe diariamente enviado en ambulancias, pacientes de otros cinco hospitales. Por supuesto la diferencia de costos es enorme.[133]

Canadá tiene aún problemas en cuanto a una buena distribución de sus médicos en área rural e incluso, ha aumentado los salarios y da otras ventajas a quienes aceptan ir a trabajar a esas regiones. No fue posible enviar los médicos a pasar por esas zonas de manera obligatoria, ya que la Suprema Corte de British Columbia donde se intentó poner, señaló que eso violaba los derechos de libre movimiento y la libertad del ciudadano. Pese a lo anterior, el número de médicos en Canadá es muy elevado y es posible el comienzo de una política de restricción de las plazas en las facultades de Medicina y en algunas especialidades. Las Escuelas de Medicina de Canadá son todas públicas y reciben subsidios del gobierno federal y de los gobiernos provinciales, el costo de ellas es una cuarta parte de lo que cuestan en EE.UU.

Los beneficios que se dan son consulta médica en oficina, hogar y hospital. Servicios de diagnóstico y tratamiento, cuidados prenatales y postnatales, laboratorio, radiografía, drogas, radioterapia, anestesia, diálisis, hiperalimentación parenteral, servicios dentales a los niños, fisioterapia y psicoterapia. Algunos Estados, dan enfermera a domicilio para cuidar a los ancianos. Cuando se trata de enfermedades de largo tratamiento o internamiento, los pacientes contribuyen con una suma del total del costo del tratamiento.

Se proporciona ambulancia terrestre o aérea. El seguro no cubre por cuartos privados o semiprivados, estos existen en los hospitales pero deben ser pagados por el paciente, ya sea de su bolsillo o de seguros privados que poseen. No se da cirugía cosmética, lentes, drogas no recetadas y exámenes médicos para trabajo o seguros.

El promedio de estancia en los hospitales es de 8,7/días y hay un 87% de ocupación. Aparte de su salario, los médicos reciben premios y extras al final del año por algunas actividades desarrolladas. El hospital hace una reserva en el presupuesto para esos efectos.[134]

El Régimen de Pensiones: ha sido creado con el fin de asegurar al

trabajador y sus dependientes una protección básica cuando este se jubila, se invalida o fallece. Por lo tanto hay una pensión de jubilación o de prestaciones al sobreviviente, la de orfandad y la ayuda al fallecimiento.

Se da, además, pensión a los cotizantes inválidos y a sus hijos dependientes. El asegurado debe haber pagado sus cuotas durante un período mínimo que varía según el tipo de pensión.

Estas son ajustadas o revaloradas según el índice de precios al consumidor. Este régimen es obligatorio y están sujetos a él todos los trabajadores desde los 17 a 70 años y que reciben remuneración por un trabajo. Las aportaciones al Régimen se pagan tomando en cuenta los ingresos anuales comprendidos entre la exención general y el salario tope.

Este aumenta un 12,5% anualmente hasta alcanzar el promedio de salarios de Canadá y la exención general representa un 10%. El trabajador aporta una cuota de 1,8% de su salario declarado, menos el importe de su exención personal hasta llegar a un monto máximo. El patrono contribuye con una cantidad igual. El trabajador independiente paga un 3,6% de sus ingresos declarados, menos la exención a que tenga derecho. Así por ejemplo con un salario tope de $16.500, un trabajador aporta $268. Las cuotas son cobradas por el Ministerio de Hacienda y enviado a la Caja de Inversiones de las provincias la cual coloca esos fondos. Los dividendos obtenidos y las cuotas pagadas fijan el monto de las prestaciones.[141]

Los canadienses han estado insistiendo en que la atención médica no es más que uno de los cuatro elementos determinantes de la salud, siendo los otros tres: la biología humana, el modo de vida y el "medio ambiente". Y que, el mejoramiento de la salud de la población se haría con mayor probabilidad a través de la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades y no mejorando el sistema médico.[114]

La Carta de Ottawa dictada en una Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud en Ottawa, Canadá, en noviembre de 1986, señala: que la promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. En ella, la Promoción de la Salud se plantea como una estrategia de acción para lograr el mayor bienestar posible, buscando abarcar a toda la población y requiriendo la colaboración de esta e insistiendo que la promoción no concierne exclusivamente al sector salud, sino que es multisectorial.

Sugieren, reforzar la acción comunitaria, crear ambientes favorables para el desarrollo de la salud y reorientar los servicios de salud.

Una buena salud, dice la carta, es el mejor recurso para el progreso personal, económico y social y una dimensión importante de la calidad de vida. Los factores políticos, económicos, sociales, culturales de "medio ambiente", de conducta y biológicos pueden intervenir bien en favor o en detrimento de la salud.

Ha habido confusión en otros países para definir o precisar el término

"Promedio de la Salud", y por ello insisten en decir que consta de: comunicación (información), educación, prevención y participación social o de la comunidad organizada. [141]

La calidad uniforme de sus servicios es una característica del sistema canadiense y refleja la política de salud del país, que consiste en garantizar el acceso universal a los servicios de salud a todos los habitantes.

Entre los problemas que afronta Canadá para el futuro, en este campo están: La burocracia en expansión del sistema y la demanda cada vez mayor de servicios más complejos (de alta tecnología), que se acrecientan con el ejemplo que da su vecino, de aceptar y poner en práctica toda nueva tecnología en los servicios médicos sin importar el costo ya que está usualmente destinada para el paciente privado.

El Dr. Víctor Fuchs, economista de la Universidad de Stanford, realizó un estudio de costos de servicios médicos entre Estados Unidos y Canadá. (The New York Time, 9 Y, September 29, 1990). Dice:

> Al revés que EE.UU, Canadá provee servicios médicos a todos sus habitantes, mientras que en EE.UU uno de cada siete personas no tiene seguro médico e incluso aquellos con seguro, deben pagar parte del costo de los servicios de su bolsillo. El costo de los servicios por persona es un 20% más alto en EE.UU y los médicos de este país dan menos servicios que los canadienses. Los costos de cirugía y exámenes especiales son tres veces más altos. Los médicos norteamericanos ganan en promedio $112 mil al año y los canadienses $73 mil, pero los americanos gastan dos veces más en el pago de la renta y gastos de oficina.

Finalmente, el Dr. Fuchs duda que el sistema canadiense pueda implantarse en EE.UU, debido a que la organización de los servicios canadienses es muy efectiva y por otra parte los médicos en EE.UU son muy individualistas y menos disciplinados que los de Canadá.

26.3 GRAN BRETAÑA

Con una población de 57 millones de habitantes, tiene un ingreso per cápita de $10420, con una tasa de mortalidad infantil en menores de 1 año de 9 por mil/h y una esperanza de vida al nacer de 75 años.[394] Posee un médico por cada 646 personas y una cama de hospital por cada 138 habitantes.[84]

Gastó en 1989, en cuidados de la salud, el 6% de su Producto Nacional Bruto (PNB), suma muy baja si se le compara con Estados Unidos o Canadá, e incluso con Alemania Occidental y Francia (11,3%, 9%, 9% y 8% respectivamente).[171] El presupuesto se ha elevado de $11.2 billones en 1982[217] a $39 billones en 1989.[171]

La calidad de sus servicios de salud, incluyendo los médicos, están

calificados entre los mejores del mundo, e Inglaterra ocupa el quinceavo lugar en cuanto a mejores índices de salud infantil y esperanza de vida en el mundo según la UNICEF, muy por encima de Estados Unidos que está en el lugar 21.

Gran Bretaña tiene un sistema único de salud a cargo del Estado, llamado Servicio Nacional de Salud (SNS), que comprende acciones en el campo de la seguridad social de parte del Estado, las diversas regiones y el sector privado.

El Servicio, para poder controlar los gastos, tiene una central administrativa de costos, la que los analiza y autoriza y además centraliza la compra de medicamentos.[3]

Al igual que en Estados Unidos y Canadá, los gastos han crecido más rápidamente que los ingresos ocasionando una proporción muy alta del gasto público. La financiación se realiza mediante impuestos e independientemente de las acciones de salud pública que patrocina, provee atención médica sin costo alguno para toda la población de Inglaterra.

No se paga ninguna suma por los servicios, excepto un pago parcial por los medicamentos.

El Servicio Nacional de Salud está dirigido por un Secretario de Servicios Sociales, equivalente a un ministro, que tiene un departamento central que lo asesora y delega la responsabilidad en 21 Autoridades Regionales de Salud y casi 200 Autoridades Distritales de Salud. [171] Los miembros de estas comisiones son nombrados por la población donde se encuentran localizados, con lo que se da participación comunitaria al sistema y tienen bajo su responsabilidad la administración de los servicios locales de salud.

El SNS coordina los servicios entre los hospitales, las poblaciones, los pacientes y los servicios médicos. Los servicios de salud comunitaria, la salud ambiental, la protección materno infantil, etc., están a cargo de servicios especiales de tipo social. Los servicios de salud comunitaria se encargan de la planificación familiar, la educación para la salud y la prevención en escuelas, los servicios de enfermería a domicilio, las vacunaciones, etc.

Las autoridades regionales y distritales negocian anualmente con las organizaciones gremiales profesionales de médicos, odontólogos, etc., los salarios y las condiciones de los servicios. El restante personal de los hospitales son empleados asalariados del sistema. Debe señalarse que el Gobierno planea el monto total del gasto público y asigna anualmente el presupuesto a cada ministerio o programa incluyendo los que realiza el SNS. Las sumas se le otorgan a las autoridades del sistema y tienen límites de gastos que no pueden sobrepasarse. Al igual que en otros países y sistemas, el sector hospitalario es el que consume el mayor presupuesto, el 70% de los gastos se hace en personal y el 55% de los gastos se realiza en personas mayores de 65 años.[217] Los médicos que trabajan en los

hospitales lo hacen bajo un salario y tienen además un reconocimiento por excelencia profesional, lo que contribuye a racionalizar gastos evitando internamientos innecesarios o incapacidades o medicamentos en exceso. (No reciben cuota por el número de pacientes que atienden como los médicos generales). Pueden tener fuera de sus horas de trabajo consulta privada.

Existe crítica a la lentitud para obtener cirugía electiva en diversas especialidades, así como para estudios de gabinete y tratamientos especiales, que pueden poner en peligro la salud de los asegurados. El clamor contra esto ha hecho que, en los últimos años, el sector privado de servicios médicos se haya expandido de una cobertura del 3% de la población hasta tener ahora el 10% de la misma, población que comprende a las personas de recursos económicos, diversas empresas y corporaciones y a los extranjeros. Existe un cierto número de hospitales privados y asilos que suplementan la labor del SNS. La mayoría de los pacientes que acuden a la medicina privada tienen seguros médicos y, sin embargo, tienen la obligación de cotizar para el SNS.

Aparentemente, los sueldos de los médicos en los hospitales son adecuados para las necesidades de esta clase profesional ya que las huelgas son muy raras. Los médicos generales o de consulta externa trabajan en consultorios privados individuales o en centros médicos de consulta. No son empleados del SNS, sino que hacen contratos con éste de manera independiente a como lo hacen los del hospital (los especialistas). Su salario proviene de tres tipos de remuneración: Un salario fijo; una cuota especial que proviene del número de pacientes que tenga adscritos en su consulta (de 2500 a 3500 como máximo) es el llamado pago por capitación y que suele proporcionarle el 50% de la paga; y el resto depende de los servicios que realice como visitas a domicilio, frotis de papanicolau, vacunación en un barrio, atención prenatal, etc.[280] Hay además sobresalarios por trabajar en áreas difíciles y lo mismo por la edad. La asociación médica señala el número de médicos que requiere cada región y los selecciona según su capacidad y antigüedad.

El SNS estimula la creación de consultorios médicos para asociación de profesionales en el campo de la salud como: médico general, obstétrica, trabajadora social, etc., con el fin de que ayuden a mejorar la situación de la salud en su comunidad. Se les paga la secretaria, las oficinas, se les ayuda en la compra de equipos y materiales o se les ofrece a bajo costo y pueden administrar su propia farmacia.

Los problemas principales del SNS son: aumento de los costos del área hospitalaria y de los medicamentos. Aumento en las esperas de pacientes para ser tratados o diagnosticados con tecnología compleja; déficit de médicos en algunas áreas rurales, la emigración de enfermeras graduadas que por miles abandonan Inglaterra anualmente, buscando trabajo mejor remunerado en el exterior.[171] En 1988 hubo una seria huelga

de este gremio, buscando mejores salarios. Un hecho interesante es que, las estancias hospitalarias en Inglaterra son el doble que en Estados Unidos donde son los seguros privados que pagan y hay que justificar muy bien las estancias en el hospital y que sus servicios emplean cuidados de enfermería en un 70% más. Los médicos británicos prescriben menos medicamentos (6.54 recetas anuales per cápita) que sus colegas franceses (10,4) y que los alemanes (11,8%). Son más conservadores en sugerir cirugía. En Inglaterra los pacientes para tener acceso a los especialistas deben ser referidos por médicos generales, lo cual ha disminuido las consultas con éstos.

Cuando se fundó el Servicio Nacional de Salud, el primero con características de cobertura total en atención médica en los países occidentales, no era posible imaginarse la cantidad de problemas que hoy se presentan, en especial por el alto costo de la nueva tecnología y porque, a mi juicio, se esperaba que una vez que el sistema médico estuviera generalizado y toda la población tuviera acceso a él, produciría una población más saludable y su costo bajaría. Pero los ingleses han podido comprobar que hay muchos imponderables para brindar buena salud y que son independientes de contar con una amplia cobertura médica y aunque desde hace muchos años tomaron medidas para corregir esto, aún se requiere de acciones educativas y preventivas de manera permanente, además de que, cada avance médico crea nuevas demandas que son difícilmente cubiertas. En el *Capítulo 24* se aclaran aspectos de los servicios médicos en Inglaterra.

26.4 OTROS PAISES

En Alemania, hay más médicos per cápita que en Estados Unidos, Inglaterra o Francia y el alemán suele efectuar más visitas al médico por año que los pacientes de esos otros países (12 al año). Los alemanes tienen una o más pólizas de seguros médicos y con base en ello piden citas a los médicos sin medirse y estos a su vez, son remunerados de acuerdo con los servicios prestados y como los pagos por los mismos no suelen ser muy elevados, tratan de ver el mayor número de veces al paciente.[279]

Los franceses pueden solicitar servicios de médicos del sector público o privado. El mismo paciente paga la consulta y posteriormente solicita el reembolso a la Seguridad Social.

Los salarios de los médicos que trabajan en el sector público están sujetos a controles del gobierno, y la seguridad social reembolsa al enfermo el 70% del costo de esta. Los médicos privados suelen cobrar más caro y el seguro social paga menos por estas consultas al asegurado. Muchos trabajadores pertenecen a "mutuales" en los que están también asegurados y estas cancelan las diferencias no pagadas por el seguro social. La hospitalización sí es pagada totalmente por la seguridad social.[239]

En los países socialistas, los servicios de salud están a cargo del Estado y son enteramente gratuitos y aunque teóricamente en muchos de ellos no se prohibió la práctica de la medicina privada, esta es mínima en todos ellos; por ejemplo los médicos pueden ir a una visita domiciliaria y cobrar honorarios, pero en realidad sus ingresos provienen de salarios fijados por el gobierno en su trabajo en los hospitales y clínicas del Estado.

En China, el gobierno ha permitido que los famosos "médicos descalzos" de las comunidades puedan dedicar parte de su tiempo a la clientela privada.

En la URSS y Polonia, hay cooperativas médicas formadas por distintos grupos de especialistas y los médicos oficiales tienen derecho a dar ahí dos horas de consulta diarias del tiempo contratados por el Estado.

Los pacientes pagan por su cuenta los servicios y al médico, la cooperativa le da la mitad del valor de esa consulta, con la otra mitad se paga al restante personal del servicio, los alquileres, el equipo, etc. Al parecer como dice Roemer[300] la aparición de estas cooperativas se debe a las deficiencias del sistema público de servicios médicos, pero comenta que, por desgracia, esto da origen a un círculo vicioso, puesto que cuanto mejor funcionan las cooperativas médicas privadas más se tardará en mejorar el sistema público de salud.

En Checoslovaquia, Hungría y otros países socialistas, se ha observado una "mala costumbre" que consiste en dar "donativos" a los médicos, práctica muy extendida sobre todo en los hospitales. Esos donativos son a veces importantes sumas de dinero y pese a estar prohibida no ha sido posible desarraigarla, porque los pacientes creen que esos regalos les garantizan una mejor atención médica.[300] La razón de esos abusos radica en los bajos sueldos que perciben los médicos en los países socialistas y es evidente que los beneficiados con esto son las personas que tienen mayores recursos para hacer esos regalos. Es interesante ver cómo incluso en esos países con régimen marxista, donde supuestamente a través de los años se había formado un hombre nuevo, existe un problema como el que ya se está dando en Costa Rica y que comenté con anterioridad.

En el Japón donde la población cuenta con seguros del Estado o privados, se ha observado que el médico obliga al paciente a reiteradas visitas innecesarias con el fin de obtener un mayor pago por parte del seguro.[300]

COMENTARIOS

Al presente, la medicina como institución se ha desarrollado históricamente a partir de la acción privada. El ejercicio privado de la medicina es exclusivamente clínico y no tiene relación con la salud pública o con las medidas de protección de la salud que los gobiernos están tratando de

CUADRO 26.1

INDICADORES ECONOMICOS Y DE SALUD EN ALGUNOS PAISES DESARROLLADOS Y COSTA RICA

Países	G.N.P.* %	P.N.L.** $	Gastos*** anuales per cápita	Tasa mortalidad infantil 0-1 años	Esperanza de vida al al nacer años	Consultas anuales médicas x habitantes	Duración consulta minutos	Población cubierta x seguro %
Año	1989	1987	1989	1988	1988	1988	1988	1989
Canadá	9	$15160	$1370	7	77	4	—	100/
Francia	9	$12790	$	8	76	5,2	—	98/
Alemania Federal	8	$14400	$	8	75	12	2 a 4	100/
Gran Bretaña	6	$10420	$ 711	9	75	5,4	6	100/
Estados Unidos****	10,7	$18530	$2000	10	75	4,7	2 a 15	86/
Costa Rica	6,8	$ 1600	$ 128	18	75	3	2 a 4	95/

* Producto Nacional Bruto dedicado a salud.
** Ingreso per cápita en $.
*** Gastos anuales per cápita en salud.
**** Diversos Seguros Privados y de Gobierno.

FUENTE: (32), (63), (67), (97), (103), (131), (171), (249), (280), (281), (308), (335), (336).
Adaptado por el autor de las fuentes citadas.

J. Jaramillo A.

implementar.

Los médicos privados se interesan más en la atención de la enfermedad que en el cuidado de la salud y suelen orientarse hacia el tratamiento y no hacia la prevención. De ahí que el médico familiar que practica una medicina más integral debería ser el "generalista" que debemos estimular en cuanto a formación por las escuelas de medicina.

