# LA SALUD PÚBLICA EN COSTA RICA

## *Estado actual, retos y perspectivas*

BIB003679

*Conmemoración del XV aniversario de la Escuela de Salud Pública*

*1995-2010*

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

Escuela de Salud Pública

# LA SALUD PÚBLICA EN COSTA RICA

## *Estado actual, retos y perspectivas*

*Conmemoración del XV aniversario de la Escuela de Salud Pública*

*1995-2010*

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

Escuela de Salud Pública

362.109.728.6
U58s

Universidad de Costa Rica. Facultad de Medicina. Escuela de Salud Pública.
La Salud Pública en Costa Rica : estado actual, retos y perspectivas / Escuela de Salud Pública. – 1. ed., 1.ª reimpr. – Costa Rica: Sección de Impresión del SIEDIN, 2013.
xxii, 539 p. : il., mapas

"Conmemoración del XV aniversario de la Escuela de Salud Pública : 1995-2010"

ISBN 978-9977-15-202-8

1. SALUD PÚBLICA – COSTA RICA. 2. ENFERMEDADES. 3. EDUCACIÓN SUPERIOR. 4. SERVICIOS DE SALUD – ESTADÍSTICAS. 5. SANEAMIENTO – LEGISLACIÓN. 6. DESASTRES NATURALES. 7. SALUD MENTAL.

CIP/2473
CC/SIBDI.UCR

Universidad de Costa Rica
© Escuela de Salud Pública

Primera edición: 2010
Primera reimpresión: 2013

Consejo editorial:
William Vargas González, Coordinación general
Raúl Torres Martínez, Coordinación editorial y filológica
Eyleen Alfaro Porras, Supervisión editorial
Ileana Vargas Umaña, Cuidado de la edición
Carlos Fuentes Bolaños, Revisión final de la edición

Diseño, diagramación y portada: *Grettel R. Calderón Abarca.*

*Las opiniones expresadas en este documento, no es necesariamente la posición intelectual y académica ni de la Escuela de Salud Pública ni de la Universidad de Costa Rica, tampoco el Consejo Editorial se hace responsable de los criterios de los autores.*

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

Este libro se terminó de imprimir en la Sección de Impresión del SIEDIN,
en agosto de 2013 / IG 368

# Agradecimientos

*Ha contribuido a la publicación de este libro, un variado conjunto de profesionales de la Salud Pública y de disciplinas de las Ciencias Sociales y de la Salud y afines. Cada uno de ellos ha cumplido ó cumple una función importante en el señalado campo en los ámbitos relativos a la formación de los recursos humanos, determinantes de la salud, distintos tipos de enfermedades transmisibles y no transmisibles, servicios de atención a las personas y al hábitat humano, adicciones, desastres naturales, salud mental, poblaciones vulnerables, legislación sanitaria y nuevas alternativas de atención, así como aspectos prospectivos relativos al fenómeno demográfico y a la teoría y práctica de la salud pública en los años venideros.*

*Creemos que este vasto repertorio de ensayos contribuye ampliamente a dar una panorámica de la situación actual de la salud y de sus perspectivas en los próximos decenios.*

*Todos los autores, sin excepción, dan muestras de un moderno manejo de los conceptos más relevantes que caracterizan a nuestra disciplina y se hacen acreedores a nuestra felicitación y agradecimiento más efusivo.*

# Contenido


xiii Presentación (Dra. Ileana Vargas)

xv Introducción (Dr. William Vargas)

1 **Participación de la Universidad de Costa Rica en la formación de recursos humanos en Salud Pública**

3 **1. La Escuela de Salud Pública de la Universidad de Costa Rica: antecedentes y reseña histórica**
*Dr. William Vargas González*
*Lic. Raúl Torres Martínez*

19 **2. Formación del recurso humano en salud pública: quince años de labor de la Escuela de Salud Pública**
*Dra. Ileana Vargas Umaña*

41 **Análisis de los determinantes de la salud en Costa Rica**

43 **3. Uso de las concepciones teóricas sobre los determinantes sociales de la salud**
*M.Sc. Eyleen Alfaro Porras*

57 **4. Determinantes sociales e inequidades en salud. Una mirada a la salud en Costa Rica**
*M.Sc. Alcira Castillo Martínez*

81 **5. Interfaz ambiente-salud y su realidad práctica en Costa Rica**
*M.Sc. Horacio Alejandro Chamizo García*

101 **6. Los estilos de vida en la salud**
*M.Sc. Sylvia Vargas Oreamuno*

125 **7. Estilos de vida saludable: actividad física**
*Bach. Veronique Morel Gonay*

149 **8. Costa Rica: pobreza y desigualdad como determinantes de la salud en los últimos 20 años**
*Dra. Isabel Román Vega*

169 **9. Organización de la oferta de los servicios de salud en Costa Rica**
*Dr. Álvaro Salas Chaves*

195 **Análisis de los grandes problemas predominantes de Salud Pública en Costa Rica**

197 **10. El dengue en Costa Rica: evolución histórica, situación actual y desafíos**
*Dra. Ana Morice Trejos*
*M.Sc. Rodrigo Marín Rodríguez*
*Dra. María L. Ávila-Aguero*

219 **11. Enfermedades crónicas no transmisibles en Costa Rica**
*Dr. Adolfo Ortíz Barboza*

235 **12. La política pública respecto del VIH en Costa Rica: limitaciones para su implementación**
*Lic. Cinthia Chacón Aguilar*

253 **13. Agua potable y Salud Pública**
*MQC Armando Moreira Mata*

265 **14. Mitigación de los efectos indeseables al suelo y al agua, producto de las actividades antropogénicas**
*Ing. Eugenio Androetto Villalobos*

279 **15. En ruta hacia la gestión integral de residuos sólidos**
*Lic. Lucrecia Navarro Vargas*

297 **16. Alimentos fortificados**
*Dr. Luis Tacsan Chen*
*M.Sc. Melany Ascencio Rivera*

311 **17. Vigilancia sanitaria de los alimentos en Costa Rica**
*Dra. Adriana Blanco-Metzler*
*Lic. Mª Teresa Acuña Calvo*
*M.Sc. Mª de los Ángeles Montero-Campos,*
*M.Sc. Hilda Bolaños Acuña*
*M.Sc. Elena Campos Chacón*

339 **18. Acercamiento a la situación actual del problema de las drogas en Costa Rica**
*Dra. Giselle Amador Muñoz*
*Julio Bejarano Orozco*
*Duglas Mata Pernidi*

363 **19. Desastres naturales**
*Dra. María del Rocío Sáenz Madrigal*
*Lic. Juan Luis Bermúdez Madriz*

385 **20. Epidemiología bucal, respuesta social y desafíos para el desarrollo de comunidades promotoras de salud en Costa Rica**
*Dr. William Brenes Gómez*

399 **21. Redes sociales y salud mental: una alternativa para la intervención**
*Licda. Aurora Sánchez Monge*

425 **22. Migración y Salud Pública: de la ósmosis social a los nuevos desafíos**
*Dr. Luis Bernardo Villalobos Solano*

447 **Legislación sanitaria, calidad y nuevas alternativas de atención**

449 **23. Marco legal de la Salud Pública en Costa Rica**
*Licda. Karen Vargas López*

471 **24. La calidad desde los usuarios del servicio de salud**
*MTRO. Allan Abarca Rodríguez*

491 **25. Una perspectiva de la teoría y la práctica de la Salud Pública**
*Dr. Mauricio Vargas Fuentes*

521 **26. La medicina alternativa en Costa Rica, un capítulo que apenas inicia**
*Dr. Juan Carazo Salas*

# Presentación

Reunir a un vasto conjunto de profesionales para que, desde cada una de sus particulares visiones profesionales enfoque uno o más aspectos básicos del problema de la Salud Pública, es tarea compleja y difícil. Leídos cada uno de los ensayos se advierte una visión moderna, progresista y de profundo análisis de alcances actuales y prospectivos.

Sin que se tratara de poner de acuerdo a los distintos participantes, se les solicitó, que desde el ángulo de cada una de sus particulares experiencias plantearan en un texto breve, el que a su juicio fuera un ángulo de abordar en profundidad.

Si se analizan con cuidado las diferentes contribuciones, podrá apreciarse que hay absoluta relación entre las distintas perspectivas y que cada una de ellas forma parte de un dinámico conjunto de aspectos que sistémicamente son los componentes de un todo, bastante amplio en el campo de la Salud Pública.

El Consejo Editorial no intervino para circunscribir los distintos tipos de trabajo, no obstante ello, se encuentran éstos perfectamente bien articulados, como parte de un conjunto que forma un todo sistemático.

No es este el lugar para entrar en un análisis de cada uno de los ensayos, pero creemos que cada uno en particular y todos en conjunto lograr una visión, que sin duda, contribuirá a hacer de la tarea de la Salud Pública, una labor que realmente brinde a los costarricenses una mejor vida y en que la propia Universidad, nuestra Escuela y las Instituciones del país, contribuyan a unificar esfuerzos para lograrlo.

Sólo nos resta agradecer muy efusivamente a todos nuestros compañeros que, con entusiasmo y notable espíritu profesional y académico han contribuido, cada uno desde su propio ángulo a la grandeza de nuestro país, beneficiando a nuestros compatriotas, sobre todo a quienes más lo precisan.

*Dra. Ileana Vargas Umaña*

# Introducción
## Breve reseña histórica de la Salud Pública en Costa Rica

La primera iniciativa formal y oficial de salud pública en Costa Rica (que conozca de mi revisión) fue la Ley de Médicos del Pueblo, emitida en 1894. El país se dividió en circuitos con ubicación de médicos en los principales cantones, quienes tenían las funciones del control de la higiene y salubridad pública, la notificación obligatoria de casos de enfermedad epidémica, asuntos de medicina legal y la asistencia a los pobres. Esta Ley tuvo vigencia hasta 1931.

En la segunda década del siglo XX, se produjeron varias iniciativas importantes de salud pública: en 1914 se crea el Departamento de Anquilostomiasis por instancia de la Comisión Sanitaria Internacional del Instituto Rockefeller; esta campaña sentó las bases del saneamiento ambiental y la educación higiénica de la población. En ese año se organizó el Departamento Escolar, que dio inicio a un programa de salud escolar mediante la acción de asistentes sanitarios escolares y, en 1915, comienzan las actividades antituberculosas; todas ellas dependían de la Secretaría Gobernación y Policía.

La década de los veintes es prolífera para la salud pública en una serie de decretos, leyes y acciones, promovidas

por el Dr. Solón Núñez Frutos. En 1920 se crea la primera legislación antivenérea y los consultorios antivenéreos, además, las clínicas prenatales e infantiles. En 1922 se crea la Subsecretaría de Higiene, siempre dependiente de la Secretaría de Gobernación y Policía, con el objeto de "centralizar en un solo organismo responsable de las distintas actividades relacionadas con la higiene, imprimiendo además una orientación más armónica, con tramitación más rápida y posiblemente más eficaz" (Dr. S. Núñez). Por esa época los hospitales, sanatorios y asilos estaban bajo la juridicción de la Secretaría de Relaciones Exteriores. En 1923 se emite la Ley de Protección de Salud Pública, la cual es, en esencia, el primer código sanitario. Se reconoce en esta Ley que la salud nacional estaría a cargo del Estado, mientras que la salud local, de las municipalidades.

Para 1927, las condiciones están dadas para la creación por el Congreso de la República de la Secretaría de Salubridad y Protección Social, instancia que acoge los diferentes departamentos y programas de salud de la época, además de las instituciones de beneficencia (hospitales, asilos y otras). Seguidamente, entre 1928 y 1929 se crean otros departamentos: Ingeniería Sanitaria, Estadísticas Vitales y el de Profilaxis Dental; también los Laboratorios de Salud Pública; se refuerzan las luchas contra la tuberculosis, lepra, antivenérea y antimalárica; se emite la legislación sobre alimentos y bebidas y la de sanidad marítima, además de otras muchas acciones relevantes. En 1929, se inició la vacunación contra la tifoidea.

El Dr. Solón Núñez Frutos regresa de Ginebra, Suiza en 1915, donde se graduó de médico; inmediatamente se incorpora a la lucha contra el anquilostoma y en 1917 asume la dirección de ese departamento y el de salud escolar. En 1923, promueve la creación de la Subsecretaría

de Higiene y asume la Dirección; en 1927, promueve y crea la Secretaría de Salubridad y Protección Social y asume la Dirección. Fue Secretario (Ministro de Salud) de 1927 a 1936 y de 1943 a 1948. Durante su gestión se emitieron numerosos decretos y leyes. Es el precursor indiscutible de la salud pública en Costa Rica y su influencia se extiende por casi tres décadas. Murió en 1975 a los 95 años.

En los cuarentas, el evento sobresaliente fue la creación de la Caja Costarricense de Seguro Social, en noviembre de 1941, que inició sus servicios a la población en 1942. La Constitución Política que nos rige, emitida en 1949, recoge los principios de su creación; en el artículo 73 señala: "Se establecen los seguros sociales en beneficio de los trabajadores manuales e intelectuales regulados por contribución forzosa del Estado, los patronos y los trabajadores, a fin de proteger a estos 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 sociales estarán a cargo de una institución autónoma denominada Caja Costarricense del Seguro Social".

La década de los cincuentas es fecunda en acciones de salud pública, se observa un verdadero despegue: "El año de 1950 constituye la encrucijada cronológica en que todos los principios de salud pública y la legislación creada para aplicarlos comenzarán a concretarse en actividades de terreno debidamente coordinadas y aplicadas a nuevas áreas del país" (Memoria Conmemorativa del 50 Aniversario del Ministerio de Salud, 1977). El Ministerio de Salubridad y Protección Social se reorganiza, se crea la Dirección General de Salubridad, encargada de los programas preventivos y una serie de Departamentos que desarrollan nuevos programas. La CCSS expande la

cobertura de atención a la población asegurada cada vez más numerosa y se adopta un conjunto de medidas sanitarias desde el Ministerio. Además, en 1950 se ve nacer una nueva concepción de la salud pública con la reciente creación de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Es el año del inicio de un nuevo gobierno producto de una revolución.

En los sesentas lo más destacado fue la creación del Programa Móvil de Salud para Poblaciones Rurales Dispersas (1963), como respuesta a las necesidades sanitarias de esas comunidades. Con sus altibajos, el Programa Móvil se expande durante esa década hasta alcanzar 11 unidades terrestres y una marítima (para los poblados de la costa de la península de Nicoya), y es el primer intento organizado para acercar los servicios de salud a la población rural dispersa. Entre las acciones asignadas al equipo de salud estaban: la promoción y educación de la salud centrada principalmente en aspectos de higiene de la vivienda, la creación de huertas familiares, la formación de comités de salud, vacunaciones (DPT, polio y antitetánica) y la atención de enfermedades; esta última función ocupaba la mayor parte del tiempo del equipo de salud. En la década de los sesentas se fortalece extraordinariamente el programa de malaria, hasta alcanzar, al final de esos años, la erradicación de esa enfermedad en la mayor parte del territorio nacional, con la presencia de reducidos casos focalizados en algunas zonas.

La década de los setentas tiene especial relevancia, por la rápida y eficiente expansión, de los programas de salud para las poblaciones rurales dispersas de todo el territorio nacional y de las poblaciones urbanas marginadas de las principales ciudades. Al comienzo de los setentas se iniciaron los programas de: Salud Rural, Hospital sin Paredes, el de San Antonio de Nicoya y Comunitario

Urbano, todos ellos con una nueva estrategia: la visita domiciliaria por personal auxiliar (asistentes de salud y auxiliares de enfermería). Este personal enfocó sus actividades en acciones simples: vacunación; tratamiento antiparasitario y suministro de sulfato ferroso a toda la población; la rehidratación oral (al inicio con "sueros" caseros y luego con sales en sobres); el control prenatal y la promoción del parto hospitalario; y, la higiene de la vivienda (principalmente la disposición sanitaria de excretas y de agua servidas). Paralelamente, se desarrollaron en esas mismas poblaciones otros grandes programas de salud y desarrollo: nutrición, letrinas, acueductos rurales, caminos y telefonía rural. Los resultados son de sobra conocidos por el impacto en la mortalidad y en la salud de las personas, principalmente de los niños. En 1972 se inicia la fortificación de la sal con yodo y en el 74, el azúcar con vitamina A. En esa década se traspasaron 26 unidades hospitalarias del Ministerio de Salud a la CCSS con sustento en la Ley 5349 de 1973. El segundo y el tercer nivel quedan así bajo la responsabilidad de la CCSS.

En los ochentas se introdujo la vacuna contra el sarampión (la última gran epidemia ocurrió en el 79 con un saldo de docenas de niños fallecidos y centenares con desnutrición grave. A inicios de los ochentas se llevó a cabo en el Hospital Nacional de Niños una investigación (con apoyo de una universidad externa) sobre el uso de las sales de rehidratación oral, que vino a revolucionar la prevención de la deshidratación por diarreas agudas y el uso del "suero oral" para su tratamiento. Dos innovaciones relevantes se promueven y se ejecutan en las maternidades: el alojamiento conjunto madre-niño y la lactancia materna desde los primeros momentos del posparto. En los ochentas y durante varias décadas anteriores, al recién nacido se le separaba de la madre inmediatamente

y se le entregaba al salir del hospital; esta práctica fue nefasta para la salud de los niños, para el "apego" madre-niño y para la continuidad de la lactancia materna.

Los noventas se inauguran con el sentimiento de que el "modelo de salud está agotado" y se impulsa un proceso de análisis que culmina en una propuesta: el Proyecto de Reforma del Sector Salud, el cual fue publicado en 1993 y puesto en práctica para el primer nivel en 1995. La reforma de los noventas es trascendental en numerosos planos: la CCSS asume la atención a las personas en los tres niveles del sistema, en consecuencia el Ministerio de Salud asume otras funciones, la más relevante es la rectoría del sector salud; se crean los equipos básicos de salud (EBAIS) y los Equipos de Apoyo; se crea el concepto de atención integral de salud (enfocado en la persona, la familia y la comunidad, así como acciones de prevención, promoción, curación y rehabilitación y atención a las dimensiones social, mental y biológica); se establece un sistema de planificación y de evaluación (compromisos de gestión), y se le asignan recursos de la seguridad social para que el primer nivel funcione. Además, se establece una política de promoción para la organización y la participación social (que funciona en numerosas comunidades). El desarrollo del primer nivel de salud con enfoque de atención primaria, tal y como está concebido, es un paso gigantesco en el desarrollo de nuestro sistema de salud en ese nivel y es, en su conjunto, un bastión de la salud pública.

En la primera década del siglo XXI no ocurren hechos significativos. El Ministerio de Salud se enfrasca en un Análisis de Salud Sectorial y en una reforma interna (esta en los últimos cuatro años), con escasa proyección de programas relevantes de salud pública. Los dos más llamativos han sido el de control del dengue y el de la gripe

de origen porcino. Por su parte, la CCSS logró avanzar en el número de EBAIS hasta alrededor de 900, aunque con dificultades para suplir el personal suficiente y otros elementos. Las evaluaciones efectuadas por el Ministerio de Salud entre el 2000 y el 2005 indican la debilidad sostenida de la participación social. Por otra parte, se incrementan numerosos problemas de salud pública, poco significativos en el siglo pasado: el consumo de drogas (lícitas o ilícitas), la contaminación masiva del ambiente y de los ríos por desechos sólidos y las aguas residuales, la obesidad en todas las edades, las enfermedades crónicas degenerativas, la salud de los inmigrantes, las enfermedades infecciosas emergentes, la vigilancia sanitaria de alimentos y la salud mental, por citar los más relevantes. Todos ellos requieren intervenciones innovadoras de salud pública, paralelas a la que puedan desarrollar los servicios de atención a las personas en los deferentes niveles. Este es el gran desafío de la salud pública para las próximas décadas.

A lo largo de casi un siglo (desde 1914) de acciones organizadas que impactan a la salud pública, se pueden identificar cuatro hitos, paradigmas o despegues, y que se observan cada 20 años aproximadamente:

El primero de ellos en 1927, con la creación de la Secretaría de Salubridad y Protección Social, se reorganizan los diversos programas, se emprenden otros nuevos y se crea una enorme legislación sanitaria.

El segundo fue en 1950, un año en que el Ministerio de Salubridad (así llamado entonces) revitaliza, la OMS, comienza a tener su influencia con una moderna salud pública y el gobierno de entonces prioriza la salud como programa nacional.

El tercero ocurrió entre 1970-72 con el impulso a los programas de extensión de cobertura a la población

rural dispersa y urbana marginada, se concibe y ejecuta una nueva estrategia, con indiscutible impacto en la salud de todos los costarricenses.

El cuarto, tuvo lugar a inicios de los noventa, el cual imprime cambios extraordinarios en las funciones de las dos principales instituciones de atención a las personas y la salud pública, y un programa de salud novedoso en el marco de la atención primaria para el primer nivel. Han transcurrido casi dos décadas desde el último salto. ¿Estaremos a las puertas de un nuevo cambio de timón? Posiblemente es necesario.

*Dr. William Vargas González*

# I

# Participación de la Universidad de Costa Rica en la formación de recursos humanos en Salud Pública

1

# La Escuela de Salud Pública de la Universidad de Costa Rica: antecedentes y reseña histórica

William Vargas González[1]
Raúl Torres Martínez[2]

Resumen

*La Escuela de Salud Pública tiene un proceso de maduración académica a lo largo de siete décadas desde que se fundó la Escuela de Medicina en 1961. Al inicio los profesores de salud pública se organizaron en la Cátedra de Medicina Preventiva. En el 87 se aprueba la creación del Departamento de Salud Pública como parte de la estructura de la carrera de Medicina. Finalmente, el 25 de septiembre de 1995 la Asamblea Colegiada aprueba la creación de la Escuela tomando como base la estructura y funciones del Departamento. En 1989 se inician los posgrados con una especialidad, y cuatro años después las maestrías. Para 1995, al crearse la Escuela, el programa académico se había ampliado ostensiblemente en los ámbitos de docencia, investigación y acción social.*

## *Introducción*

La salud pública en Costa Rica ha contado a lo largo de ocho décadas con la contribución de notables profesionales entre ellos médicos, enfermeras

1 Médico, Pediatra, M.Sc. en Nutrición Humana. Exdirector de la Escuela de Salud Pública, Catedrático y Profesor Emérito de la Universidad de Costa Rica.

2 Especialista en historia y filología. Catedrático Universidad de Chile y Universidad Técnica del Estado (Chile), Catedrático UCR.

y otros que dedicaron su vida a este campo del conocimiento. Desde la creación de la Secretaria de Salud y Bienestar Social en 1927, por el Dr. Solón Núñez Frutos, hubo interés y voluntad de muchos salubristas para desarrollar y organizar una estructura, que culminó con la creación del Ministerio de Salud, y gracias al trabajo pionero que se desarrolló principalmente en la segunda mitad del siglo XX.

Por muchos años los profesionales de salud con interés en estudios de posgrado en salud pública, debieron trasladarse a diversos países para formarse en este campo. La Oficina Panamericana de la Salud (OPS/OMS) jugó un papel importantísimo, otorgando becas para estudios de posgrado y para cursos cortos, principalmente en los países de América Latina, en donde estos se impartían.

En 1961, año en que se inaugura la Escuela de Medicina en la Universidad de Costa Rica, el país ya contaba con un buen número de profesionales médicos con posgrados en epidemiología, administración de servicios de salud, ingeniería sanitaria y otros campos de la salud pública, quienes colaboraron activamente como docentes para impartir los cursos que formaban parte del plan de estudios de la carrera de Medicina. Estos académicos se organizaron en la Cátedra de Medicina Preventiva, con sede en el Ministerio de Salud, la cual llegó a disponer de un número considerable de profesores, que compartían el tiempo dedicado a la docencia con el contratado por el Ministerio de Salud o la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS). Por lo común, fue de una tarde por semana para impartir un curso y/o para la atención de estudiantes en las Unidades Sanitarias de esa época.

En 1975, con el primer cambio curricular de la carrera de Medicina, la Cátedra adquiere el nombre de Medicina

Preventiva y Social. Se dio énfasis a los aspectos sociales relacionados con la explicación del proceso salud-enfermedad. Complementariamente, a partir de 1976 se imparten Seminarios de Realidad Nacional con enfoque de salud pública, para otras carreras de la Universidad y se organizan proyectos de Trabajo Comunal Universitario (TCU) con énfasis en los problemas de salud pública.

En 1985, se produce otro importante cambio curricular de la carrera de Medicina, y se introducen relevantes innovaciones en la enseñanza de la salud pública, se iniciaron los cursos a partir del segundo año de la carrera.

En setiembre de 1987, el Consejo Universitario de la Universidad de Costa Rica aprobó la creación del Departamento de Salud Pública, dentro de la Escuela de Medicina, a partir de la Sección de Medicina Preventiva y Social. Con este cambio se promueve el avance hacia una estructura administrativa más compleja que permite incorporar y desarrollar nuevos programas académicos.