Es indudable que hay tendencia a consultas innecesarias y a un gran gasto en tecnología sumamente costosa en la medicina privada, pero también es cierto que esto sucede al tratar de lograr un mejor diagnóstico y tratamiento para el enfermo.

El ejercicio privado de la medicina no responde a las necesidades de salud de la población, sino a la necesidad específica de una persona que se siente enferma y como tal tiene derecho a buscar atención médica.

Lo que se debe lograr es que la medicina privada participe en la aplicación de medicas preventivas y esto sólo lo obtendremos educando desde el inicio de su formación al futuro profesional en la Escuela de Medicina.

Los partidarios de la medicina privada sostienen que ésta descongestiona los servicios del Seguro Social de la clase media y alta, permitiéndoles así dedicar un mayor volumen de recursos a la atención de los pobres, esto a mi juicio no está sucediendo actualmente en Costa Rica.

En el mundo existe ahora una gran demanda para recibir atención privada y cada país de acuerdo con sus condiciones particulares debe ver cómo suple la misma, sin menoscabo de los servicios del sector público.

En muchos países se ha llegado a la conclusión de que ni la práctica privada, ni los servicios estatales parecen llenar plenamente su cometido y que debe buscarse una solución óptima tal vez basándose en un criterio mixto.

Los datos disponibles indican que los sistemas privados dan lugar a una cobertura irregular de la población y son demasiado costosos en relación con los beneficios que producen.

En realidad son elitistas, sólo la población de paga tiene acceso a ellos y no hay buen control de la calidad de los servicios que proporciona.

Los servicios estatales son muy impersonales y tienen ventajas y desventajas en cuanto a los servicios privados.

Pero es posible con ellos organizar los servicios de salud sobre la base de la atención de las necesidades de la población. El fomento de la salud y la prevención de las enfermedades están siendo dadas por este sector en forma total en todos los países con contadas excepciones.

El tratamiento del paciente ambulatorio forma parte de la atención primaria de salud y, la práctica privada del sector profesional médico y otros profesionales integra el mismo. Las desigualdades, que de esto se derivan, se relacionan con que a la medicina privada tienen acceso las personas de recursos económicos y no los pobres o sólo ocasionalmente. Las ciudades

aventajan a las zonas rurales, el tratamiento está por encima de la prevención y el especialista está por encima del médico general. Debemos pues encauzar estos esfuerzos y lograr que de alguna manera se incorpore al sistema de seguridad social este tipo de acción. A fin de cuentas, el médico ha logrado en parte su formación gracias al soporte que la sociedad, en su conjunto, le da a las universidades y por ello está obligado a responder a las necesidades que tiene esa sociedad, desde el punto de vista de mostrar solidaridad y ética en sus acciones.

Ante el hecho de que un sector de la sociedad no se encuentra satisfecha con los servicios médicos actuales, las modificaciones en los sistemas pueden realizarse si con ello no se sacrifican los niveles de cobertura alcanzados para la población en especial los que brindan servicios a las personas de escasos recursos. La conservación o ampliación de la medicina privada aunque da lugar a cierto grado de desigualdad puede mantenerse si con ello se satisface a un sector y se mantiene la estabilidad política del país y del sistema. Los sistemas de autogestión en los servicios de salud están cobrando auge en el mundo, lo mismo que el pago por capitación para atender en forma de una especie de "libre elección médica" a los pacientes de una región.

La preocupación que queda, después de analizar la forma como se prestan los servicios médicos en otros países, es que la privatización de la medicina puede acompañarse en Costa Rica, de una medicina de tipo "agresiva" como es la que se da en Estados Unidos. En ese país existe, indudablemente abuso en cuanto a tratamientos innecesarios, exceso de una tecnología muy costosa y grandes diferencias en la calidad de los servicios dependiendo del tipo de hospital que los brinde, y de la región en que esté situado. Proporcionalmente la cirugía se realiza con más frecuencia en ese país que en cualquier otro del mundo. Así, por ejemplo, los llamados "bypass" coronarios se hacen con una relación seis veces mayor que en Inglaterra y las histerectomías y cesáreas son por lo menos dos veces más frecuentes que en la mayoría de los países europeos, que tienen incluso medicina privada. (The Sciences, By The New York Academy of Sciences, L. Payer, 38-42, July, 1990).

Esto no sólo no lo podría soportar el país, sino que incluso no sería conveniente. Por ello, —según el autor en Costa Rica— cualquier cambio hacia una mayor participación de la medicina privada en los servicios médicos del país debería realizarse en coordinación y bajo el control del Seguro Social.

Capítulo 27

CONCLUSIONES

Capítulo 27

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

Realizar prospectivas sobre la salud y la seguridad social en el país no es fácil, de hecho es arriesgado. Sin embargo, existen pautas que nos pueden guiar para hacer aproximaciones sobre el futuro de nuestros problemas y la manera de hacerles frente.

A menos que sobrevenga una catástrofe nacional o que la crisis económica internacional trastornara la economía local, deberíamos poder mantener nuestros índices de salud y continuar además dando los servicios médicos básicos para todos los costarricenses sin distingo alguno. Lo anterior significará que la esperanza de vida continuará elevándose y que nuestra población se hará cada día más vieja. Eso que para nuestros ciudadanos es una ventaja, es un problema desde el punto de vista económico, ya que habrá que mantener cuidados médicos de muy alto costo para la patología que suele aparecer en la tercera edad.

Comentábamos en otro capítulo que Naciones Unidas ha señalado como componentes principales del nivel de vida de la población mundial los siguientes parámetros en orden de importancia

1º) Salud.
2º) Educación.
3º) Consumo de alimentos y nutrición.
4º) Empleo.
5º) Vivienda.
6º) Seguridad Social.
7º) Vestimenta.
8º) Recreación.
9º) Libertades humanas.

Si los gobiernos aceptaran esto y acataran su mandato, los programas de salud serían considerados prioritarios en el nivel mundial y tendrían apoyo primordial en las políticas de desarrollo, pero, lamentablemente, esto no sucede así casi en ningún país y Costa Rica no es la excepción.

El proceso inflacionario que vive el país y la desvalorización continua

que sufre nuestra moneda, nos ponen además de cara a una realidad a la que debemos hacer frente cuidadosamente y que condiciona que los costos de los servicios de salud, en especial los de recuperación sean cada día más elevados. Difícilmente, podremos arrojar sobre los hombros de los contribuyentes una carga mayor de impuestos para financiar los programas de enfermedad. Esto nos plantea una situación especial, sin posibilidad de mayores recursos y ante la obligación de mantener dichas acciones será necesario definir prioridades en los servicios y por ello la planeación adecuada de estos es una necesidad urgente. (Se sugiere ver el *Capítulo 20* donde están colocadas en orden de importancia las prioridades que tiene el país en salud y seguridad social).

De una manera sencilla, podríamos decir que en todas las prioridades que vamos a definir deben primar las siguientes finalidades:

a) Mejorar la oportunidad de acceso a los servicios de salud a toda la población.
b) Mantener y si es posible mejorar la calidad de los servicios y
c) Restringir los costos de esos servicios mediante nuevas alternativas.

Tengo el temor que este último punto sea en el futuro la finalidad primordial, aunque lógicamente los anteriores deberían ser siempre las alternativas principales.

Definitivamente esta debe ser la década de la medicina preventiva, tanto individual como colectiva, basados en el cambio del perfil epidemiológico que hemos tenido y, en el cual, la mayoría de las enfermedades que nos afectan tienen componentes adquiridos muy importantes, conocidos como factores de riesgo producto del "medio ambiente" y que pueden ser evitados con sólo modificar costumbres. Además, porque el tratamiento de los problemas prevalentes y que son los causantes de las principales causas de muerte (cardiopatías coronarias, cáncer y accidente) tienen un costo muy elevado en su atención, sin garantizar una reposición *ad-integrum* del paciente, aparte por supuesto del aspecto meramente sanitario de que es más deseable y fácil prevenir que curar, aunque reconozco que es fácil de decir pero difícil de realizar.

Ni el país ni las instituciones de salud podrán, en el futuro, atender los altos costos de las enfermedades modernas que nos afectan —ya señaladas— a las cuales hay que añadir las enfermedades perinatales y congénitas, los accidentes cerebrovasculares, los problemas pulmonares, agregando además la diabetes y la hipertensión arterial. Si no tenemos bien desarrollados los mecanismos preventivos mediante programas educativos que se inicien en la infancia, en el hogar y escuelas, que logren concientizar a los niños de la bondad de lo que se les sugiere para proteger su salud, no se tendrá éxito en esta área.

Dentro de unos años, las enfermedades epidémicas, la desnutrición y ojalá las secuelas de la pobreza, no existirán, pero en cambio los problemas ya descritos y el alto costo de su tratamiento y rehabilitación desequilibrarán los presupuestos en especial del Seguro Social. La educación en salud como complemento de la educación formal, será el arma para poder prevenir la mayoría de esas enfermedades o por lo menos atenuar el problema. Se espera que esta educación, bien conducida y generalizada a todo el país, logre que cada individuo tome conciencia de la importancia de su participación en proteger su salud y la de su familia y además colabore en su medida para cuidar la de la comunidad.

Los estilos de vida, ahora tan influidos por la propaganda de los medios de comunicación, deben ser modificados para mejorar las costumbres en diversos aspectos. Sin esa colaboración y sin el ejemplo de los padres para los hijos sobre evitar malos hábitos, no existe educación para la salud que dé resultados, ni posibilidad de mejorar en este campo por buenas que sean las campañas que se realicen.

Destacar la primacía de la prevención en salud pública, no es dejar de lado la importancia de la medicina curativa, sino ayudar a que esta sea más eficaz y menos costosa. No vemos en el futuro la necesidad de construir más hospitales, aunque sí de dotarlos del personal y tecnología adecuada para trabajar. No más hospitales, pero si más eficiencia es lo que se necesita. Los hospitales fueron creados para dar énfasis a la curación del enfermo, no actúan pues en relación con los problemas de salud o sociales de su medio, sino en razón de la enfermedad de los pacientes que concurren a él. Dar una nueva directriz a estos para una mayor participación en el campo preventivo, puede ser uno de los cambios más trascendentes por lograr en este período.

Se debe recordar que en el campo de los servicios médicos, los cambios se están produciendo a tal velocidad gracias a los nuevos descubrimientos y a los aportes tecnológicos. Por ello se hace necesario tener políticas definidas de actualización de conocimientos para el personal de salud y lograr con ello una mejor preparación para dar los servicios con una concepción más práctica y moderna.

Nuestro país deberá elaborar sus propios planes y programas (muchos ya están en proceso de desarrollo) para hacer frente a sus necesidades para el año 2000. La cirugía ambulatoria, la medicina familiar, la atención del anciano en el hogar y la ampliación de los programas de Atención Primaria en el campo, son estrategias sencillas de poner en práctica y que pueden redundar en grandes beneficios disminuyendo además los costos. Otros son programas más complejos y requieren incluso de decisiones políticas. Uno de ellos el de los SILOS o Sistemas Locales de Salud, debe convertirse en la unidad operativa para el desarrollo de un nuevo concepto de la atención de la salud, pero aún persisten problemas legales y de integración que impiden la buena marcha de la estrategia y que deben ser solucionados.

Estos SILOS deben convertirse en las unidades básicas donde se dé prioridad a los problemas de las comunidades a las que sirven, se busquen soluciones y se programen los recursos, evaluando posteriormente los resultados.

Los logros en salud y seguridad social del país son extraordinarios para una nación pobre. Las estadísticas nos permiten apreciar que en muchos aspectos estamos a la par de las naciones más desarrolladas en estos campos, pero con el agravante de que carecemos del poder económico de ellas. Saber si ya hemos llegado al límite de nuestra capacidad de servicios, debido a los problemas económicos existentes, o si estamos en posibilidad de continuar progresando en salud mediante medidas y estrategias nuevas, es precisamente el paradigma que las autoridades deben poner en evidencia.

Existe además la dificultad de que nuestra población se ha acostumbrado a tener esos servicios y cualquier merma en ellos dará lugar a críticas bien fundadas.

Los progresos alcanzados han sido posibles porque siempre ha existido consenso entre el Gobierno, los políticos y las autoridades del ramo de que, proporcionar salud y servicios médicos es algo fundamental para nuestra población. El Estado en muy diversas formas ha contribuido a implementar programas y a crear instituciones que apoyan estas políticas.

Los objetivos logrados en salud son el producto de eso. En el país, hasta el presente, el desarrollo económico se ha acompañado, en razón de esto, de progresos en el campo social, que, comparado con países ricos, no parece muy importante, pero es gigantesco si se confronta con los menores logros de nuestros hermanos de Centroamérica.

Creo que el nuestro ha sido un desarrollo más armónico que el obtenido en el resto de los países y los beneficios del progreso han sido repartidos más equitativamente entre la población, sin dejar de reconocer que aún hay sectores marginados que debemos incorporar al desarrollo.

Por ello, la obtención de salud no puede estar únicamente centrada en desarrollar las instituciones de esta área, sino que requiere de participación multisectorial prefijada en programas específicos y debe existir una clara definición política de más alto nivel para lograr acciones en conjunto entre los sectores. El beneficio será mutuo a no dudarlo y los resultados mejores si encaramos con esta perspectiva el futuro. Las limitaciones económicas nos obligan cada día a lograr que el Sistema Nacional de Salud se consolide, para evitar duplicaciones y disminuir costos y mejorar la eficiencia.

En los últimos años y ante la crisis económica hemos visto cómo el Gobierno ha disminuido el soporte para Salud y Educación; ambos Ministerios han visto reducido proporcionalmente sus presupuestos y, de hecho, estos son ya únicamente operativos, como ha sido expuesto públicamente por expertos en el campo. Pese a ello, los gobiernos han incurrido en gastos en áreas no prioritarias creado para cumplir con compromisos políticos, lo cual ha encarecido los costos de su burocracia y no ha permitido expandir

los programas de salud y educación. Para cumplir con el compromiso político de construir casas, se le ha quitado parte del presupuesto a Asignaciones Familiares, utilizando dinero que antes apoyaba programas de los ministerios ya mencionados. En este país, todos los gobiernos cada vez que tienen un nuevo problema, tratan de crear una nueva institución, recargando el presupuesto nacional, sin importarles que a mayor gasto en la administración menos queda para la prestación de servicios.

Por otro lado, las frecuentes huelgas por aumentos salariales, las convenciones colectivas y los laudos arbitrales en el Seguro Social, INS, etc., están agotando las reservas de las instituciones y creando agrupaciones privilegiadas dentro de los servidores públicos, sin que esos movimientos y las mejoras económicas logradas por los trabajadores, reflejen un mejor servicio; más bien disminuyen la capacidad de adquisición de equipo y tecnología y la posibilidad de extensión de sus acciones. Es así como seriamente hay que pensar si la privatización no será una necesidad impostergable para acabar con esta situación y lograr mayor eficiencia, pues está claramente demostrado que en muchos parámetros esas instituciones (y el resto de las públicas, incluyendo los Bancos) son bastante deficitarias, en parte debido a irresponsabilidad de los propios trabajadores, algunos jefes y sus sindicatos.

La ciudadanía demanda cada vez más y mejores servicios, lo cual, pese a la crisis, obliga al gobierno a continuar expandiendo la capacidad del sistema, que, sin embargo, al ser deficiente en cuanto a contenido económico no permite hacer las ampliaciones requeridas por falta de esos recursos. Estas extensiones no son usualmente adecuadas o si lo son, se debe a que han sustraído recursos de otras áreas para habilitar las nuevas y, con ello, las primeras bajan en calidad en sus prestaciones de servicios. Lo anterior obliga aquí también a crear prioridades en la extensión de los servicios y a emplear racionalmente los recursos existentes. Debo aclarar que racionalizar no siempre significa reducir recursos, sino que puede consistir en una mejor distribución de estos buscando mayor eficiencia.

Lamentablemente las expectativas de la comunidad no pueden ser llenadas con base en promesas políticas momentáneas, so pena de trastornar el sistema, este no puede continuar creciendo a menos que el desarrollo ulterior esté bien financiado.

Un componente básico de nuestro sistema de salud es que este, debe tener una cobertura universal, no puede haber una política social realista, si esta cobertura se reduce a grupos de trabajadores o únicamente limita su acción a las ciudades. El Seguro Social está casi universalizado y esto debe ser continuado y mejorado, sobre todo antes de pensar en otros cambios significativos o en dar mayor soporte a más áreas o programas específicos dentro de la Caja. La universalidad significa servicios a toda la población sin distingos de ser o no asegurados, de sus medios económicos y del lugar donde se habite. Posiblemente, esto ha sido uno de los factores que han

hecho la diferencia de Costa Rica con los otros países del istmo y por ello debe ser mantenido.

El problema de los precios de la nueva tecnología es uno de los más difíciles, a los cuales hay que hacer frente. El ascenso de los costos de la atención médica a cifras que el país está en peligro de no poder pagar si continúa en ese proceso es, posiblemente una de las situaciones más trágicas del sistema. Mientras que en algunas áreas rurales no contamos con equipos elementales y medicinas e incluso se encuentran aún sin servicios adecuados, la presión de parte de los hospitales para invertir en tecnología compleja se hace cada vez más insoportable (debo manifestar que reconozco que, desde el punto de vista de los médicos, está perfectamente justificada esa actitud). Debemos analizar cuidadosamente la necesidad de estos equipos pues en muchos casos son tan útiles, que podemos considerarlo indispensables si queremos hacer medicina moderna, pero cuya duplicación innecesaria puede elevar los costos injustificadamente. Por otro lado, si contamos con la tecnología adecuada y oportuna, los diagnósticos y tratamientos son mejor y más rápidamente llevados a cabo. Eso, incluso, puede reducir costos al ser las enfermedades atacadas precozmente y con mayores posibilidades de éxito.

Nosotros somos una sociedad de recursos limitados, un país subdesarrollado (un eufemismo es decirle país en desarrollo), por eso necesitamos plantearnos prioridades en salud y seguridad social para continuar avanzando, de lo contrario la situación puede complicarse y nuestros índices de salud deteriorarse. Las políticas por seguir en el área de los servicios de salud deben consistir en: consolidar el Sistema Nacional de Salud que se ha venido gestando. Realizar los cambios estructurales que permitan constituir al sector en un sistema adecuado a las condiciones políticas, económicas, culturales y tecnológicas que el país posee. Finalizar la integración de Servicio Caja-Ministerio y definir el *modus operandi* de coordinación y posible integración con algunas áreas del INS y el I.A.y A., y reforzar el Sistema de Atención Primaria como estrategia clave en especial para las áreas rurales y urbanas marginadas.

El aumento de la contaminación ambiental se puede constituir en uno de los graves problemas de la década. Todos estamos de acuerdo en que esta constituye un grave riesgo para la salud, pero son pocas las acciones para evitar esto. Al parecer, nadie, ni los gobiernos, ni las instituciones y menos la industria, están dispuestos a pagar el precio para eliminar los factores contaminantes o por lo menos para reducirlos. En consecuencia, será necesaria una legislación más dura para obligar a cumplir con medidas preventivas anticontaminantes, y una actitud más estricta de parte de las autoridades. Pero, sabemos que el control ambiental es sumamente costoso e incide sobre innumerables fuentes de trabajo, tomar medidas en ese campo para la industria significa, aumentar el costo del producto para los consumidores. La amenaza de cerrar determinada fábrica o empresa que

destruye el ambiente, suele crear conflictos sociales y económicos serios para los trabajadores, responsabilidad que usualmente no acepta asumir ningún gobierno. Reciclar los desechos de las fábricas debe ser el modelo por imitar en el futuro para resolver el problema de la basura y los residuos sólidos de diversas industrias.

Debe llevarse a cabo la promoción de la salud de manera integral a toda la población y por todos los medios posibles. Esto es básico para el futuro. La salud es tan importante para el ciudadano de una nación que debe enseñarse como algo fundamental. Debemos, además, evitar la publicidad de productos nocivos de venta popular (licores, cigarrillos, etc.), o en su defecto, tener una propaganda adecuada para combatirlos. Hay que despertar la conciencia de la importancia de una dieta equilibrada y de buena higiene general, así como de ejercicios diarios y cuidados en las relaciones sexuales. Las relaciones en el trabajo, hogar y comunidad deben darse dentro de un marco de armonía que evite el estrés que condiciona en cierto modo infartos del miocardio, accidentes cerebrales vasculares, y trastornos emocionales. Lo mismo puede decirse sobre no conducir automóviles de manera veloz e irresponsable, esto ocasiona muerte e invalidez en muchas personas, especialmente en los niños.

Es imperativo obtener la participación plena de la comunidad para colaborar en resolver problemas de salud y enfermedad, en el entendido de que el principal responsable de los cuidados de la salud es uno mismo y no el Estado o el Seguro Social.

Pero, a mi juicio, debemos, más que presionar o coaccionar a la población a participar y asumir responsablemente su papel, educarla para que lo haga de manera espontánea, de tal forma que lo considere importante. Mientras que esto no se logre la participación comunitaria no se dará.

El proceso de desmedicalización de la salud debe continuar, con anterioridad, obtener salud había sido erróneamente interpretada como cuestión de medicina y de hospitales, hoy sabemos que eso no es correcto y que cada uno de nosotros, con buena información sobre los cuidados por tener para conservarla, lo podríamos hacer sin depender de los médicos.

De hecho, en muchos sentidos la Atención Primaria de la Salud no requiere de participación médica, sino de técnicos, auxiliares y enfermeras, aparte del sentido común de las personas, aplicado a las experiencias que se les transmitan mediante la educación para la salud como vimos en el capítulo respectivo. La idea de prestación de servicios de salud no es sólo dar atención de la enfermedad, sino algo más amplio y requiere del trabajo en equipo de todo el personal del sistema.

Lo anterior no significa que el médico no sea importante, lo es, en especial en el campo de la enfermedad y debería serlo también en el de la salud, hecho que posiblemente sucederá una vez que el médico familiar se generalice. La transferencia de conocimientos de parte de los especialistas en salud y de los médicos a la población, por todos los medios de

comunicación y de manera sencilla, es la mejor forma de tener éxito en cualquier programa preventivo. El profesional en salud, y en especial el médico, debe convertirse en el catalizador de estos programas y no quedarse únicamente como terapeuta. De esta forma, se convierte en un médico verdaderamente Hipocrático.

Debemos promover la integración entre la familia y las escuelas para apoyar a los niños cuando hay deficiencias en una u otra. El ejemplo dado por los padres en el hogar y los maestros en las escuelas resulta esencial en cualquier política sanitaria; sin eso, los resultados serán muy precarios. La base del cambio para el futuro está precisamente en la educación del niño.

En el campo de los recursos humanos, los déficit de estos y cómo afrontarlos constituyen ya un problema. Debemos recordar que lo más valioso de una sociedad es el ser humano y este recurso es indispensable en el sector. Será necesario formar nuevos tipos de técnicos y crear o ampliar las especialidades profesionales. El Gobierno no podrá realizar sus estrategias de salud, si no cuenta con el personal suficiente para llevarlas a cabo. Sin embargo, existe poca coordinación entre las instituciones usuarias del recurso humano y aquellas que lo forman. El Seguro Social y las Universidades deben actuar conjuntamente para de manera cuidadosamente programada, formar el personal que se requiere en cada campo. Esto será más fácil de realizar en las universidades oficiales que en las privadas. Pero, el objetivo no debe ya ser sólo la cantidad, sino la calidad, o sea, formar personas idóneas para los puestos de trabajo que se necesitan, y sobre todo, con una actitud completamente nueva en cuanto a la importancia y la obligación de los servicios que van a proporcionar. Una buena planificación evitará una superproducción de especialistas médicos que no están haciendo falta, mientras que en otras áreas otros especialistas y otros grupos de profesionales son deficitarios como las enfermeras, los técnicos en radiología y anestesia, etc. Además, los recursos humanos deben dar respuesta al modelo de salud que el país está desarrollando y deben, entonces, las universidades armonizar la formación de este recurso con la salud integral que se pretende obtener.

En el campo de la administración se debe reorganizar la administración en las instituciones del sector adaptándolas al sistema.

Se requiere crear capacidad gerencial suficiente para lograr mayor eficiencia en la administración. En el político, la decisión sobre privatizar o no el sistema de servicios médicos, será uno de los puntos que pronto deberá ser analizado. Este tema ha sido ampliamente desarrollado en el *Capítulo 24* en cuanto a sus pros y contras.

Organizar un Régimen único de Pensiones es una necesidad. El país no soportará mantener sin adecuada financiación los actuales regímenes que, aparte de costosos, son injustos, y no guardan proporción con las necesidades del aumento del costo de la vida para la mayoría de los

pensionados y en cambio, para otros significan prebendas increíbles en un país pobre. O equilibramos las pensiones y las financiamos o entraremos en la quiebra de la misma con todas sus consecuencias como ya vimos en el respectivo capítulo.

Crear una estrategia general de atención del anciano (Tercera Edad), se ha convertido en una necesidad ya que este grupo tiende a crecer inexorablemente a través del tiempo y en ellos, la atención de la patología resulta sumamente costosa. Además, moralmente estamos obligados dar al viejo un mayor "confort" en los años de la senectud, en los que debe haber un merecido descanso después de haber cumplido con su labor a través de toda una vida. Debemos acordarnos que casi todos llegaremos a ancianos y que la meta ya señalada es llegar a morirnos de viejos y no por viejos enfermos. Es un error considerar a las personas de edad como una carga, y pretender institucionalizar su cuidado, pasándoselos al gobierno o a hospitales y asilos de ancianos. Es, en cierto modo, casi una irresponsabilidad.

En caso de problemas en los hogares, debería tener capacidad el Estado mediante el Plan Nacional de la Tercera Edad, de proporcionar apoyo a las familias para el cuidado del viejo. El aislamiento creciente de ellos es una crueldad en una sociedad que se dice justa. Incrementar el apoyo del anciano en el seno de sus hogares o en su comunidad debe ser el objetivo de estos programas.

En el futuro se debe incrementar la investigación científica básica, la clínica, la epidemiológica, y la operacional, de manera que encontremos alternativas propias para atender y resolver los problemas que nos afectan. Nadie duda de la importancia de la investigación, pero, desde el punto de vista práctico, es muy difícil organizarla en las actividades habituales de los servicios de salud, y suele ser relativamente costosa, ya que los déficit económicos impiden destinar dinero a programas cuyos beneficios sólo se verán al cabo de los años.

Esto es una falla de concepción de la importancia de la misma y será difícil superar esta actitud en las autoridades, que por otra parte al estar inmersos en serios problemas financieros no desean agregar una carga más a sus escuálidos presupuestos. Sin embargo, es necesario actuar a este nivel.

Se habla mucho de dar a la mujer el papel político que le corresponde y eso parece totalmente justo; también debemos entender que ella es la madre y la primera educadora y protectora de la salud, razón por la que debe ser considerada la "principal promotora de salud". Por ello, debe dársele todo el apoyo educativo en el campo sanitario y médico para ampliar sus conocimientos y obtener así que se constituya en el mejor soporte del sistema. Sin embargo, merece además reconocimientos y cuidados ya que tienen no sólo la carga de criar a los hijos, sino de cuidar el hogar y muchas veces de trabajar para sostenerlo.

Todos los programas futuros deben estar basados en mejorar la calidad y cantidad de los servicios y lograr proporcionarlos en el momento oportuno; acordes además con la posibilidad económica del país y sin que los cambios signifiquen renunciar a los logros obtenidos al presente.

Cualquier planificación de servicios, debe tomar en consideración no sólo la demanda existente, sino también la potencial, y organizar los recursos para poder satisfacerlos en el futuro de una manera racional.

Debo recordar que debemos buscar para el país un desarrollo sanitario y social equitativo. Pero esto no se está dando aún, mientras tengamos una mortalidad infantil de 14 por mil nacidos vivos como promedio nacional, hay áreas con una mortalidad de más de 30 y con serios problemas económicos y sociales, en ellas las necesidades básicas de la población no se han cubierto y por eso los problemas son ahí más serios.

Desde luego que estamos conscientes que la pobreza y la falta de educación son dos de las principales causas que impiden obtener salud. Si estos existen de manera importante, los cuidados de la salud, aunque se den, resultarán menos eficaces, de tal manera que el Gobierno debe encarar la situación social y de salud como un todo. Sin fuentes de trabajo para el responsable del hogar, sin agua potable y electricidad, sin vivienda digna, la salud está en peligro.

Por ello, el desarrollo económico condiciona el social y la salud, y a su vez estos dos son requisitos para obtener desarrollo económico; no hay más alternativa que trabajar al unísono en ellos. Pero no sólo el gobierno, sino todos los sectores de nuestra sociedad deben estar decididos a construir los cimientos de una Costa Rica mejor, donde no existan diferencias marcadas y pobreza extrema.

Mantener funcionando adecuadamente el sistema de seguridad social, ampliar las fuentes de trabajo, proporcionar vivienda subvencionada —no regalada—, realizar una reforma agraria acorde con las posibilidades del país —no demagógica— reajustar los impuestos, disminuir la burocracia y poner en marcha buenos métodos de control y eficiencia en la administración pública, son medidas que, unidas al desarrollo económico, pueden sacar al país adelante, buscando no tanto hacer una Costa Rica más rica, sino más justa.

ANEXO

AUTORIDADES DE SALUD DE COSTA RICA "INDICE CRONOLOGICO"

ANEXO

AUTORIDADES DE SALUD DE COSTA RICA "INDICE CRONOLOGICO"

1. SECRETARIOS Y MINISTROS DE SALUD DE COSTA RICA

SECRETARIOS	FECHAS
Dr. Solón Núñez Frutos (Subsecretario de julio 1922 a junio de 1927) Secretario de esa fecha a mayo 1936	junio 1927-abril 1936
Dr. Antonio Peña Chavarría	mayo 1936-marzo 1939
Dr. Alfonso Acosta Guzmán	marzo 1939-mayo 1940
Dr. Mario Luján Fernández	mayo 1940-agosto 1943

MINISTROS	FECHAS
Dr. Solón Núñez Frutos	setiembre 1943-marzo 1948
Dr. Raúl Blanco Cervantes	abril 1948-noviembre 1949
Dr. Carlos Sáenz Herrera	noviembre1949-agosto 1951
Dr. José Cabezas Duffner	setiembre 1951-noviembre 1953
Dr. Rodrigo Loría Cortés	mayo 1954-enero 1957
Dr. Máximo Terán Valls	enero 1957-abril 1958
Dr. Adolfo Jiménez de la Guardia	mayo 1958-julio 1958
Dr. José Ml. Quirce Morales	agosto 1958-mayo 1962
Dr. Máximo Terán Valls	mayo 1962-agosto1964
Dr. Oscar Fidel Tristán Castro	agosto 1964-mayo 1966
Dr. Alvaro Aguilar Peralta	mayo 1966-julio 1969
Dr. Arnoldo Fernández Soto	julio 1969-mayo 1970
Dr. José Luis Orlich Bolmarcich	mayo 1970-mayo 1974
Dr. Herman Weinstock Wolfowicz	mayo 1974-mayo 1978
Dr. Carmelo Calvosa Chacón	mayo 1978-mayo 1982
Dr. Juan Jaramillo Antillón	mayo 1982-mayo 1986
Dr. Edgar Mohs Villalta	mayo 1986-mayo 1990
Dr. Carlos Castro Charpentier	mayo 1990

Caja costarricense de Seguro Social

2. INDICE CRONOLOGICO DE PRESIDENTES EJECUTIVOS, GERENTES, SUBGERENTES Y AUDITORES

PRESIDENTES EJECUTIVOS

1974-1976	Don Jenaro Valverde Marín
1976-1978	Don Fernando Naranjo Villalobos
1978-1982	Don Alvaro Fernández Salas
1982-1990	Don Guido Miranda Gutiérrez
1990	Don Elías Jiménez Fonseca

GERENTES

1942-1944	Don Julio Acosta García
1944-1944	Don Octavio Beeche Argüello
1944-1946	Don Arturo Volio Jiménez
1946-1948	Don Manuel Francisco Quesada Quirós
1948-1950	Don Miguel Angel Dávila Ugalde
1950-1959	Don Cipriano Güell Partegás
1959-1962	Don Alfredo Volio Mata
1962-1966	Don Rodrigo Fournier Guevara
1966-1970	Don Fernando Escalante Pradilla
1970-1973	Don Rodrigo Fournier Guevara
1973-1974	Don Alvaro Vindas González
1974-1978	Don Laureano Echandi Vicente
1978-1982	Don Jorge Walter Bolaños Rojas
1982-1984**	

** Durante el período 82-84 no se nombró Gerente en vista de que había un proyecto en la Asamblea Legislativa de crear tres Gerencias. Durante ese tiempo se mantuvieron como Sub-Gerentes el Dr. Saeed Mekbel y el Dr. Salomón Rodríguez.

GERENTES DIVISION MEDICA

Marzo-Octubre 1984	Dr. Saeed Mekbel Achid
1984-1987	Dr. Oscar R. Fallas Camacho
1987-1990	Dr. Edgar Cabezas Solera
1990	Dr. Eduardo Sánchez Jovel

GERENCIA DIVISION ADMINISTRATIVA

1984-1990 **	Dr. Salomón Rodríguez Lobo

GERENCIA DIVISION FINANCIERA

1984-1990 **	Lic. Jorge A. Hernández Castañeda

SUBGERENTES

1942-1946	Don Guillermo Padilla Castro
1950-1956	Don Jorge Brenes Cedeño
1956-1957	Don Joaquín Alberto Fernández Robles
1957-1959	Don Armando Arauz Aguilar
1959-1961	Don Rodrigo Fournier Guevara
1961-1966	Don Fernando Escalante Pradilla
1966-1970	Don Wallace Cover Braeske
1970-1978 Med.	Don Guido Miranda Gutiérrez
1971-1971 Adm.	Doña Carmen Naranjo Coto
1971-1973 Adm.	Don Alvaro Vindas González
1973-1976 Adm.	Don Gastón Guardia Uribe
1976-1978 Adm.	Don Carlos Guillermo Schmidt Gamboa
1978-1982 Med.	Don Carlos Castro Charpentier
1978-1982 Adm.	Don Alvaro Vindas González
1982-1984 Adm.	Don Salomón Rodríguez Lobo
1982-1984 Med.	Don Saeed Mekbel Achid

** Ambos reelectos por otro período

Nota: Finalizan en marzo del 84 las sub-gerencias y se transforman en tres Gerencias:

1. Médica
2. Administrativa
3. Financiera

AUDITORES

1942-1946	Don Octavio Allende Echeverría
1946-1948	Don José Fco. Chaverri Rodríguez
1948-1948	Don Jorge Zeledón Vargas
1948-1952	Don Juan Elías Herrera Romero
1953-1974	Don Laureano Echandi Vicente
1974-1976	Don Carlos Guillermo Schmidt Gamboa
1976-1978	Don Mario Aymerich Fernández
1978-1979	Don Laureano Echandi Vicente
1982-1990	Don Carlos Guillermo Schmidt Gamboa

3. MEDICOS QUE HAN INTEGRADO LA JUNTA DIRECTIVA, PRESIDENCIA EJECUTIVA, GERENCIA Y SUBGERENCIAS DE LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Miembros Junta Directiva

NOMBRE	PERIODO
Dr. Francisco Cordero Quirós (Propietario)	1942 a 1946
Dr. Carmelo Calvosa Chacón (Suplente)	1947
Dr. Francisco Cordero Quirós (Suplente)	1948
Dr. José Manuel Quirce Morales (Propietario)	1948 a 1958
Dr. Carlos Sáenz Herrera	1958
Dr. Marcial Rodríguez Conejo	1958 a 1964
Dr. Fernando Trejos Escalante	1959 a 1965
Dr. Mario Gamboa Vega	1965 a 1969
Dr. Carlos Alberto Blanco Quesada	1967 a 1970
Dr. Edgar Hut Gil	1969 a 1970
Dr. Víctor Manuel Hernández Asch	1970 a 1974
Dr. Jaime Gutiérrez Góngora	1970 a 1978
Dr. Roberto Ortíz Brenes	1970 a 1982

4. CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL A PARTIR DE JUNIO DE 1990

PRESIDENTE EJECUTIVO Y PRESIDENTE DE LA JUTA DIRECTIVA

Dr. Elías Jiménez Fonseca

JUNTA DIRECTIVA:

- Vicepresidente:
Lic. Carlos Zamora Guardia (*)

- Directores

Estado:
Licda. Graciela Moreno Ulloa
Lic. Carlos Zamora Guardia

Patronos:
Sr. Roberto Quirós Coronado
Sr. Rodolfo Salas Salas
Lic. Samuel Hidalgo Solano

Trabajadores:
Sr. Miguel Angel Calderón Sandí
Presbítero Claudio Solano Cerdas
Sr. Norman Asenjo Quirós

Gerencias:
Lic. Jorge Arturo Hernández Castañeda

Administrativa:
Lic. Salomón Rodríguez Lobo

Médica:
Dr. Eduardo Sánchez Jovel

Gerencia de Operaciones:
Ingeniero Carlos Quesada Solano

Auditoría:
Lic. Carlos Guillermo Schmidt Gamboa, Auditor
Lic. Alfredo Boschini Lizano, Sub-auditor

(*) Se repite como Director

5. INSTITUTO COSTARRICENSE DE ACUEDUCTOS Y ALCANTARILLADOS

PRESIDENTES EJECUTIVOS

Cabada Martínez José Luis	1974-1978
Cordero Chaverri Olman	1978-1982
Chavarría Méndez Miguel Angel	1982-1985
Fait Lizano Alberto	1985-1986
Prado Castro Eladio	1986-1990