## *Desarrollo*

### *Programa de especialidad en Salud Pública*

En febrero de 1989 el Departamento de Salud Pública, inició el primer Programa de Especialidad en Salud Pública, inscrito en el Sistema de Estudios de Posgrado (SEP) de la Universidad de Costa Rica. El documento de la propuesta señalaba:

> *"La Especialidad en Salud Pública ha sido diseñada para responder a las demandas nacionales de profesionales con capacidad de participar en la administración de servicios de salud, en la planificación, formulación de políticas en salud, y en programas*

*de control de enfermedades, del ambiente y de la promoción de la salud".*

Este programa fue diseñado a solicitud de las dos principales instituciones del Sector Salud: el Ministerio de Salud y la CCSS. Sus directivos pusieron de manifiesto la necesidad de más y mejores profesionales en el ámbito de la salud pública. Con tales propósitos la Universidad suscribe convenios con dichas instituciones, las cuales se comprometen a becar y recontratar a sus profesionales una vez concluidos los estudios de la especialidad. Hasta noviembre del 1992 habían egresado de este programa 59 profesionales de muy diversas carreras. El propulsor y coordinador general del Departamento de Salud Pública y del Programa de la Especialidad en Salud Pública hasta 1989, fue el Dr. Herman Vargas Martínez.

## *Programa de Maestría en Salud Pública*

En abril de 1992 la Comisión de Posgrado en Salud Pública elaboró un documento en el que se hace una propuesta con cambios de fondo en la estructura curricular de la Especialidad. Entre ellos recomienda que la Práctica en Servicio se sustituya por un Taller de Intervención en Servicios de Salud, con tres áreas de énfasis:

- Ecología y Salud Pública
- Epidemiología aplicada
- Gerencia de Servicios de Salud

Durante ese año, la Práctica en Servicio fue sistematizada en el documento "Lineamientos para el Desarrollo de la Práctica en Servicio", en donde se incorpora como requisito del estudiante un Informe Final, con la estructura que exige la Universidad en las tesis de posgrado, así como una presentación ante un jurado calificador.

En noviembre de 1992, la Comisión de Posgrado propicia la creación de una nueva maestría en la Universidad mediante el proyecto: "Propuesta para la Transformación de la Especialidad en una Maestría en Salud Pública". Para el desarrollo de esta propuesta se realizaron diversos talleres y reuniones de trabajo con los profesores del Departamento y con expertos invitados del Ministerio de salud, la CCSS y de PASCAP/OPS.

En este mismo año había decisión política para una reforma profunda del Sector Salud. Los grupos técnicos del Ministerio de Salud y la CCSS estaban elaborando los documentos que sustentaban la reforma. Las instituciones del Sector incorporarían personal especializado en diversos campos de la salud pública y de la administración de servicios de salud. El propósito de la propuesta consistía en: "Formar recursos humanos especializados en salud pública, para que ejerzan un rol protagónico para la transformación de las condiciones de salud, reconociendo a la salud como un derecho social de los costarricenses".

Este nuevo proyecto propone la creación de una Maestría Profesional y una Maestría Académica en Salud Pública. La primera se desarrolla en cuatro ciclos y tiene 54 créditos; la segunda en cinco ciclos y con 62 créditos. Se incorporan nuevos cursos, así como la exigencia de un Trabajo de Graduación para la Maestría Profesional y de una Tesis para la Maestría Académica. El I, II y III ciclo son semejantes para los dos tipos de Maestrías. El Programa se inicia en 1993. Para el siguiente año existe una nueva propuesta, la cual se pone en marcha ese mismo año, respondiendo asimismo a las necesidades de los servicios de salud. En esta propuesta, la Maestría Profesional ofrece tres énfasis o menciones:

- Gestión de Políticas de Salud
- Ambiente y Desarrollo Humano
- Gerencia de la Salud

En 1992, participaron 16 profesores con estudios de posgrado, para el desarrollo del Programa de Maestrías, y para 1994 el número de profesores asciende a 24.

## *La Escuela de Salud Pública*

Al finalizar el año 1992 (30 de noviembre) el entonces Director del Departamento de Salud Pública, Dr. William Vargas González y el Decano de la Facultad de Medicina, Dr. Juan Hernández, remiten la primera solicitud al Señor Rector de la Universidad, Dr. Luis Garita, requiriendo su gestión para iniciar el estudio de la creación de una Escuela de Salud Pública en la Universidad. En esta comunicación se señalan elementos de justificación y la misión de la futura Escuela.

El trámite se alarga por casi tres años, hasta el 25 de setiembre de 1995 en que la Asamblea Colegiada Representativa, aprueba oficialmente la creación de la Escuela de Salud Pública en la Universidad de Costa Rica.

En julio de 1993 el Departamento de Salud Pública, con participación de sus profesores y la asesoría técnica de PASCAP/OPS elabora el primer documento técnico: "Proyecto de Creación de la Escuela de Salud Pública en la Universidad de Costa Rica". Este documento sustenta y justifica la creación de una Escuela de Salud Pública en la Universidad. Además, desarrolla una imagen objetivo de la Escuela, las estrategias y las líneas de trabajo. Tiene como anexos: la situación actual del Departamento, los recursos humanos con que cuenta el Departamento y los programas que desarrolla. En los meses siguientes

este documento fue revisado y actualizado con nuevos elementos.

Para ese año, además de las Maestrías, el Departamento desarrollaba un conjunto de actividades académicas:

- Internado en Salud Comunitaria, para los estudiantes de la carrera de Medicina; funcionan cinco grupos con rotación durante 10 semanas en seis centros de atención ambulatoria y que se iniciaron en 1990.
- Práctica del componente comunitario de la Residencia en Medicina Familiar y Comunitaria y trece cursos para esta especialidad, iniciados en 1987.
- Cinco cursos para la carrera de Medicina en Epidemiología y Salud Comunitaria.
- Dos cursos de servicio de Realidad Nacional que se impartían en los dos semestres.
- Intercambio de estudiantes con varias universidades extranjeras (Universidad de Tulane (Wisconsin), Universidad de California, la del Sur de la Florida, el Centro Universitario de Salud Publica (Madrid, España), la Universidad de Valencia y de Sevilla (España), entre otros.
- En 1992 se impartió un curso básico de Epidemiología en las Regiones de Salud, para profesionales de la CCSS y el Ministerio de Salud.
- En el campo de la investigación, se iniciaron los trabajos de Tesis de la Maestría Académica, en que los estudiantes y tutores seleccionaban los temas sobre problemas relevantes de salud pública en el país; en 1994 se inscribe en la Vicerrectoría de Investigación el Programa de Investigación en Políticas de Salud (PIPS).
- La Acción Social se desarrolla como parte inseparable de la enseñanza de la salud pública, particularmente en el internado de salud comunitaria para estudiantes de la carrera de medicina y en los cursos del posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria; el

Departamento también organiza diferentes foros de discusión y análisis de los problemas más relevantes de la salud costarricense.

En cuanto al financiamiento, además de los recursos propios de la Universidad, el Departamento recibía recursos procedentes del Programa de Maestrías y de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, mediante convenios con el CENDEISSS/CCSS.

El Departamento de Salud Pública participaba intensamente en una labor académica de docencia, investigación y de acción social, disponía de ingresos propios y mantenía una fuerte vinculación con universidades externas.

En el proceso de la creación de la Escuela de Salud Pública confluyen varios elementos importantes, a saber:

- Un numeroso grupo de profesores del Departamento de Salud Pública convencidos y motivados para desarrollar el Proyecto.
- Asesoría técnica permanente de PASCAP/OPS con sede en Costa Rica y asesores ocasionales, principalmente con ocasión de seminarios y talleres.
- Elaboración de un buen documento-proyecto para el análisis por parte de las autoridades universitarias y de las instancias técnicas asesoras.
- El apoyo político del señor Rector don Luis Garita y del Consejo Universitario. También hubo un importante apoyo político del Representante de OPS/OMS, Dr. Hugo Villegas, del Ministro de Salud, Dr. Herman Weinstok, del Presidente Ejecutivo de la CCSS, Dr. Álvaro Salas y de la Junta Directiva del Colegio de Médicos y Cirujanos.
- El inicio de una reforma profunda del Sector Salud, que requería personal calificado en salud pública.

La Dirección de la Escuela de Medicina siempre estuvo en desacuerdo con la creación de la Escuela, así como la Asamblea de esta unidad académica. Más aún, en la Asamblea Colegiada Representativa, la Directora de la Escuela de Medicina y una profesora del mismo plantel, fueron las únicas representantes que se opusieron al Proyecto. Esa resistencia fue extremadamente persistente durante todo el proceso en las estructuras técnicas y políticas de la Universidad y se constituyó en el principal escollo que tuvo el proyecto para su aprobación en las instancias universitarias.

La primera aprobación la dio el Consejo de la Facultad de Medicina y, posteriormente, el Consejo del Área de la Salud en la sesión N° 45 del 19 de agosto de 1994. En octubre de ese año el Consejo Universitario conoce el Proyecto y lo remite a la Comisión de Política Académica. En noviembre, esta comisión se pronuncia favorablemente, señalando entre otros, los siguientes aspectos:

> *"Costa Rica en el momento actual debe disponer de una instancia que asuma el liderazgo académico en el campo de la salud pública, por lo tanto la creación de la Escuela se impone como una necesidad y una responsabilidad histórica con el fin de dar direccionalidad a ese liderazgo".*
>
> *"La creación de esta unidad académica permitirá a la UCR recoger y potenciar el conocimiento y la experiencia acumulada en este país. En este sentido no sólo se pretende crear una instancia académica administrativa sino conformar un espacio de reflexión interdisciplinaria que posibilite el hacer enriquecido con la teoría y práctica de la salud pública".*

En este mismo documento, se hace referencia a las consideraciones del Centro de Evaluación Académica de la Vicerrectoría de Docencia, acerca de un estudio

taxonómico que solicitó el Consejo de la Facultad de Medicina, el cual señala:

> *"**La Salud Pública es un cuerpo de conocimientos y métodos en independencia de la Medicina.** Es ecléctica al nutrirse de muchas disciplinas. Este carácter transdisciplinario obedece a que la Salud Pública opera en la realidad social, con todo su amplio y complejo desarrollo. Así, el médico deja de ser protagonista único de la salud". (La negrita es agregado de este documento).*
>
> *Continúa: "La Salud Pública tiene que ver no sólo con la atención de la enfermedad, sino también con la prevención de la salud, superando enfoques centrados en su "administración". Por ello requiere de orientaciones hacia la investigación y la epidemiología, con un accionar propio, una Escuela con un perfil dirigido a la colectividad para la promoción de la salud. Así, esto trasciende la orientación de la Medicina cuyo norte es la atención contra los índices de morbilidad y mortalidad".*
>
> ***"El desarrollo de la salud colectiva integralmente evidencia la necesidad de trascender los tradicionales marcos de la atención médica. Resulta oportuno favorecer el análisis y la acción interdisciplinaria en la integración de campos que hasta ahora han sido alejados o considerados de menor rango en la salud; tal es el caso de aspectos como los económicos, sociológicos, antropológicos, ecológicos y otros"** (la negrita es agregado de este documento).*

Estos conceptos tuvieron enorme peso para las autoridades universitarias en la toma de la decisión para la creación de la nueva unidad académica: la Salud Pública no forma parte de la Medicina, la trasciende, y tiene su propio campo de conocimiento y de praxis. El

principal argumento opositor de la Escuela de Medicina fue el de considerar la Salud Pública como parte de la Medicina.

**El 28 de junio de de 1995 el Consejo Universitario por unanimidad acuerda:** "Aprobar en primera instancia la creación de la Escuela de Salud Pública, adscrita a la Facultad de Medicina".

**El 25 de setiembre de 1995 la Asamblea Colegiada Representativa acuerda:** "Aprobar la creación de la Escuela de Salud Pública, adscrita a la Facultad de Medicina". Resultado de la votación: a favor: 207 votos; en contra: 14 votos; abstenciones: 13 votos.

### *La imagen objetivo de la Escuela*

El documento ya citado incluyó otras valiosas consideraciones:

> *"Se busca que la Universidad de Costa Rica a través de la Escuela de Salud Pública se constituya en un actor relevante en salud, con capacidad transformadora. Su capacidad científico-técnica en un espacio de consulta en el momento de la adopción de orientaciones y de toma de decisiones, por parte de los diversos actores del sector salud y de otros sectores, involucrados en la producción de la salud".*
>
> *"La Escuela se constituirá en la unidad, que con una perspectiva nacional, analice, profundice y desarrolle el conocimiento necesario el cual contribuya en la conducción del sector y en las actividades que diversas instancias realizan en salud. Para ello la Escuela de Salud Pública asumirá un papel activo, crítico de la situación de salud del país y de las respuestas que la sociedad costarricense ofrece ante ésta, contribuyendo a aportar, creativamente opciones posibles de intervención".*

*"La Escuela de Salud Pública, a partir de una actitud crítica, creativa y comprometida con el desarrollo de la salud costarricense y mediante el fortalecimiento, orientación y adecuación de las funciones académicas de docencia, investigación y acción social, asumirá una posición de cooperación y concertación en la construcción del pensamiento nacional en este campo".*

### *Modalidades de trabajo*

Las modalidades de trabajo que se propusieron para la nueva escuela aparecen enseguida sin una secuencia de prioridades:

- Difusión del conocimiento.
- Investigación en los diversos campos de la salud pública.
- Foro permanente de discusión de temas relevantes en salud.
- Docencia en cursos de grado.
- Educación continua y permanente en salud.
- Posgrados en el campo de la salud pública.
- Seguimiento del desempeño del sector salud.
- Cooperación técnica.
- Gestión de un área de salud modelo.

*"La Escuela de Salud Pública desarrollará una constante actividad de investigación para que ligada a la docencia no sólo, sea capaz de estimular y apoyar los trabajos de graduación de sus propios estudiantes, sino que propicie experiencias de investigación participativa para apoyar líneas innovadoras de planificación institucional en este campo. La potencialidad de la Escuela está directamente relacionada con la capacidad de producir conocimiento de impacto en el desarrollo de la salud. En esta*

*medida esta línea de trabajo deberá constituirse en uno de sus elementos centrales". (Proyecto de creación de la Escuela de Salud Pública).*

## *Actividades académicas en 1995*

- **Cursos de grado para la Carrera de Medicina:**
  Cinco cursos, además del Internado medicina familiar y comunitaria
- **Curso de grado carrera de Enfermería:**
  Epidemiología moderna aplicada a la atención primaria
- **Estudios Generales:**
  Seminario de realidad nacional I y II (se repiten en cada ciclo académico)
- **Tecnologías Médicas (hoy Tecnologías en Salud):**
  Tres cursos
- **Cursos de Posgrado: Maestrías de Salud Pública (Profesional y Académica):**
  15 cursos, además de práctica en servicio y tutorías de tesis
- **Residencia en Medicina Familiar y Comunitaria:**
  14 cursos en los tres años de la especialidad
- **Curso especial de posgrado (120 horas):**
  Epidemiología aplicada a la planificación (25 estudiantes Región Central Norte)
- **Proyectos de investigación:**
  Nueve proyectos además de las tesis de graduación

*Estudiantes atendidos en 1995*

| | |
|---|---|
| Carrera de Medicina: | 448 estudiantes |
| Carrera de Enfermería: | 77 estudiantes |
| Tecnologías Médicas: | 40 estudiantes |
| Seminarios de realidad nacional: | 140 estudiantes |
| Maestrías en Salud Pública: | |
| Promoción 94-95: | 19 estudiantes |
| Promoción 93-94: | 8 estudiantes |
| Programa transitorio | 51 estudiantes |
| **Total:** | **783 estudiantes** |

*Cuerpo docente año 1995*

En propiedad: 10 profesores; Interinos: 40 profesores; Ad honorem: 38 profesores

## *Conclusiones*

La Escuela de Salud Pública tiene sus antecedentes en la organización y los recursos del Departamento de Salud Pública de la Escuela de Medicina. En 1989 se inicia el primer posgrado con una especialidad de Salud Pública y en 1993 el programa de maestría profesional y maestría académica. Paralelamente, en estos primeros años de la década de los 90 había un proceso intenso de discusión en el Ministerio de Salud y la CCSS sobre el modelo de salud, que culmina con el Proyecto de Reforma del Sector Salud, apoyado por los dos partidos políticos mayoritarios. Los cambios profundos que proponía el Proyecto de Reforma -que se inició en 1995-significaban también más personal y mejor formación en el ámbito de la salud pública. Esta coyuntura la conocían muy bien los docentes del Departamento de Salud Pública y las altas autoridades de la

Universidad, quienes no dudaron en aprobar esta nueva unidad académica. Además, el Departamento había evolucionado con una diversidad de programas de docencia, investigación, acción social, vínculo con otras universidades y recursos propios, todo lo cual hizo meritoria la categoría de una nueva Escuela en la Universidad.

## *Referencias bibliográficas*


Departamento de Salud Pública, Escuela de Medicina, Universidad de Costa Rica. Informes Anuales 1987-1995.

Departamento de Salud Pública, Escuela de Medicina, Universidad de Costa Rica (1994). Proyecto de Creación de la Escuela de Salud Pública en la Universidad de Costa Rica.

Universidad de Costa Rica, Centro de Evaluación Académica (1995). Informe sobre la creación de la Escuela de Salud Pública en la Universidad de Costa Rica.

2

# Formación del recurso humano en salud pública:
## quince años de labor de la Escuela de Salud Pública

*Ileana Vargas Umaña*[1]

Resumen

*Este ensayo presenta, en forma general, la contribución realizada por la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Costa Rica, en la formación del recurso humano en salud pública desde su creación. Esta unidad se desprendió de la Escuela de Medicina en el año 1995. Momento en el que impartía los cursos de salud pública a la Carrera de Medicina y recién se iniciaba con la Maestría en Salud Pública. Durante estos años se logra consolidar 5 énfasis de la maestría y la Carrera de Bachillerato en Promoción de la Salud. Además, se desarrollan los Cursos Especiales de Posgrado para la capacitación del personal de la Caja Costarricense del Seguro Social en las diferentes regiones de salud del país, únicos en su género, hasta la actualidad y se incursiona en la formación de los médicos especialistas en diferentes temas de la salud pública, entre otros.*

## *Introducción*

La Universidad de Costa Rica tiene como actividades sustantivas: la docencia, la investigación y la acción social; sin embargo, dada la alta responsabilidad en

1 Médica, M.Sc. Servicios de Salud, Magíster en Psicopedagogía. Directora de la Escuela de Salud Pública, Universidad de Costa Rica.

la formación del recurso humano profesional del país, su contribución en gran medida, se coloca en el desarrollo de la docencia. La Escuela de Salud Pública, por ende, replica este patrón, pero en los últimos años, las actividades de acción social e investigación se están acrecentando.

Para el año 2006, se contaba únicamente con 5.6 tiempos docentes, los cuales se incrementaron en los últimos años a 9.6 tiempos. Ello, gracias al desarrollo de la carrera de grado en promoción de la salud. Con estos tiempos docentes, en el año 2009, se realizaron las siguientes actividades académicas:

- Docencia: 13 proyectos formativos para la Carrera de Promoción de la Salud ("cursos"), 16 Cursos de Servicio para carreras de ciencias de la salud y 20 Cursos de Posgrado.
- Acción Social: se inscribieron y ejecutaron en su totalidad o parcialmente 15 proyectos de extensión docente ante la Vicerrectoría de Acción Social, cinco de ellos ubicados en territorios indígenas de la zona sur. También, se atendieron 60 estudiantes en el Trabajo Comunal Universitario.
- Investigación: se inscribieron y ejecutaron en su totalidad o parcialmente 4 proyectos y actividades ante la Vicerrectoría de Investigación, dos de ellos ubicados en territorios indígenas de la zona sur.

La distribución porcentual aproximada de los tiempos, según actividad, fue la siguiente: 63 % docencia, 15% acción social e investigación y 13 % en actividades de tipo administrativo y participación en comisiones, tanto universitarias, como extra universitarias. Como se observa, un alto porcentaje los tiempos docentes se destinan a la formación del Recurso Humano en Salud Pública.

Nuestra Escuela de Salud Pública se desprende de la Escuela de Medicina, de la cual era el Departamento de

Salud Pública y tenía a su cargo impartir los cursos respectivos a la Carrera de Medicina; en 1989 se inicia con la Especialidad en Salud Pública, de la que se abrieron 3 promociones y en 1994 surge el grado de maestría. Esto permitió la señalada evolución en 1995, la cual le amplia el espectro de acción para impartir cursos de servicio a otras unidades académicas, como: Enfermería, Nutrición, Microbiología, Estudios Generales y Odontología.

El quehacer de la Escuela, por muchos años, no fue diferente al patrón existente en la mayoría de Escuelas de Salud Pública en el mundo, con énfasis en la actividad académica de posgrado (Maestría en Salud Pública) y ofrece cursos de servicio a otros posgrados.

En el año 2007 la Escuela de Salud Pública deja de ser una Escuela meramente de posgrado al iniciar la carrera de grado en Promoción de la Salud. Con esta se identifica la necesidad de fortalecer la acción social y la investigación, para el logro de la articulación de las señaladas tres funciones académicas. En estos aspectos, se ha trabajado integradamente en los últimos años.

A continuación, se brinda un panorama de las actividades más importantes que ha realizado la Escuela en éstos quince años.

# *Desarrollo*

## *Actividad académica de grado*

En este rubro se cuenta con la Carrera de Bachillerato en Promoción de la Salud, los cursos de servicio y el desarrollo del trabajo comunal universitario.

### *Cursos de servicio*

Como ya se mencionó, se imparten a diferentes unidades académicas como se muestra en el siguiente cuadro.

**Cuadro 1. Cursos de servicio, por carrera y número de estudiantes, 2009**

| Carrera | Curso | N.° cursos | N.° estudiantes | Total |
|---|---|---|---|---|
| Enfermería | Epidemiología Aplicada a la Atención Primaria de la Salud | 4 (*) | 25 | 100 |
| Nutrición | Fundamentos de Salud Pública | 2 | 25 | 50 |
| Microbiología | Fundamentos de Epidemiología | 1 | 50 | 50 |
| Estudios Generales | Seminario Realidad Nacional I | 2 | 30 | 60 |
| Estudios Generales | Seminario Realidad Nacional II | 2 | 30 | 60 |
| Medicina | Bloque de internado en medicina familiar y comunitaria | 5 | 20 | 100 |
| Total | | 16 | - | 420 |

Fuente: Informe de gestión de la dirección, 2010
(*) Ocasionalmente se ofrece un curso en la Sede de Occidente.

Anteriormente, también se impartía un curso de Epidemiología para la carrera de odontología, el cual fue asumido posteriormente por el Departamento de Odontología Social de esa Facultad.

Hasta 1993 la Escuela impartía 5 cursos para la carrera de medicina, un curso por semestre a partir del II semestre del tercer año. Lamentablemente, estos fueron eliminados del plan de estudios para ser sustituidos por un curso de Medicina Social, a cargo de la Escuela de Medicina, que actualmente se imparte en el último semestre de la carrera.

Este hecho, ha venido en detrimento de la formación integral del recurso humano médico que egresa de la Universidad de Costa Rica, ya que, en momentos en que el país se encuentra realizando la Reestructuración del Sector Salud y la Readecuación del Modelo de Atención, la Escuela de Medicina en lugar de incrementar las capacidades para responder a las necesidades emergentes, disminuye en forma sustantiva la formación en materia de Salud Pública. Esto, además, constituyó un problema para la Escuela de Salud Pública al recibir en el bloque de Internado de Medicina Familiar y Comunitaria, estudiantes poco preparados y sin las bases y experiencias requeridas para iniciar la práctica en los servicios del Primer Nivel de Atención.

### *Seminarios Realidad Nacional*

Son cursos que se ofrecen a la Escuela de Estudios Generales en donde pueden matricular estudiantes de toda la Universidad, con tercer año aprobado, lo cual los convierte en uno de los pocos espacios multi e interdisciplinarios que tiene la Universidad. Esta característica, hace que en, estos cursos, los estudiantes puedan

constituirse en equipos interdisciplinarios para el análisis de situaciones relevantes en el contexto de la salud pública costarricense.

En estos, se pretende que el estudiante desarrolle una sensibilidad crítica ante los desafíos del mundo contemporáneo, que problematice la realidad cultural, política, económica, social y ambiental y que emprenda la búsqueda de soluciones en el ámbito del conocimiento de manera creativa e interdisciplinaria (Estudios generales, 2010).

En la actualidad los seminarios de nuestra Escuela tienen como tema eje la Salud Comunitaria, con énfasis en el análisis de situaciones de importancia nacional en salud pública, como por ejemplo: Situación de Salud de la Población Adolescente o Adulta Mayor, Ética en Salud, Salud de los Trabajadores, Servicios de Atención Médica, Enfermedades Crónicas, Medio Ambiente y Salud, Género y Salud, entre otros.