GERENTES

Carballo Wedel Jorge	1961-1974
Benavides Robles Mario	1974-1976
Antillón Sargent Juan Carlos	1976-1978
Quesada Rodríguez Edwin	1978-1982
Cortés Noriega Claudio	1982-1985
Farrer Crespo Herbert	1987

6. INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS

GERENTES

Sr. Jaime Rojas Benett	01-01-36 al 28-02-38
Sr. José María Arce Monestel	01-03-38 al 31-12-42
Sr. Andrés Brenes Mata	02-01-43 al 24-05-48
Sr. Enrique Lara Fernández	25-05-48 al 31-12-59
Sr. Jorge Escalante Bonilla	01-01-60 al 23-11-62
Sr. Miguel Armijo Ceregatti	28-11-62 al 31-12-68
Sr. Francisco González Pacheco	01-01-69 al 18-11-70
Lic. Marco Fidel Tristán Castro	18-11-70 al 31-05-74
Lic. Antonio Carvajal Villarreal	01-06-74 al 31-05-82
Lic. Gerardo Aráuz Montero	01-07-86 al 08-07-90
Lic. Rodrigo Sánchez Brenes	09-07-90

SUBGERENTES

Sr. José María Arce Monestel	01-01-36 al 28-02-38
Sr. Andrés Brenes Mata	01-03-38 al 31-12-42
Sr. Víctor Manuel Aguilar Esquivel	01-01-43 al 31-12-44
Sr. Enrique Lara Fernández	01-01-45 al 23-05-48
Lic. Marco Fidel Tristán Castro	25-05-48 al 31-12-50
Sr. Jorge Escalante Bonilla	01-01-51 al 31-12-59
Sr. Miguel Armijo Ceregatti	01-01-60 al 27-11-62
Lic. Ricardo Monge Otárola	28-11-62 al 28-02-82
Sr. Víctor Julio Brenes Zúñiga	01-03-82 al 01-02-87
Lic. Alfredo Lutschauning Montero	16-02-87 al 01-01-90
Lic. Jorge Cob Saborío	08-01-90

PRESIDENTES EJECUTIVOS

Lic. Marco Fidel Tristán Castro	01-06-74 al 07-05-78
Lic. Germán Serrano Pinto	08-05-78 al 16-09-79
Sr. Cristóbal Sawadzki Wojtasiak	01-10-79 al 28-02-82
Lic. Ricardo Monge Otárola	01-03-82 al 07-05-82
Sr. Eddy Alvarez González	08-05-82 al 07-05-86
Lic. Fernando Zumbado Berry	08-05-86 al 07-05-90
Lic. Luis Javier Guier Alfaro	08-05-90 al

7. LA CRUZ ROJA COSTARRICENSE

1er. Consejo Superior de la Cruz Roja Costarricense, 1885

Don Gaspar Ortuño
Don Federico Cox
Dr. Don Maximiliano Bansen
Lic. Don Aniceto Esquivel
Don Guillermo Steinvorth
Dr. Don Martín Bonnefil
Lic. Don Gerardo Castro
Don Adrián Collado
Don Alfonso Fraysse
Don Teodoro Mangel

CONSEJO NACIONAL DE 1990

Presidente:	Miguel Carmona Jiménez
Vice-Presidente:	Dr. Carlos Montero Umaña
Secretario General:	Manuel Salazar Alvarez
Sub-Secretario General:	Gerardo Jiménez Monge
Tesorero General:	Rodrigo Cordero González
Sub-Tesorero General:	Víctor Hugo Barrientos Vega
Vocales:	
I	Manuel Antonio Víquez Jiménez
II	Enrique Sancho Alpízar
III	Alberto Li Chan
IV	Otto Varela Jiménez
V	Leonardo Carvajal Ugarte
VI	Víctor Sanabria Lemaitre
VII	Manuel Aguirre Rivera
VIII	Miguel Vargas Elizondo
IX	José Peña Jiménez

8. EX-PRESIDENTES DEL COLEGIO DE MEDICOS Y CIRUJANOS

1902	Dr. Andrés Sáenz y Llorente
1903	Dr. Eduardo J. Pinto Fernández
1904	Dr. Pánfilo de G. Valverde Carranza
1905	Dr. Francisco José Rucavado Bonilla
1906	Dr. José María Soto Alfaro
1907	Dr. Carlos Durán Cartín
1908	Dr. Carlos Durán Cartín
1908	Dr. José María Soto Alfaro
1909	Dr. Federico Zumbado Guzmán
1910	Dr. Federico Zumbado Guzmán
1911	Dr. Carlos Durán Cartín
1911	Dr. José María Soto Alfaro
1912	Dr. Teodoro H. Prestinary Pérez
1912	Dr. José María Soto Alfaro
1913	Dr. Jenaro Rucavado Bonilla
1914	Dr. Elías Rojas Román
1915	Dr. Emilio Echeverría y Aguilar
1916	Dr. Emilio Echeverría y Aguilar
1917	Dr. Carlos Pupo Pérez
1918	Dr. Francisco A. Segreda Solera
1919	Dr. Francisco A. Segreda Solera
1920	Dr. Luciano Bechee Cañas
1921	Dr. Mariano Rodríguez Alvarado
1922	Dr. Elías Rojas Román
1923	Dr. Elías Rojas Román
1924	Dr. Solón Núñez Frutos
1925	Dr. Ricardo Moreno Cañas
1926	Dr. Gustavo Odio de Granada
1926	Dr. Elías Rojas Román
1927	Dr. José María Barrionuevo Orozco
1928	Dr. Benjamín Hernández Valverde
1929	Dr. Julio César Ovares Arias

1930	Dr. Francisco Cordero Quirós
1931	Dr. Rafael Calderón Muñoz
1932	Dr. Amancio Sáenz Clark
1933	Dr. Antonio A. Facio Ulloa
1934	Dr. Jorge Lara Iraeta
1934	Dr. Antonio Peña Chavarría
1935	Dr. Antonio Peña Chavarría
1936	Dr. Oscar Pacheco Chaverri
1936	Dr. Roberto Chacón Paut
1937	Dr. Ricardo Marchena Valle-Riestra
1938	Dr. Alexis Agüero Soto
1939	Dr. Nilo Villalobos Quesada
1940	Dr. Rafael A. Calderón Guardia
1940	Dr. Julio César Ovares Arias
1941	Dr. Alexis Agüero Soto
1942	Dr. Mariano Salazar Baldioceda
1943	Dr. Carlos Luis Valverde Vega
1944	Dr. Carlos Sáenz Herrera
1945	Dr. Antonio Facio Ulloa
1946	Dr. Raúl Blanco Cervantes
1947	Dr. Fernando Pinto Echeverría
1948	Dr. Oscar Martínez Nousbarner
1949	Dr. Carlos de Céspedes Vargas
1950	Dr. Alfonso Acosta Guzmán
1951	Dr. Jorge Vega Rodríguez
1952	Dr. Gonzalo González Murillo
1953	Dr. Carlos Sáenz Herrera
1954	Dr. Jorge de Mezerville Quirós
1955	Dr. José Ma. Quirce Morales
1956	Dr. Rodrigo Cordero Zúñiga
1957	Dr. Alvaro Montero Padilla
1958	Dr. Fernando Trejos Escalante
1959	Dr. Fernando Coto Chacón
1960	Dr. Carmelo Calvosa Chacón
1961	Dr. Longino Soto Pacheco
1962	Dr. Andrés Vesalio Guzmán Calleja
1963-1964	Dr. Esteban A. López Varela
1965-1966	Dr. Enrique Urbina González
1967-1968	Dr. Arnoldo Fernández Soto
1969-1970	Dr. Saeed Mekbel Achit
1971-1972	Dr. Manrique Soto Pacheco
1973-1974	Dr. Luis Fernando Montalto Coronado
1975-1976	Dr. Jorge Francisco Suárez Loaiza
1977-1978	Dr. Carlos A. Castro Charpentier

1979-1980	Dr. Gonzalo Vargas Chacón
1981-1982	Dr. Eric Mora Morales
1983-1984	Dr. Juan Luis Delgado Monge
1985-1986	Dr. Guillermo Rodríguez Aguilar
1987-1988	Dr. Juan Rafael Arce Villalobos
1989-1990	Dr. Oscar Ferraro Dobles

BIBLIOGRAFIA

1. Abel-Smith, Brian. *Cuánto Cuesta la Salud.* Editorial Mapfre, S. A. Madrid, 1982.

2. Abel-Smith, Brian. "Mejoramiento de la relación costo-eficiencia en la atención de salud". *Foro Mundial de la Salud.* Vol. 5, 1984, pp. 102-105.

3. Abel-Smith, Brian. *Visita del Dr. Brian Abel-Smith a Costa Rica.* Pub. CCSS. San José, 1985.

4. Acuña R., Héctor. *Hacia el año 2000. En busca de la salud para todos en las Américas.* Pub. OPS; Washington, D. C., 1983.

5. Agudelo A., Carlos. "Participación Comunitaria en Salud. Conceptos y Criterios de Valoración". *Bol. of Sanit. Panam.* 95(3), 1983, pp. 205-215.

6. AISSCAP. *Avances recientes de la seguridad social en Costa Rica.* "XXXII Reunión de AISSCAP". Pub. CCSS. 29 de Junio 1982.

7. Alarid, Humberto Jaime. *La Medicina Familiar en México.* Informe OPS/OMS, 1984.

8. Alexander P., Charles. "A Sizzling Scientific Debate". *TIME.* 34, April 30, 1990.

9. Alvarez Ulloa, Melvin. *Principales variables económicas del país, 1988-1989.* Comunicación personal Banco Central de Costa Rica. División Económica. 6 abril 1990.

10. Allende, Carmen. *Análisis Estadístico. Aplicación en los profesionales de la salud.* Scott, Foresman and Company: Illinois, 1989, pp. 235-239.

11. Alleyne, George. "La Salud y el Desarrollo". *Bol. Of Sanit Panam.* 94(4), 1983, pp. 315-326.

12. Amador Guevara, José. "Significación y alcance de las Unidades Sanitarias". *Revista Médica de Costa Rica*. Año III, No. 20. Set. 1936.

13. Arauz Montero, Gerardo. "El Monopolio de los Seguros". *La República*. San José, Jueves 19 de abril, 1990, p. 17A.

14. Archivo Nacional de Costa Rica. *Serie Protocolo de Cartago*. Sección Histórica, documento No. 1062, folio 44. 1815.

15. Arias Sánchez, Oscar. *Carta dirigida al Dr. Guido Miranda, Presidente Ejecutivo de la CCSS*. Presidencia de la República de Costa Rica. San José, 7 agosto, 1987.

16. Asamblea Legislativa. *Pensiones*. Departamento de Servicios Técnicos de la Asamblea Legislativa: San José, 1989.

17. Asociación Demográfica Costarricense. *16 mil niños nacen de madres adolescentes*. Citado por *La Prensa Libre*, viernes 4 de mayo, 1990, p. 2.

18. Asociación Internacional de la Seguridad Social. *Evaluación de la Seguridad Social y actividades de la AISS 1984-1986*. "XXII Asamblea General". Montreal. Setiembre 1986.

19. Authier, Jerry y Land. Trudy. "Family. The Unique Component of Family Medicine". *Jour. of Fam. Pract. 7*, 1978, pp. 1066-1068.

20. Barahona Streber, Oscar. "Al oído de Don Manuel Mora". *La Prensa Libre*., martes 13 de marzo, 1990, p. 13.

21. Barer, ML.; Evans, RG. y Labelle, R. *The Frozen north: controlling physician cost through controlling fees, the Canadian experience*. Office of Tecnology Assessment. Washington, D. C., 1985.

22. Barron, James. "Unnecessary Surgery". *The New York Times Magazine*., April 16, 1989, pp. 25-46.

23. Baudin, Louis. "El Imperio Socialista de los Incas". 7a edición. Ediciones Rodas: Madrid, 1972.

24. Bayo, Francisco Roberto. "Pensión de Hacienda debe desaparecer". *La Nación*, Martes 28 de febrero, 1989, p. 4A.

25. Bayo, Francisco Roberto. "Experto recomienda cambios en pensiones". *La Nación*.. Sábado 26 de agosto, 1989, p. 4A.

26. Becerra, J. G., *et al. Una experiencia en salud comunitaria*. Pub. CCSS: San José, 1976-1977.

27. _____

28. Borrel, John. "Cloud over a continent". *Environment. TIME.* 42, May 28, 1990.

29. Bryant, John. *Health and the developing World.* Pub. Cornell University Press. New York, 1969.

30. Brown, Scott. *Do you want to die. The crisis in emergency care.* TIME, May 28, 1990, pp. 58-65.

31. Caja Costarricense de Seguro Social. *40 Aniversario.* Pub. CCSS. Octubre, 1983.

32. Caja Costarricense de Seguro Social. *Memoria 87.* Pub. CCSS: San José, 1988.

33. Caja Costarricense de Seguro Social. *Síntesis de políticas de gobierno y administración.* Pub. por Unidad de Planificación Administrativa, CCSS. Marzo, 1988.

34. Caja Costarricense de Seguro Social. *Primer Seminario Taller sobre Evaluación de Servicios Médicos.* Pub. CCSS: San José. Febrero 1989.

35. Caja Costarricense de Seguro Social. *Antecedentes Documentales-Libre Elección Médica.* Pub. CCSS. Agosto 1975.

36. Caja Costarricense de Seguro Social. *Informe de la Presidencia Ejecutiva sobre los nombres de las diferentes Directivas, Gerencias, Subgerencias y Presidencias Ejecutivas de la Institución hasta 1989.* De la Presidencia Ejecutiva al autor. Enero, 1989.

37. Caja Costarricense de Seguro Social. *Proyecto de Reforma Integral al Régimen de I.V.M.* Junta Directiva CCSS. Abril, 1990.

38. Calderón Fournier, Rafael Angel. "Calderón ajustará pensiones". Citado en *La República.* Jueves 19 de abril, 1990, p. 2A.

39. Camp S., Pamela y Arms, Karen. *Exploring Biology.* CBS College Publishing: New York, 1981.

40. Cárdenas de la Peña, Enrique. *Medicina Familiar en México. Historia.* IMSS: México, 1974.

41. Cardona Osorio, Jorge. "El concepto de salud enfermedad y salud pública según los diferentes modos de producción". *Revista Centroamericana de Administración Pública.* No. 12. Enero-junio, 1988.

42. Castro, Janice. "Earning Profits, Saving Lives". *TIME.* December, 1984, pp. 18-19.

43. Casson, Lionel. "Egipto Antiguo". *TIME-LIFE International.* Holanda 5. 1971, pp. 93-115.

44. Cavallini de Arauz, Ligia. *Don Pablo Alvarado Bonilla.* Ed. Imprenta Nacional: San José, 1985.

45. Cedeño Gómez, Rodrigo. *El modelo de atención de la medicina familiar y comunitaria.* Pub. EDNASSS, CCSS: San José, 1989.

46. Ceitlin, Julio. *¿Qué es la Medicina Familiar?* FEPAFEN-KELLOGG. Editorial Arte: Caracas, 1982.

47. Centro Científico Tropical. *Costa Rica Perfil Ambiental. Resumen Ejecutivo.* U.S.A.I.D. Contrato: San José. Diciembre, 1982.

48. Centro para la Producción de las Exportaciones y de las Inversiones. "Estados Unidos compró productos por $533 millones". Citado por *La Prensa Libre.* Martes 24 de abril 1990, p. 6.

49. CEPAL, LA. "El desarrollo de la Seguridad Social en América Latina". *Estudios e informes de la CEPAL.* (Naciones Unidas). Santiago de Chile. No. 43, IV, 1985, pp. 99-133.

50. Ciriacy, Edward W. *et al* ."Graduate Follow-Up in the University of Minnesota Affiliated Hospitals Residency Training Program in Family Practice and Community Health". *The J. of Fam. Pract.*, 11, 1980. pp. 719-730.

51. Citizens Commission on Graduate Medical Education. *The Graduate Education of Physicians.* American Medical Association, 1966.

52. Colección de Leyes y Decretos, año 1920, primer semestre. "Decreto No. 18. Cartera de Gobernación". 23 de abril de 1920. Imprenta Nacional, San José, 1921.

53. Colegio de Médicos y Cirujanos. "Reseña Histórica de las diferentes etapas del Colegio de Médicos y Cirujanos". *Pub. Colegio de Médicos.* Imprenta San Martín: San José, 1962.

54. Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica. *Homenaje al Dr. Solón Núñez Frutos.* Publ. Colegio de Médicos: San José, 1958.

55. Comisión de Estudios de la Seguridad Social. *Informe sobre la reforma de la seguridad social chilena.* Editorial Jurídica de Chile: Santiago, 1964-1965.

56. Conferencia Interamericana de Seguridad Social. *Boletín informativo.* Publ. CISS: México, No. 17. Nov-dic., 1985.

57. Constitución Política de la República de Costa Rica. "Edición Conmemorativa". Imprenta Nacional: San José, 1984.

58. Consumer Guide. *Social Security. Medicare and others Government benefits.* Publications International. Ltd.: Illinois, 1989.

59. Consejo de Población. *Estudio de Planificación Familiar.* Vol. I y II. Ediciones Tercer Mundo: Bogotá, 1968.

60. Cristoffanini, Alberto P. *Documento base de discusión sobre programa de educación continuada en medicina general. Responsabilidad y aportes de las facultades de medicina.* Miméografo. Chile, 1983.

61. Cristoffanini, Alberto P. *Conceptos generales sobre formas de organizar programas de educación continuada en medicina.* Ponencia para iniciar la discusión del tema en sesión de la "Comisión Nacional Docente Asistencial (CONDAS)". Chile. Abril, 1983.

62. Curry Hiram, B. "The Family as Our Patient". *The J. of Fam. Pract.* May, 1974, pp. 70-71.

63. Chamblis, Lauren and Reier, Sharon. *How doctors have ruined health care?* Financial World. New York. Vol. 159, No. 1. January, 1990, pp. 46-52.

64. Chaverri Polini, Adelaida. *Incendios y Vegetación. La verdadera emergencia nacional.* Pub. Ministerio de Gobernación, 1986, pp. 9-12.

65. Decreto Ejecutivo No. 1743. Colección de Leyes y Decretos. La Gaceta No. 143 (Alcance No. 719). San José, Imprenta Nacional, 14 de julio de 1971.

66. Dentzer, Susan. "Dueling Commissions Plot Health Care into the next century". *U. S. &World Report.* 31 Aug., 1989, 21 p.

67. Dentzer, Susan. "Scandalous Health Care". *U. S. News & World Report.* 25-30. March, 1990, 12 p.

68. De Sáenz F., Adela y Meléndez, Carlos. *Nueva Historia de Costa Rica* 2a ed. Imprenta Las Américas: San José, 1977.

69. Detsky, AS.; Stacey, SR. y Bonbardier, C. "The efectiveness of a regulatory strategy in containing hospital cost, the Ontario experience". *N. Engl. J. Med.* 3205:151-159, 1983.