### *Internado en Medicina Familiar y Comunitaria*

En su totalidad consta de cinco bloques de dos meses y medio cada uno: Medicina, Cirugía, Pediatría, Ginecología y Obstetricia y Medicina Familiar y Comunitaria. Anteriormente, existían solo 4 bloques hospitalarios, sin embargo, dada la intervención y visión de la Escuela, en el año 1990 se inicia el bloque de Medicina Familiar y Comunitaria (Departamento de Salud Pública en ese entonces). Este, tiene como propósito aplicar todos los conocimientos, habilidades y destrezas, aprendidos durante la carrera en forma integrada; a fin de brindar Atención Integral de la Salud en el Primer Nivel de Atención.

El bloque de Internado en Medicina Familiar y Comunitaria atiende un promedio de 100 estudiantes por año,

divididos en cinco bloques de 20 estudiantes cada uno. Estos se subdividen en 5 subgrupos que se distribuyen en las siguientes Áreas de Salud: Turrialba (Grano de Oro), Palmares, Naranjo, San Vito, Goicoechea, Aserrí y Cartago.

El bloque de internado incluye actividades docentes formales, actividades clínicas de tipo preventivo y morbilidad y actividades diversas en la comunidad. Se señalan como principales las siguientes: consulta en el área materno-infantil, atención de pacientes con enfermedades crónicas, consulta de morbilidad, sesiones docentes en temas clínicos de interés para el trabajo en el primer nivel de atención, sesiones docentes en temas de salud pública, proyectos comunitarios con grupos de población específicos, actividades relativas al Análisis de Situación Integral de Salud de la comunidad (ASIS), análisis de riesgos y vulnerabilidad de una comunidad en situaciones de desastre. Además, se imparten 4 talleres: adolescencia, salud ocupacional, situaciones de desastre y promoción y educación para la salud.

Como un valor agregado cada bloque cuenta con una pasantía optativa en sitios rurales de una semana de duración, la cual se desarrolla en las siguientes lugares: Monte Verde, Talamanca, Coto Brus, Islas del Golfo de Nicoya, Golfito y otros. Esta actividad ha sido muy cotizada por los estudiantes; a ella asiste un promedio de 12 estudiantes por bloque (el 60%). La pasantía agrega a la formación un componente muy importante, ya que permite conocer la situación de salud de algunas comunidades rurales y las estrategias que desarrollan los servicios de salud, para la atención de comunidades con características diferentes a las del Valle Central: población dispersa, migrante, indígena, culturalmente diferente y con condición socio-económica muy limitada, entre otros.

Para el buen funcionamiento de este bloque se requiere de un coordinador general, un coordinador para cada centro de rotación (total 7). Además, se precisa del apoyo de los equipos Básicos de Atención Integral de Salud y del Equipo de Apoyo de las Áreas de Salud, los cuales tienen como característica fundamental la interdisciplinariedad.

Vale la pena mencionar, que de este bloque depende gran parte de la formación y entrenamiento que los futuros profesionales reciben sobre temas de Salud Pública y, en particular, de los servicios de atención médica en el primer nivel de atención de la salud. Por consiguiente, puede considerarse como de gran impacto, para la capacitación del recurso humano médico durante el proceso de Reforma del Sector Salud que se iniciara en los años 90 y hasta la fecha. Dados los buenos resultados en la formación integral de los médicos generales egresados de la Universidad de Costa Rica, éste fue tomado como modelo y replicado por las Universidades privadas, por demanda del Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social de la Caja Costarricense del Seguro Social (CENDEISSS).

### *Bachillerato en Promoción de la Salud*

La primera promoción del Bachillerato inicia en 2007 con una estructura curricular muy innovadora, con base orientada hacia el desarrollo de competencias desde el pensamiento complejo. Es por ello que el inicio de la Carrera se realiza con el apoyo del proyecto de innovación docente adscrito a la Vicerrectoría de Docencia. En la actualidad es la única carrera de la universidad que utiliza y ha llevado a la práctica este enfoque pedagógico.

Es el primer proyecto de esta naturaleza que se desarrolla en la Universidad de Costa Rica y se considera innovador por lo siguiente:

- Orientación pedagógica centrada en la complejidad y el pensamiento complejo
- Organización por módulos y proyectos formativos
- Diseño curricular basado en la formación en competencias
- Ruptura con la tradición disciplinaria del curriculum
- Visión constructivista integral
- Estructuración por problemas/objetos de transformación
- Estrategia pedagógica: centrada en la persona que aprende
- Orientación hacia el trabajo de la comunidad

La carrera tiene como propósito formar profesionales con competencias en gestión de políticas, estrategias y programas en promoción de la salud, para orientar el desarrollo de procesos que promocionen la salud en los diferentes espacios de población, propiciar procesos de investigación participativa, acción social y educación permanente en forma integral y ampliar la base de discusión sobre la promoción de la salud en el país (ESP, 2006).

Esta carrera tiene cuatro años de duración con un total de 137 créditos. El plan de estudios incluye cursos de la Universidad y proyectos formativos (cursos propios de la carrera) que tienen de 2 a 9 créditos cada uno.

Según Tobón (2006: 133) un proyecto formativo es un "Conjunto articulado de estrategias que se van desplegando en el tiempo para resolver un problema contextualizado en una red de situaciones en constante cambio y organización /.../ valoración para realizar los ajustes pertinentes".

El plan de estudios incluye los cursos de la Universidad y los proyectos formativos de la carrera. Los primeros son: humanidades, actividad deportiva, actividad artística, arte, seminarios de realidad nacional, idiomas, repertorios, cursos optativos, matemáticas, trabajo comunal universitario y estadística para ciencias sociales.

Los proyectos formativos de la carrera son quince en total sobre los siguientes temas:

- Salud y sus determinantes
- Salud pública
- Promoción de la salud
- Políticas sociales
- Salud comunitaria
- Educación para la salud
- Servicios de salud
- La salud de grupos prioritarios
- Salud ambiental y de la población trabajadora
- Epidemiología
- Investigación

Estos proyectos formativos se distribuyen a lo largo de la carrera y a diferencia de la mayoría de carreras en la Universidad, los estudiantes los matriculan desde el primer ciclo en la carrera.

Para el desarrollo de la carrera se cuenta con un total de 15 equipos docentes interdisciplinarios en los que se involucran cerca de 30 docentes de diferentes disciplinas: medicina, enfermería, trabajo social, nutrición, comunicación, educación, psicología, sociología, antropología, ciencias políticas, informática, microbiología, ambiente, actividad física y recreación. Además, cuentan con estudios de posgrado en salud, pública, servicios de salud, psicopedagogía, políticas públicas, comunicación,

población y salud, promoción de la salud, epidemiología, informática médica y educación para la salud, entre otros.

Cada promoción tiene un cupo de 35 estudiantes, de los cuales 25 son de nuevo ingreso y 10 son de traslado desde otras carreras de la Universidad. Para el 2010 ingresó la cuarta promoción de la carrera. En la actualidad se tienen inscrito un total de 140 estudiantes, de los cuales 69 matriculan los cursos propios de la carrera.

Los proyectos formativos de la carrera son construidos por el equipo interdisciplinario de docentes que será responsable de su desarrollo. Para esto, se realiza un proceso de inducción de un semestre universitario, por parte de un profesional en el campo de la educación y desarrollo curricular.

Existen muy buenas expectativas en relación con la inserción de este profesional en las diferentes instituciones del Sector Salud, en particular el Ministerio de Salud, con su nueva orientación hacia la Promoción de la Salud.

### *Trabajo Comunal Universitario (TCU)*

"El TCU es una de las modalidades de Acción Social de la Universidad de Costa Rica donde estudiantes y académicos (as) realizan actividades interdisciplinarias como forma de vinculación dinámica y crítica con los diferentes sectores de la comunidad" (Hoja Web UCR, 2010). La esencia de los TCU radica en su naturaleza interdisciplinaria, lo cual permite el abordaje de la problemática que enfrentan los diferentes proyectos que se desarrollan y, sobretodo, la generación de alternativas al servicio de las comunidades.

El 14 de marzo de 1975, mediante la resolución N° 2122 del Consejo Universitario se establece que todo estudiante universitario debe realizar el TCU como requisito para su

graduación. Cada estudiante de la Universidad de Costa Rica debe realizar un total de 300 horas de trabajo comunal universitario en un lapso de un año. Para matricularse en el TCU, el estudiante debe haber aprobado el 50% de los créditos de la carrera.

Los TCU tienen como propósito despertar la conciencia social en los estudiantes, mediante el contacto directo con la realidad nacional y con las comunidades, identificar los problemas y plantear soluciones; además, sensibilizar a los estudiantes para que continúen con el proceso de retribución a las comunidades.

La Escuela de Salud Pública en los últimos años ha desarrollado proyectos de TCU relacionados con el análisis de situación de salud y actividades de promoción de la salud. Actualmente desarrolla el TCU "Promoción de estilos de vida saludable" el cual, en un principio se dirigía a la población del campus universitario Rodrigo Facio y, a partir del año 2009, se tomó la decisión de extenderlo a otras comunidades cercanas. En el 2010, se abarcan, además, poblaciones indígenas de la zona sur del país.

Este TCU parte del principio de la construcción social, en el que los estudiantes toman un papel protagónico en la planificación, desarrollo y evaluación de las actividades que desarrollan. Esto les permite visualizar mejor la importancia de manejar un estilo de vida saludable, además de promoverlo (ESP, 2010).

Para el año2009 se desarrollaron actividades como las siguientes:

- Capacitación a líderes comunales sobre el tema de promoción de la salud integral.
- Promoción de la salud buco dental y prevención de las enfermedades que se presentan en la cavidad oral

- Actividades relativas a los estilos de vida saludables y campañas de desparasitación y limpieza de suelos en poblaciones indígenas.
- Actividad física en espacios laborales
  Nutrición en los espacios laborales "Abrazando mi salud con mi alimentación"
- Diagnóstico de estilos de vida en la población estudiantil universitaria
- Planificación del proyecto Kioscos Saludables

Apoyo a campañas de la Universidad de Costa Rica como las siguientes:

- Mini feria del 5 de Junio: "10 mil maneras de construir tu salud"
- Ejecución de la "Campaña ¡ummm... saludable!"
- Festival "Salud Total".

Dichas actividades se desarrollaron con la participación de 60 estudiantes de las carreras de medicina, promoción de la salud, enfermería, comunicación, informática, diseño gráfico, educación, educación física, odontología, trabajo social y administración de negocios, entre otros.

## *Actividad académica de posgrado*

### *Maestría en Salud Pública*

La actividad académica de postgrado de la Escuela se inició en 1989 con la Especialidad en Salud Pública, de la que hubo tres promociones y se cerró para abrir la Maestría de Salud Pública en el año 1993. En su mayoría, los estudiantes que cursaron esta especialidad completaron posteriormente los requisitos para obtener el grado de maestría.

Esta se inició con la versión genérica según dos modalidades: la maestría profesional y la de maestría en

ciencias en Salud Pública. Posteriormente, se abrieron las modalidades de maestría en Salud Pública con los siguientes énfasis: Ambiente y Desarrollo Humano, Gerencia de Servicios de Salud, Gestión de Políticas de Salud y Adolescencia y Juventud. Se espera, que para el año 2011 se inicie con el énfasis en Gestión Hospitalaria. De ella, la más cotizada actualmente es la que tiene el énfasis en Gerencia de Servicios de Salud.

De acuerdo con los archivos del Programa de Maestría (Posgrado en Salud Pública, 2010) para el año 2010, se registra un total de 395 estudiantes, de los cuales 296 obtuvieron el título de maestría y 109 aún permanecen como egresados. Los egresados son estudiantes que aprobaron todos los cursos del plan de estudios, pero que aún tienen pendiente, la defensa del trabajo de investigación final.

En total, se han abierto 28 promociones de la maestría con la siguiente distribución: Salud Pública 14, Ambiente y Desarrollo Humano 2, Gerencia de Servicios de Salud 7, Adolescencia y Juventud 2 y Gestión de Políticas de Salud 3.

La mayoría de estas promociones se generaron en la Sede Rodrigo Facio ubicada en San José. Este año, 2010, dado el interés de un grupo de profesionales de la región se estudia la posibilidad de abrir la maestría en la zona sur del país. En el 2003 se realizó la primera promoción desconcentrada en el Cantón de Golfito. En ese sitio, no existía en ese momento ni siquiera una Sede Regional de la Universidad de Costa Rica.

Esta labor fue posible gracias al compromiso y el esfuerzo que asumieron los profesores de viajar durante 6 ó 7 horas hasta Golfito cada semana a impartir los cursos; a la contribución de la oficina de transportes de la Universidad, que facilitó por 2 años el transporte requerido y a la Dirección del Hospital de Golfito que prestó el aula con

el equipo de multimedia. De un total de 18 estudiantes matriculados, 9 cumplieron con todos los requisitos para graduarse y 3 permanecen como egresados.

Para el año 2005 se generó la segunda promoción desconcentrada en la Sede de Liberia de la Universidad de Costa Rica, con una matrícula de 11 estudiantes de los cuales 7 lograron graduarse. Sin embargo, para esta ocasión ya no se contó con la ayuda de la oficina de transportes, por lo tanto, los profesores debieron desplazarse a impartir los cursos utilizando el transporte público o sus propios vehículos, pero se contó con la colaboración de la Sede y el Sistema de Estudios de Posgrado, al acondicionar una aula para el desarrollo de la maestría.

Se considera que esos fueron pasos acertados, ya que se logró beneficiar a profesionales de zonas bastante alejadas del país, que de lo contrario, no hubiesen tenido esta oportunidad. Actualmente, se valora la oportunidad de seguir desarrollando este tipo de promociones desconcentradas.

Dentro de la actividad académica del posgrado, también figuran cursos de servicio que se han impartido a otras maestrías: Población y Salud, Economía de la Salud y Odontopediatría.

### *Especialidades médicas*

La Escuela de Salud Pública incursiona en la docencia de posgrado en el año 1988, cuando todavía era el Departamento de Salud Pública de la Escuela de Medicina. En este tiempo, se le propone el reto de organizar el componente comunitario de la Residencia de Medicina Familiar y Comunitaria, el cual incluía una serie de cursos que preparaban a los residentes para el abordaje colectivo de la salud de un grupo de familias de la

Comunidad de Coronado, en coordinación con la clínica local. La escuela enfrentó este reto por varios años, hasta que algunos de los primeros egresados asumieron la docencia de este componente.

Actualmente, se imparten de 2 a 4 cursos de investigación epidemiológica a esta residencia y a algunas otras especialidades médicas.

### *Cursos especiales de Posgrado y de Extensión Docente*

Los Cursos Especiales de Posgrado son cursos adscritos al Sistema de Estudios de Posgrado de la Universidad de Costa Rica, que se ofrecen a la comunidad de profesionales con nivel académico universitario mínimo de bachillerato. En el caso de la Escuela de Salud Pública, se han impartido diferentes cursos según esta modalidad; sin embargo, dado el impacto, tanto en el mejoramiento del desempeño que se dio en los profesionales, como por la cobertura en las diferentes regiones del país, vale la pena mencionar los siguientes: Epidemiología Aplicada al Nivel Local, Gestión Local de la Salud y, Atención Integral para Médicos Generales del Primer Nivel de Atención. Todos, cursos desarrollados en beneficio del personal de la Caja Costarricense del Seguro Social.

El curso de Epidemiología Aplicada a Nivel local se desarrolló a solicitud de la OPS para capacitar en el tema de Epidemiología a los funcionarios de la Caja Costarricense del Seguro Social; tenía como propósito formar tutores para el desarrollo de capacidades en epidemiología, que pudieran, luego, replicar el curso a otros funcionarios.

Este curso se desarrolló en forma presencial y se impartió de agosto a diciembre del año 2001, a un

aproximado de 80 funcionarios de las regiones Brunca y Huetar Atlántica.

El Curso de Gestión Local de la Salud se inició en el año 1996 como "un esfuerzo mancomunado entre la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) a través del Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISSS) y la Universidad de Costa Rica por medio de la Escuela de Salud Pública" (Castillo y otros). Ambas instituciones realizan una alianza estratégica que se concreta a través de la participación de los docentes, que eran egresados del Programa de Maestría en Salud Pública de la Universidad de Costa Rica y que, a su vez, eran funcionarios de la Caja Costarricense del Seguro Social. Esto en respuesta a las necesidades de capacitación que se generaron a partir de la Reforma del Sector Salud, que requería del fortalecimiento del primer nivel de atención y la consolidación de los Equipos Básicos de Atención Integral (EBAIS) y los equipos de apoyo de las diferentes áreas de salud.

El curso se realiza anualmente mediante una innovadora metodología de enseñanza a distancia, para la cual se confeccionó material didáctico de auto instrucción, diseñado por la Escuela de Salud Pública. Sobre la base de formación de formadores, se capacitó a facilitadores-tutores que administran el proceso de enseñanza-aprendizaje en las diferentes regiones de salud del país y le imprimen al curso las particularidades culturales, históricas y epidemiológicas propias de cada región.

La metodología del curso se basa en el Modelo de Unidad Sistémica Estructurada (M.O.U.S.E.) (Torres, R. 1998), el cual incluye cuatro momentos interrelacionados: el módulo escrito, el módulo individualizado, el módulo socializado y el módulo de relación entre la teoría y la

práctica. El material didáctico básico lo constituyen 13 módulos escritos, cada uno de ellos, con el instructivo para el facilitador y con el instructivo para el estudiante. Estos fueron construidos por equipos de autores procedentes de los servicios de salud, tanto de la CCSS como del Ministerio de Salud y de la Universidad de Costa Rica, asesorados técnica y metodológicamente por la Escuela de Salud Pública.

Los módulos versan sobre los siguientes temas: sistema nacional de salud, participación social en salud, atención integral en salud, salud familiar en el primer nivel de atención, sistemas de información en salud, análisis de situación de salud para el sector salud de los EBAIS, planificación estratégica, vigilancia epidemiológica, salud y ambiente, calidad de los servicios de salud y gestión clínica en el primer nivel de atención.

Durante los años en que el curso fue coordinado por la Escuela se capacitó a 33 facilitadores y aproximadamente de 1200 profesionales de las diferentes regiones de salud del país. A partir del año 2005, cesó la participación de la Escuela de Salud Pública y el curso ha sido replicado desde entonces bajo la coordinación del CENDEISSS. Lo anterior gracias a las fortalezas académicas y metodológicas desarrolladas por las Escuela, en el personal de las diferentes regiones de la CCSS.

En el año 2001, el CENDEISSS solicita a la Escuela la posibilidad de elaborar el curso de Capacitación titulado "Atención integral para Médicos Generales del primer Nivel de Atención" bajo la misma modalidad cuyo propósito era fortalecer la capacidad resolutiva de los médicos generales que laboraban en el primer nivel de atención de la CCSS.

Para la realización de este curso se construyeron 13 módulos, con sus respectivos instructivos, para el estudiante y para el facilitador.

Las áreas temáticas se escogieron de acuerdo con las prioridades de formación que el CENDEISSS facilitó a la Escuela, producto de un taller que se hiciera para dicho efecto. Los módulos fueron los siguientes:

1. Bases para la atención médica integral en el primer nivel de atención
2. Promoción, prevención y educación en salud
3. Personas adictas y su familia
4. Dolor y cuidados paliativos
5. Violencia intrafamiliar y el abuso sexual extra familiar
6. Enfermedades respiratorias
7. Trastornos de depresión y de ansiedad
8. Enfermedades cardiovasculares
9. Problemas frecuentes del crecimiento y desarrollo en la niñez
10. Problemas de la salud sexual y reproductiva
11. Control prenatal y control de los manejos de riesgo
12. Personas con cáncer y su familia
13. Otros problemas de salud frecuentes: cefalea, dispepsia, lumbalgia y colón irritable

Los módulos se impartían anualmente, para un total de 192 horas. En su elaboración participaron 11 equipos de trabajo para un total de 62 participantes, que en su mayoría eran funcionarios de la CCSS. Estos se impartieron 2 veces bajo la coordinación de la escuela y posteriormente fueron asumidos por el CENDEISSS.

Estos cursos especiales de posgrado tenían la particularidad de que los facilitadores o tutores docentes debían ser profesionales con nivel de posgrado, en su mayoría salubristas, o especialistas médicos, la que les imprimió un sello de calidad importante.

La Escuela de Salud Pública también tuvo la idea de construir un curso, dirigido a los funcionarios técnicos de la CCSS sobre temas, también relacionado, con la gestión local titulado: "Gestión local de la salud para técnicos del primer nivel de atención" (ESP, 2002), el cual se inscribió como un curso de Extensión Docente en la Vicerrectoría de Acción Social en el año 2002, con una duración de 4 meses.

La primera versión de este curso se realizó en la Sede Regional de Limón de la CCSS y estaba dirigido al personal técnico. Para determinar las necesidades de formación se realizó un taller con la participación de funcionarios de la Región en el 2001, se confeccionó una antología que constaba de cinco módulos sobre temas como: el sistema nacional de salud y proceso de modernización, sistema de información y gestión local de la salud, análisis de situación de salud para el sector de los EBAIS, participación social y promoción de la salud y atención integral de la salud.

Este curso se reelaboró con la idea de generalizarlo, con la misma metodología, didáctica al resto de las Regiones de Salud de la CCSS y al igual que los otros ya mencionados, posteriormente quedó en manos del CENDEISSS.

## *Conclusiones*

La Escuela de Salud Pública de la Universidad de Costa Rica ha jugado desde su creación, un papel muy importante en el desarrollo de los recursos humanos en el campo de la salud pública.

Durante estos años se ha caracterizado por ir a la vanguardia, en relación con las necesidades de formación del recurso humano que requiere el país.

Sus actividades académicas se han caracterizado por la innovación, integralidad y alta calidad, lo cual ha contribuido con un mejor desempeño de los funcionarios del sector salud.

En consistencia con la equidad en salud, precepto fundamental en salud pública, la Escuela se ha preocupado por desarrollar sus actividades académicas en diferentes regiones del país. Se inició con las regiones más alejadas y se priorizó con poblaciones vulnerables.

A pesar de ser una de las Escuelas más pequeñas de la Universidad de Costa Rica, ha logrado proyectarse en forma importante en la formación del recurso humano que el país necesita, en materia de salud pública.

## *Referencias bibliográficas*


Castillo, A y otros. (2000). Análisis de Situación de Salud para el sector salud de los EBAIS, Módulo seis. Curso Especial de Posgrado Gestión Local de Salud. Editorial EDNASSS, San José, Costa Rica.

CENDEISSS, ESP. (2003-2004). Instructivo general para facilitadores. Curso especial de posgrado en Atención Integral para Médicos Generales.

CENDEISSS (2003). Instructivo General para facilitadores. Curso Especial de Posgrado en Atención Integral para Médicos Generales. 2003-2004.

Escuela de Salud Pública (2002). Portafolio para el curso Gestión Local para Técnicos del Primer Nivel de Atención. Región Huetar Atlántica.

Escuela de Salud Pública (ESP), (2006). Propuesta de Bachillerato en Promoción de la Salud. Propuesta de creación.

Escuela de Salud Pública, (2009). Informe de Gestión de la Dirección.

Escuela de Salud Pública, (a, 2010). Programa del Bloque de Internado en Medicina Familiar y Comunitaria para la Carrera de Medicina.

Escuela de Salud Pública, (b, 2010). Registros de matrícula, Carrera de Bachillerato en Promoción de la Salud.

Escuela de Salud Pública, (c, 2010). Informe del TCU-538: "Promoción de Estilos de Vida Saludables en la Comunidad Universitaria".

Estudios Generales. Hoja Web de la Universidad de Costa Rica. *http://www.estudiosgenerales.ucr.ac.cr* Consultado 11-2-10.

Posgrado en Salud Pública, 2010. Registro de graduados y egresados.

Tobón, S. (2006). Formación Basada en Competencias. Pensamiento complejo, diseño curricular y dialéctica. Segunda edición, ECOE Ediciones Ltda. Bogotá.

Trabajo Comunal Universitario. Hoja Web de la Universidad de Costa Rica. Consultada el 2 de febrero 2010.

Torres, R. (1998). Modelo de Unidad Sistémica Estructurada. Técnicas para la elaboración de módulos de aprendizaje. Editorial EDNAS. San José, Costa Rica.

Torres, R. (2001). Antología: Elementos Básicos de Cogestión Educativa, Curso de Epidemiología Aplicada al Nivel Local de la Salud. Región Huetar Atlántica y Región Brunca.