70. UTHEA. *Diccionario Enciclopédico UTHEA,* Tomo IV (Educación). Unión Tipográfica Editorial Hispano-Americana: México, 1970, p. 411.

71. Diccionario Manual Ilustrado de la Lengua Española, 13va. ed. Bibliografía, S. A. España, 1986.

72. Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas, 11va. ed. Editorial Salvat. Barcelona, 1975.

73. Dirección General de Estadísticas y Censos. *Informe sobre población.* Ministerio de Economía. San José, 1990.

74. Dirección General Forestal. *La Destrucción del bosque en Costa Rica. La verdadera emergencia nacional.* Ministerio de Gobernación. San José, 1986.

75. Doll, Richard. "La definición de la salud". Citado por Katz, Jorge *et al. La Salud en América Latina.* Fondo de Cultura Económica. México, 1983, p. 21.

76. Dubos, René. *Mirage of Health Utopias. Progress and Biological Change.* Pub. Harper and Row Publishers, Inc. New York, 1959.

77. Dubos, René. *Un Dios Interior.* Salvat Editores, S. A. Barcelona, 1986.

78. Eads, George. "G. M. Aide Cits Japans Quality". *The New York Times* 19, Saturday, March 24, 1990.

79. Echandi, Jiménez Mario. *Reforma del Seguro Social. 40 Aniversario de la CCSS.* Pub. CCSS, 1983, pp. 17-19.

80. La Prensa Libre. "Los atentados a la equidad y paz social". Editorial. San José, Jueves 19 de abril, 1990. p. 14.

81. Elmendorf, M. L. "Women the underused human resource". *Educación Médica y Salud.* OPS. Washington, D. C. Vol. 16, No. 4, 1982.

82. Elson, John. "Rationing Medical Care". *TIME.* May 15, 1989, p. 70.

83. Encyclopaedia Britannica. *Health.* William Benton, Publisher, Chicago, 15th. ed., Vol 9, 1977, p. 697.

84. Encyclopaedia Britannica. *Book of the year 1989. Britannica World data.* Chicago, 1989, pp. 529-739.

85. Escudero, Juan. "Algunas consideraciones acerca de la contaminación ambiental". *Cuad. Med-Soc.*, Madrid, XXX, 1, 1989, pp. 18-25.

86. Farb. Peter. *Ecología.* Colección de la naturaleza de LIFE. Ed. Offset Multicolor, S. A.: México, D. F., 1966.

87. Fernández, F.; Delás, J. y Puigdollers, JM. ¿Hay que ingresar en hospitales de agudos a los mayores de 75 años?. *Rev. Clin. Esp.* 181, 1987, pp. 527-529.

88. Fernández Guardia, Ricardo. *Carta de Juan Vázquez de Coronado. Conquistador de Costa Rica.* Pub. R. F. G: Barcelona, 1908.

89. Fernández R., Lafitte. "Drama financiero por el pago de pensiones". *La Nación.* Domingo 3 de setiembre, 1989, p. 5A.

90. Fernández, León. *Colección de documentos para la historia de Costa Rica.* San José, París, Barcelona, 1907.

91. Ferrero, Carlos. *Estadísticas. Medicina Sanitaria y Administración de salud.* Tomo I, 3ra ed. Editorial El Ateneo: Barcelona, 1982, pp. 122-157.

92. Ferrero, Luis. *Costa Rica Precolombina.* 2a ed. Editorial Costa Rica: San José, 1977.

93. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. *Estado Mundial de la Infancia, 1990.* Pub. UNICEF: Nueva York, 1990.

94. Fonseca Renauld, Jorge *et al. Una Experiencia en la Integración de Servicios de Salud en una área rural.* Pub. CCSS: San José, 1980.

95. Fonseca Renauld, Jorge. *Consideraciones personales acerca de la Regionalización de la Institución.* Carta dirigida a la Gerencia Médica CCSS. Puntarenas, 9 de junio, 1989.

96. Fox, John; Hall, Carne y Evelbax, Lila. *Epidemiología.* Editorial Fournier: México, 1970, pp. 206-207.

97. Freudenheim, Milt. "Debating Canadian Health Model". *The New York Times.* Thursday, June 29, 1989, p. 23.

98. Freudenheim. Milt. "Volleyball on Health Care Cost. *The New York Times.* Thursday, December 7, 1989.

99. Friedrich, Otto. "One Miracle, Many Doubts". *TIME.* December 10, 1984, pp. 6-11.

100. Fries, James; Green, Laurence y Levine, Sol. "Promoción de la salud y compresión de la morbilidad". *The Lancet* (Ed. Esp.). Vol 15, No. 1, 1989, pp. 33-36.

101. Frutos, J. V. *El Dr. Solón Núñez.* Pub. Ministerio de Salud: San José, 1979.

102. Fuentes, R. L. "Calculan en 5000 millones de colones, costo de la medicina privada". *La República,* martes 19 diciembre 1989, p. 13A.

103. Fuentes, R. Luis. "Solo $130 por costarricense invierten cada año en salud". *La República*, San José, 17 enero de 1990, p. 28A.

104. García Pelayo y Gross, R. *Pequeño Larousse Ilustrado*. Ediciones Larousse: México, 1980, p. 923.

105. Gallardo D., Leonel. "Algunas tendencias de la educación y participación comunitaria en salud en América Latina". *Bol. of Sanit. Pan.* Washington, D. C. Vol. 22, No. 4, abril 1984, p. 315.

106. Garelik, Glenn. It's not easy being green. *TIME*, December 18, 1989, p. 39.

107. Garro Garita, Gilberto. "Voracidad de Políticos". *La Nación*. Lunes 7 de mayo de 1990, p. 16A.

108. Gergen, R. David. "Sixtysomthing". Part I. U. S. News & World Report. April 16, 1990, p. 64.

109. Geyman, John P. "The Family as the Object of Care in Family Practice". *The J. of Fam. Pract.* 5, 1977, pp. 571-575.

110. Geyman, John P. "Family Practice in Evolution. Progress, Problems and Projections". *The N. England J. of Med.* Vol. 298, 11, 1978, pp. 593-601.

111. Geyman, John P. "Family Medicine as an Academic Discipline". *The Lancet.* February, 1966, pp. 419-423.

112. Geyman, John P., *et al.* "Graduate Follow-up in the University of Washington Family Practice Residency Network". *The J. of Fam. Pract.* 11, 1980, pp. 743-752.

113. Gibbs, Nancy. "Sick and Tired" *Time*, July 31, 1989, pp. 48-55.

114. Glynn, Peter y Edwards, Peggy. *La ley natural de la salud: de lo que se siembra se recoge.* "Foro Mundial de la Salud". OMS: Ginebra. Vol. 9., 1988, pp. 571-575.

115. Glynn, Peter. *Promoción de la salud.* Memoria, "Primer Seminario Nacional sobre Promoción de la Salud. ACOSAP/Canadian". Public Health Association: San José. Noviembre 1988.

116. Green, Charles. "Medicare reform mesure aimed at slowing rise in doctors bills". *The Miami Herald*, Sunday, December 17, 1989.

117. Green, Charles. "Despite campaing vow, Busch ruling out Medicaid growth". *The Miami Herald*, Sunday, December 17, 1989.

118. Greene Walters, H. Simons-Morton, B. G. *Educación para la salud.* Interamericana. McGraw-Hill: México, 1984, pp. 4:88-104.

119. Greenhouse, Steven. "Swedens Social Democrats Veer Toward Free Market and lower Taxes". *The New York Times International*, Friday, October 27, 1989, p. 3.

120. Grimberg, Carl. *El Siglo del Liberalismo.* Ed. Daimon: Madrid. 11, 1983, pp. 288-341.

121. Hanlon, John S. *Public Health Administration and Practice.* Ed. St. Louis. C. V. Mosby Co. 6th. ed., 1984.

122. Hastings, J. E. F. "Federal and Provincial Insurance for Hospital and Physicians in Canada". *International Journal of Health Service.* Vol. 1 No. 4, 1971, pp. 398-413.

123. Hecht, Rudolp C. "Graduate Follow-up in the University of Wisconsin Family Practice Residency Programs". *The J. of Fam. Pract.* 14, 1982, pp. 545-555.

124. Hidalgo, H. H.; Castro, C. A. y Rivera, V. R. "Hogares sustitutos en Costa Rica". *Med. Cut. I. L. A.* Vol. X, 1982, p. 385.

125. Hoffmann, Myriam. "700 mil ticos paceden algún tipo de pobreza". *La República.* Domingo 11 de diciembre 1989, p. 29.

126. Horwitz, Abraham. "Salud para todos para el año 2000". *Bol. of Sanit. Pan.* (5), 405-410, 1985, p. 98.

127. Horwitz, Abraham. "Comparative public health: Costa Rica, Cuba and Chile". *Food and Nutrition.* The United Nations University. Cambridge. Vol. 9, 1987, pp. 319-329.

128. Horrigan, Michael y Haugen L. "Distribución Porcentual de Familias Estadounidenses en las clases bajas, medias y altas, 1969-1986". Monthly Labor Review. Mayo 1988. Citado por *La República*, San José, 28 de junio 1989, p. 2B.

129. Hospital San Juan de Dios. *Su Fundación.* "Memoria del Segundo Congreso Médico Centroamericano". San José, 12 de octubre 1934, pp. 285-286.

130. Howe Verhovek, Sam. "New York State Move to Curb Medicaid Mills Draws Criticism". *The New York Times*, Saturday, September 30, 1989, p. 10.

131. Iglehart, K. John. "Canada health care system". *N. England J. Med.* 315, 1986, pp. 202-208.

132. Iglehart, K. John. "Canada's Health Care System" (First Part). *The New England Journal of Medicine.* Vol. 315, No. 3, July. 17, 1986, pp. 202-208.

133. Iglehart K., John. "Canada's Health Care System" (Second Part). *The New England Journal of Medicine*. Vol. 315, No. 12, Sept. 18, 1986, pp. 778-784.

134. Iglehart K., John. "Canada's Health Care System (Third Part). *The New England Journal of Medicine*. Vol. 315, No. 25, Dec. 18, 1986, pp. 1623-1628.

135. Incera Olivas, Eugenia. "El Hospital San Juan de Dios. Sus antecedentes y su evolución histórica (1845-1900)". Tesis de Grado, Universidad de Costa Rica, 1978.

136. OPS/OMS. *Sobre la Medicina Familiar en Panamá*. (Informe) OPS: Panamá, 1984.

137. Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados. *A y A 20 años*. Artes Gráficas de Centroamérica, S. A. San José, 1981.

138. Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados. *Resultado de una Intervención*. Pub. A y A: San José, 1989.

139. Instituto Costarricense Acueductos y Alcantarillados. *Anuario 1989*. Pub. ICAA: San José, 1990.

140. Instituto Investigaciones en Ciencias Económicas. *Los programas estatales de carácter social y su impacto en la distribución del ingreso familiar*. Nota al Ministro de Salud de Juan D. Trejos S., Director. Universidad de Costa Rica, setiembre, 1985.

141. Instituto Mexicano del Seguro Social. *Políticas de Salud en Canadá*. Publ. Síntesis No. 38: México D. F. 13-23, oct. 1982.

142. Instituto Mexicano del Seguro Social. *Programa del Curso de Especialización en Medicina Familiar*. IMSS: México, 1982.

143. Instituto Nacional de Seguros. *Breve descripción de los seguros de Costa Rica*. Pub. INS: San José, 1985.

144. Instituto Nacional de Seguros. "Una labor llena de éxitos". *La Prensa Libre*, San José, miércoles 4, 1990, pp. 18-19.

145. Instituto Nacional de Seguros. *Muertes por accidentes de tránsito*. INS: San José, 1990.

146. Jaramillo A., Juan y Mora M., Eric. *Enfermedades del Tiroides y Paratiroides*. Editorial Universidad de Costa Rica, 1978.

147. Jaramillo A., Juan. "Los riesgos del ejercicio de la medicina. Mala Praxis en Medicina". *La República*, jueves 12 de noviembre 1987, p. 21.

148. Jaramillo A., Juan. *Los Problemas de la Salud en Costa Rica.* 2a. ed. Litografía Ambar: San José, 1984.

149. Jaramillo A., Juan. *Reflexiones.* Litografía Ambar: San José, 1984.

150. Jaramillo A., Juan; Pineda, Cuauthemoc y Contreras, Guillermo. "Primary Health Care in Marginal Urban Areas. The Costa Rican model". *Bull Pan Am Health Organ.* 18(2), 1984, pp. 107-114.

151. Jaramillo A., Juan, *et al. Característica de la Organización de la Atención Médica en Costa Rica.* Pub. Ministerio de Salud: San José, 1985.

152. Jaramillo A., Juan y Miranda G., Guido. *La Integración de Servicios de Salud en Costa Rica.* Pub. Ministerio de Salud, CCSS, OPS: San José, 1985.

153. Jaramillo A., Juan. *La Integración de Servicios de Salud y la Seguridad Social.* "Seminario sobre Seguridad Social". Cedal, La Catalina, 1985.

154. Jaramillo A., Juan. *Priority Health needs of Costa Rica.* Pub. PASCAP/OPS/OMS: San José, 1985.

155. Jaramillo A., Juan. *Resumen Histórico del Ministerio de Salud en Costa Rica.* XXV Aniversario de la Facultad de Medicina, U. C. R. Publ. Ministerio de Salud. San José, 1986.

156. Jaramillo A., Juan. "Changes in Health Care Strategies in Costa Rica". *PAHO Bulleting* 21(2), 1987, pp. 136-148.

157. Jaramillo A., Juan. "Costa Rica Turns to the World for Help". *Integración, JOICFP,* Tokyo, No. 16, July, 1988, pp. 2-17.

158. Jaramillo A., Juan. "Strategy, Changes in health care in Costa Rica". *Integration, JOICFP,* Tokyo, No. 17, October, 1988, pp. 20-28.

159. Jaramillo A., Juan. *Cáncer Gástrico.* Editorial de la Universidad de Costa Rica. San José, 1988.

160. Jaramillo A., Juan. *El Médico, la CCSS, la Medicina Privada.* Publ. Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica: San José, nov. 1989, pp. 16-21.

161. Jaramillo Borges, Vanessa. "La Protección de la Salud como Derecho Humano en Costa Rica". Tesis, Universidad de Costa Rica, Facultad de Derecho, 1989.

162. Jiménez Castro, Wilburg. *Sobre economía y salud.* Comunicación personal a la Lic. Vanessa Jaramillo, 1989.

163. Jiménez Fonseca, Elías. "Casi 20 mil millones de colones en salarios gasta la CCSS". Citado por *La República*, sábado 12 de mayo, 1990, p. 6A.

164. Junta de Gobierno de la Facultad de Medicina de Costa Rica. *El Hospital San Juan de Dios*. Memorias del "Segundo Congreso Médico Centroamericano". Pub. Imprenta Nacional, San José, 12 oct., 1934, pp. 285-286.

165. Junta de Protección Social de San José. *Reseña Histórica*. 2a ed. Imprenta de Valores Junta de Protección Social. San José, 1981.

166. Junta de Protección Social de San José. "Doctor Carlos Durán Cartín". *La Nación*, jueves 15 de agosto de 1985, p. 34A.

167. Kane, R. L. y Kane, R. A. "A will and a way": what the United States can learn from Canada about caring for the elderly". Columbia University Press: New York, 1985.

168. Key, U. S. *Indicators Show some Continued Improvement*. The Nations Health U. S. A., March, 1985, p. 1.

169. Klahr, Samuel. "La medicina del subdesarrollo". *Rev. Col. Anest.* 10, 1982, pp. 129-134.

170. Kluge, D. N. y Wegryn, R. L. y Lenuley, B. R. "The expanding emergency department". *JAMA*. 191, 1965, pp. 97-101.

171. Knight, Robin. *A bad case offlu for Britains National Health*. U. S. News & World Report, Feb. 15, 1988, p. 42.

172. Kristein M., Marvin. "Health Care Cost and Preventive Medicine". *Preventive Medicine*. 11, 1982, pp. 729-732.

173. Lachner Sandoval, Vicente. *Apuntes de la Higiene Pública. 1800-1900. Costa Rica en el Siglo XIX*. Imprenta Nacional: San José, 1900.

174. CEPAL. *El desarrollo de la Seguridad Social en América Latina*. Naciones Unidas: Santiago de Chile, 1985, p. 43.

175. Lain Entralgo, Pedro. *Historia de la Medicina*. 2a reimpresión. Salvat Editores, S. A.: Barcelona, 1982.

176. La Gaceta. *Ministerio de Trabajo*. Imprenta Nacional: San José, No. 107, mayo 15, 1928.

177. La Gaceta. *Ministerio de Trabajo*. Imprenta Nacional: San José, No. 149, julio 4, 1928.

178. La Gaceta. *Reglamento General del Sistema Nacional de Salud.* Decreto No. 230, San José, martes 5 dic., 1989, p. 1.

179. La República. "Temor de caos en las Pensiones". *La República*, lunes 8 de enero de 1990.

180. La Prensa Libre. "Pensiones urge solución". Editorial del periódico *La Prensa Libre*, jueves 11 de enero de 1990.

181. La República. "Aumenta Crisis por Enfermedades Sociales". *Citado al Dr. Leonardo Mata.* Domingo 8 de julio de 1990, p. 8A.

182. Láscaris C., Constantino. *Desarrollo de las Ideas Filosóficas en Costa Rica.* Cap. IV. Editorial Costa Rica: San José, 1962, pp. 293-347.

183. Lemonick D., Michael. "Scrub that smokestack". *TIME*, December 18, 1989, p. 38.

184. Ley General de Salud y Ley Orgánica del Ministerio de Salud. Imprenta Nacional, San José, 1974.

185. Lichtner, S. y Pflanz, M. "Appendectomy in the Federal Republic of Germany". *Medical Care*, Vol. 9, 1971, pp. 301-330.

186. Linden, Eugene. "Get going, Mr. Busch". *TIME*, December 18, 1989, p. 36.

187. Linden, Eugene. "Now wait just a minute". *TIME*, December 18, 1989, p. 40.

188. Litvak, Jorge; Ruiz, Luis; Restrepo, Helena y McAlister, Alfred. "El problema creciente de las enfermedades no trasmisibles, un desafío para los países de las Américas". *Bol. of Sanit. Panam.* 103(5), 1987, pp. 433-448.

189. Lloyd, C. E. R. *Hipocratic Writing.* Penguin Books. Hammondsworth, England, 1978, pp. 32.

190. Loría Cortés, Rodrigo. *Servicio Nacional de Salud* (Mimeografiado). Ministerio de Salud: San José, 1962.

191. Ludtke, Melissa. "Physician, Inform Thyself". June 26, 1989, p. 30.

192. McCormick, James y Skrabanek, Peter. "La Cardiopatía Coronaria no puede prevenirse mediante intervenciones de ámbito poblacional". *The Lancet.* (Ed. Español). Vol. 14, No. 2, 1989, pp. 64-71.

193. Mach, E. P. y Smith, Abel. *Planificación de las Finanzas en el Sector de la Salud.* Pub. Organización Mundial de la Salud: Ginebra, 1983.

194. Machiavelli, Niccolo. *El Príncipe-Escritos Políticos.* 6ta. ed. Ediciones Aguilar, S. A.: Madrid, 1966.

195. Marín, Gerardo. "Se podrían incrementar las cuotas". En *La Prensa Libre*, viernes 18 de mayo, 1990, p. 3.

196. Marín Rojas, Fernando. *Administración Autogestionaria de los Sistemas Locales de Salud.* CASIS: Pavas, julio, 1988.

197. Mata, Leonardo y Rosero, Luis. *National Health and Social Development in Costa Rica.* Pan American Health Organization: Washington, D. C. TP 13, 1988.

198. Mayo, Fitzhugh. "Graduate Follow-up in the Medical College of Virginia Commonwealth University Family Practice Residency System". *The J. of Fam. Pract.* 11; 1980, pp. 731-742.

199. Mckeown, Thomas and Lowe, C. R. *An introduction to social medicine.* Blackwell Scientific Publications: Oxford, London, 1974.

200. Mckeown, Thomas. "La enfermedad desde la perspectiva del desarrollo humano". *Foro Mundial de la Salud.* Vol. 6, 1985, pp. 82-88.

201. Mc Whitnney Ian, R. "General Practice as an Academic Discipline". *The Lancet.* February, 1966, pp. 419-423.

202. Mc Whitnney Ian, R. "La Medicina Familiar en Canadá". En *¿Qué es la Medicina Familiar?* Cap. 3, Ceitling. Editorial Arte: Caracas, 1980.

203. Meléndez, Carlos. *Costa Rica, tierra y poblamiento de la colonia.* Editorial Costa Rica: San José, 1978.

204. Menkel, William T. "The Family and Family Medicine". Should this Marriage be Saved? *The J. of Med. Pract.* 17; 1983, pp. 857-862.

205. Mesa-Lago, Carmelo. *Social Security Stratificacion and Inequality in Latin American, Pressure Groups, Stratification and Inequality.* University of Pittsburgh Press: Pittsburgh, 1978, pp. 22-33.

206. Mesa-Lago, Carmelo. *Atención de la salud en Costa Rica: auge y crisis.* Universidad de Pittsburgh, 1984.

207. Mesa-Lago, Carmelo. *Social Security and Health.* Final report to World Bank, July, 1983.

208. Mesa-Lago, Carmelo. *The crisis of Social Security and Health Care.* Center for Latin American Studies. University of Pittsburgh: Pittsburgh, 1985.

209. Mesa-Lago, Carmelo. *Análisis Económico de los Sistemas de Pensiones en Costa Rica y Recomendaciones para su Reforma.* Development Tecnologies, Inc. (Ministerio de Planificación/Banco Mundial): 16 marzo, 1988.

210. Meeting the Challenge of Family Practice. *The Report of the Ad Hoc Committee an Education for Family Practice of the Council on Medical Education.* American Medical Association, Chicago, 1966.

211. Meyer, Thomas. *"El Socialismo Democrático, 36 tesis".* Cap. 4. Pub. Friedrich Ebert Stiftung: República Federal de Alemania, Godesberger, 1982, p. 72.

212. Ministerio de Educacão. *Resolucão No. 07/81.* Secretario de Ensino Superior: Brasilia, 1981.

213. Ministerio de Salud. *Plan Nacional de Salud Mental.* Comisión Nacional Integrada de Salud Mental: San José, dic., 1985.

214. Ministerio de Salud. *Memoria Anual, 1988-1989.* Publ. Ministerio de Salud: San José, 1990.

215. Ministerio de Salud. "Prevalencia de Helmintos". En *La Prensa Libre*, 5 de abril, 1990, p. 14.

216. Miracle, María Rosa. *Ecología.* Ed. Salvat, S. A.: Barcelona, 1985.

217. Miranda G., Guido. *El Sistema Nacional de Salud en Gran Bretaña.* Pub. CCSS, Presidencia Ejecutiva, agosto, 1983.

218. Miranda G., Guido. *La Seguridad Social y el Desarrollo en Costa Rica.* Pub. EDNASS-CCSS: San José, 1988.

219. Miranda G., Guido. "Mercado Negro con Incapacidades". Citado en *La República*, San José, miércoles 24 de agosto, 1988, p. 6.

220. Miranda G., Guido. "Las incapacidades en el Magisterio". *La Prensa Libre.* San José, 9 de setiembre, 1988, p. 7.

221. Miranda G., Guido. "Las incapacidades en la Caja". *La Prensa Libre.* San José, 13 de setiembre, 1988, p. 5.

222. Miranda G., Guido. "Presupuesto de la Caja subirá 17%". *La Nación*, sábado 23 de setiembre de 1989, p. 8A.

223. Mohs Villalta, Edgar. *La Salud en Costa Rica.* Pub. EUNED, San José, 1983.

224. Mohs Villalta, Edgar. *Evolución del concepto de salud en Costa Rica.* Ministerio de Salud: San José, julio 1989.

225. Mohs Villalta, Edgar. "Baja mortalidad infantil". Citado por *La Nación*, 27 de abril, 1990, p. 5A.

226. Monge Alfaro, Carlos. *Historia de Costa Rica.* Ed. Librería Trejos: San José, 1978, pp. 84-247.

227. Montaigne, Miguel de. "Ensayos", Vol. XIII. Clásicos Jackson. W. M. Jackson Inc. México, 1968.

228. Moore D., Francis. "The Desperate Case CARE". Cost, Applicability, Ressearch Ethics. *JAMA*, Vol. 261, No. 10, March 19, 1989, pp. 1483-1484.

229. Mothner, Ira. "Drawing the Line. How much health care can America afford?". *American Health.* July-august, 1989, pp. 73-84.

230. Moya Chacón, Ronald. "Agentes del INS los mejores pagados". *La Nación.* San José, miércoles 18 de abril, 1990, p. 5A.

231. Musgrove, Philip. "¿Se justifica económicamente la erradicación de la poliomielitis en las Américas? *Bol. of Sanit. Panam.* 103(6), 1987, pp. 656-673.

232. Naranjo, Fernando y Zúñiga, Guillermo. "Estudio sobre las pensiones a cargo del Estado". *La Nación*, sábado 14 de abril, 1990, p. 11A.

233. Naranjo, Fernando y Zúñiga, Guillermo. "Estudio sobre las pensiones a cargo del Estado". Citado por *La Prensa Libre*, lunes 23 de abril, 1990, p. 4.

234. Naranjo, Fernando y Zúñiga, Guillermo. "Estudio sobre las pensiones a cargo del Estado". Citado por *La Prensa Libre*, martes 24 de abril, 1990, p. 26.

235. Naranjo, Fernando y Zúñiga, Guillermo. "Estudio sobre las pensiones a cargo del Estado". Citado por *La República*, lunes 21 de mayo, 1990, p. 6A.

236. National Commission on Community Health Service. *Health is a community Affair.* Harvard University Press: Cambridge, 1966.

237. Navarro R., José. "La Medicina Familiar en México". *¿Qué es la Medicina Familiar?* Cap. 2. Ceitling. Editorial Arte: Caracas, 1980, p. 57.

238. Neuborne, Ellen. "Health plan costs jump 20.4% in 89". *USA Today*, January 30, 1990, p. 1-B.

239. Newman, Cathy. "The Fine Feathered Nest-La Protection Socials". *National Geographic.* Washington, D. C., July 1989, pp. 130-131.

240. Newsholme, Artur. *International Studies on Relations between the Private and Official Practice of Medicine.* Pub. Allen and Unwin: Londres. Vol. 2, 1931, p. 241.

241. Noah Kramer, Samuel. "La Cuna de la Civilización". *TIME-LIFE International.* Nederland, 1970.

242. Northon Leonard, Jonathan. "América Precolombina". *TIME-LIFE International.* Holanda, 1968.

243. Núñez, Francisco María. *Plan Koberg.* Seguro Social. San José, 1941, pp. 9-14.

244. Oliver, M. F. "Reducing Cholesterol does not reduce mortality. *J. Am Col Cardiology.* 12, 1988, pp. 814-817.

245. Organización Mundial de la Salud. "Atención primaria de Salud". *Serie Salud para Todos.* Alma-Ata. OMS. Ginebra, No. 1, 1978.

246. Organización Mundial de la Salud. *Sexto informe sobre la situación sanitaria mundial.* Primera y Segunda Parte. OMS: Ginebra, 1981.

247. Organización Mundial de la Salud. Documentos Básicos, 14ava edición. Washington, No. 188, 1983, p. 23.

248. Organización Mundial de la Salud. *Manual de resoluciones y decisiones de la Asamblea Mundial de la Salud.* Publicaciones, OMS: Ginebra, Vol. II, 1983, p. 2.

249. Organización Mundial de la Salud. *Situación de la Medicina Familiar en las Américas.* "92 Reunión Comité Ejecutivo de la OPS". Pub. OPS/OMS, mayo 1984.

250. Organización Mundial de la Salud. *El sistema sanitario al servicio de la atención primaria.* Pub. OMS: España No. 80, 1984.

251. Organización Mundial de la Salud. *Repercusiones de la situación económica mundial.* Publ. OMS: Ginebra, Feb., 1986.

252. Organización Panamericana de la Salud. "Guía para la coordinación de la atención médica". *Documento oficial de la OPS*: No. 108-A-124, 1971, pp. 27-48.

253. Organización Panamericanas de la Salud. *Las condiciones de la salud en las Américas.* Pub. OPS: Washington, D. C., 1977-1980.

254. Organización Panamericana de la Salud. "Salud para todos en el año 2000. Estrategias". *Documento oficial.* Pub. OPS/OMS: Washington, D. C., 1980, p. 173.

255. Organización Panamericana de la Salud. *Plan de Acción.* Pub. OPS: Washington, D. C., 1982.

256. Organización Panamericana de la Salud. "Participación de la Comunidad en la Salud y el Desarrollo en las Américas". *Pub. Científica No. 473,* OPS: Washington, D. C., 1984.

257. Organización Panamericana de la Salud. *Repercusiones financieras y presupuestarias a nivel nacional e internacional de las estrategias regionales y del plan de acción de salud para todos en el año 2000.* Pub. OPS: Washington, D. C., abril, 1984.

258. Organización Panamericana de la Salud. *La crisis económica en América Latina y el Caribe y sus repercusiones en el sector salud.* "XXX Reunión del Consejo Directivo: Pub. OPS: Washington, D. C., agosto, 1984.

259. Organización Panamericana de la Salud. *Coordinación entre los Ministerios de Salud y las Instituciones de Seguridad Social en América Latina.* Pub. OPS: Medellín, 1984.

260. Organización Panamericana de la Salud. *Coordinación entre las instituciones de Seguridad Social y las de Salud Pública.* "XXX Reunión del Consejo Directivo. Pub. OPS: Washington, agosto 1984.

261. Organización Panamericana de la Salud. "Coordinación de la Seguridad Social y el Sector Salud". *Boletín of Sanit. Panam,* Vol. 98(4), abril, 1984, pp. 377-384.

262. Organización Panamericana de la Salud. *Las Condiciones de Salud en las Américas.* Pub. OPS: Vol. 1, 1986.

263. Organización Panamericana de la Salud. "Economía de la Salud". *Bol. of Sanit. Panam.* 103(6), 1987.

264. Organización Panamericana de la Salud. Foro: *Salud y Desarrollo en Costa Rica.* Pub. OPS/OMS: San José, julio, 1988.

265. Organización Panamericana de la Salud. *Los Sistemas Locales de Salud (SILOS). La capacidad gerencial en el proceso de desarrollo de los SILOS.* Pub. OPS: San José, nov., 1988.

266. Organización Panamericana de la Salud. *Sistemas Locales de Salud.* Pub. OPS/OMS: Washington, D. C. HSD/SILOS, 1, agosto, 1989.

267. Organización Panamericana de la Salud. *Conceptos Básicos sobre Sistemas Locales de Salud.* Pub. OPS/PASCAP: agosto, 1989.

268. Organización Panamericana de la Salud. *Desconcentración y Descentralización.* Pub. OPS/OMS/PNUD: Washington, D. C., 1989.

269. Organización Panamericana de la Salud. *Marco de referencia para el desarrollo de la capacidad Gerencial en Salud.* Pub. OPS/OMS/PNUD: 1989.

270. Organización Panamericana de la Salud. "Educación Permanente en Salud". *Pub. PASCAP,* San José, No. 20, 1989.

271. Organización Panamericana de la Salud. *El desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud.* Pub. OPS/OMS: Washington, D. C., 1989.

272. Organización Panamericana de la Salud. "Educación Permanente en Salud". *Publicación PASCAP,* No. 21, 1989.

273. Organización Panamericana de la Salud. *Informe de la Cooperación Técnica OPS/OMS en Costa Rica.* Pub. OPS: San José, 1989.

274. ONeill, D. Peter. *La Salud en Peligro en el año 2000.* Pub. Ministerio de Sanidad y Consumo: España, 1983.

275. Ortiz G., Juan Guillermo, *et al. Hospital sin Paredes.* Pub. PASCAP, OPS: San Ramón, agosto, 1981.

276. Pacheco G., Máximo. *Introducción al Derecho.* Editorial Jurídica de Chile: Santiago, 1976, p. 163.

277. Painton, Frederick. "Where the Sky Stays Dark". *TIME,* May 29, 1990, pp. 40.

278. Parry, E. H. O. *La influencia de la cultura.* "Foro Mundial de la Salud". Pub. OMS: Ginebra, Vol. 5, 1982, pp. 58-62.

279. Payer, Lynn. "La medicina en tres países, Alemania". *M. D.* Vol. 2, No. 11, julio 1989, pp. 43-49.

280. Payer, Lynn. "La medicina en tres países Inglaterra". Vol. 2, No. 12, agosto 1989, pp. 27-32.

281. Pear, Robert. "Bush Budget sees growing revenue and cut in deficit". *The New York Times,* Saturday, January 27, 1990, p. 1.

282. Peña Chavarría, Antonio. *Memorias del Ministerio de Salud 1936.* Pub. Ministerio de Salud: San José, 1937.

283. Penll, S. *Epidemiologic Studies in a Large Company Based on Health and Personnal Records.* Public Health Reports: Washington, D. C., 399, 1968, p. 83.

284. Petersdorf, Roberto G. "Internal medicine and family Practice Controversies". Conflicts and Compromise. *The New England J. of Med.* 293, 1975, pp. 326-332.

285. Pflanz, M. "German Health Insurance". *International Journal of Health Service.* Vol. 1, No. 4, November, 1971, p. 326.

286. Picado Chacón, Manuel. *Dr. Clodomiro Picado, Vida y Obra.* Editorial Universidad de Costa Rica, 1980.

287. Picado T. Clodomiro. *Investigaciones sobre Fisiopatología Tiroidea.* Pub. Secretaría de Salubridad Pública: San José, 1943.

288. Pineault, R. "The Place of Prevention in the Quebec Health Care System". *Can J. Pub. Health.* 75, 1984, pp. 92-97.

289. Piza Escalante, Manuel. *El Médico, la CCSS, la Medicina Privada.* Pub. Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica: San José, 1989, pp. 22-26.

290. Piza Escalante, Manuel. "Algunas realidades sobre los servicios de salud de las minorías en los Estados Unidos". *Revista Médica de Costa Rica.* LVI. (506), 1989, pp. 11-20.

291. President's Commission for the study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research. *Securing Access to Health Care.* Washington, D. C. Government. Printing Office, 1, 1983, p. 81.

292. Puffer R., Ruth. "New Approaches for Epidemiologic Studies of Mortality Statistic". *Bulletin of PAHO 23(4),* 1989, pp. 365-383.

293. Pupo Pérez, Carlos. *El Dr. Carlos Durán.* Pub. Imprenta Nacional: San José, 1924.

294. Pupo Pérez, Carlos. *Nuestros Males. Principios Sanitarios que nadie debe ignorar.* 2a ed. Pub. Banco Nacional de Seguros: San José. Noviembre, 1935.

295. Rakel, R. *Principles of Family Medicine.* W. B. Saunders. Co: Philadelphia, 1977.

296. Ramírez Fuentes, José Luis. "Médicos reconocen deshumanización". *La República,* San José, 15 de marzo, 1990, p. 30A.

297. Ramson, Donald C. and Vanderoort, Herbert E. "The Development of Fam. Med. problematic Trends". *JAMA* 225, 1973, pp. 1098-1102.

298. Rice, Marilyn. "Educación en Salud, cambios de comportamiento, tecnologías de comunicación y materiales educativos". *Bol. of Sanit Panam* 98(1), 1983, pp. 65-77.

299. Rodríguez, Eugenio. *Los Días de don Ricardo*. Editorial Costa Rica: San José, 1971, p. 98.

300. Roemer I., Milton. "Práctica de la medicina privada: un obstáculo en el camino de la salud para todos". *Foro Mundial de la Salud*. OMS: Vol. 5, 1984, pp. 227-244.

301. Rodríguez E., Miguel A. "La red mínima de protección social". *La Nación*: San José, 9 de julio,1989.

302. Rodríguez L., Salomón. *Costos de egresos y consultas en la CCSS*. Comunicación personal. Gerente Administrativo, CCSS, 28 de mayo, 1990.

303. Rodríguez P., Ma. Carmen y Umaña, Fabio. "Una aproximación al análisis costo-beneficio del sistema médico de empresa". *Revista Ciencias Económicas*. San José, Vol. VII, No. 2, 1987, pp. 63-74.

304. Rosenberg, Mark. *Las luchas por el Seguro Social en Costa Rica*. Editorial Costa Rica: San José, 1980.

305. Ros-Lehtinen, Ileana. "Nueva Ley de reforma al Medicare". *Diario Las Américas*. Miami, domingo 24 diciembre, 1989, p. 5B.

306. Rosero Bixby, Luis. *Determinantes Socio Económicos y Sanitarios del Descenso de la Mortalidad Infantil*. Pub. OPS: San José, febrero, 1984.

307. Rousseau, Juan Jacobo. *Las Confesiones*. Clásicos Jackson. W. M. Jackson Inc.: México. Vol. XIV, 1968.

308. Sacmuelson J., Robert. "The cost of Chaos". *News Week*, October 2, 1989, p. 52.

309. Sáenz, Lenin. *Hacia un Sistema Nacional de Salud en Costa Rica*. Ministerio de Salud. Unidad Sectorial de Planificación: San José, 1985.

310. Sáenz, Lenin. *Logros de una política e impacto de una crisis en la salud de un país*. Ministerio de Salud: San José, 1989.

311. Salas, L., *et al. Memoria del Cincuentenario del Ministerio de Salud*. Pub. Ministerio de Salud, 1977.

312. Samper K., Mario. "Jorge Volio y los contenidos de la democracia costarricense". *La República*, domingo 21 de mayo de 1989, p. 15A.