# II

# Análisis de los determinantes de la salud en Costa Rica

3

# Uso de las concepciones teóricas sobre los determinantes sociales de la salud

Eyleen Alfaro Porras[1]

Resumen

*En este ensayo se realiza una discusión amplia de los conceptos de Determinantes Sociales de la Salud en virtud de la cual se parte por comprender el enfoque de tales factores. Se analizan los diferentes enfoques para abordar los determinantes sociales de la salud. Uno de los más trabajados, es el punto de vista de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud. Con lo anterior se enfoca el ensayo en la distribución poblacional de diversos factores (sociales, económicos, políticos y culturales), entre los que destacan el crecimiento económico, la distribución de la riqueza y las oportunidades, las condiciones laborales, el género y las diferencias étnicas, el apoyo social y comunitario y el grado de cohesión social.*

## *Introducción*

Abordaremos algunos temas centrales relacionados con la conceptualización y los fundamentos de los Determinantes Sociales de la Salud con el

1 Docente e investigadora de la Escuela de Salud Pública. Socióloga y comunicóloga social por la Universidad de Costa Rica, estudiante del Doctorado en Salud Pública, Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca.

propósito de facilitar la comprensión de la complejidad de esos procesos sociales que generan desigualdades e inequidades en salud.

Pretendemos un pequeño avance en el conocimiento y mayor discusión del estudio de las inequidades en salud. Proponemos poner mayor atención en aquellos determinantes sociales estructurales por la reproducción de otros por estar asociados a los problemas de la organización social, entre algunos.

Desde distintas perspectivas teóricas que tocan las desigualdades sociales y las señaladas inequidades en salud, particularmente, las económicas, de clase social, las de género, etnia, multiculturalidad y las generacionales. Así se puede entrar en el reconocimiento de las causas, como las identifica la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) de la OMS.

Finalmente, usamos el Informe de la CDSS para proponer ¿qué sigue? en el tema de los Determinantes sociales de la salud.

## *Desarrollo*

Desde 1946 la Organización Mundial de la Salud ha venido gestando una serie de constructos para mejorar la calidad de vida de las personas en el mundo. Con estas se ha generado el conocimiento que tomamos para poder identificar necesidades sentidas en salud y así darles una respuesta consciente y pronta a dichas necesidades.

En este marco, en 1978 en la Conferencia de la Salud de Alma Ata se promulgan los pilares de la Estrategia de Atención Primaria en Salud. Es el «derecho a alcanzar el grado máximo de salud posible», «con la mayor equidad y solidaridad», considerando la necesidad de «dar

respuesta a las necesidades de salud de la población» para encaminarse hacia la salud para todos. Esto requiere que los sistemas de salud respondan a los desafíos de un mundo en transformación y a las crecientes expectativas de mejores resultados (OPS, 2008), lo cual como estrategia es la base del concepto que posteriormente se discutió y es objeto de este ensayo los DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD (en adelante DSS).

Al hablar de determinantes es importante saber que la salud es un bien público, que se constituye en la persona misma para su funcionamiento pleno de ella. Por un lado, la salud representa un prerrequisito para el completo desarrollo y la libertad de un individuo, pero por otro, las condiciones sociales conceden al individuo un mayor control sobre la propia vida, y están asociadas con mejores condiciones de salud (Marmot, 2004), lo que puede llevar a afirmar que una sociedad justa es buena para la salud (Daniel, 1985, mencionado en OPS/CEPAL-CELADE, S.f. p.4).

Algunos documentos sobre DSS, tienen un marco conceptual representado por "las condiciones sociales en las cuales viven y trabajan las personas, que se traducen en efectos en su salud". (OPS, 2008) Siguiendo el marco de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud, dirigida magistralmente por Michael Marmot, "la Comisión centra la atención en las "causas de las causas", es decir, en la esencia de la jerarquía social del mundo y de cada país y en las condiciones sociales que son producto de dicha jerarquía, que determinan la situación en la que las personas crecen, viven, trabajan y envejecen" (Koplan JP, *et ál.*, 2009)

Otros conceptos que han avanzado a la hora de hablar de DSS son los siguientes:

*"Los determinantes sociales de la salud se refieren a las características de las condiciones sociales que influyen en la salud y las vías particulares por medio de las cuales dichas condiciones ejercen su efecto y que se pueden alterar con medidas fundamentadas"* (Krieger, 2001, p. 696).

*"Las condiciones sociales en que vive una persona influyen sobremanera en sus posibilidades de estar sana. En efecto, circunstancias como la pobreza, la inseguridad alimentaria, la exclusión y la discriminación sociales, la mala calidad de la vivienda, las condiciones de falta de higiene en los primeros años de vida y la escasa calificación laboral constituyen factores determinantes de buena parte de las desigualdades que existen entre países y dentro de ellos por lo que respecta al estado de salud, las enfermedades y la mortalidad de sus habitantes. Para mejorar la salud de las poblaciones más vulnerables del mundo y fomentar la equidad sanitaria se precisan nuevas estrategias de acción que tengan en cuenta esos factores sociales que influyen en la salud"* (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2004, p.42).

El uso del marco de los DSS nos lleva a pensar en muchos grupos vulnerables: mujeres, niños y niñas, adultos mayores, indígenas, entre otros, lo que permitiría cambiar desde un planteamiento ético y de identificación de inequidades en salud evitables e injustas, ya que estos grupos tienen "una posición social y necesidades específicas diferentes de las de otros grupos, es preciso debatir por separado su situación particular en lugar de considerarlos parte del problema general o universal de exclusión social".

## *Contexto histórico de los DSS y de la Comisión de los Determinantes sociales de la salud (CDSS) de la OMS*

La posibilidad de identificar las inequidades en salud es un tema que se ha trabajado desde finales del siglo XIX, con el modelo conocido como tradicional o ecológico, en el cual se planteaban tres componentes esenciales: el agente, el huésped y el entorno o ambiente. Estos elementos tenían fundamentalmente la idea de que entender los determinantes de la salud y la enfermedad causados por las enfermedades infecciosas, causas que en ese siglo ocasionaban altas tasas de morbimortalidad en los países, especialmente lo más desarrollados.

Ya en el siglo XX los países en cuestión, no solo desarrollaron una serie de tecnologías que impulsaban una nueva tipificación de las enfermedades, sino que, además, experimentan cambios en su patrón de las causas de muerte lo que se le conoce con el nombre de transición epidemiológica, con la que ya no se estudian tanto las enfermedades infecciosas, empero se sustituyen por enfermedades crónicas, tales como los cáncer y las enfermedades cardiovasculares.

Justamente en el siglo pasado se generaliza un modelo conocido como el informe Lalonde (por el informe del Ministro de Salud Canadiense Marc Lalonde) en el cual se agrupan en cuatro categorías los DSS: estilos de vida, medio ambiente, sistema de cuidados de salud y la propia biología humana (Rodríguez y Abecia, 2001, p. 13). La estrategia planteada por Lalonde ha generado una importante sinergia entre los determinantes y la salud de la gente por lo que en el 2000 basó su estrategia *Salud para todos* en ella.

Luego, se ha intentado incluir elementos de otros modelos como es el enfoque biopsicosocial, según el cual la persona es el centro del modelo y considera diferentes niveles de organización como los psicológicos, los sociales y los biológicos.

En el 2004, el director de la OMS, crea la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud de la OMS (CSDH, por sus siglas en inglés), para así utilizar las teorías de los DSS y desarrollar acciones políticas conjuntas entre los países de medio y bajo ingreso, los cuales, poseen mayores necesidades y situaciones internas muy complejas.

Lo anterior se ve reflejado en la siguiente preocupación de la OMS:

> *"La mala salud de los pobres, el gradiente social de salud dentro de los países y las grandes desigualdades sanitarias entre los países están provocadas por una distribución desigual, a nivel mundial y nacional, del poder, los ingresos, los bienes y los servicios, y por las consiguientes injusticias que afectan a las condiciones de vida de la población de forma inmediata y visible (acceso a atención sanitaria, escolarización, educación, condiciones de trabajo y tiempo libre, vivienda, comunidades, pueblos o ciudades) y a la posibilidad de tener una vida próspera. Esa distribución desigual de experiencias perjudiciales para la salud no es, en ningún caso, un fenómeno «natural»... Los determinantes estructurales y las condiciones de vida en su conjunto constituyen los determinantes sociales de la salud"* (Comisión OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud, 2008).

Las condiciones sociales, políticas y económicas tienen una fuerte influencia sobre la salud y como hemos visto son los determinantes sociales de la salud. En este

sentido, el contexto en el que se desenvuelven los diferentes grupos poblacionales debe ser comprendido así como valorados su cultura y conocimiento para la aplicación de políticas que busquen el logro de la equidad en salud. Las brechas existentes entre ricos y pobres no pueden olvidarse –donde los grupos vulnerables–, influyen en su calidad de vida y disfrute del derecho a la salud.

En este contexto nace la Comisión como un órgano de colaboración de la sociedad civil dirigida por personas que gozan de una experiencia única, que combina la política, la actividad académica y la acción de sensibilización y, además, tiene una visión global de los DSS.

Según el Informe de la Comisión de DSS, la acción sobre estos es más eficaz si hay sistemas de datos básicos y mecanismos que aseguren analizarlos para elaborar políticas, sistemas y programas más eficaces.

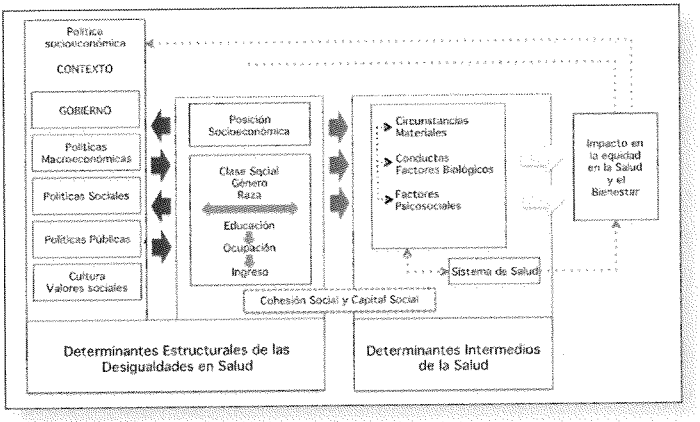
Las desigualdades sociales y económicas y la inequidad en las acciones sanitarias, son el resultado de la situación en que la población crece, vive, trabaja y envejece, y dependen del tipo de sistemas que se utilizan para combatir la enfermedad; de ahí la obligación de estudiar los DSS.

La Comisión tuvo como propósito desde el 2004 y, luego, de una serie de documentos discusiones y borradores la tarea de generar recomendaciones basadas en la evidencia disponible, de intervenciones y políticas apoyadas en acciones sobre los determinantes sociales que mejoren la salud y disminuyan las inequidades sanitarias. Desde marzo del 2005 esta Comisión trabajó para lograr este objetivo.

Los DSS fueron definidos en esa ocasión en forma genérica por la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (CDSS)

como "el conjunto de las condiciones sociales en las cuales la gente vive y trabaja" (OMS, 2008). Con lo anterior, mostramos a continuación un esquema adaptado (muchos autores lo han hecho para casos específicos, en el nuestro tiene como objetivo ilustrar los elementos más importantes a la hora de hablar de DSS).

**Figura 1: Modelo de la comisión de DSS**




Fuente: Comisión OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud, 2008.

Con la figura anterior, retomamos el constructo de Dahlgren & Whitehead, que declaran que los determinantes sociales de la salud son factores sociales, económicos y de estilos de vida, influenciados por decisiones políticas, comerciales e individuales (Dahlgren & Whitehead, 2006).

Con la publicación en octubre del 2008 del Informe "Reducing health inequities through action on the social determinants of health" la CDSS hace un llamada a todos los organismos involucrados con la salud y sus determinantes a fin de tomar todas la medidas necesarias para

una colaboración entre los Estados miembros de la OMS y así evaluar los impactos de las políticas y programas sobre desigualdades en salud y abordar los determinantes sociales de la salud.

Dado lo anterior, los determinantes como el empleo, la movilización poblacional, los cambios culturales y conductuales, la educación y los estatus sociales, el género y la etnicidad nos permiten comprender las profundas causas que se vinculan a la organización y la estructura para generar inequidades en salud a las que hasta ahora se les ha dado como respuesta social solo como curativos y dicha respuesta ha sido insuficiente, con lo que muchas de las metas que se han gestado en diversas conferencias internacionales no han podido ser alcanzadas.

## *Algunas experiencias exitosas en materia de DSS*

Al menos tres países han creado una serie de enfoques con perspectiva de justicia social, y han desarrollado una política intersectorial de salud pública, cuyo propósito principal es disminuir la inequidad diseñando estrategias participativas sobre sus DSS (Villar, 2007, p. 7).

La primera experiencia es de Chile que ha construido un sistema de protección social infantil llamado "Chile Crece Contigo" con el que se desea cobertura universal con enfoque de ciclo de vida.

Otra experiencia de inicios de la década del 2000 es la de Suecia, en la que se asume como meta la de disminuir las inequidades en salud. Sus estrategias se basaron en un enfoque intersectorial de los DSS y la definición de sus políticas en asegurar una amplia participación social de todos los actores políticos relevantes (Villar, 2007, p. 11).

Finalmente, uno de los casos que más impacto ha tenido en América Latina en el tema de DSS es el caso de Brasil (en unión con Chile) que se promovió a partir del 2007 en el que se realizó una consulta con un grupo ampliado de la sociedad civil latinoamericana a fin de debatir sobre los DSS y las perspectivas para la acción en la región. Se dieron aportes a nivel global, especialmente al informe de la CDSS presentado en octubre del 2008, por Michael Marmot y colaboradores. (Villar, 2007, p. 12).

## *¿Qué sigue en materia de los DSS?*

Según el Informe *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health* (octubre, 2008) la labor de la Comisión incorpora un nuevo enfoque del desarrollo. Posiblemente, la salud y la equidad sanitaria no sean siempre el objetivo de las políticas sociales, pero tienen un resultado esencial.

La CDSS planteó tres recomendaciones generales y principios de acción en la materia que nos compete, el siguiente cuadro presenta estos elementos:

**Cuadro 1. Recomendaciones generales de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud, OMS, 2008.**

| Recomendaciones generales de la Comisión | Principios de acción |
|---|---|
| Mejorar las condiciones de vida | Mejorar el bienestar de las niñas y las mujeres y las condiciones en que nacen los niños.<br>Favorecer el desarrollo de la primera infancia y la educación para los niños y las niñas.<br>Mejorar las condiciones de vida y trabajo<br>Formular políticas de protección social dirigidas a toda la población.<br>Crear las condiciones que permitan envejecer bien. |
| Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos | Considerar al sector público no solo fortaleciendo las instancias gubernamentales sino también la gobernanza.<br>Dar legitimidad, cabida y apoyo a la sociedad civil, a un sector privado responsable y a los miembros de toda la sociedad.<br>Aplicar un estilo de gobernanza que promueva la equidad desde el nivel comunitario hasta las instituciones internacionales. |
| Medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones | Los gobiernos deben poner en marcha sistemas de vigilancia de la equidad sanitaria nacionales e internacionales.<br>Seguimiento sistemático de las desigualdades sanitarias y de los DSS.<br>Evaluar los efectos de las políticas e intervenciones en la equidad sanitaria.<br>Crear el espacio y la capacidad institucionales que permitan combatir con eficacia la inequidad sanitaria.<br>Invertir en la formación de los responsables en formular las políticas y de los profesionales de la salud.<br>Explicar a la población qué son los DSS<br>Dar mayor cabida de los DSS en la investigación en materia de salud pública. |

Fuente: Elaboración propia con base en el resumen analítico del Informe Final de la CDSS. 2008.

La pregunta hacia el futuro que se hacen los investigadores que acompañaron a Marmot en este informe es ¿se pueden realmente subsanar las desigualdades sanitarias en el lapso de una generación? Dos son las respuestas: si seguimos por el camino que vamos, NO es posible, sin embargo, (Marmot, 2008, p. 23) si realmente queremos que cambien las cosas, si nos proponemos crear un mundo mejor y más justo, donde las oportunidades en la vida y la salud de la población no se malogren por la fatalidad de haber nacido en un lugar determinado, el color de la piel o la falta de posibilidades de nuestros padres, la respuesta es que podemos contribuir en gran medida a lograrlo.

## *Conclusiones*

La CDSS de la OMS, en su informe final (octubre, 2008), enfatizó que, en todo el mundo, las personas socialmente desfavorecidas tienen menos acceso a los recursos sanitarios básicos y al sistema de salud en su conjunto. Es así como enferman y mueren con mayor frecuencia que aquellas que pertenecen a grupos que ocupan posiciones sociales más privilegiadas. Esto se hace más crítico en algunos de los grupos más vulnerables. Estas inequidades han aumentado a pesar de que nunca antes hubieran existido en el mundo la riqueza, los conocimientos y la sensibilidad y el interés por los temas que atañen a la salud como en la actualidad (WHO, 2008).

## *Referencias bibliográficas*

Commission on Social Determinants of Health [CSDH]. (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants

of Health. (WHO/IER/CSDH/08.1). Geneva, World Health Organization.

Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud [CDSS]. (2007). Lograr la equidad en salud: desde las causas iniciales a los resultados justos. Declaración Provisional.

Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud [CDSS]. (2005). Acción sobre los factores sociales determinantes de la salud: Aprender de las experiencias anteriores. Documento de información OMS.

Dahlgren, G. & Whitehead, M. (1991). Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute of Futures Studies.

Evans, R. G.; Barer, M. L. & Marmot, T. R. (1996). ¿Por qué alguna gente está sana y otra no?. Los Determinantes de la Salud de las poblaciones. Ediciones Diaz de Santos. Madrid, España.

Krieger, N. (2001). A glossary for social epidemiology. Journal of Epidemiology and Community Health, 55, 693-700.

Koplan JP, Bond TC, Merson MH, Reddy KS, Rodriguez MH, Sewankambo NK, Wasserheit JN.Towards a common definition of global health. Lancet 2009; 373: 1993–95.

Marmot, M. & Wilkinson, R. (2003). Social Determinants of Health. The solid Facts. WHO Publications. [ISBN 92-890-1371-0].

Marmot, M. (2005). Social Determinants of Health inequalities. Lancet, 365, 1099-1104.

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2005). Hacia un marco conceptual que permita analizar y actuar sobre los Determinantes Sociales de la Salud. Versión Preliminar sin Editar.

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2004). Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Nota de la secretaría. (EB115/35). Ginebra. Publicación Científica.

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2006). Documentos Básicos. 45ª Ed. Ginebra. Publicación Científica.

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (1978). Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Declaración de Alma Ata. Ginebra. Publicación Internacional.

Villar, E. (2007) Los Determinantes sociales de la salud y la lucha por la equidad en salud: desafíos para el Estado y la sociedad civil. Saúde Soc. São Paulo. V 16 n.3 p.7-13.

Whitehead, M. (2000). The concepts and principles of equity and health. World Health Organization. Regional Office for Europe. Copenhagen.

Williams, G. H. (2003). The Determinants of Health: structure, context and agency. Sociology of Health & Illness, 25, 131-154.

World Health Organization [WHO]. (2006). Commission on Social Determinants of Health. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Geneva.

4

# Determinantes sociales e inequidades en salud.
## Una mirada a la salud en Costa Rica

*Alcira Castillo Martínez*[1]

Resumen

*Se aspira en este ensayo enunciar algunos conceptos claves para sustentar la discusión en torno a los determinantes sociales de la salud. Se enmarca el texto en conceptualizar salud y los enfoques de los determinantes sociales para explicar aquellos que inciden en la producción de inequidades sociales en salud y enfermedad diferenciadas, según la condición del grupo social. Se valora la equidad en salud como el eje ético que facilita la inclusión de la justicia social. En resumen, se trata de analizar la apariencia de los fenómenos que nos impiden mirar y actuar con oportunidad y justicia social, para lo cual se presenta una serie de resultados en salud, que aunque buenos todavía revelan importantes inequidades al interior de ciertos grupos sociales.*

## *Introducción*

Comprender la complejidad de la salud de los individuos y de las poblaciones, así como de los factores que la afectan es un elemento esencial para

1 Licda. en Trabajo Social, Maestría en Sociología Política, Especialista en Administración de Registros Médicos y en Planificación estratégica de Recursos Humanos en Salud. ExDirectora Escuela de Salud Pública, Universidad de Costa Rica.

orientar el diseño de las políticas públicas y de bienestar coherentes con el derecho a la salud como uno de los derechos fundamentales de las personas. Los enfoques de los determinantes sociales de la salud nos obligan a tener otras miradas y prácticas, profundas y analíticas; especialmente, de aquellos determinantes que generan inequidades producto de desigualdades injustas, lo que implica el posicionamiento ético desde la salud pública para mejores logros de equidad.

Se desea en este artículo discutir lo teórico conceptual inherente a salud como aspecto amplio del bienestar individual y colectivo, la equidad y los énfasis de los enfoques de los determinantes sociales para facilitar la reflexión y el análisis en torno a los resultados en salud.

Se comentan algunos de estos resultados por considerarlos críticos y porque todavía esconden desigualdades e inequidades entre los grupos sociales en nuestro país; se intenta fomentar una mirada examinadora a la sociedad, al sector salud y los otros sectores en calidad de campos particulares y conexos de la práctica social. Entendiendo que en estos se desborda la concepción tradicional de sector como conjunto de instituciones y recursos, se despliegan posturas éticas por la defensa de mejor calidad de vida y de salud. Se trata de pensar y mirar la salud con ojos críticos y mentes justas.

Como dice Kliksberg "todas las recomendaciones que se sugieren para impulsar la acción por enfrentar las inequidades y lograr la salud de todos los latinoamericanos, deberían llevarse adelante planteando como su marco de referencia la gran necesidad que tiene el continente de recuperar una visión ética del desarrollo" (2007:181).

El campo de la salud no es neutro y estamos en un ambiente de globalización económica en donde el

mercado define los rumbos de las mercancías y la salud no es la excepción.

## *Desarrollo*

### *Algunos apuntes de salud como concepto*

Desde años atrás se tienen a disposición nuevos, interesantes y pertinentes aportes acerca del concepto de salud, del objeto de trabajo del campo de la salud pública, sobre los debates actuales del rol del Estado y la elaboración de las políticas públicas; así como de su influencia e impacto en la construcción de la equidad y el derecho a la salud, lo cual obliga a repensar la salud de manera más amplia, profunda y en calidad de concepto complejo, paradójico y contextual.

Desde que la OMS promulgó la definición de salud, novedosa para la época, esta se utiliza sin mayor discusión en los organismos internacionales y en los países. La conceptualiza como el completo bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad; no obstante, ese concepto a la luz de los fundamentos que dan origen a los determinantes sociales deja un vacío de orden estratégico y práctico.

Al respecto, Contandriopoulos (2006:22-44) considera varios elementos para comprender ese complejo concepto: la salud es siempre huidiza, indisociable de la vida y de la especie humana; la entiende como un resultado al mismo tiempo que un recurso que es una exigencia inevitable de todo ser y grupo humano; es una búsqueda sin fin y el barómetro de nuestros éxitos y de nuestros fracasos individuales y colectivos. En esa línea el concepto de salud es a la vez normativo, pues establece la meta por alcanzar y, al mismo tiempo descriptivo, en la

medida en que permite apreciar y comparar diferentes situaciones.

También señala ese autor, que aunque los fenómenos de enfermedad y salud no son independientes, no por ello están limitados el uno por el otro. En otras palabras, es categórico en afirmar que la salud y la enfermedad son indisociables, pero que la enfermedad no es lo contrario de la salud. En este sentido, la salud como concepto no puede entenderse como la imagen de un *continuum* que va sin interrupción y sin rupturas, de un estado completo de bienestar hasta la muerte, pasando por todas las formas posibles de enfermedad y de incapacidad; asimismo, se refiere a la idea de que la existencia de la complementaridad entre los conceptos de enfermedad y salud, ha hecho pensar que todas las políticas públicas formuladas para reducir el espacio de la enfermedad aumentan automáticamente el espacio de la salud. A este respecto insiste en que esa idea e imagen, sugerente por su simplicidad, es, sin embargo, falsa.

Por otro lado, continúa discutiendo el autor, la salud puede ser entendida no sólo a partir de la unicidad de cada persona sino inclusive de la masa de individuos de una población; pero la transición del concepto de salud individual al de salud poblacional plantea problemas epistemológicos. Según Contandriopoulos (2006:22-44) cuando se quiere actuar sobre la salud, en tanto que capacidad de vivir bien y mucho tiempo, las intervenciones están dirigidas a atacar al ambiente social en el cual interactúan los individuos, sea este físico (ambiente de trabajo, condiciones de vivienda, salubridad, contaminación, etc.), económico y social (pobreza, desempleo, aislamiento, exclusión, etc.), inclusive en el ambiente cultural (derechos de las personas, educación, acceso a la información y al conocimiento, etc.); pero, cuando se

quiere actuar sobre la salud, reduciendo la incidencia de enfermedades específicas en los individuos (duración, intensidad y las consecuencias), las intervenciones se concentran en el funcionamiento biológico y síquico de los seres humanos y sus comportamientos; o sea, la intención es solamente modificar el curso de esos procesos afectados por la enfermedad.

Es decir, la salud no puede ser concebida sin referencias a la enfermedad y los conceptos de enfermedad y de salud no son estrictamente independientes sino que se constituyen en sus relaciones; ese concepto de *salud-enfermedad* no se limita a la dimensión biológica, se expresa también en las otras dimensiones, especialmente la social. La salud, en tanto que adaptación de la vida a su medio ambiente, se expresa entonces por la duración y la calidad de la vida.

Por tanto, el interrogante de qué es la salud continúa todavía sin una respuesta única. La salud es paradójica, compleja y contextual. En consecuencia, existen grandes responsabilidades en la salud individual y la salud de las poblaciones que actúan sobre dimensiones diferentes del concepto de salud; pero no pueden ser sustituidas una por la otra. Además, la articulación de la salud individual y poblacional descansa sobre el buen funcionamiento de las instituciones democráticas y la salud pública pudiera jugar un rol central, asumiendo de manera explícita la vigilancia y evaluación de las consecuencias sobre la salud de la población del conjunto de las políticas económicas, sociales y ambientales.

## *Los determinantes sociales de la salud*

El enfoque de los determinantes sociales de la salud (DSS) es conceptualmente complicado y tiene implicaciones

en las políticas públicas y prácticas de salud desde el punto de vista social, político y ético. Su análisis nos enfrenta con la identificación de las desigualdades sociales, la explicación de las inequidades en salud y las respuestas del Estado y de los sistemas de salud en el contexto de la globalización económica.

En todos los países de Latinoamérica la salud de las personas, familias y poblaciones se ha visto afectada por las grandes transformaciones en la vida colectiva; sin duda, cambios en los valores, en los contextos de pluralismo étnico, en las relaciones de género, la defensa activa de los intereses de grupo y en la reducción de los servicios públicos.

No es casual ahora la legitimidad de los enfoques de los determinantes sociales de la salud, producto del deterioro de los resultados en salud, del desempeño de los servicios de atención, y el tipo de intervenciones con acento en los factores de riesgo de enfermar y énfasis en modelos de atención curativos y preventivos medico-centristas.

Los determinantes sociales de la salud y sus enfoques, se nutren de distintas corrientes filosóficas e ideológicas, abordadas más adelante. Una definición amplia de este concepto, señala –"son características sociales dentro de las cuales la vida tiene lugar"– (Martínez N; Castellanos P. 1998: 231; Tarlov, citado por Solar 2007:8) definen los DSS como –"aquellas condiciones en las que viven y trabajan las personas"–. Este alcance conceptual descarta la idea predominante de que son características de las personas en su dimensión individual y su contexto inmediato (tendencia privilegiada de la investigación tradicional en salud, en especial de la epidemiología).

No todos los enfoques explican a profundidad la génesis de las causales y la producción de las inequidades

en salud. Un abordaje se ocupa del concepto de *determinantes de la salud* y lo hace sinónimo de determinantes sociales de la salud; este examina con prioridad los determinantes proximales o intermedios; entendidos como –"circunstancias materiales de vida y trabajo, circunstancias psicosociales, conductas /estilos de vida y/o factores biológicos"–; incluyen en estos al sistema de salud y el capital social catalogándolos determinantes de salud. En este enfoque se corre el riesgo de omitir el peso e influencia que tiene el componente social y además se asume como una variable más al igual que la cultura, la economía, la educación y otros; en la práctica no establece mucha diferencia con el enfoque predominante de factores de riesgo, utilizado tradicionalmente por la medicina preventiva y la educación en salud. Generalmente, tiene su foco de acción en reducir la exposición a los factores que afectan directamente la salud o definen intervenciones sobre los mecanismos de causalidad inmediata a estos. (Solar O, Irwin A. 2007: 8)

Otro enfoque parte de conceptos más críticos, en tanto jerarquiza los determinantes en estructurales, también llamados distales. Estos se consideran como aquellos que influyen en distintos niveles de la organización social; se refieren al contexto socioeconómico y político, a la posición socioeconómica, al poder y la jerarquía social. Estos se influyen por el contexto socio-político, cuyos elementos centrales son el tipo de gobierno, las políticas macro-económicas, sociales y públicas, así como la cultura y los valores sociales.

En la concepción de determinantes estructurales, se entiende que el nivel educativo depende e influye en el tipo de ocupación y ésta a su vez en el ingreso, educación, etc.; además, en estos se ubican las relaciones de género y interculturalidad. Estos determinantes son los que producen las inequidades en salud. Su foco de intervención

se da en los niveles de distribución de los determinantes estructurales, o en los mecanismos que generan los determinantes intermedios; es decir, la jerarquía o posición social (Solar O; Irwin A. 2007: 10).

En resumen, los determinantes sociales son los que producen las inequidades en salud y permiten hacer el análisis de las causas de la distribución de los problemas de salud y o de su prevalencia e incidencia.

Otro enfoque es el de los determinantes de salud que sigue el concepto de factores de riesgo y concentra su atención en el análisis de la causalidad de los problemas de salud, por lo general en lo individual y que expresa su acción en mitigar las consecuencias de los problemas de salud. Para lograr equidad en salud se requeriría, entonces al menos, utilizar ambos enfoques.

Por otro lado, el paradigma crítico de la Medicina Social y la Salud Colectiva Latinoamericana, es un abordaje en el que predomina la determinación social que influye directamente en la organización y dinámica social; así concebidos, los determinantes sociales de la salud son aquellos que principalmente producen inequidades sociales (de salud y enfermedad) debido al tipo de sociedad en la que vivimos de corte capitalista.

La Asociación Latinoamericana de Medicina Social, ALAMES, trabaja esa perspectiva hace años elaborando reflexiones, no solo en el campo del saber científico sino también como vínculo con los movimientos populares en defensa de la salud. En esencia esta organización reconoce la existencia de una articulación múltiple y compleja entre los macro procesos sociales y los bio-psíquicos de individuos y colectividades humanas, con variados correlatos con los patrones de salud y de enfermedad; o sea, no es única, lineal ni mecánica.

En sus planteamientos conceptuales y metodológicos de los DSS, uno de los puntos centrales es el inherente a los efectos de la producción y reproducción de la sociedad capitalista, en términos de sus formas de propiedad, poder y división del trabajo. Estos son los principales causantes de las abismales desigualdades sociales en la calidad de la vida de las distintas clases sociales; además, de las originadas por cualquier forma de discriminación por género y etnia o diversidad cultural; que, finalmente, expresan las inequidades en los perfiles de salud y enfermedad de los colectivos sociales. Ocupa un lugar importante en este planteamiento la lucha por la defensa de la salud y por el ejercicio del derecho a la salud (ALAMES 2008: 6-10).

Por último, rescatamos en esta conceptualización eje de la equidad en salud como concepto ético fundacional de los enfoques de determinantes sociales de salud. Este es un marco central para identificar las desigualdades sociales, analizar las inequidades en los grupos sociales y utilizarlo como norte e imagen objetivo en la formulación de políticas públicas; apuntamos entonces a la equidad en salud como postura política de los gobiernos, autoridades de salud, profesionales y la ciudadanía. Equidad entendida en lo filosófico, en el énfasis de lo político y no en los aspectos técnicos.

Concordamos en la existencia de diferentes conceptos de equidad; no obstante, enfocamos un concepto amplio que relaciona equidad con ciertos marcos de normas éticas; esto, en razón de la cantidad y variedad de criterios morales para legitimar acciones de salud. Según Braverman

–"Ausencia de diferencias injustas, evitables o remediables en salud entre grupos de población definidos social, económica, demográfica o geográficamente"–; en su

origen las inequidades en salud se definirían como -"diferencias en salud socialmente producidas, sistemáticas en su distribución a través de la población e injustas".

Para esta autora, la salud es esencial para el bienestar y para superar las consecuencias, fruto de la desventaja social; por tanto, la presencia sistemática de desigualdades en salud entre los grupos sociales con diferentes niveles de desventaja social, dadas las diferentes posiciones en la jerarquía social (mujeres, pobres, miembros de grupo étnico, etc.), se convierten en inequidades en salud (2004:49).

De mucha utilidad son los criterios *evitable e injusto* planteados por Whitehead; lo socialmente *evitable* se entiende por los privilegios sociales que gozan algunas personas y cuando no son una cuestión de opción para otras; acá lo social imprime un mandato de acción moral. Por su parte, el criterio de *injusto* remite a no elección y pasa por una valoración social; al respecto refiere la autora -"el hecho de que una desigualdad evitable afecte de manera inversa a grupos sociales en desventaja hace que una desigualdad sea injusta, incluso en ausencia de conocimiento sobre causas específicas de la desigualdad"- (1992:429-445)

Aunque estas concepciones no logran superar la visión funcionalista, sin embargo facilitan la identificación de las inequidades desde lo injusto y evitable de las desigualdades sociales.

Amartya Sen, abre otra perspectiva teórica y conceptual, uno de los elementos que discute es la *equidad* como un concepto abstracto asimilado con *igualdad* y que como tal no tiene mucha fuerza; pero considera que su especificidad gravita en saber lo que se debe igualar y en eso justamente radica la discusión ética del concepto.

Este autor recalca la aplicación del principio de *justicia* que exige una distribución adecuada de aquello que determina la buena o mala salud, en la medida en que se pueda controlar y que las personas tengan las mismas posibilidades de tener una vida sana. Agrega también el criterio de *desigualdad de oportunidades;* así entiende que la desigualdad está en la oportunidad de las personas para poder desarrollar sus capacidades necesarias para demandar su derecho humano y de salud a vivir bien y a tener buena salud. Esta formulación de equidad incluye otras características relacionadas con la asignación de recursos, los acuerdos sociales y cómo se hace efectivo el derecho de los ciudadanos a las condiciones de igualdad de oportunidades (2002: 302-310).

Trabajar la perspectiva de la equidad implica saber que esta no es un fin sí misma sino que está enraizada en la búsqueda mayor de justicia social e intrínseca al respeto de los derechos humanos.

## *Equidad en los objetivos y resultados de salud en Costa Rica*

Sin duda, que las metas en salud deben orientarse al desarrollo humano sostenible como paradigma que rige la sociedad actual y, por tanto, no podemos conformarnos con los logros alcanzados, siempre habrá vacíos, brechas y gradientes que afectan a grupos poblacionales indispensables de identificar y mejorar con intervenciones adecuadas para avanzar en la equidad social y de salud. En Costa Rica reconocemos los avances y alcances que nos colocan entre los países con mejores indicadores de la América Latina; no obstante, el enfoque de los determinantes sociales y una postura ética ante la inequidad nos obliga a advertir lo oculto en los promedios nacionales; no solo detectar las

brechas sino las desigualdades injustas y evitables; mejor aún reconocer el ejercicio del derecho a la salud como derecho humano y el accionar con intervenciones diferenciadas en aquellos grupos sociales que requieren los mismos beneficios y oportunidades para acercarse a mejores formas de desarrollo humano.

El Estado de la Nación y su serie de informes considera de manera experta aspectos del desarrollo humano, la vida social y económica del país, alertando sobre situaciones que reclaman análisis, reflexión y acción; algunos aspectos a continuación.

Desde el punto de vista más general de la sociedad, es pertinente introducir algunos resultados del resumen del *Decimoquinto Informe Estado de la Nación*, respecto de clases sociales y desarrollo humano, estudio realizado de 1998 al 2008 y en el que utiliza un nuevo enfoque de análisis para valorar la desigualdad social. Define a las clases sociales como "conjuntos de personas con ciertas características que las hacen compartir una posición en la vida económica". Estas son: clase alta, medianos empresarios y expertos, clases intermedias, pequeños propietarios, obreros agrícolas, obreros industriales, obreros en servicios y otros trabajadores. En este estudio, nos interesa destacar la identificación de la desigualdad social y la inequidad discernida según el estilo de desarrollo, el crecimiento económico y la desigualdad en los ingresos.; que no es otra cosa que aplicar enfoque de determinantes sociales de salud.

Parte de los análisis reflejan que:

> *"la estructura de las clases sociales se modificó sustancialmente. Hoy es mucho menos obrera y pequeño propietario que antes. Los medianos empresarios, los expertos y las clases intermedias se*

*expandieron, contrariamente a lo sucedido con los obreros agrícolas, industriales y de servicios. Las primeras cuatro clases sociales son más urbanas y, además, están cada vez más asentadas en el Valle Central (ocho de cada diez de sus miembros). En cambio, los pequeños propietarios y, en especial, los obreros agrícolas tienden a ser menos urbanos y a tener más presencia en las otras regiones. Los obreros industriales, los obreros en servicios y los otros trabajadores tienen una distribución territorial similar al promedio de la población..., en la composición social de los hogares hay cada vez más hogares conformados por personas con distintas posiciones de clase, aumentó la proporción de hogares integrados por personas de clases muy disímiles..., existen marcadas diferencias de clase, y el mayor rezago corresponde a los hogares de las clases obreras agrícolas. ...además, la proporción de hogares cuyos hijos adolescentes tienen niveles de instrucción inferiores al promedio nacional es bastante más alta entre las clases obreras"* (2009: 3-7).

Lo anterior, sin dejar de reconocer que los hogares de todas las clases han logrado mantener a sus hijos entre los 12 y 18 años en el sistema educativo y que algunos han alcanzando niveles educativos superiores al promedio nacional.

Por otro lado, continúa refiriendo el Informe que:

*"la implantación de un nuevo estilo de desarrollo en las últimas dos décadas impulsó a una serie de sectores productivos (la nueva economía) y provocó la modernización de los servicios de apoyo, todo lo cual favoreció la ampliación de las capas intermedias y el grupo de los expertos. En cambio, la contracción del sector agrícola que produce para el mercado interno, cuya estructura social está compuesta por pequeños*

*propietarios y obreros agrícolas, ayuda a entender la pérdida de importancia de estas clases. El sector público, el comercio y los nuevos servicios son sectores con alta heterogeneidad social .Por tanto, las ventajas de ese estilo de desarrollo económico... "no se distribuyen por igual entre las clases sociales. Los medianos empresarios y los expertos sistemáticamente encuentran en ella mejores ingresos, no así el resto de las clases sociales, para las cuales la nueva economía no supone beneficios adicionales".* (2009: 8-9).

La diferenciación de clases por los ingresos nos dice que:

"los ingresos reales promedio de todas las clases sociales tienden a ser pro cíclicos: crecen cuando la economía se expande y decrecen cuando ésta se contrae", el comentario sitúa dos excepciones a esa tendencia, una en la fase de contracción económica entre 1999 y 2002, en la que hubo ganadores absolutos como la clase alta, los medianos empresarios y los expertos cuyos ingresos promedio se incrementaron fuertemente; mientras que los demás grupos disminuyeron o estancaron sus ingresos.

Incluye también el dato de que en "la fase de expansión del período 2005-2007 los ingresos de esas mismas clases, así como los de los pequeños empresarios, aumentaron de modo significativo, pero el resto de las clases sociales no participó de la bonanza" (2009: 8-9).

En esa matizada situación se juzga fácilmente que la clase social a la que se pertenece está en relación directa con la calidad del desarrollo humano, en cuanto a que la desigualdad en los ingresos es real y produce inequidades. Como dice el Informe..."la mayor parte de las brechas registradas en esos veinte años se debió a las diferencias dentro de las clases sociales, donde la heterogeneidad es alta, sobre todo en la clase alta y en la de medianos

empresarios y expertos. Sin embargo, una proporción creciente de la desigualdad de ingresos entre hogares se explica por las diferencias entre clases (17% en 1987 *versus* 28% en 2008)" (2009: 8-9).

En otro resumen del informe del Estado de la Nación contemplaba que brechas de ingresos seguían creciendo y se hacían distantes, ya que en el 2007 volvió a ampliarse la desigualdad en la distribución de los ingresos, medida por el coeficiente de Gini, así indica que

> *"en todos los deciles de población se incrementó el ingreso promedio real, e incluso el primer decil, el de los más pobres, fue el que más creció (38,5%); sin embargo, dada la participación de cada grupo en el ingreso total, el resultado fue negativo. El décimo decil (el de los más ricos) tuvo el segundo aumento porcentual más elevado (17,8%) y su participación en el ingreso total se expandió con más rapidez que la de los más pobres"* (2008: 2)

En este acápite el comportamiento de la pobreza retomamos los datos resumen del Estado de la Nación. En este se refleja que desde 1990 y el 2007 se dio un fuerte descenso de la pobreza total (entendida como una situación de ingresos insuficientes para adquirir una canasta de bienes y servicios que les permita a los hogares satisfacer sus necesidades básicas) y la extrema en las áreas rural y urbana. En el área rural entre 2006 y 2007 había disminuido un 5 % (de 23 a 18.3%) la pobreza total, pero la extrema solo un 2.6% (6.8% a 4.2%); por su parte, en la urbana la disminución fue menor en la pobreza total, solo un 3.4% (18.3 a 15.7%) y en la extrema el cambio fue de 1.7% (4,3% a 2,6%).

Por distribución geográfica reporta ese Informe que la reducción de la pobreza fue mayor en las regiones Chorotega y Brunca, pero,

"sin embargo, mantienen los índices más altos de pobreza total y extrema del resto del país; precisa que la región Huetar Norte registró la disminución más fuerte en pobreza extrema y en la Huetar Atlántica los niveles de incidencia de la pobreza total y extrema fueron los más bajos del período 1990-2007" (2007:3-6). En los distritos con mayor desigualdad en la distribución del ingreso existe mayor pobreza infantil.

El Informe adiciona que a pesar de los avances en materia de pobreza y que los más pobres podían adquirir la canasta básica alimentaria y cubrir otras necesidades básicas,

> *"ello no implica que su bienestar haya mejorado en forma sustancial, pues muchos hogares no se alejaron lo suficiente de la línea de pobreza y, por ende, siguieron siendo vulnerables a esa condición. De los hogares pobres un 13,1% se ubicó en situación de vulnerabilidad, esto es, con un ingreso per cápita menos de 1,4 veces superior a la línea de pobreza... y que los niños, niñas y adolescentes constituyen uno de los grupos más vulnerables y afectados por la pobreza.....que los determinantes sociales de la pobreza en los niños de 0 a 6 años.....el ingreso medio de los hogares es explicativo más que el lugar donde viven..... y en aquellos donde funciona un CENCINAI es menor la pobreza infantil"* (2007:3-7).

Todo lo anterior pone de relieve la función de las políticas públicas y su intencionalidad, además de anticipar los efectos sobre las inequidades y lo efectos de las intervenciones en las distintos grupos sociales. La pobreza como se ha dicho también tiene rostro *de mujer,* condición de género que extrema esa situación, pues en los hogares jefeados por mujeres con educación inferior a la secundaria (entre otros determinantes), la

pobreza es mucho mayor, afectando a la vez, las posibilidades para acceder a diversos bienes y servicios, entre ellos al aseguramiento de la salud y a mejores condiciones de salud y bienestar.

En definitiva, el desarrollo o involución de estos grupos sociales no es neutro en términos de la estructura social. La política social y los ingresos, como vemos en algunas clases se expandirán u otras se contraerán de manera distinta.

Otro de los componentes analizados en el resumen Informe del Estado de la Nación ilustra sobre el sistema de salud; ya sabemos que en nuestro país, se ha jugado como determinante social propiciador de oportunidades de acceso e integrador social. En este sentido, el Informe dice que:

> *"al atender con la misma calidad, sin mayores diferencias, grupos de mayor y menor ingreso, regiones, género y etnias.... las tendencias en este tema entre 1998 y 2004, revela que la tasa de utilización de la consulta médica de proveedor público aumentó, en promedio, un 47,8% para todos los deciles de ingreso (en los dos primeros niveles de atención) y el incremento generalizado de la citada tasa fue mayor entre las personas de ingreso superior que entre las de ingreso inferior".*

Lo que es sugerente de servicios públicos médicos de calidad y oportunidad aceptables; pero ese resultado fue cambiando pues

> *"los servicios privados de consulta médica han crecido en forma acelerada y toda su expansión se ha concentrado en los deciles de mayor ingreso... y ... Al contrario de lo que ocurre con el servicio público, la tasa de utilización de la consulta de proveedores privados aumenta junto con el nivel de ingresos, lo*

*cual es previsible; lo preocupante es que la diferencia entre el primer decil y el último se ha incrementado fuertemente: mientras en 1998 las personas del décimo decil iban a consulta privada 6,4 veces más que las del primer decil, para 2004 esa cifra pasó a 37,5 veces"* (2008:2).

Todo lo anterior exhibe características que dan señales o nos predicen indicios de desigualdad desde la calidad de la atención médica entre y ricos y pobres, según parece.

De igual forma, otro de los estudios realizados por el Ministerio de Salud, informa acerca del aumento en los gastos de bolsillo de la población dirigidos principalmente a consulta médica, compra de medicamentos y atención odontológica. Este representa el 26,1% del total del gasto en salud; tienen los hogares un doble rol como fuentes y agentes de financiamiento, pues hacen pagos directos a los proveedores privados. Ya para el año 2001 representa el (29% del gasto en salud, pero sugiere algunas debilidades del sistema. Esto coincide con la Encuesta de Hogares y Propósitos Múltiples del 2001 que muestra que casi un 18% del total de consultas externas brindadas fueron producidas por centros privados, que el gasto privado en consultas odontológicas es muy superior al correspondiente al sector público, y el gasto en medicamentos de las familias mantiene una relación 2 a 1 con su contraparte pública.

Además, en cuanto a mecanismo de acceso para estar cubierto bajo alguna de las modalidades del Seguro de Salud, señala que el 12,4% de la población no cuenta con ningún tipo de seguro y los procedimientos establecidos para otorgar el Seguro por el Estado limitan el acceso por trámites burocráticos, tratándose de grupos de población generalmente de muy bajos ingresos (2007:8-22).

Por otro lado, el resumen del Informe del Estado de la Nación, también nos dice sobre la seguridad social que otro elemento estructural, influyente en la equidad es el aseguramiento de la cobertura de atención poblacional y de riesgos de salud. Ese Informe nos señala que

> *"tanto la cobertura del seguro público como el financiamiento mostraron señales positivas durante el 2007. El seguro de salud registra una cobertura contributiva del 87,6% de la población total. Visto desde la PEA, este seguro cubre al 61,9% del total y el seguro de pensiones a tan solo un 53,6%. El hecho más relevante de los últimos tres años (2004-2007) ha sido la explosión del aseguramiento de la PEA no asalariada: de 39,1% a 57,4% en el seguro de salud, y de 21,7% a 37,7% en el de pensiones".*

Cifras que aunque aún reflejan déficits de equidad expresan propensión a mejorar.

Otro aspecto que interesa destacar en ese artículo es lo relacionado con el estado de salud, enfermedad y muerte. Se toman algunos indicadores de salud potentes y trazadores de desarrollo social de diferentes fuentes del Ministerio de Salud, que permiten reflexionar acerca de la acción e influencia de los determinantes sociales estructurales en estos resultados de salud.

En cuanto a las tasas de mortalidad infantil, sobra decir que los buenos resultados obtenidos colocan al país en una posición de lujo respecto del resto de países Latinoamericanos. Este indicador, reporta sostenidamente por varios años, cifras de alrededor del 8.9 por mil nacidos vivos. No obstante, si se analizan los datos del año 2004 (no se encuentran otros años con tasas estandarizadas por lugar a nivel desagregado por cantón y distrito) lo apenas conseguido en cantones como Talamanca (20.3 p/1000 n v) en Limón, La Cruz (21.1 p/1000 n v)

en Guanacaste; Parrita (19.9 p/1000 n v) en Puntarenas, para citar algunos; probablemente con ligeros cambios, en los siguientes años (no encontramos datos de tasas estandarizadas a este nivel geográfico. Se requiere hacer un estudio especial).

¿Qué sucede?, coinciden en ser igualmente cantones catalogados como prioritarios en la planificación social, por estar entre los de rezago social, la mayoría de estos con distritos ubicados en los índices inferior de desarrollo social (en condiciones de vida y trabajo insatisfechas, injustas, poblaciones pobres, fronterizas y costeras, rurales y algunas netamente indígenas); pero que en la práctica no tienen acceso equitativo a las intervenciones estatales (2005: 7-9).

Como sabemos la mortalidad materna es un problema de salud pública, e indicador de desarrollo social también. Son pocos los países de la América Latina y del Caribe que como Costa Rica han hecho esfuerzos importantes en este campo, manteniendo un 3.29 por 10.000 nacidos vivos desde el 2003, con pequeñas variaciones a la fecha. Sin embargo, debemos mencionar que estas muertes de mujeres desde todo punto de vista se consideran injustas, evitables e innecesarias, en más de la mitad de los casos, en un país donde la cobertura del parto es institucional, (alrededor del 98%) y la atención prenatal es alta también (aunque con problemas de calidad). Duele mencionar, además, que la mayor parte de las veces, las mujeres pertenecen a la clase social económica baja.