313. Sandoval O., Hernán. "Contaminación Ambiental". *Cuad. Med-Soc.*, 1, 1989, pp. 6-17.

314. Sanguinetty, Jorge. "Los Regímenes de Pensión en Costa Rica". *La República*, lunes 8 de enero, 1990, p. 4A.

315. Sanguinetty, Jorge. "Los Regímenes de Pensión en Costa Rica". *La República*, viernes 27 de abril, 1990, p. 6A.

316. Schumer Chapman, Fern. "Best professional School, Medicine". *U. S. News & World Report*, March 19, 1990, pp. 64-67.

317. Secretaría de Salubridad Pública y Protección Social. *Salud*. Imprenta Nacional: San José, Vol. 1, Año 1, No. 12, octubre, 1938.

318. Schapiro M., Marck. *Apuntes sobre la evolución Médica en Costa Rica, 1780-1930*. Memoria "IX Congreso Médico Centroamericano". San José, 1961, pp. 85-95.

319. Schendel, Gordon. "La Medicina en México. De la Herbolaria Azteca a la Medicina Nuclear". *Colección Salud y Seguridad Social. Serie Historia*. Instituto Mexicano del Seguro Social, 1980.

320. Shipman, Harold. "Estrategia para financiar proyectos de abastecimiento de agua y saneamiento". *Bol. of Sanit. Panam.* 93(3), set. 1982, pp. 207-219.

321. Shirer L., Williams. *Auge y caída del Tercer Reich*. Luis de Caralt. Editor. Libro Primero: Barcelona, 1962.

322. Sierra R., *et al. Cáncer en Costa Rica*. International Agency for Research on Cancer. WHO: Lyon, 1988.

323. Singer Charles, E. y Ashworth Underwood. *Breve Historia de la Medicina*. Ediciones Guadarrama: Madrid, 1966.

324. Singh Neki, Jaswant. *Humanización de la Asistencia*. Salud Mundial, OMS: Ginebra, noviembre, 1985, pp. 7-10.

325. Social Security. *Medicare and Other Government Benefits*. Consumer Guide. Publications International, Ltd. 1989.

326. Solís, María Isabel. "Experto recomienda cambios en pensiones". *La Nación*, sábado 26 de agosto, 1989, p. 4A.

327. Solís, María Isabel. "Un 92.9% de los médicos laboran para el Estado". *La Nación*, 1 de marzo, 1990, p. 8A.

328. Solórzano Salas, Franklin. *Salus Populi, Prima Lex.* 40 Aniversario CC. Publicación de la CCSS: San José, 1983, pp. 15-16.

329. Sonis, Abraam, *et al. Medicina sanitaria y administración de salud.* 3a. ed. Editorial El Ateneo, S. A.: Barcelona, 1982.

330. Sotomayor Guevara, Rodolfo. "Equívocos de un especulador". *La Prensa Libre*, San José 29 de junio, 1989, p. 7.

331. Taylor, R. B., *et al. Family Medicine, Principles and Practice.* 2a. ed. Springler-Verlag. New York, 1983.

332. Terris, Milton. *La revolución epidemiológica y la medicina social.* Editorial Siglo XXI: México, 1980.

333. Terris, Milton. "Tendencias y perspectivas de los tres sistemas mundiales de atención médica". *Foro Mundial de la Salud.* I (1,2), 1980, pp. 93-103.

334. Timmins, Nicholas. "GPS to be rewarded for quality of theirs services". *The Independent.* London, Thursday 26 Nov., 1987, p. 1.

335. Tolchin, Martin. "Hospital Death Rates for Medicare Cases". *The New York Times National*, Thursday, December 21, 1989, p. 21.

336. Toufexis, Anastasis. "Call for Radical Surgery". *TIME*, May 7, 1990, p. 34.

337. Trejos Escalante, Fernando y Guzmán Mata, Fernando. *Servicio Nacional de Salud.* Proyecto de Ley. Asamblea Legislativa, San José, 1968.

338. Trejos Escalante, Fernando. *Artículos y Discursos.* San José, 1972.

339. Trejos Escalante, F.; Miranda, Mario y Arrea, Carlos. *Salud y Medicina.* Ideario Costarricense: San José, 1977.

340. Trejos Escalante, Fernando. *Solón Núñez Frutos. Homenaje a un Maestro.* Pub. Colegio de Médicos y Cirujanos. Imprenta Vargas: San José, noviembre, 1958.

341. Trejos, Juan Diego. *Los programas estatales de carácter social y su impacto en la distribución del ingreso familiar.* Instituto Investigaciones en Ciencias Económicas: Universidad de Costa Rica, setiembre, 1985.

342. Urcola, B., *et al. Hospitalización a domicilio.* "IV Reunión Científica de la Sociedad Andaluza de Medicina Interna". Granada. An. Med. Int. Supl. IV, 19, 1986.

343. United Nations Childrens Fund. *The State of the Worlds Children 1986.* Pub. UNICEF. New York, 1986.

344. United Nations Childrens Fund. *The State of the Worlds Children 1990.* Pub. UNICEF. New York, 1990.

345. Valdez Durán, José. "La Medicina Familiar en el Instituto Mexicano del Seguro Social". *Rev. Med. IMSS*, México, 21, 1983, pp. 524-526.

346. Valverde Rojas, C. y Viso Abella, E. *Síntesis Evolutiva de los Riesgos del Trabajo en Costa Rica.* Pub. INS. San José, 1983.

347. Vega Carvallo, J. L. *Hacia una interpretación del desarrollo costarricense. Ensayo Sociológico.* Editorial Porvenir: San José, 1980.

348. Villalobos B., Luis. *Salud y Sociedad.* Pub. ICAP: San José, 1989.

349. Villegas, Hugo. "Extensión y Cobertura de Salud en Costa Rica". *Bol. of Sanit. Panam* 83, 1977, pp. 537-540.

350. Vindas González, Alvaro. *Regímenes de pensiones.* "Primer seminario sobre presente y futuro de la Caja Costarricense de Seguro Social". Pub. CCSS, 7 mayo, 1977.

351. Volio, Jorge. *La Gaceta* No. 104, 10 de mayo de 1922.

352. Volio, Marina. *Jorge Volio y el Partido Reformista.* Editorial Costa Rica: San José, 1972.

353. Volio, Marina, *et al.* "Salud". *Historia General de Costa Rica* .Vol. III, Euroamericana de Ediciones Costa Rica, S. A.: San José, 1989, pp. 581-589.

354. Voltaire y Diderot. *Obras Escogidas.* Vol. XXXIII. Clásicos Jackson. W. M. Jackson Inc.: México, 1968.

355. Waitzkin, Howard. "Socio Political and socio Economic Analyses". *The Relevance of Social Science for Medicine.* Reidel Publishing Company. Boston 6, 1981, pp. 333-369.

356. Wallis, Claudia. "Puttings Lids on Medicare Cost". *Time.* New York, October 10, 1983, p. 44.

357. White, Franklin. "Epidemiology in Health Promotion: A Canadian Perspective". *Bulletin of PAHO* 23(4), 1989, pp. 384-395.

358. Williams, A. F. and Lund, A. K. "Seat belts use laws and occupant crash protection in the United States". *Am J. Pub. Health.* 76, 1986, pp. 1436-1442.

359. Wood, Clive. "Cultura, estilos de vida y enfermedades crónicas". *Foro Mundial de la Salud* 3(4), 1982, pp. 509-514.

360. World Bank. *Financing Health Service in Developing Countries.* An agenda for Reform. A World Bank Policy Study: Washington, D. C., 1987.

361. World Health Organization. *Diarrhoeal Diseases Control.* WHO: Geneve, 1982.

362. World Health Organization. *Targets for health for all.* Pub. WHO: Copenhagen, 1986.

363. World Health Organization. *Health Objectives in Public Policy.* Harvard Institute for International Development: Cambridge, July, 1987.

364. Young, Paul. "La Medicina Familiar en los Estados Unidos de Norteamérica". Cap. 4 *¿Qué es la Medicina Familiar?* Ceitling. Editorial Arte: Caracas 98, 1980.

365. Zamora Castañeda, Rosa María. *La Medicina Familiar en el Perú.* Informe OPS. Pub. OPS/OMS: Lima, 1984.

BIBLIOGRAFIA
DE LOS COLABORADORES
DE LA OBRA
CAPITULOS
15-16-17-18 y 23

BIBLIOGRAFIA DE LOS COLABORADORES DE LA OBRA

CAPITULOS:
15-16-17-19 y 23

BIBLIOGRAFÍA DE LOS COLABORADORES DE LA OBRA

CAPÍTULOS:
15-16-17-19 y 23

BIBLIOGRAFIA — CAPITULO 15

1. Aristóteles. *Obras Filosóficas.* Vol. III. Clásicos Jackson. W. M. Jackson Inc. Editores: México.1968, p. 299.

2. Bernard, Paul. "Orden Público". Citado por Rojas, Magda. *El Poder Ejecutivo en Costa Rica.* Editorial Juricentro. S.A.: San José. 1980. p. 196.

3. Bielsa, Rafael. *Derecho Administrativo.* 6ta. ed. Editorial La Ley, S.A.: Buenos Aires. 1965. p. 3.

4. Constitución Política de la República de Costa Rica. *Edición Conmemorativa.* Imprenta Nacional: San José, 1984.

5. Código Penal. *Ley No. 45-73 de 8 noviembre de 1971.* 2da. ed. Librería Lehmann: San José. Preparada por el Lic. Atilio Vincenzi. Art. 259:270 y 412:417, 1980.

6. Decreto Ejecutivo. *Constitución del Sector Salud. La Gaceta* No. 14313. SPPS-PLAN, 15 febrero, 1983.

7. Decreto Ejecutivo. "Subsistema de Planificación Sectorial". *La Gaceta.* No. 9644. PLAN. 20 febrero de 1979.

8. Decreto Ejecutivo. "Juntas de Salud y Seguridad Social". *La Gaceta* No. 14222. SPPS, 27 de enero de 1983.

9. Decreto Ejecutivo. "El Sistema de Reformas Administrativas". *La Gaceta.* No. 9283, 30 de octubre de 1978.

10. Jancloes, M. "La Atención Primaria de Salud". *Foro Mundial de la Salud.* Pub. Organización Mundial de la Salud: Ginebra. Vol. 3, No. 4, 1982, p. 430.

11. Jaramillo Antillón, Juan. *Los problemas de la Salud en Costa Rica.* Litografía Ambar: San José. 1984.

12. Jaramillo Antillón, Juan y Miranda Gutiérrez, Guido. *"La Integración de Servicios de Salud en Costa Rica".* Editado por el Ministerio de Salud y la CCSS. 1985.

13. Kleczcowsky Bodgan, M.; Elling Ray, H. y Smith, Duane. L. *El Sistema Sanitario al Servicio de la Atención Primaria de Salud.* Pub. OMS: Ginebra, 43, 1984.

14. Ley General de Salud y Ley Orgánica del Ministerio de Salud. Ministerio de Salud. Imprenta Nacional: San José, 1974.

15. Ley de Planificación Nacional. *La Gaceta.* No. 5525, mayo de 1974.

16. Mideplan. *Plan Nacional de Desarrollo. 1982-1986.* Tomo I. Imprenta Nacional: San José. 1983, pp. 112-113.

17. Ministerio de Salud. *Convenio Ministerio de Salud y Caja Costarricense de Seguro Social. Para la Integración y/o Coordinación de Servicios.* Ministerio de Salud: San José, 1985.

18. Mohs, Edgar. *La Salud en Costa Rica.* Editorial Universidad Estatal a Distancia: San José, 121, 1983.

19. Organización Mundial de la Salud. *Formulación de Estrategias con el fin de alcanzar la salud para todos en el año 2000.* Pub. OMS: Ginebra, 1979, p. 16.

20. Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. *Participación de la Comunidad en la Salud y el desarrollo en las Américas.* Pub. OPS/ OMS. No. 473.2, 1984.

21. Organización Mundial de la Salud. *Manual de Resoluciones y Decisiones de la Asamblea Mundial de la Salud.* Vol. II. Pub. OMS: Ginebra, 1983, p. 2.

22. Pacheco G., Máximo. *Introducción al Derecho.* Editorial Jurídica de Chile: Santiago, 1976, p. 163.

23. Robles Arias, Alfredo. *Entrevista Director del Departamento Legal de la CCSS y Ex-Asesor del Ministro de Salud 1982-1986.* Dic. 1986.

24. Rojas, Magda Inés. *El Poder Ejecutivo en Costa Rica.* Editorial Juricentro, S.A.: San José, 1980, p. 196.

BIBLIOGRAFIA–CAPITULO 16

1. Constitución Política de la República de Costa Rica. *Edición Conmemorativa.* Imprenta Nacional: San José, 1984.

2. *Ley Constitutiva de la Caja Costarricense del Seguro Social.* Pub. CCSS. Departamento de Relaciones Públicas: San José, 1988.

3. *Ley General de Salud y Ley Orgánica del Ministerio de Salud.* Pub. Imprenta Nacional: San José, 1974.

4. *Reglamento Invalidez, Vejez y Muerte.* Pub. Caja Costarricense de Seguro Social. Departamento de Relaciones Públicas: San José, mayo, 1989.

BIBLIOGRAFIA–CAPITULO 17

1. *Constitución de la Nación Argentina, 19 de mayo de 1853, reformada y concordada por la Convención Nacional el 25 de setiembre de 1960, y reformada en 1957.* 3a. ed. Ediciones Palmá: Buenos Aires, 1968.

2. *Constitución Política de la República de Costa Rica.* Edición Conmemorativa. Imprenta Nacional: San José, 1984.

3. *Constitución de la República de Cuba, de 1976.* Editorial Orbe: La Habana, 1980.

4. *Constitución de la República de Chile de 18 de setiembre de 1925.* 2da. ed. Editorial Jurídica de Chile: Santiago, art. 14, inciso 40, 1956.

5. *Constitución Española. Aprobada por las Cortes el 31 de octubre de 1978, ratificada por el pueblo español en referendum de 6 de diciembre de 1978 y sancionada por el Rey ante las Cortes del 27 de diciembre de 1978 y la fecha de publicación en el Boletín Oficial del Estado. No. 311 el 29 de diciembre de 1978.* Publicaciones de la Colección de Textos Legales: Madrid, art. 43, 1979.

6. *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, de 5 de febrero de 1917, y reformada por Decreto que adiciona con un párrafo penúltimo el artículo 4 de la Constitución Política.* Jueves 3 de febrero de 1983. Editorial Porrúa, S.A. 1983.

7. *Constituicão Portuguesa. Aprobada y promulgada el 2 de abril de 1976.* Entró en vigor el 25 de abril de 1976. Publicación del Instituto de Informahco Juridica: Porto Alegre, No. 17, Vol. 7, 45-77, 1977.

8. *Constitución de la República de Uruguay, de 27 de noviembre de 1967.* Oficina de Publicaciones de la Embajada de Uruguay: artículo 43, 1986.

9. Diccionario Larousse. Ediciones Larousse: México, 1980, p. 846.

10. Jaramillo A., Juan. *Los problemas de la Salud en Costa Rica.* 2da. ed. Litografía Ambar: San José, 1984, p. 71.

11. UNICEFF. *The State of the World's Children 1990".* Pub. UNICEF. House 3. U.N. Plaza: New York, 1990.

BIBLIOGRAFIA–CAPITULO 19

1. Brunner, L. S. y Suddart, D.S. *Manual de Enfermería Médico Quirúrgico,* 4. ed. México: Interamericano, 1984, p. 7.

2. Archer, Sarah y Fleshman, Ruth. *Enfermería de Salud Comunitaria.* OPS/OMS, 1982, p. 22.

3. OPS/OMS. *Reunión Regional del Grupo Consultor sobre Educación en Enfermería.* Programa de Personal de Salud; Washington, mayo 1984, p. 6.

4. Colegio de Enfermeras de Costa Rica. *Fundamentación y directrices de la práctica y la enseñanza de la enfermería en Costa Rica para el logro de la meta SPT/2.000.* San José, 1982, pp. 11-12.

5. CCSS. *II Taller sobre "rol del personal de enfermería de consultas externas de hospitales y clínicas de la Caja Costarricense de Seguro Social",* 1984, p. 14.

6. Verderese, Ma. de Lourdes. *Las nuevas dimensiones en el papel de la enfermería en la prestación de atención primaria de salud.* Documento mimeografiado OPS/OMS: Washington D.C., 1976, p. 10.

7. Oficina Sanitaria Panamericana. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana.* Vol. 94. abril 1983, p. 4.

8. Brown, Amy. *Curriculum para escuelas de enfermería.* Editorial Interamericana: México, 1964.

9. CCSS. *II Taller sobre "Rol de personal de enfermería de consultas externas de hospitales y clínicas de la CCSS.* Dirección Técnica de Servicios de Salud, Direcciones Regionales: San José, Costa Rica, Nov. 1984.

10. Colegio de Enfermeras de Costa Rica. *Fundamentación y directrices de la práctica y la enseñanza de la enfermería en Costa Rica para el logro de la meta SPT/2.000.* San José, 1982.

11. Carrillo, Georgina. *Experiencias docente-asistenciales en la formación de enfermería para la atención primaria de la salud en América Latina.* Agosto, 1984.

12. Costa Rica. *Extensión de los servicios de salud. "Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud".* Ministerio de Salud, Ministerio de Planificación: Alma Ata, 1978.

13. OPS/OMS. *Enfermería, Recopilación de trabajos.* No. 2. Washington D.C. E.U.A.: 1965.

14. The Medex Primary Health care series. *Problems of women: Diseases of infants and children: Fhild aprecing.* University of Hawai: Honolulú, Hawai, U.S.A., 1983, p. 23.

BIBLIOGRAFIA–CAPITULO 23

1. Abel-Smith, Brian y Leiserson, Alcira. "Pobreza, Desarrollo y Política de Salud". *Cuadernos de Salud Pública.* No. 29, Pub. OMS, Ginebra. 1978, pp. 15-24.

2. Behm Rosas, Hugo. "Determinantes Económicos y Sociales de la Mortalidad en América Latina". *Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud.* 5 (2), enero 1979, pp. 69-102.

3. Fuchs R., Víctor. "Economic, Health and Post-Industrial Society". *Economic and Health Care.* John McKinlay edit.: Massachusetts. Milbank Reader Series I. 1981. p. 1.

4. Manfred, Maz-Neef y otros. "Desarrollo a Escala Humana: Opción para el Futuro". *Development Dialogue.* Número Especial. 1986 p. 18.

5. Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica. *Sistema de Indicadores Sociales Costa Rica Diferencias geográficas en el nivel de desarrollo social, 1984.* MIDEPLAN: San José, 23, 1987.