Esta situación de inequidad se agrava según procedencia de las madres: observemos los datos de mortalidad materna del 2004: en Guanacaste (6.8/10 mil n v), San José (4.2) y Puntarenas (4.0) (datos de algunos cantones y distritos); se nota claramente en estas provincias la desigualdad

en los indicadores, al ser más altos que el promedio nacional. De esta misma fuente, seleccionamos información para mostrar diferencias de género, respecto de la cobertura del seguro de salud y la protección social. En ese año se contaba en población económicamente activa con un 80.7% de aseguramiento. Era mayor esta condición en los hombres, con un porcentaje de aseguramiento de 62.5%, mientras en las mujeres la proporción fue menor, apenas un 57%.

La distribución aseguramiento de las mujeres por edad y sexo solo fue mayor entre el grupo de los 15 a 35 años (ciclo de vida reproductivo de la mujer); pero, a partir de los 45 años el aseguramiento es mayor en los hombres. También llama la atención que en esta modalidad por cuenta propia, los hombres reportan un 29.6%, mientras que las mujeres apenas el 10% (2005: 9-11). Esto último, requeriría mayor profundización, pues esa modalidad de aseguramiento es voluntaria, entonces por qué se produce desigualdad a todas luces injusta. Se podría presumir que se trata de mujeres jefas de hogar en condición de pobreza; en consecuencia no pueden disponer recursos para esos efectos.

Finalmente, con lo anteriormente descrito se observa una panorámica de los vacíos de equidad en salud en nuestro país (con pocos datos de años atrás pero que mantienen en general su tendencia). Debemos preguntarnos si no podríamos estar mejor. Asimismo, por qué no disponemos de más conocimientos específicos inter e intra grupos sociales y los determinantes que afectan su salud; solo de esa manera será posible proponer políticas eficaces y legítimas, de lo contrario se seguirán formulando de manera incompleta e injusta provocando más inequidades.

## *Conclusiones*

El enfoque de los determinantes sociales de salud implica tratar las problemáticas de las luchas del poder sectorial e intersectorial y las generadas en la sociedad. Por tanto, habrá que considerar al sector salud como un campo abierto y no es posible el tratamiento de manera aislada del contexto social, de las relaciones de poder y de los actores dotados de intereses y capacidades específicas. Deben considerarse los modelos de organización social, pues la salud es claramente sensible a los diferentes encadenamientos de la acción de los determinantes sociales; en especial, los de tipo estructural derivados de la dinámica del sistema económico del sistema político.

Nos preguntamos si basta con definir presupuestos, planes y programas, proveer servicios de salud, regular y lanzar algunas políticas para lograr el bien público y colectivo de la salud. ¿Quién en la teoría y la práctica realmente mira la salud, los resultados y objetivos de salud? ¿Quién y cuándo se contrapone a la relación entre los indicadores y los valores éticos centrales en los que se cree y se fundamenta la sociedad, y el sector salud? ¿Quién mira con suficiente atención la inconsecuencia en la asignación de recursos y la variabilidad del alcance e impacto de los diferentes acuerdos sociales y de salud?

En general, vemos en muchas políticas sociales su mención, apoyo o prioridad a las madres, a los niños, a las familias, a los adultos mayores, cuyo bienestar se estima como valores éticos esenciales en la sociedad, pero ¿quién vela por las gruesas inequidades que perjudican a ciertos grupos sociales?

La salud es un pilar del desarrollo humano sostenible y el acceso y cobertura universal de atención de la salud

con equidad, es un desafío y responsabilidad ética que compete a todos, la empresa privada, las universidades, los sindicatos, los medios de comunicación, la ciudadanía y otros actores sociales clave de la dinámica social.

## *Referencias bibliográficas*


ALAMES (2008). Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el Taller de Determinantes Sociales de ALAMES. México.

Benach, Joan, Muntaner, C. (2005). La salud es inseparable de la política. En Aprender a mirar la salud. Editorial El Viejo Topo. España.

Braverman P; Gruskin, (2006). Módulo #6 Equidad en Salud. REDET. UPCH, Lima.

Contandriopoulos, André Pierre (2006). Elementos para una "Topografía" del concepto de salud. En: Ruptures, Revista Interdisciplinaria de la Salud. Universidad de Montreal, Canadá. Volumen 11 Número 1.

CONARE. Estado de la Nación (resúmenes de informes). San José, Costa Rica, 2005, 2007, 2008, 2009

Martínez, N; Castellanos P. Salud Pública (1998). Editorial Arial. España.

Ministerio de Salud, OPS (2007) Dossier Nacional. Integración de la APS con otros niveles de atención, Costa Rica.

Ministerio de Salud; OPS. (2005). Análisis de indicadores de Género y Salud, Costa Rica.

OMS (2008). El informe "Subsanar las desigualdades en una generación, Geneva.

Solar, O; Irwin, A. (2007). A first draft Cairo meeting of the Commission on Social Determinants of Health. Department of Equity, Poverty and Social Determinants

of Health, Evidence and Information for Policy Cluster. WHO. Geneva.

Sen, A; Kliskberg, B. (2007). Primero la gente. Ediciones Deusto España.

Sen, A. ¿Por qué la equidad en salud? En: OPS, Revista Panamericana de Salud Pública, Vol. 11 N.º 5-6, Washington. Mayo/ junio 2002.

Whitehead, M. (1992). The concept and principles of equity and health. Internacional Journal of Health services 22:429-445.

5

# Interfaz ambiente-salud y su realidad práctica en Costa Rica

Horacio Alejandro Chamizo García[1]

Resumen

*Se presenta una discusión sobre la interfaz ambiente-salud desde el enfoque de determinantes de la salud y el neoinstitucionalismo. El punto de partida es una reflexión sobre la relevancia internacional del tema y se hacen algunas precisiones teóricas y epistemológicas. Posteriormente, se aborda la problemática nacional con una postura crítica utilizando los resultados de algunas investigaciones recientes. Finalmente, se discuten los rasgos del modelo de gestión pública dominante que marcan la respuesta social en Salud Ambiental en Costa Rica.*

## *Introducción*

### *Relevancia de los determinantes ambientales de la salud*

Los niveles alcanzados por la sobreexplotación del ambiente han puesto en peligro no sólo el ecosistema planetario, sino también han creado entornos poco saludables para la humanidad. Así mismo el

1 Doctor en Gobierno y Políticas Públicas. Profesor de la Escuela de Tecnologías en Salud y la Escuela de Salud Pública, Universidad de Costa Rica.

tema "ambiente" se ha convertido nuevamente en un eje crítico y forma parte de las agendas sociales y políticas a nivel internacional, en la medida en que crecen las preocupaciones de la opinión pública acerca de su incidencia negativa en las formas de vida y de consumo.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha definido los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la Salud en América Latina y el Caribe (OPS, 2005). Se reconoce explícitamente la superposición de un conjunto de problemas de índole política y epidemiológica que complican el panorama sanitario en futuro, pero, al mismo tiempo, implican una reacción de los países de la región que deben definir o fortalecer las políticas de salud y el marco institucional en el que se establecen.

Los planteamientos de la OPS (2005) se orientan a mejorar los servicios que atienden los determinantes ambientales, pero esto debe lograrse de manera sostenible, con equidad y bajo principios de intersectorialidad: mejoría y acceso al agua de calidad para el consumo, planificación urbana y sostenibilidad ambiental.

Se considera que la alianza entre salud y ambiente extendiéndose hacia salud y trabajo es un propósito crucial, por lo que se requieren estrategias reforzadas en ciertos ámbitos (ambiente y educación) (OPS).

Es evidente que existe un reconocimiento explícito, sobre el papel de la gobernanza en el trinomio ambiente-salud y desarrollo local. Esto parte del planteamiento de un nuevo modelo de gestión que se propone en primer lugar asegurar la equidad en salud por medio de la participación empoderada de la Sociedad Civil como parte de redes de actores. (OMS, Comission on Social Determinans of Health, 2007).

Ante este panorama resulta oportuno revisar cuales son las opciones que se presentan para atender los riesgos ambientales para la salud humana a partir de la transformación del marco institucional que sirve de referencia a la puesta en práctica de las políticas públicas. El presente documento tiene el propósito de debatir el concepto de determinantes ambientales de la salud y posteriormente, una vez establecida la perspectiva teórica-epistemológica, presentar argumentos sobre la situación en Costa Rica. Se apoya en resultados de recientes investigaciones y en informes que analizan la situación del país, promoviendo una mirada crítica y al mismo tiempo perspectivas a futuro sobre la gestión de la respuesta social.

## *Desarrollo*

### *Interfaz ambiente-salud: elementos para su definición*

Desde hace varias décadas se acepta con más claridad que la salud y la enfermedad no son hechos aislados, sino que forman parte de un proceso que se denomina "el proceso salud-enfermedad", dentro del cual se encuentra a los individuos y a los grupos sociales en una relación estrecha con el entorno al que pertenecen. La situación de salud de un individuo en un momento concreto no se encuentra en los extremos ideales de salud o enfermedad sino en un proceso de cambio constante y relativo a los valores y normas sociales.

Así mismo, se entiende que el proceso salud-enfermedad está determinado no solamente por factores biológicos, sino además por factores sociales, económicos, culturales, sicológicos, educativos y políticos, que

inciden sobre el individuo y la colectividad, resultando una situación de salud determinada (Villalobos, 2001).

El concepto de producción social de la salud supone que no es posible comprender sus determinantes al margen de la respuesta social. La respuesta social en salud ambiental es un determinante muy relevante porque condiciona al resto de los determinantes ambientales. En la presente discusión teórica, se pretende diferenciar para comprender la relación entre los determinantes ambientales de la respuesta social en salud ambiental.

El concepto de salud ambiental es un concepto de diversos significados. Desde la definición más estrecha que lo asocia a la eliminación de aguas residuales o servidas y de excretas, a otras que adicionan elementos como la dotación de agua segura para el consumo humano, la calidad del aire, etc. Se trata de una suma simple de elementos técnicos que se traducen en redes de servicios concebidos de manera aislada entre sí. El fraccionamiento y la simplicidad ponen en crisis el concepto desde el punto de vista técnico, pero sobre todo desde el punto de vista sociopolítico.

Todo proyecto de construcción de abordajes que de lugar a la complejidad de la realidad debe incluir necesariamente un cuestionamiento a la epistemología de base sobre la cual se ha sustentado la simplicidad (Najmanovich & Lennie, 2001). Desde el pensamiento complejo se intenta observar cada vez más los elementos influyentes de cada fenómeno. Sin embargo, no se debe confundir con completud. Aun cuando se reconstruye la realidad a partir de sus múltiples interacciones no se persigue un objetivo totalizador. La omnisciencia resulta imposible, es por eso que desde la complejidad se suscribe la incompletud permanente y la incertidumbre (Morin, 1998).

A partir de este posicionamiento en el pensamiento complejo se entiende a la salud ambiental como una interfaz entre la salud y sus determinantes ambientales (dentro de los cuales se distingue a la respuesta social) en los distintos contextos y condiciones de vida: el trabajo, la comunidad y el hogar, el recreacional y el de transporte. Este concepto se separa de la definición tradicional que enfatiza en la sumatoria de servicios ambientales, define a la Sociedad Civil como usuaria o proveedora de servicios y se orienta a la satisfacción del cliente con eficiencia; para aproximarse a una definición que se centra en salud ambiental como condiciones de vida ligadas directamente a la salud que se constituyen en un derecho que debe asegurar el Estado de una forma u otra y se orienta a la interacción entre actores como procesos colectivos a través de compromisos compartidos, la cooperación y el consenso.

## *Algunas precisiones teórico-epistemológicas*

Se distinguen tres grupos de determinantes que actúan en el contexto ambiental de manera interrelacionada: los del ambiente físico natural, físico antrópico y el socioambiental. Sus interrelaciones forman sistemas ambientales en los diversos contextos ambientales en los que se integra el ser humano, cuya salud depende de estas condiciones.

Frente a los determinantes de la salud, las personas, los grupos y la sociedad en general adoptan respuestas. Sin embargo, no se trata de acciones espontáneas resultado de decisiones personales, sino acciones estructuradas por un conjunto de normas formales e informales resultado de un proceso histórico en el que han evolucionado y se han confrontado diversos puntos de vista, se han establecido relaciones de poder. Aunque cada persona o

grupos de personas, asume decisiones, estas se ajustan a reglas o patrones, la respuesta en salud es de naturaleza colectiva y tiene un carácter sociopolítico.

Existen otros abordajes epistemológicos que parten de teorías diversas. Estas le asignan un papel preponderante a los actores, dotados de una racionalidad absoluta como si se tratase del funcionamiento del mercado u otras que le asignan un papel predominante al Estado con la capacidad de estructurar casi absolutamente el comportamiento de los actores.

Sin embargo, la arena de la salud ambiental se encuentra muy lejos de comportarse como un mercado; se trata de servicios definidos generalmente como servicios de interés público (espacio de intervención del Estado) por tratarse precisamente de determinantes fundamentales de la salud y de la vida humana. Por otro lado, no se identifican tampoco agentes estructurados plenamente (Bourdieu, 2003), sino actores con cierta capacidad para "moverse" en el espacio social, un espacio social delimitado. Se trata de un espacio delimitado por normas formales e informales (Peters, 2003).

La respuesta social en salud ambiental está sujeta a instituciones (reglas del juego, normas formales e informales) que le dan estabilidad en el tiempo y constituyen un elemento que aglutina a los actores sociales. Durante la respuesta social y frente a la especificidad de prioridades en salud en cada contexto geográfico-poblacional, se proponen y se llevan a cabo modificaciones del marco institucional.

Las instituciones se pueden definir como sistemas de significaciones compartidas entre los actores para formar representaciones sobre la realidad ambiental. La gestión de la interfaz ambiente-salud o salud ambiental puede

ser definida entonces, como el conjunto de acciones encaminadas a actuar sobre los procesos ambientales para reducir los impactos negativos en la salud y potenciar los positivos de la actividad socioeconómica, propiciando interacciones fundamentadas en el conocimiento y la acción intersectorial y ciudadana (Chamizo, H. 2004).

Desde el abordaje de la salud como producción social y desde el neoinstitucionalismo se enfoca a continuación de manera crítica, la situación actual de la salud ambiental en Costa Rica.

## *Situación actual y principales desafíos de la salud ambiental en Costa Rica*

En un esfuerzo por caracterizar en un reducido espacio la situación actual en Costa Rica, se exponen argumentos sobre la respuesta social y sus desfases respecto a las principales necesidades en salud ambiental. Se parte de información secundaria reciente, informes oficiales y resultados de publicaciones de investigaciones que desde el prisma del autor evidencian los rezagos más relevantes en esta arena de políticas públicas:

- Dificultad para planificar el uso del suelo y dimensionar la actividad socioeconómica con enfoque de sostenibilidad ambiental
- Problemas para asegurar la calidad del agua para consumo humano
- Gestión de residuos sólidos que es una tarea pospuesta.
- Limitaciones prácticas para integrar la atención de salud y la ambiental.

### *Dificultad para planificar el uso del suelo y dimensionar la actividad socioeconómica con enfoque de sostenibilidad ambiental*

La interpretación que se ha hecho sobre la noción de desarrollo local sostenible en la actualidad costarricense, está centrada en los Planes Reguladores como instrumento de ordenamiento territorial. Esta resulta reducida a asentamientos urbanos en los que es probablemente más difícil emprender acciones de control del riesgo debido a que el proceso de urbanización ya se encuentra avanzado. Los asentamientos rurales están excluidos de estos procesos, situación que ha significado presión sobre los recursos naturales y al mismo tiempo conflictos relacionados con impactos en la situación como consecuencia de actividades socioeconómicas incompatibles con el uso residencial (Chamizo, H. 2009).

En un estudio de caso reciente realizado en Costa Rica, se encontró que la población no identifica a los planes reguladores como espacios con potencialidad para promover el desarrollo local y, por lo tanto, no siente la necesidad de participar (Artavia & Mora, 2007). Así mismo, en un estudio de casos múltiple que incluyó tres asentamientos en Costa Rica se encontró que la población local no visualiza los procesos de planificación urbana como espacios de promoción del desarrollo humano y menos aun como acción colectiva en salud (Chamizo, H. 2009).

El curso de la evolución de las ideas sobre sostenibilidad ambiental se concreta durante los años noventa con la normativa sobre planes reguladores y la de EIA, de manera integrada en la Ley Orgánica del Ambiente, así como en el Código Municipal (Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica, 1998). Sin embargo, no es hasta

el año 2005 que se logra definir el concepto de viabilidad ambiental cuya operacionalización integra los planes reguladores con la evaluación del impacto ambiental, como instrumentos de gestión ambiental para así asegurar que la expresión del desarrollo local en el espacio físico sea sostenible ambientalmente.

En el momento que se escribe el presente documento no se conoce de alguno de los planes reguladores vigentes que cuente con estudios de viabilidad ambiental aprobados por la SETENA, lo que significa que la expresión física de los procesos de crecimiento económico no cuenta con avales sólidos de sostenibilidad ambiental.

Mientras evolucionan los instrumentos normativos formales, se ha señalado que el acelerado desarrollo urbanístico está generando impactos negativos y presiones en el estado y calidad de los recursos naturales y en ecosistemas de gran valor natural. Así mismo, el Tribunal Ambiental debió iniciar en el año 2007 un programa de "barridas ambientales". En el primer semestre de este año el 70% correspondió a proyectos turísticos inmobiliarios que en su mayoría fueron paralizados. (Estado de la Nación, 2008).

Se identifican obstáculos claros a nivel de normas informales y formales que aseguren un vínculo entre desarrollo-ambiente y salud a nivel conceptual y en las rutinas creadas por los actores (Chamizo, H. 2009).

### *Problemas para asegurar la calidad del agua para consumo humano*

La gestión del agua para consumo humano no alcanza la cobertura y calidad requeridas. Se constituye en fuentes de contaminación a las que se asocian enfermedades debido a la insuficiente gestión y se han

organizado de manera poco participativa de la sociedad civil (Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (AyA), 2007). Muchas veces no se garantizan servicios eficientes, equitativos y sostenibles. Esta situación se ha asociado, entre otras cosas, con: el marco regulatorio que se encuentra desintegrado y no promueve suficientemente la articulación de actores en un Sector de Agua Potable y Saneamiento (SAPS), problemas en el diseño de contratos entre AyA con otros proveedores de agua, el regulador económico Autoridad Reguladora de Servicios Públicos (ARESEP) no se ha identificado plenamente con la regulación de los SAPS y no existen planes sectoriales ni estratégicos. (OPS/OMS, Representación en Costa Rica, 2002) (OPS/OMS, 2007).

Desde el punto de vista de la lógica de lo que es adecuado hacer en este escenario, el rasgo más sobresaliente es la falta de vínculo definido en las normas legales, entre lo que es el suministro de agua para consumo humano y el manejo de residuos líquidos. Así mismo, no se definen rutinas que promuevan roles orientados a un manejo integrado del recurso entre proveedores de servicios.

Adicionalmente, se trata de un escenario de gestión de la salud ambiental muy complejo por la gran cantidad de actores involucrados, sobre todo considerando la variedad de proveedores de servicios. Existe un sector amplio en esta materia, integrado por organizaciones proveedoras diversas entre las que sobresalen las asociaciones administradoras de acueductos y alcantarillados conocidas como ASADAS, municipalidades, empresas privadas, entre otras. En noviembre del 2006 existían: 30 Municipalidades proveedoras, cerca de 1800 Asociaciones Administradoras (ASADAS) y Comités Administradores (CAAR). La provisión de agua y alcantarillado externa al AyA se concentra sobre todo fuera del Área

Metropolita (Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados, 2007).

También se ha visto que la regulación de tarifas y precios no incorpora criterios ambientales ni toma en cuenta los riesgos epidemiológicos. Las normas de la regulación económico financiera se reducen a la operación del acueducto, pero no incentivan la protección del recurso hídrico y su sostenibilidad ambiental y tampoco toman en cuenta los efectos en la salud. Así mismo, el manejo de residuos líquidos en los asentamientos se encuentra subvalorado o marginado. (Chamizo, H. , 2009)

Las relaciones de agencia diseñadas para controlar un sector complejo y asegurar la calidad del servicio, asumen los sesgos mencionados en párrafos anteriores, profundizando sus debilidades en detrimento de la equidad social. La toma de decisiones se establece en el eje principal (AyA)-agente (proveedor de servicios) y no se favorece la interacción política, la gestión intersectorial, con excepción de algunas experiencias valiosas pero aun raras (por su frecuencia) como es el Programa Bandera Azul Ecológica.

### *La gestión de residuos sólidos es una tarea pospuesta*

En Costa Rica, el servicio de manejo de los residuos sólidos se encuentra desconcentrado territorialmente y es asumido cada cantón. La municipalidad se encarga de la recolección, tratamiento y disposición final de los residuos sólidos y el aseo de vías y sitios públicos en general.

La cobertura del servicio de recolección es diferenciada según el tamaño del núcleo poblacional, de 78,5%, 79,9% y 63,2% (grandes, medianos y pequeños respectivamente). La mayoría de los servicios cuentan con camiones compactadores cerrados que transportan los desechos

hacia rellenos sanitarios o botaderos de basura, solución dominante para la disposición final (OPS, 2002). Para el año 2007 se reportó una cobertura mayor (83,3%), pero la disposición sanitaria de estos es relativamente mucho más baja: 58,8% (OPS/OMS, 2007).

De acuerdo con la evaluación del estado del saneamiento en Costa Rica, los principales problemas en este escenario se asocian a las debilidades políticas, es decir, la falta de claridad para llevar a cabo un adecuado manejo de residuos que implique soluciones ambientalmente sostenibles. Esto tiene que ver con el bajo nivel de reutilización, reciclaje de los residuos y otras soluciones que parten de un consumo responsable así como una mayor conciencia ambiental desde el hogar (OPS/OMS, 2007).

En un estudio de casos múltiples reciente, se encontró que una idea fundamental que prevalece hasta la actualidad con muy pocos cambios, aparece definida en la Ley General de Salud vigente desde 1973: existe un vínculo entre la salud de las personas y los desechos sólidos domiciliares y por lo tanto, estos deben ser evacuados propiciando el mínimo contacto para, de esta forma, prevenir enfermedades. La noción que reduce los residuos a desechos que deben ser evacuados, probablemente ha dificultado el desarrollo de otras concepciones que se cuestionan la generación de estos desechos a nivel domiciliar y de asentamiento y lo asumen con responsabilidad hacia el ambiente (Chamizo,H. 2009).

A pesar de que las regulaciones vigentes en el país consideran la posibilidad de que la gestión de residuos se articule con las necesidades de los asentamientos (como es el Código Municipal), no se han definido rutinas que favorezcan el desarrollo de estas iniciativas. En cambio, la responsabilidad delegada legalmente en las municipalidades, ha

llevado a este actor a asumir el rol plenamente aun cuando las condiciones impliquen problemas de sostenibilidad ambiental, efectividad y eficiencia del servicio.

### *Limitaciones prácticas para integrar la atención de salud y la ambiental*

A pesar de que la reforma del sector salud migró conceptualmente hacia la atención integral y tomó impulso el primer nivel de atención, se documentan rezagos importantes que limitan la gestión de la Salud Ambiental.

En una investigación realizada en Costa Rica sobre la estrategia de los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS) se encontró que la parte menos desarrollada del proceso de reforma y específicamente dentro de la conceptualización del EBAIS, es el quehacer de estos en materia de promoción de la salud (Villalobos & Piedra, 1999). Esto puede estar influenciado por la perspectiva biológica de la salud predominante entre el personal, pero también puede ocurrir en actores que deberían involucrase en esta arena como se encontró en un estudio de caso que se llevó a cabo un cantón de la Gran Área Metropolitana de Costa Rica (Artavia & Mora, 2007).

Un estudio de casos múltiples encontró que con independencia del nivel de organización y convocatoria de las organizaciones de vecinos, o del nivel de definición del problema por atender y la complejidad con la que se aborda, los informantes de la sociedad civil local no mencionan a las Juntas de Salud ni al proveedor local de servicios de atención primaria. Los roles definidos y las rutinas creadas por las normas, pueden haber influido de manera decisiva en la conformación de constelaciones de actores y los modos de relación entre ellos, particularmente cuando se trata del abordaje de la salud (Chamizo, 2009).

En un estudio de caso en Costa Rica, se encontró que aun cuando la meta principal era aprender sobre los estilos de gestión (entre ellos la gestión de la salud ambiental) por parte de los proveedores externos de servicios de salud en el primer nivel de atención, no se distinguían diferencias en los contratos respecto a otros proveedores internos de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). Así mismo, el tipo de relación contractual predominantemente (neoclásica) en todas las fases de la contratación atentaba contra la eficiencia de los proveedores y por lo tanto, ponía en riesgo la propia relación contractual (Villalobos, Chamizo, & Piedra, 2004).

Se ha evidenciado que la contratación neoclásica que orienta las relaciones de agencia estudiadas presenta problemas de diseño, no promueven la formación de redes de actores amplias y la articulación entre escenarios de gestión, sino que son reducidas y fragmentadas. Así mismo contribuye a formar constelaciones en las que se concentra el poder y no se asegura el logro de los objetivos de las políticas de salud ni la atención de los problemas particulares en cada contexto geográfico ambiental. Se produce así un sesgo oportunista del agente que compromete al final la equidad y la atención de la salud ambiental (Chamizo, H. 2009).

Lo discutido muestra que a pesar de los enunciados que definen el Modelo de Atención Integral, su gestión no termina planteando en la práctica un escenario para la atención de la salud ambiental. Esta realidad ha sido asociada con la resistencia a asumir nuevos paradigmas como el de la producción social de la salud, pero también con las rutinas creadas que dominan el comportamiento de los actores y los diseños de relaciones de agencia que dejan en segundo plano la intersectorialidad, el amplio acceso a la toma de decisiones y comprometen la equidad.

## *Conclusiones*

### *Atención de los determinantes ambientales de la salud y los modelos de gestión pública: consideraciones finales*

Se ha hecho un rápido recorrido sobre los escenarios estratégicos de la gestión de la salud ambiental en Costa Rica, en el que se muestra que a pesar de los avances prevalecen incuestionables problemas que comprometen la situación de salud de la población. Los principales obstáculos tienen que ver con el marco institucional que sirve de soporte a la respuesta social en esta arena de las políticas de salud y tienen que ver con las normas formales y la lógica de lo que es correcto, las rutinas que llevan a cabo los actores. Evidentemente también tiene que ver con aspectos cognitivos de lo que es la salud y sus vínculos con el ambiente, y muy influenciada por todo esto, con los diseños que llevan cabo los actores públicos y privados para enfrentar los problemas en la práctica.

Más allá del marco institucional que delimita el espacio donde se lleva a cabo la respuesta social en salud ambiental es necesario hacer una referencia aunque sea breve al rol que juega el modelo de gestión pública que prevalece. Desde la perspectiva de la producción social de la salud, la respuesta en salud ambiental debe tener un carácter intersectorial; sin embargo, cabe la interrogante: ¿cómo responde la configuración actual del modelo de gestión pública a este enunciado político?

Durante mucho tiempo se ha desarrollado un modelo de gestión de políticas de arriba hacia abajo. A aquellos que reciben los servicios se les llama beneficiarios sin mayor o ninguna opción en la determinación de prioridades, de manera que el modelo está muy alejado de una construcción

social de la salud (Miranda, G. 2001). Los componentes de la gestión de las relaciones ambiente-salud no han dejado de ser en esencia procesos tecnocráticos con muy bajos niveles de participación social y comunitaria.

Se considera que la reforma del Estado en muchos países ha implicado un cambio de modelo de gestión o tránsito desde el modelo de Administración Burocrática hacia el Nuevo Gerencialismo Público (NPM) y la Nueva Gobernanza Democrática (NGD). La propia característica temporal de las reformas, muchas veces gradual en tanto significa cambios institucionales, se manifiesta en que los tres modelos están vigentes, uno más que otros dependiendo del avance de la reforma y la dirección que esta toma. Para S. Fleury el NPM es el paradigma hegemónico la mayoría de las veces, mientras la NGD es menos formalizada conceptualmente (Fleury, 2003), quizás porque sus principios son impulsados a través de las reformas más recientes.

Sin embargo, en materia de salud ambiental aunque existen algunos rasgos claros que evidencia preocupación por la eficiencia y la calidad de los servicios utilizando herramientas propias del NPM e incluso se han establecido condiciones de cuasimercados (Sojo, 2000). Predominan los principios del modelo de Administración Burocrática (Chamizo, H., 2009). El modelo burocrático que se pretende reformar se concentra en los procesos administrativos y en su control a partir de la autoridad que se ejerce de manera jerárquica, no ofrece por su naturaleza de funcionamiento apertura al intercambio intersectorial y mucho menos logra homologar el acceso a la toma de decisiones en procesos negociados.

Al igual que en el modelo burocrático, en el NPM la interacción política se mantiene distanciada de la gestión

de servicios, sobre todo si no se logra un nivel avanzado de descentralización político-administrativa. La contribución democratizante como modelo de gestión pública (paradigma denominado Nueva Gobernanza Democrática) surge como respuesta ante la necesidad de transformar la relación Estado/sociedad en el sentido de romper los núcleos de poder que prevalecen bajo los paradigmas anteriores, promoviendo un mayor nivel de participación ciudadana en el gobierno.

El concepto de producción social de salud implica interacción entre actores, gestión intersectorial con una presencia evidente de la sociedad civil en la toma de decisiones bajo la conducción del Estado (en representación del interés general) y supone una transformación clara del concepto de ciudadanía que viabilice la respuesta social en salud ambiental no solo en términos de eficiencia sino con equidad. Frente al desafío de hacer prevalecer los principios de solidaridad y universalidad así como la preocupación de la sociedad costarricense de promover un desarrollo inclusivo, es urgente revisar en un marco de amplio debate, el rumbo que orienta actualmente los procesos de gestión de las políticas de salud y particularmente las de salud ambiental.

## *Referencias bibliográficas*


Artavia, R. M., & Mora Vargas, H. (2007). Análisis de la implementación de la política de salud ambiental en el territorio de Escazú. San José: Universidad de Costa Rica.

Asamblea Legislativa de la Reública de Costa Rica. (1998). Código Municipal, ley N.° 7794. Recuperado el diciembre de 2007, de *www.asamblea.go.cr*

Bourdieu, P. (2003). Espacio Social y poder simbólico. Buenos Aires: Gedisa.

Chamizo Garcia, H. A. (2009). Creando un ambiente propicio para la gestión de la estrategia de Saneamiento Ambiental Centrado en el Hogar. Instituto Federal Suizo de Ciencia y Tecnología Acuática (en prensa).

Chamizo Garcia, H. (23 de mayo de 2009). Análisis de la gestión de las políticas de saneamiento ambiental en asentamiento humanos en Costa Rica. Tesis doctoral. Universidad de Costa Rica. San José: inédito.

Chamizo Garcia, H. (15 de febrero de 2004). Manual. Curso de Gestión Local de la Salud. Módulo: Introducción a la interfase Salud-Ambiente. (CENDEISS, Ed.) Recuperado el 2005 de febrero de 2004, de CENDEISS. Caja Costarricense de Seguro Social: *www.cendeiss.go.cr*

Estado de la Nación. (2008). Conocer la Costa Rica que Tenemos. Pensar la Costa Rica que Deseamos. Informe 14. San José: CONARE.

Fleury, S. (2003). Reforma del Estado. Revista Instituciones y Desarrollo, 81-122.

Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados. (2007). Estado de los Acueductos Rurales en Costa Rica. 2007: ICAA.

Miranda, G. (2001). Crisis y perspectivas del sector salud hacia el siglo XXI. La reforma del sector salud. En UNICEF, Las políticas de salud en el umbral de la reforma (págs. 129-171). San José: UNICEF.

Morin, E. (1998). Introducción al pensamiento complejo. Barcelona: Gedisa Editorial.

Najmanovich, D., & Lennie, V. (2001). Pasos hacia un pensamiento complejo en salud. Primer Seminario Bienal de Implicaciones Filosóficas de las Ciencias de la Salud, (pág. 8). Ciudad de la Habana.

OMS. (2004). Guías para la calidad del agua de bebida potable (3era edición). Ginebra: OMS.

OMS, Comission on Social Determinans of Health. (2007). Civil Society Report. Ginebra: OMS.

OPS. (2002). Evaluación regional del servicio de manejo de residuos sólidos Costa Rica. OPS.

OPS. (2005). Objetivos de desarrollo del milenio relacionados con la salud en América Latina y el Carible. Recuperado el 1 de junio de 2006, de Organización Panamericana de la Salud: *www.paho.org*

OPS/OMS. (2007). Estado del saneamiento, caso Costa Rica. inédito.

OPS/OMS, Representación en Costa Rica. (2002). Análisis sectorial Agua Potable y Saneamiento de Costa Rica. WDC: OPS/OMS.

Peters, G. (2003). El nuevo institucionalismo. Barcelona: Ciencia Política.

Sojo, A. (2000). Reformas de gestión en salud en América Latina: los cuasimercados de Colombia, Argentina, Chile y Costa Rica. Santiago de Chile: CEPAL.

UNESCO. (2008). Superar la desigualdad: por qué es importante la gobernanza. Francia: Ediciones UNESCO.

Villabos Solano, L. B. (2001). El concepto de salud en la reforma. En UNICEF, Las pólíticas de salud en el umbral de la reforma en Costa Rica. (págs. 299-331). San José: UNICEF.

Villalobos Solano, L. B., & Piedra, M. (1999). La interrelación entre ambiente y salud en el quehacer del Equipo Básico de Atención Integral de la Salud en Costa Rica. San José, Costa Rica: inédito.

Villalobos Solano, L. B., Chamizo Garcia, H. A., & Piedra, M. (2004). ¿Es la contratación gubernamental de servicios de salud privados en el primer nivel de atención en Costa Rcia una opción para asegurar la atención eficiente, equitativa, sostenible?: el caso de Costa Rica. San José: inédito.

# 6

# Los estilos de vida en la salud

*Sylvia Vargas Oreamuno*[1]

Resumen

*Este ensayo enmarca las orientaciones en el tiempo que desde finales del siglo XIX se han discutido acerca del tema estilos de vida en la salud. Se destaca la contribución de las Ciencias Sociales en su evolución para luego plantear el uso que se le ha dado en la Organización Mundial de la Salud a este constructo. Este concepto además responde a los aspectos metodológicos y éticos de la investigación. Finalmente, el concepto de estilo de vida en la salud tiene específicamente implicaciones en la salud propiamente.*

## INTRODUCCIÓN

La salud es un factor decisivo para el bienestar de las personas, las comunidades y un requisito para desarrollo humano con equidad. Es un derecho y como tal la sociedad en su conjunto debe garantizar su cumplimiento.

---

1 Docente e investigadora Escuela de Salud Pública y Escuela de Nutrición. Licenciada en Nutrición y Maestría en Salud y Población, ambos títulos por la Universidad de Costa Rica.

El desarrollo científico y tecnológico no siempre conduce a un bienestar social, pues se pueden experimentar alteraciones que modifican el orden social y económico, que afectan las condiciones de vida, el perfil de enfermedad y el nivel de salud. Así, en los países desarrollados existe la paradoja de que la mayoría de las enfermedades son producto de los estilos de vida de su población, en que los recursos en salud se orientan básicamente al sistema de atención médica y no a la implementación de programas y proyectos en promoción de la salud que acompañen el desarrollo de hábitos de vida saludables, lo que también es válido en los países en desarrollo.

Es considerable la cantidad de literatura que presenta esta relación sobre el efecto de los estilos de vida en el mundo moderno y la explicación etiológica de las enfermedades y su distribución en las poblaciones, relación que ha ganado relevancia en la comunidad científica, en diversos grupos sociales y muy especialmente en los medios de comunicación.

Al respecto cabe anotar que el análisis sobre el tema de los estilos de vida se quedaría corto si se restringe a los aspectos médicos epidemiológicos, pues es importante comprender el sentido inherente de su concepción en otras dimensiones de la vida, por ejemplo en el ámbito social, cultural y económico, ya que el estilo de vida de las personas tiene impacto en su calidad de vida, en las demás personas y en el entorno en el cual se desenvuelven.

Son diversas las orientaciones que ha tomado el término con el paso del tiempo, pues ya desde finales del siglo XIX se presentaban algunas posibilidades de definición.

En este sentido, es considerable la contribución que las ciencias sociales y la medicina social han efectuado en procura de esclarecer, el concepto de estilos de vida

y sus aplicaciones en diversos campos como la salud, específicamente en el ámbito de las políticas en salud, la epidemiología, la medicina preventiva y la educación en salud entre otros.

Vale la pena señalar el aporte que el sociólogo alemán Max Weber ha realizado en este campo desde su teoría de la racionalidad formal y las ideas acerca del estilo de vida, ya que este ha sido un punto de partida para que otros autores apliquen las ideas propuestas por él en el desarrollo del concepto sobre estilo de vida en salud.

La literatura revisada sugiere que usualmente los términos estilos de vida, estilos de vida en salud y estilo de vida saludable se utilizan en forma indiscriminada, lo que está asociado a la forma en que estos han sido utilizados en la cultura popular, sin embargo, el término que prevalece en el trabajo formal de instancias como la OMS es el que hace referencia a estilos de vida.

En el ámbito de la salud el estudio del concepto y sus aplicaciones tiene apogeo en la década de los años ochenta, por eso no es de extrañar que la discusión y la reflexión en torno a los estilos de vida asociados a la salud, tenga su mayor auge en dicha década, ya que la producción documental fruto de ese análisis fue sustancial en esta época en comparación con años posteriores.

Este documento recaba las propuestas de diversos autores en el tema citado, de tal forma que presenta en forma sucinta la evolución conceptual de los estilos de vida con el paso de los años desde el enfoque de la ciencias sociales, y desde la propuesta de la OMS a partir de los elementos analizados en las diversas reuniones de expertos y comités de trabajo.

## *Desarrollo*

### *Evolución del concepto sobre estilos de vida desde el enfoque de las Ciencias Sociales*

Las primeras discusiones que surgieron en torno al análisis sobre los estilos de vida datan del siglo XIX con los escritos elaborados por Karl Marx alrededor del año 1850 (Coreil, Levin, Jaco; 1985; Cokerham, Abel, Luschen; 1993; Backett, Davison; 1995). Marx consideraba que los estilos de vida de la gente estaban determinados económicamente, porque en un sistema de producción, tanto el ingreso como la posición laboral de un individuo eran parte del estilo de vida que experimentaban los grupos sociales (Coreil, Levin, Jaco; 1985).

Un concepto más amplio de estilo de vida que sobrepasó la visión económica apuntada por K. Marx en términos de ingreso y posición laboral, es presentado posteriormente por Veblen en sus trabajos de 1899, para quien los estilos de vida estaban determinados también por las motivaciones individuales que validaban el estatus del individuo.

Algunos autores sugieren (Coreil, Levin & Jaco) que fueron precisamente estas propuestas de Marx y Veblen las que influenciaron el trabajo que desarrolló ulteriormente Max Weber sobre los estilos de vida en las primeras décadas del siglo XX, quien es considerado como uno de los mayores contribuyentes en el esclarecimiento del concepto de estilos de vida y de estilos de vida en salud.

Weber estableció entonces que los elementos señalados por Marx y Veblen estaban asociados a un particular estilo de vida, como indicadores que reflejaban diferencias en el estatus de un grupo social determinado, según las consideraciones positivas o negativas que se

hicieran alrededor de este, de tal forma que cada grupo tenía un estilo de vida en dependencia del estatus al que pertenecía.

También hizo la observación particular de que los estilos de vida no se fundamentaban en lo que la persona producía, sino más bien en lo que ella consumía (Cockerham, Abel, Luschen), de tal forma que los grupos sociales adoptaban ciertos modos de vida para expresar y mantener su identidad en el mundo social (Powless)

Fue así como este sociólogo alemán desarrolló un concepto holístico de estilo de vida fundamentado en aspectos como la ocupación, el ingreso, la educación y el estatus, logrando formular posteriormente el concepto de nivel socioeconómico.

Weber utilizó tres términos distintivos en su idioma natal para expresar el concepto de estilo de vida (Lebensstil): el primero tiene que ver con la conducta de vida (Lebensführung) y el segundo con las oportunidades de vida (Lebenschancen), ambos constituyen los dos componentes básicos del estilo de vida. La conducta de vida contempla la selección que las personas hacen sobre el estilo de vida que quieren llevar y las oportunidades de vida constituyen la probabilidad que tienen las personas de realizar dicha selección. Es decir, la gente tiene opciones en los estilos de vida que quiere adoptar, sin embargo la posibilidad de estas opciones está condicionada por las oportunidades de la vida, las que a su vez dependen de las condiciones estructurales como ingreso, bienes, derechos y relaciones sociales entre otros, (Cockerham, Abel, Luschen).

Cabe señalar, además, que, desde el enfoque sociológico y de la medicina social, ha sido importante el aporte que otros estudiosos han brindado al desarrollo conceptual de los estilos de vida durante la década de los años

sesenta, de tal forma que la siguiente tabla recoge un extracto de las diversas contribuciones que se han elaborado alrededor del tema y que han sido abordadas por Coreil y sus colaboradores en su análisis sobre el estilo de vida como un concepto emergente en la medicina social.

| Autor | Propuesta sobre Estilo de vida |
|---|---|
| Gusfield's, 1963 | Establece una diferenciación entre estatus de grupo y la clase social. En la clase social los factores socioeconómicos determinan la posición del individuo, mientras que en el estatus social el prestigio o el honor está asociado con las cualidades de un grupo, como los estilos de vida y la autoridad política, es decir, los estilos de vida expresan y validan el estatus social. |
| Coleman, 1964 | En este momento, los estudios de psicología se ubicaron en un área conocida como "estilo de personalidad", con lo cual Coleman establece una definición de estilo de vida en términos de "el patrón general de suposiciones, motivos, estilos cognitivos y técnicas que caracterizan el comportamiento de un individuo y que le da consistencia" (Coreil *et ál.*, 426). |
| Folkert Wilken, 1966 | En su tesis doctoral compartió con su mentor Max Weber la noción de estilo de vida grupal, aplicando este concepto a los trabajos de psicología de la personalidad, especialmente en tópicos relacionados con la neurosis. |
| Ansbacher, 1967 | Se propone la tarea de examinar el empleo que se le da al término estilo de vida en la década de los 60, observando que el concepto ha estado siendo utilizado en individuos, en grupos (caracterización de familias, culturas y grupos laborales entre otros) y en categorías abstractas asociadas a condiciones de salud como el caso de la neurosis, lo que hizo que el término fuera confinado posteriormente a la psicología clínica. |

## *Los estilos de vida y la salud desde el aporte de las ciencias sociales*

Es interesante observar que la contribución que Weber hizo a la conceptualización de los estilos de vida permitió desarrollar posteriormente un análisis en torno a los estilos de vida en salud desde la teoría de la Racionalidad Formal, pues algunos autores han sugerido que el concepto de racionalidad formal y las ideas sobre los estilos de vida pueden ser aplicados a las tendencias actuales de los estilos de vida en salud.

Weber señalaba que el comportamiento de las personas estaba asociado a conductas racionales en lo que él denominó la racionalidad formal y la racionalidad sustantiva, en que la primera se caracteriza por ser un comportamiento calculado lógicamente, eficiente y objetivo que persigue metas y provee libertad a los individuos para decidir, actuar y experimentar, lo que promueve la creatividad y busca el mejoramiento del ser, en esencia Weber trata de explicar la evolución como una forma de vida que cambia la sociedad (Cockerham, Abel,Lüschen).

Es precisamente esta libertad para decidir y actuar en los diversos aspectos de la vida en que la participación del ser humano mediante los estilos de vida puede ser considerada como un acto liberador, pues involucra el asumir el control y la responsabilidad de la propia salud al tomar decisiones frente a la vida. Por ejemplo, el acto de elegir un alimento frente a otro tomando en cuenta su contribución a la salud del cuerpo, el realizar actividad física en miras de mantener la salud y el acto de buscar actividades de recreación sanas para tener una buen salud mental, entre otros, son ejemplos que requieren de un proceso de análisis de parte de la persona para

elegir lo que mejor le convenga de acuerdo con su situación buscando un objetivo determinado.

Según los autores supracitados, si Weber reconoce que el proceso de racionalización es un fenómeno universal que puede asumir varias formas, entonces los estilos de vida en salud pueden constituir en la sociedad occidental una forma de expresión de la racionalidad formal, ya que estos involucran el ejercicio de la toma de decisiones estudiadas para alcanzar el fin de tener un cuerpo saludable. Se dice que es precisamente la racionalidad formal la que le dio al mundo occidental la oportunidad de desarrollo e industrialización y de avance hacia el capitalismo.

La racionalidad sustantiva en cambio se basa en un comportamiento de devoción personal, piedad, tradición y costumbre, que no contempla ese marco de libertad de acción característico de la racionalidad formal y parece que tuvo su influencia en los estilos de vida de la gente a principios del siglo IXX.

Desde la perspectiva de salud, Cockerham, Abel y Lüschen han elaborado un análisis sobre la evolución que ha tenido el término estilo de vida en salud, el cual asume tanto el enfoque de racionalidad sustantiva como de racionalidad formal:

- Green's en 1986 documentó el desarrollo de actividades en salud y buen estado físico en el período comprendido entre 1830 a 1940, encontrando que a principios del siglo IXX, el sentimiento religioso estaba asociado a la salud, ya que algunos lideres religiosos argumentaban que en la siguiente venida de Cristo, el ser humano debía alcanzar un estado de gracia y perfección, el cual incluía un cuerpo saludable, libre de debilidad y enfermedad. Otros aspectos descubiertos

por Green's incluían el asociar la salud con la vitalidad de la nación, la asunción de que los campesinos tenían una mejor salud, la asociación de la salud con la belleza y la salud como algo necesario para el movimiento de los inmigrantes entre otros. En este espectro de los estudios de Green's es predominante la racionalidad sustantiva de acuerdo con la propuesta de Weber.

- En sus escritos de 1984 Gillick coincide con el enfoque religioso de que la participación de la población americana en actividades para estar en buen estado de salud estaba influenciada por la religión. Sin embargo, sus estudios se enfocaron específicamente en la actividad física de trote, la cual tuvo un auge importante y tomó un nuevo rumbo luego de que en los setentas se incrementó el interés de la población por correr, debido al efecto de este tipo de actividad física en la función cardiovascular del organismo. Lo anterior se enfocaba más a la racionalidad formal, en vista de la justificación que las personas tenían para practicar dichas actividades: el mejoramiento de la función cardiovascular y el control de su propia salud, por eso el éxito de su trabajo radica en el valor del ejercicio físico.
- En 1984 Crawford explica la razón del por qué la racionalidad formal emerge en esos años partiendo del enfoque de promoción de la salud. Surge el reconocimiento de que los patrones de enfermedad habían cambiado de un perfil de enfermedades infecciosas a un perfil de enfermedades crónicas, las cuales no podían ser curadas en forma exclusiva por la medicina, ya que varias de estas patologías eran causadas por ciertos estilos de vida de la gente. Adicionalmente los medios de comunicación y los profesionales en salud abogaban por un cambio en el estilo de vida y la

responsabilidad que cada individuo tenía sobre su salud. Él sugirió también que la abundancia de información y noticias sobre los estilos de vida y salud podían tener un efecto contrario a la búsqueda de una condición saludable, pues el bombardeo de productos comerciales conducía más bien a una especie de salud fabricada.

## *Los estilos de vida en salud desde la propuesta de la Organización Mundial de la Salud*

En este proceso de evolución del concepto sobre los estilos de vida cabe apuntar que es precisamente en la década de los ochenta, cuando los académicos empiezan a reconocer que la gente se identifica con la preocupación de cuidar su salud, por eso no es de extrañar que la discusión y la reflexión en torno a los estilos de vida en salud tenga su mayor auge en dicha década, ya que la producción documental fruto de ese análisis fue sustancial en esta época en comparación con años posteriores. Un ejemplo de ello fue el trabajo realizado en los años ochenta por la Organización Mundial de la Salud, la cual convocó a un amplio espectro de profesionales en diversas disciplinas para aclarar el enfoque de los estilos de vida en salud y orientar las iniciativas de trabajo en el campo para los años venideros.

Sería injusto hablar de los estilos de vida en salud sin trazar primero la contribución realizada por los canadienses en el año 1974, quienes tomaron la iniciativa de reflexionar sobre el campo de la salud con la idea de establecer un marco conceptual que permitiera identificar sus componentes y ubicar así los diversos problemas, situaciones y actividades que se asocian a la salud. Mediante el análisis de las causas y los factores relacionados con

la morbilidad y mortalidad de la población, surge entonces la idea de que el campo de la salud debe desagregarse en cuatro componentes, los que según Marc Lalonde corresponden a la biología humana, el medio ambiente, la organización de la atención y el estilo de vida (Lalonde).

En esta propuesta conocida posteriormente como el Modelo Explicativo de los Determinantes de la Salud de Lalonde, se reconoce entonces el estilo de vida de manera particular, el cual "representa el conjunto de decisiones que toma el individuo con respecto a su salud y sobre las cuales ejerce cierto grado de control" (Lalonde, Pág.: 4, 1983), de tal forma que si el individuo toma opciones y hábitos que ponen en riesgo su salud, es porque el estilo de vida que practica perjudica su salud.