6. Ministerio de Salud. *Memoria Anual.* 1989.

7. Organización Mundial de la Salud. *Carta Constitutiva.* Pub. OMS: Ginebra, 1960.

8. Organización Mundial de la Salud. *Salud y Desarrollo: Repercusiones de la Crisis Económica.* OPS/OMS: Ginebra, agosto de 1989.

9. Organización Panamericana de la Salud. "Salud para Todos en el año 2000. Estrategias". *Documento Oficial.,* Washington, D.C. 173, 1980, p. 1.

10. Solano Mora, E. Jorge. *Algunos Determinantes en la Reproducción de la Fuerza de Trabajo en Costa Rica. Período 1986-1990.* (Sondeo Exploratorio para discusión interna). Universidad Nacional, abril, 1990.

11. Terris, Milton. *La Revolución Epidemiológica y la Medicina Social.* Siglo Veintiuno Editores: México. 1980.

12. Villalobos, Luis B. "La Muerte en Costa Rica: disminución, transición y desafío". *Esta Semana:* San José, 23 a 29 de junio, 1987. p. 8.

13. Villalobos, Luis Bernardo, *Salud y Sociedad: Un Enfoque para Centroamérica.* Editorial ICAO: San José, 1989.

INDICE

PREFACIO 9

INTRODUCCION 13

CAPITULO 1

Concepto de salud 21

CAPITULO 2

Desarrollo histórico de la seguridad social en el mundo 43

CAPITULO 3

La medicina y la protección de la salud en la historia de Costa Rica 57

3.1 Introducción 59

3.2 Hospital San Juan de Dios 62

3.3 Junta de Protección Social de San José 64

3.4 Dr. Carlos Durán Cartín 65

3.5 Ministerio de Salud 67

3.5.1 El Dr. Solón Nuñez Frutos 70

3.5.2 El Dr. Clodomiro Picado Twight 71

3.5.3 Otras acciones del Ministerio de Salud 72

3.5.4 Cuadros, figuras y gráficos sobre el Ministerio de Salud 76

3.6 La Cruz Roja Costarricense 81

3.6.1 Antecedentes históricos 81

3.6.2 Integración de la Cruz Roja Costarricense al movimiento internacional 82

3.6.3 Actualidad de la Cruz Roja Costarricense 82

CAPITULO 4

Instituto Nacional de Seguros 85
4.1 Historia 87
4.2 La Ley y sus modificaciones posteriores 90
4.3 Salud ocupacional 91
4.4 Problemas en el Instituto Nacional de Seguros 94
4.5 Comentario final (Estado actual) 97

CAPITULO 5

Desarrollo histórico de la Caja Costarricense de Seguro Social 105
5.1 Introducción 107
5.2 El Dr. Rafael Angel Calderón Guardia 109
5.3 El Seguro Social posterior a la década de los cincuenta 114
5.4 Seguro de Enfermedad y Maternidad 120
5.5 Prestaciones en especies 122
5.5.1 Servicio médicos y hospitalarios 122
5.5.2 Servicios de consulta externa 124
5.5.3 Sistema médico de empresa 124
5.5.4 Sistema mixto de atención médica 126
5.6 Cuadros y figuras sobre los servicios que proporciona el sector salud 129

CAPITULO 6

Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados 137

CAPITULO 7

Perfil de Costa Rica 149
7.1 Introducción 151
7.2 Indicadores de salud 156
7.3 Causas que incidieron en las mejoras de salud 165
7.4 Producción de servicios 173
7.5 Capacidad instalada del sector 173
7.6 Otros servicios 174
7.7 Ingresos del sector 177
7.8 Recursos humanos 178
7.9 Investigación 180
7.10 Conclusiones 181
7.11 Comentario 183
7.12 Cuadros, gráficos y figuras 180

CAPITULO 8

Promoción de la salud 195
8.1 Introducción 197
8.2 Educación como medio para preservar la salud 197

8.3 Educación para la salud 201
8.4 Prevención de las enfermedades 203
8.4.1 La prevención de las enfermedades no trasmisibles 207
8.4.2 Factores de riesgo 209
8.4.3 Papel de la comunidad 211
8.4.4 Resumen de prevención de la enfermedad 213

CAPITULO 9

Consideraciones sobre: la atención del niño pequeño y la madre embarazada, salud mental, tercera edad 219
9.1 Generalidades sobre la atención del niño pequeño y la madre embarazada 221
9.2 Ventajas del programa para el país 224
9.3 La mujer costarricense y el embarazo 226
9.4 Salud mental 227
9.5 Tercera edad, (el envejecimiento) 230

CAPITULO 10

Atención primaria de la salud 241
10.1 Generalidades 243
10.2 Programas o acciones esenciales de la APS 246
10.3 Otros elementos esenciales de la atención primaria 248
10.4 Desarrollo de recursos humanos 250
10.5 Recursos financieros y materiales 250
10.6 Resumen 251
10.7 Tecnología para la salud 252
10.7.1 Tecnología 252
10.7.2 Tecnología educacional 254
10.7.3 Transferencia de tecnología, ventajas y riesgos 254
10.8 Comentario final 255

CAPITULO 11

Participación comunitaria en el campo de la salud y la seguridad social ... 257

CAPITULO 12

Medicina familiar y comunitaria 269

CAPITULO 13

Sistemas locales de salud (SILOS) 279
13.1 Generalidades 281
13.2 Desconcentración-descentralización (niveles de gestión en la administración) 286
13.2.1 Tipos de desconcentración 287
13.2.2 Descentralización 288
13.2.2.1 Tipos de descentralización 288

CAPITULO 14

Sistema nacional de salud 291
14.1 Introducción 293
14.2 Constitución del sector salud 298
14.3 Integración de los servicios de salud 299
14.4 La orientación integral de las acciones 300
14.5 Incorporación de la estrategia de la atención primaria 300
14.6 La participación comunitaria 301
14.7 Principios rectores de la política del sistema nacional de salud 301
14.8 Postulados de acción del sistema y del sector salud 302
14.9 Plan de acción 302
14.10 Costa Rica y sus tres sistemas de servicios médicos 307
14.11 Descentralización 313
14.12 Regionalización 314
14.13 Niveles de atención 316
14.13.1 El primer nivel: el hogar (la familia) 316
14.13.2 El segundo nivel: el puesto de salud 317
14.13.3 El tercer nivel: Centros de salud y Clínicas de consulta externa integradas o no 318
14.13.4 El cuarto nivel: Hospitales periféricos 318
14.13.5 El quinto nivel: Hospitales regionales, Jefaturas de áreas, Centros de coordinación de la región 318
14.13.6 El sexto nivel: Hospitales nacionales o universitarios (especializados de la capital) 319
14.14 Líneas o barreras de atención para la conservación de la salud 321
14.14.1 Primera línea o barrera de atención 321
14.14.1.1 Promoción de la salud 321
14.14.1.2 Educación para la salud 321
14.14.2 Segunda línea o barrera de atención 323
14.14.2.1 Prevención de las enfermedades y de los problemas sociales 323
14.14.3 Tercera línea o barrera de atención 324
14.14.3.1 Detección precoz de enfermedades o del cáncer 324
14.14.3.2 Atención de la enfermedad 326
14.14.4 Cuarta línea o barrera (rehabilitación) 327
14.14.5 Quinta barrera o línea (investigación) 328
14.14.6 Detalle de figuras 328
14.15 El servicio nacional de salud 329

CAPITULO 15

La salud como función de gobierno 335

Licda. Vanessa Jaramillo Borges de Wolf

15.1 Introducción 337

15.2 El poder de policía en materia de salud costarricense 337

15.2.1 El sistema represivo 340

15.2.2 El sistema preventivo 342

15.2.3 El sistema de declaración previa 343

15.3 La participación ciudadana en los mecanismos públicos de la definición de las políticas de salud 348

15.4 La salud como servicio público integrado dentro de un ente o Ministerio 353

CAPITULO 16

Los fundamentos legales en materia de salud 359

Licda. Vanessa Jaramillo Borges de Wolf

16.1 Análisis de la Ley General de Salud 361

16.2 Análisis de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social 365

CAPITULO 17

La protección de la salud como derecho en algunas constituciones políticas y su ausencia en la de Costa Rica 369

Licda. Vanessa Jaramillo Borges de Wolf

17.1 Generalidades 371

17.2 Situación del derecho a la salud en nuestra Constitución Política (recomendaciones para posibles reformas constitucionales) 374

CAPITULO 18

Epidemiología e indicadores de salud 379

18.1 Epidemiología. Introducción 381

18.2 Indicadores de salud 383

18.3 Detalle de cuadros y gráficos 386

CAPITULO 19

Papel de la enfermera en la salud y la seguridad social 405

Licda. Liliana Picado Espinoza

19.1 Salud y práctica de salud 407

19.2 La enfermería en los hospitales 410

19.3 La enfermería en la atención ambulatoria 412

19.4 La enfermería en la atención primaria de salud 415

19.5 Formación del profesional en enfermería 418

CAPITULO 20

Marco de referencia para la planeación de programas de salud y seguridad social 423

20.1 Introducción 425
20.2 Incidencia de la mortalidad y campañas 427
20.3 Enfermedad como causa de muerte 430
20.4 Análisis de áreas de salud y seguridad social donde deben crearse o mejorarse un programa 431
20.4.1 Problemas prioritarios del país 431
20.4.2 Servicios prioritarios 432
20.4.3 Area de promoción de la salud 432
20.4.3.1 Educación para la salud 433
20.4.3.2 Prevención de las enfermedades 433
20.4.4 Area de atención de la enfermedad y recuperación de la salud 434
20.4.5 Detección precoz o temprana de enfermedades 435
20.4.6 Atención de la enfermedad 435
20.4.7 Area de rehabilitación integral 436
20.5 Area de recursos humanos del Sector Salud 436
20.6 Area de recursos físicos y tecnológicos 437
20.7 Area de fortalecimiento de los servicios de salud 437
20.8 Area de reformas administrativas 438
20.9 Area de investigación 440
20.10 Area de legislación (leyes y decretos) 441
20.11 Ejemplo de un programa nacional de salud y seguridad social para el país, presentado en forma esquemática) 442

CAPITULO 21

Ecología y Salud 451

21.1 Generalidades 453
21.2 La contaminación del ambiente 453
21.2.1 Basura 458
21.2.2 Contaminación del aire 458
21.2.3 Ruidos 459
21.2.4 Agua 460
21.2.5 Plaguicidas y fertilizantes 461
21.2.6 Las costas 461
21.2.7 Urbanización 462
21.2.8 Higiene de los alimentos 462
21.3 Medidas por tomar 463
21.3.1 Educación de la comunidad 463
21.3.2 Aplicar la ley adecuadamente 463
21.3.3 Recursos humanos 464
21.3.4 Recursos financieros 464

21.4 La destrucción de nuestros bosques 464

CAPITULO 22

La salud como inversión 469
22.1 Generalidades 471
22.2 Economía de la salud 475

CAPITULO 23

Economía y salud de la sociedad 485
Dr. Luis B. Villalobos S. y Lic. Jorge E. Solano M.
23.1 De la magia al enfoque integral 487
23.2 La consolidación del enfoque integral 489
23.2.1 Etapa de aptitud técnico-profesional autoritaria 489
23.2.2 Etapa de la sumisión incuestionada 490
23.2.3 Etapa de la crítica nociva 490
23.2.4 Etapa de la crítica constructiva 491
23.2.5 Etapa de la concreción del enfoque integral 491
23.3 El estado de salud, los servicios de atención y la economía 493
23.4 Algunos elementos sobre la relación entre economía y salud. Desde la perspectiva de los indicadores: análisis de un caso 497

CAPITULO 24

Pasado, presente y futuro del Seguro Social en Costa Rica 513
24.1 I Parte: Pasado (1941-1970) 515
24.1.1 Generalidades 515
24.1.2 Conclusiones sobre el pasado 518
24.2 Parte II: Presente (1971-1989) 521
24.2.1 Generalidades 521
24.2.1.1 Primera etapa 521
24.2.1.2 Segunda etapa 522
24.2.1.3 Tercera etapa 522
24.2.2 Fallas de la consulta externa 528
24.2.3 Fallas en hospitalización 528
24.2.4 Quejas del personal médico 529
24.3 Parte III: Futuro (1990-2000) 529
24.3.1 Generalidades 525
24.3.2 Problemas de la institución 531
24.3.2.1 Fallas del Sistema 532
24.3.2.2 Fallas de la Institución 533
24.3.2.3 Falla de los Recursos Humanos 537
24.3.2.4 Tiempo dedicado a la consulta externa 539
24.3.2.5 Cobros indebidos a los asegurados dentro del sistema 540

24.3.2.6 Los sindicatos y la calidad de trabajo de sus afiliados 540
24.3.2.7 La desigualdad en la atención de los asegurados 541
24.3.2.8 Pérdida de la identidad profesional 541
24.3.2.9 Actitud de los médicos ante el sistema 542
24.3.3 Indices positivos de los servicios médicos 542
24.4 Cambios por realizar en los servicios médicos del Seguro Social 546
24.4.1 Realizar los cambios con los propios recursos de la institución 547
24.4.1.1 Sistema de pago por capacitación (medicina familiar) 547
24.4.1.2 Extensión de horarios de consultas externas en las Clínicas 548
24.4.1.3 Consulta de emergencias médicas y traumas simples 548
24.4.1.4 Instrumental y equipo 548
24.4.1.5 Programas de cirugía ambulatoria 548
24.4.1.6 Déficit de personal 549
24.4.1.7 Visita domiciliaria general-hospitalización domiciliaria 549
24.4.1.8 Mejoramiento de los sistemas de aprovisionamiento y mantenimiento 549
24.4.1.9 Descentralización y desconcentración efectivas 550
24.4.1.10 Establecimiento de una reforma administrativa total 550
24.4.1.11 Mejoramiento de las relaciones humanas y laborales 550
24.4.1.12 Creación de un sistema de control-evaluación, supervisión adecuada (Auditoría médica) 550
24.4.1.13 Excelencia profesional 551
24.4.1.14 Programa de centralización de especialidades complejas (servicio nacional de especialidades complejas centralizado) 552
24.4.1.15 Campañas de detección de enfermedades prevalentes 552
24.4.1.16 Campañas preventivas diversas 553
24.4.1.17 Ampliación de horarios en acciones diagnósticas o terapéuticas 553
24.4.1.18 Construcción de acueductos 553
24.4.1.19 Medicina mixta 553
24.4.1.20 Racionalización de gastos o aumento de cuotas 554

24.4.2 Acciones en colaboración con los trabajadores de la institución con la propia comunidad o con empresas cooperativas 554
24.4.2.1 Organizar servicios cooperativos de autogestión o cogestión 554
24.4.2.2 Medicina de empresa 557
24.4.3 Compra de servicios a la empresa privada 558
24.4.3.1 Sistema de aprovisionamiento 558
24.4.4 Otras acciones en medicina hospitalaria o de internamientos 558
24.4.4.1 Contratación de servicios médico-quirúrgicos 558
24.4.4.2 Sistema de mini clínicas privadas de atención médica general integral 559
24.4.4.3 Compra de servicios mediante capacitación en especialidades médicas sobrecargas 560
24.4.4.4 Pensiones en los hospitales de la CCSS 560
24.4.4.5 Convertir a la caja en un Banco Social 561
24.4.5 Participación de la medicina privada en la atención de los pacientes asegurados (Libre elección médica) 565
24.4.5.1 Generalidades 565
24.4.5.2 Ventajas de la libre elección médica 568
24.4.5.3 Desventajas de una libre elección médica 569
24.4.5.4 Modalidades de libre elección médica 572
24.4.5.5 Comentarios sobre la medicina y la libre elección médica 574

CAPITULO 25

Régimen de pensiones en Costa Rica 581
25.1 Generalidades 583
25.2 Régimen de Pensiones de la Caja Costarricense de Seguro Social 586
25.2.1 El régimen no contributivo de pensiones por monto básico 593
25.3 Regímenes especiales de pensiones 594
25.4 Recomendaciones 599
25.5 Conclusión 601

CAPITULO 26

Servicios de salud y seguridad social en los países desarrollados 603
26.1 Estados Unidos (EE.UU.) 605
26.2 Canadá 615
26.3 Gran Bretaña 620
26.4 Otros países 623

CAPITULO 27

Conclusiones 629

ANEXO

Autoridades de salud de Costa Rica. Indice cronológico 641

1. Secretarios y Ministros de Salud de Costa Rica 643
2. Indice cronológico de Presidentes Ejecutivos, Gerentes, Subgerentes y Auditores 644
3. Médicos que han integrado la Junta Directiva, Presidencia Ejecutiva, Gerencia y Subgerencia de la Caja Costarricense de Seguro Social 647
4. Caja Costarricense de Seguro Social a partir de 1990 648
5. Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados 649
6. Instituto Nacional de Seguros 650
7. La Cruz Roja Costarricense 651
8. Ex-presidentes del Colegio de Médicos y Cirujanos 652

BIBLIOGRAFIA 655

Se terminó de imprimir en la Oficina de
Publicaciones de la Universidad de Costa
Rica en el mes de Julio de 1993. Su
edición consta de 1000 ejemplares.
Ciudad Universitaria Rodrigo Facio.
San José, Costa Rica. A.C.

El Dr. Jaramillo es autor de 12 libros, 40 folletos y más de 150 artículos médico-ntíficos. Cirujano de profesión, fue Ministro de Salud y durante su período se inició ntegración de los Servicios de Salud y la creación y puesta en marcha del Sector ud en Costa Rica.

En este libro se analiza, con gran riqueza de detalles y en forma muy amena, la toria mundial de la salud y la seguridad social, a través de los siglos, llevándonos la mano hasta el presente. Se nos muestra el desarrollo de la salud y la seguridad cial en el país y aclara las causas por las cuales un país pobre y subdesarrollado, mo el nuestro, está considerado entre las treinta naciones con mejores índices de ud en escala mundial.

El libro muestra por qué con justicia a Costa Rica se le ha aplicado el lema de "UN IS DE SALUD SIN RIQUEZA", y cómo los progresos en campos como la salud y la ucación, ponen en evidencia que estos logros en los países pobres, dependen más las políticas sociales de sus gobiernos, que del nivel de desarrollo económico que sean.

De manera sencilla se presenta una serie de temas básicos en estos campos mo son: La educación como medio para conservar la salud; la prevención de las ermedades; la salud como inversión; la atención primaria; la medicina familiar y munitaria; los sistemas locales de salud; cómo funciona un Sistema Nacional de ud y sus niveles de atención; el papel del gobierno en este importante campo y la portancia de la ecología y la salud.

Además, se actualiza el conocimiento sobre los problemas del Régimen de nsiones del país, se analiza el pasado, el presente y el futuro del Seguro Social de sta Rica y, finalmente, se compara nuestro sistema de salud con el existente en ses más desarrollados y se estudia la necesidad de un cambio en el mismo, desde premisa de que si no se hace, la crisis puede sobrevenir.

EDITORIAL DE LA UNIVERSIDAD DE COSTA RICA