Años más tarde en 1982 la Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud en una reunión de expertos (WHO, 1982), retoma el trabajo que se venía desarrollando en torno a la estrategia "Salud para todos en el año 2000", en la cual se había identificado que una de las tres áreas de mayor interés para futuras iniciativas en políticas de salud y educación, debía estar dirigida a la promoción de estilos de vida que fueran benéficos para la salud, apuntando que las condiciones sociales y económicas en las cuales se desenvolvían las personas ejercían influencia importante en la creación de los estilos de vida y desde luego en su estado de salud. Esta visión de incorporar los aspectos sociales en la explicación de la salud impulsó el Programa Regional de Educación para la Salud y Estilos de Vida.

Esta reunión sobre "Estilos de vida, condiciones de vida y su impacto en la salud" estuvo enfocada al análisis de diversos aspectos concernientes al tema citado, de tal forma que se examinaron los elementos sociológicos

y psicológicos en torno a los estilos de vida, entre ellos aspectos de la epidemiología social, condiciones de vida, comportamientos de riesgo en salud y evaluación de la relevancia del concepto en las políticas de salud y educación para la salud.

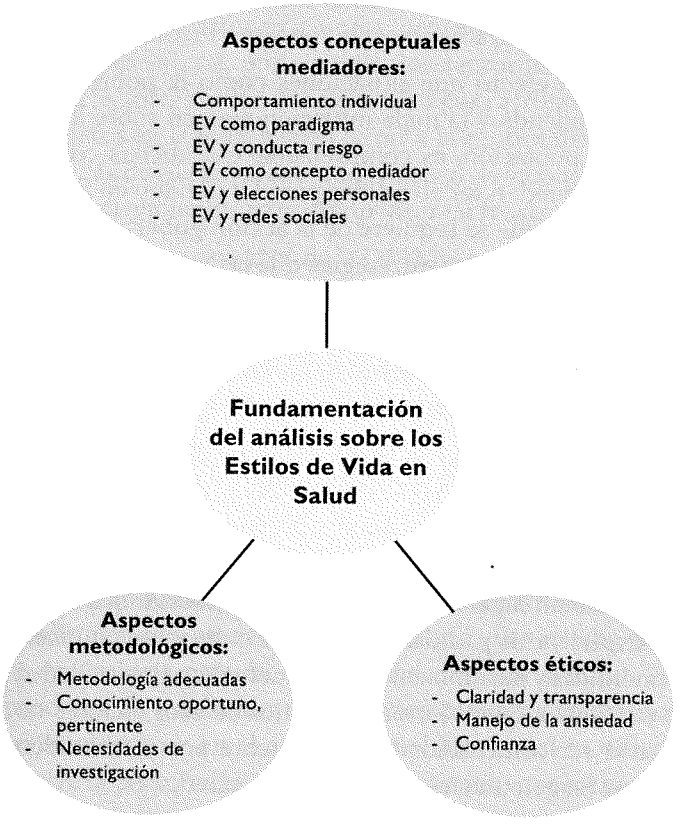
Como producto de esta reflexión se señaló que el punto de partida para lograr el cambio en el abordaje de la salud, requiere reconocer que el comportamiento humano asume estructuras complejas, el cual se desarrolla y manifiesta en condiciones sociales, económicas, ecológicas y culturales específicas, y en el proceso de socialización de los individuos emergen las experiencias de su historia de vida que inciden en su comportamiento y desde luego en su situación de salud.

De cara a la necesidad de que el concepto sobre estilos de vida requería de un mayor desarrollo y estudio en los ámbitos señalados , se produjo posteriormente una intensa fase de trabajo en conferencias regionales de expertos, las que marcaron una influencia importante en la redefinición del término y de las estrategias de intervención e investigación en el tema.

La reunión celebrada en Copenhague en 1983 sobre "Estudios de intervención relacionados con estilos de vida conducentes a la salud", dejó ver que más allá de la importancia de establecer una agenda para priorizar la investigación sobre factores asociados a los estilos de vida y a identificar prioridades de intervención en este campo, era necesario examinar primero aspectos relacionados con la información que se tenía en ese momento. Se discutieron entonces aspectos conceptuales, metodológicos y éticos en el tema de los estilos de vida (WHO, 1983), de tal forma que la discusión generó un mapeo de elementos que guardaban un estrecho vínculo de relaciones

para el trabajo en dicho campo como se muestra en la Figura 1.

**Figura 1. Esquema sobre el análisis de los elementos asociados al estilo de vida en salud. Informe Reunión de Expertos de la OMS de la Oficina Regional de Europa. Copenhague, 1983.**




Fuente: Elaboración propia a partir del Informe de la Reunión de Expertos de la OMS sobre "Estudios de intervención relacionados con el estilos de vida conducentes a la salud", 1983.

## *Aspectos conceptuales involucrados en el análisis de los estilos de vida en salud*

La aclaración y la validación de conceptos en esta materia es esencial para desarrollar un trabajo exitoso en la promoción de estilos de vida saludable, para lo cual es necesario abordar el comportamiento individual y las conductas de riesgo del ser humano, las opciones de vida y las redes sociales, asumiendo los estilos de vida como un cambio de paradigma y un concepto mediador.

Dado el efecto que situaciones como la pobreza, la falta de vivienda y la mala nutrición ejercen sobre la salud de la población, es comprensible que dichas condiciones no puedan ser atendidas por el individuo en forma exclusiva, ya que se requiere de la acción gubernamental para implementar las estrategias que las modifiquen. Sin embargo, las intervenciones generadas por el gobierno podrán alcanzar un efecto positivo siempre y cuando las personas se empoderen para tomar las responsabilidades requeridas frente a los cambios sociales que demandan.

En este sentido, sería inapropiado trasladar la responsabilidad de la salud a la persona en forma exclusiva, ya que los patrones de conducta están íntimamente relacionados con factores cognitivos y emocionales del individuo, los cuales toman lugar en contextos determinados que recogen experiencias pasadas, situaciones culturales, políticas, económicas y del ambiente que caracterizan una sociedad en particular, de tal forma que varios de esos factores no pueden ser controlados exclusivamente por el individuo aunque tengan un efecto nocivo en su salud.

Es precisamente esa transición de dejar de considerar al individuo como único responsable de su salud para tomar en cuenta el papel que juegan los factores sociales y políticos en el marco de la salud, lo que hace del concepto

de estilo de vida un cambio de paradigma en el ámbito de la salud.

Los estilos de vida van acompañados de conductas y patrones que incluyen creencias, valores, tradiciones, experiencias de trabajo, de familia y de recreación entre otros; por lo tanto, los patrones de conducta están determinados por la forma en que la persona vive su vida. A veces, las conductas de riesgo para la salud que el individuo asume constituyen la única forma de sobrevivir en el sistema social, así, por ejemplo, los sentimientos de impotencia, inferioridad e incapacidad para afrontar ciertos conflictos en la vida, suelen llevar a la gente a desarrollar prácticas de riesgo tales como el abuso de alcohol, drogas y actos de violencia para compensar su frustración.

El grupo de expertos de la OMS ha señalado que existe un grupo de estructuras mediadoras entre la vida de cada persona y las instituciones públicas, que reconcilia de alguna forma las necesidades individuales y los requerimientos del sistema social, entre ellas se encuentra la escuela, la familia y el trabajo, por lo tanto, los estilos de vida constituyen un concepto mediador porque son el resultado de la socialización en las estructuras mediadoras en las cuales se desenvuelve la persona.

Está comprobado que las redes de apoyo social son fundamentales para la salud, ya que sin ellas mucha gente sucumbiría ante la enfermedad. En este sentido, los procesos de modernización pueden provocar trastornos en el entorno y en el ámbito social en el cual se desenvuelve la persona, lo que puede traer como consecuencia el aislamiento y la discriminación.

La vida en familia puede tener consecuencias negativas o positivas para la salud de las personas, de tal forma que la familia puede proveer estabilidad social y generar

un clima de protección y crecimiento para el individuo, pero también puede ser una fuente de tensión producto de situaciones agobiantes como la falta de recursos para cubrir las necesidades básicas humanas, falta de empleo, bajo nivel educativo y ausencia de habilidades para relacionarse en la sociedad. Esto implica que el trabajo en estilos de vida debe contemplar el desarrollo de habilidades para la vida desde edades muy tempranas y en el devenir de la misma, lo que promueva el desarrollo de familias estables y constructivas.

En este trabajo de habilidades para la vida, las redes sociales ejercen importantes efectos en la promoción de una vida saludable, de tal forma que los esfuerzos deben concentrarse en aquellos ámbitos que permitan el desarrollo de la auto ayuda y de grupos de ayuda mutua para promover el soporte social entre los individuos que constituyen la sociedad.

Un aspecto por considerar en la promoción de los estilos de vida saludable es la formación de los profesionales en salud y la información que las personas tienen sobre su propia salud.

Se sabe que la formación académica y el entrenamiento recibido por el personal de salud es por lo general limitado en cuanto a la salud en el contexto social y político, ya que tradicionalmente ha prevalecido una formación basada en el enfoque patocéntrico y en el desarrollo de tecnologías y tratamientos para atender la enfermedad, lo que los ha imposibilitado para trabajar en la salud desde un abordaje integral que vaya más allá del espectro biológico.

En tal caso, debemos abogar por un cambio en la formación de estos profesionales, lo que les permita trabajar desde un enfoque positivo de la salud promocionando modos de vida saludable y no desde el enfoque

de factores de riesgo y enfermedad. De hecho algunos estudios de investigación ( Backett, Davison, Mullen) han encontrado que la gente en su cotidianidad toma decisiones en torno a la salud sustentadas en marcos de referencia diferentes a aquellos establecidos por el personal de salud, educadores en salud e investigadores en el campo de la salud.

Al respecto, ha sido consistente la crítica realizada al esquema tradicional del modelo médico de salud-enfermedad, en el cual se considera el "factor estilo de vida" como elemento central en la génesis de importantes padecimientos como las enfermedades crónicas no transmisibles, en el entendido de que el estilo de vida se asocia únicamente a los llamados factores de riesgo de enfermedad.

Por ejemplo, en algunas investigaciones realizadas por médicos epidemiólogos no se suele contemplar que las enfermedades pueden tener una etiología multifactorial que no solo se explica desde la dimensión biológica, lo que implica que a lo largo de la vida de una persona y en concreto en su estilo de vida, existen factores sociales y psicológicos que pueden influir en el comportamiento humano y que causan un efecto adverso en la salud (Badura; Backett, Davison). De tal forma que las conductas nocivas para la salud pueden ser consecuencia de la presión social, de esta forma muchas personas encuentran en las drogas una vía de escape para esta presión social.

## *Aspectos metodológicos en el trabajo de investigación sobre los estilos de vida en salud*

Según la consideración de que es necesario continuar con el desarrollo y clarificación de algunas áreas en torno a los estilos de vida, se ha apuntado que el enfoque

de investigación cuantitativa presenta algunas limitaciones para explicar el comportamiento de las personas en cuanto a los estilos de vida que practica, por lo cual se requiere de métodos que permitan conocer el posicionamiento y las necesidades sentidas de la sociedad en diversas dimensiones, de tal forma que la investigación de naturaleza cualitativa puede brindar grandes contribuciones en esta temática al utilizar técnicas que permitan una mejor aproximación al estudio y explicación del comportamiento del ser humano.

Otro aspecto por contemplar en el plano de la investigación es la disponibilidad y diseminación de la información oportuna sobre los avances y el conocimiento en el plano de los estilos de vida, pues para desarrollar estrategias de intervención efectivas se requiere de información pertinente y accesible.

Es importante señalar que varios de los tópicos señalados en dicha reunión de expertos como necesarios de abordar en el ámbito de los estilos de vida continúan hoy día en el tapete de discusión. Lo anterior sugiere la revisión constante de las líneas de investigación por desarrollar para contribuir con el desarrollo de indicadores apropiados para evaluar la gestión y los resultados de intervenciones en promoción de estilos de vida saludable.

## *Aspectos éticos en el trabajo en los estilos de vida en salud*

Los aspectos éticos cobran relevancia dada la participación y el involucramiento que tienen las personas en los diversos proyectos orientados a la promoción de estilos de vida saludable. En este sentido es importante contar con la seguridad de que las personas comprendan los objetivos de las intervenciones, lo que se requiere de

ellas y la preparación requerida hacia las posibles consecuencias que se generan al asumir el compromiso del cambio de conducta.

Despertar conciencia en las personas sobre las conductas que estas asumen puede crear niveles de ansiedad. Así, por ejemplo, el reconocer que sus hábitos y su forma de vida constituyen un serio riesgo para su salud puede desencadenar preocupaciones y tensiones que también afectan la salud. En este sentido la identificación de riesgos debe estar acompañada simultáneamente de estrategias que permitan a la gente modificar sus hábitos en una forma razonable.

La confianza viene a ser un aliado que permite a las personas mitigar la ansiedad generada en los procesos de cambio, así, pues, la gente debe tener la tranquilidad de que su vida no será expuesta y que tienen la libertad de seleccionar la forma en que desean vivir sin imposiciones de ninguna clase.

La documentación de la evidencia recopilada en las experiencias de intervención llevadas a cabo en el plano de los estilos de vida, es esencial para orientar las estrategias que permitan a las personas mejorar su condición de salud; por tanto, no debemos olvidar que las intervenciones en el tema de los estilos de vida nunca deben ser impuestas a la gente, ya que el éxito de ellas depende de la cooperación, el entusiasmo y la participación generada por los individuos y los grupos que toman sus propias decisiones y van a ser beneficiados por estas mismas acciones.

## *El concepto de estilo de vida y sus implicaciones en la salud*

En el análisis de los diversos documentos que aportan al trabajo que se desarrolla en este manuscrito, surgen

múltiples construcciones que intentan obtener una definición del concepto sobre estilo de vida. Desde la perspectiva sociológica a finales del siglo IXX hasta nuestros días, los científicos, académicos y profesionales tratan de obtener un marco de referencia para desarrollar sus trabajos sobre el tema, por lo cual ocuparíamos mucho tiempo y espacio tratando de sistematizar las definiciones encontradas.

De cara al trabajo sistemático y científico que la Organización Mundial de la Salud ha venido desarrollando desde la década de los ochenta, el concepto seleccionado por la investigadora es el que se presenta en los diversos documentos técnicos aportados por este organismo, dada su aplicabilidad en el campo de la salud y en el trabajo académico de la Carrera de Promoción de la Salud de la Universidad de Costa Rica.

Es importante señalar que esta concepción del término obedece al esfuerzo realizado por la OMS (1996) de consolidar el uso de algunos términos no solo para favorecer la comunicación entre profesionales de distintas disciplinas, sino también servir de guía a los lectores de documentos y publicaciones sobre el tema, razón por la cual el término no se presenta como una propuesta definitiva sino mas bien como una propuesta que puede estar sujeta a debates y análisis posteriores.

El término estilo de vida "se utiliza para designar la manera general de vivir, basada en la interacción entre las condiciones de vida, en su sentido más amplio, y las pautas individuales de conducta, determinadas por factores socioculturales y características personales" (Nutbeam, 387).

De acuerdo con el autor de esta definición, los estilos de vida guardan las siguientes consideraciones:

- Contemplan el contexto en que se desenvuelven las personas desde las experiencias individuales y

colectivas, así como las condiciones de vida, por lo tanto las conductas pueden estar limitadas o ampliadas por factores ambientales o sociales.

- Las pautas de conducta de un grupo están determinadas socialmente, lo que se refleja en sus estilos de vida. Muchas de estas pautas se aprenden en la relación con los pares, los padres, la familia, los medios de comunicación y en la escuela, sin embargo, estas están sujetas a modificaciones de acuerdo con las situaciones sociales que se presenten.

La forma en que las personas viven, promueve el desarrollo de patrones de conducta que pueden ser benéficos o dañinos para la salud, de tal forma que la comprensión de la influencia que ejercen los estilos de vida en el marco de la promoción de la salud es vital para generar condiciones de vida factibles y apropiadas.

Ahora bien, si hablamos de estilo de vida saludable, estaríamos refiriéndonos a una serie de comportamientos que disminuyen el riesgo de enfermar como, por ejemplo, el control de tensiones y emociones negativas, una alimentación saludable en cantidad y calidad, la práctica de actividad física, el descanso, la recreación, el control en la ingesta de sustancias como el alcohol y la nicotina, el no consumo de otras drogas, la higiene personal y el entorno saludable. Otras personas en tanto asocian al concepto de estar saludable al: ¿cómo me veo?, las actitudes que se toman frente a la vida, cómo desempeñan su trabajo y cómo se desarrollan en la vida personal, cómo se asumen las crisis de pareja y cuán felices son. También suelen incorporarse las prácticas sexuales, la toma de medicamentos, el uso de armas de fuego y el uso de los servicios de salud entre otros.

Al igual que el término estilos de vida ha sido acuñado desde diferentes concepciones, el concepto de saludable ha contemplado diversas dimensiones a lo largo del tiempo.

Hay que tener en cuenta que adoptar un estilo de vida saludable es posible si se cuenta con las oportunidades, los conocimientos y la voluntad de asumirlo, pues no se puede obtener un estado positivo de salud cuando las personas deben desgastarse en enfrentar los retos de cada día; por lo tanto, será necesario, entonces, proporcionar a las personas un medio que no les cause daño lo que no depende en forma exclusiva del individuo, de ahí que las políticas públicas juegan un papel preponderante en procurar un entorno saludable para las personas (Buck).

## *Conclusiones*

A pesar del trabajo conceptual y empírico desarrollado en la década de los ochentas y de la contribución efectuada desde las ciencias sociales, parece que el término estilo de vida continúa siendo utilizado en forma imprecisa y suele ser operacionalizado sin una apropiada reflexión de su significado.

En la promoción de estilos de vida saludable las acciones deben estar dirigidas a facilitar una amplia gama de opciones que permitan a la gente tomar las mejores decisiones sobre su vida, lo que constituye una diferencia fundamental con el modelo médico, en el cual las acciones en salud son impuestas a las personas sin tomar en cuenta el entorno. En este sentido, sería conveniente investigar los comportamientos que son relevantes para la salud en términos de cuán razonables, aceptables y apropiados son para la población.

# *Referencias bibliográficas*


Backett, K., Davison, C., Mullen, K. (1994). Lay evaluation of health and healthy lifestyles: evidence from three studies (*http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1238902/*). British Journal of General Practice,N°44, pp. 277-280.

Backett, K., Davison, C. (1995). Lifecourse and lifestyle: the social and cultural location of health behaviours (*http://www.sciencedirect.com/science*). Social Medicine and Sciences, Vol. 40, N°5, pp. 629-638.

Badura, B. (1984). Life-style and health: some remarks on different viewpoints (*http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6484621*). Social Sciences and Medicine, Vol. 19, N°4, pp. 341-347.

Buck C. (1985). Después de Lalonde: la creación de la salud. En OMS. Promoción de la Salud: una antología (pp. 6-14). Publicación Científica N° 557, 1996, Washington DC.

Cockerham W., Abel T., Lüschen, G. (1993). Max Weber, formal rationality and health lifestyles (*http://www.jstor.org/pss/4121105*). The Sociological Quarterly, Vol.34, N°3, pp. 413-428.

Coreil, J., Levin, J., Jaco, G. (1985). Life style an emergent concept in the sociomedical sciences (*http://www.springerlink.com/content/w111g2166144t03t/*). Culture, Medicine and Psychiatry, N°9, pp. 423-437.

Lalonde, M. (1983). El concepto de "campo de la salud": una perspectiva canadiense. En OMS. Promoción de la Salud: una antología (pp.3-5). Publicación Científica N° 557, 1996. Washington DC.

Nutbeam, D. (1986) Glosario de Promoción de la Salud. En OMS. Promoción de la Salud: una antología (pp.387). Publicación Científica N° 557,1996. Washington DC.

OMS (2006). Promoción de la salud: logros y enseñanzas extraídas entre la Carta de Otawa y la Carta de Bangkok y perspectivas para el futuro, 132 ª Sesión del Comité Ejecutivo de la OMS. Recuperado 2 abril 2010 En *http://210.193.216.98/cps/rde/papp/techAdvice:techAdvice/http://www.paho.org/Spanish/GOV/CE/ce138-16-s.pdf*

Powles, J. (1992). Cambio de estilos de vida y salud, documento de antecedentes para las discusiones técnicas de la 43 Sesión del Comité Regional de setiembre de 1991 de la Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional para el Pacífico Occidental Manila, Filipinas. Asia Pacífico Journal de Nutrición Clínica, N°1, pp. 113-126. *http://jech.bmj.com/content/48/5/526.3.citation*

WHO, Regional Office for Europe (1983). Intervention studies related to lifestyles conductive to health, ICP/HED 019(3). Recuperado 8 mayo 2010. *http://whqlibdoc.who.int/euro/-1993/EUR_ICP_HSC_615.pdf*

WHO, Regional office for Europe (1982). Lifestyles and living conditions and their impact on health, ICP/HED 19(2). Recuperado 8 mayo 2010. *http://whqlibdoc.who.int/euro/-1993/ICP_HED_019_(2).pdf*

7

# Estilos de vida saludable: actividad física

Veronique Morel Gonay[1]


## Resumen

*La actividad física es una dimensión de los estilos de vida saludables de mucha importancia por su papel protector para la salud y por los múltiples beneficios físicos y sicosociales mencionados en la literatura científica. Basta caminar 30 minutos moderadamente durante 5 días a la semana para mejorar significativamente la calidad de vida. Sin embargo, la mayoría de la población es sedentaria (entre 50 y 60% en Costa Rica) y está expuesta a padecer las llamadas enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT). Para contrarrestar la inactividad física, organismos como la OPS han desarrollado la Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud (DPAS) en el 2004, los programas CARMEN y, en 2010, la CARTA DE TORONTO PARA LA PROMOCION DE LA ACTIVIDAD FÍSICA. A nivel nacional, muchas instituciones como la CCSS, el ICODER, el MEP, el Ministerio de Salud y las Universidades estatales están apoyando iniciativas, programas y campañas para erradicar el sedentarismo, pero queda mucho por hacer.*


## *Introducción*

La Promoción de la Salud como proceso dinámico para ejercer un mayor control sobre la salud

1 Egresada de la Licenciatura y Maestría en Ciencias del Movimiento Humano, Escuela de Educación Física, UCR.

tiene un abordaje multifactorial de variables que, a su vez, presentan una gran transversalidad. Se pueden visualizar entonces núcleos como la educación, los ingresos, los hábitos, la estructura familiar, el empleo y los estilos de vida saludable, entre otros.

Estos últimos abarcan, a su vez, dimensiones diferentes según el escenario en el cual se trabaja o se interviene. Las dimensiones que más se abordan en los programas, campañas e intervención en promoción de la salud son: la familia de las adicciones (tabaco, alcohol, drogas), alimentación saludable, sexualidad responsable, ambientes saludables salud mental, autocuidado, seguridad vial, actividad física y recreación. La actividad física y la recreación revisten especial importancia por ser considerados como factores protectores para la salud, ya que sus beneficios fueron ampliamente documentados en numerosas investigaciones.

## *Desarrollo*

### *La actividad física*

#### *Definición*

La actividad física se define como cualquier movimiento producido por los músculos esqueléticos que implica un gasto energético. Se refiere al tipo de esfuerzo físico que se practica asiduamente en el tiempo y la frecuencia (García-Artero & cols., 2007). Es una conducta que involucra a todos los grandes músculos del movimiento para cumplir las diferentes tareas durante el día (World Health Organization [WHO]).

La intensidad de la actividad física depende de la experiencia y el historial de ejercicio de cada individuo

como de su nivel relativo de condición física. Con estas especificidades, se establece una guía que puede variar de un individuo a otro y en tres niveles de actividad física según lo define el Cuestionario Internacional de Actividad física (IPAQ, de sus siglas en inglés *Internacional Physical Activity Questionaire*) y la definición elaborada por la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.).

Los METs son equivalentes metabólicos que comúnmente se utilizan para expresar la intensidad de las actividades físicas. El MET es la relación del valor metabólico relativo de una persona caminando con su taza metabólica en reposo. Un MET se define como el costo energético de una sesión tranquila y es equivalente al consumo calórico de 1kcal/kg/hora. Se estima que al comparar una sesión pausada, el consumo calórico de una persona es de tres a seis veces más alto que cuando está moderadamente activa (3-6 METs) y más de seis veces más alto cuando es vigorosamente activa (> 6 METs).

Ahora bien, ¿qué se considera un nivel de Actividad física aceptable que logre cumplir un papel protector para las llamadas enfermedades crónicas no transmisibles (E.C.N.T.) y asegure un estilo de vida saludable y activo?

Existen muchas recomendaciones generales sobre el tema. La OMS , citando al Colegio Americano de Medicina Deportiva (2007) y a la investigación de Strong y colaboradores (2005), recomienda un mínimo para mantener un buen estado de salud y reconoce que existe una dosis que responde a la relación correcta entre Actividad Física y Salud. Lo más importante y novedoso es que esa dosis puede ser **acumulativa en bloques de diez minutos** a través del día, logrando los mismos resultados que si fuera por treinta o veinte minutos seguidos. (WHO, s.f.).

**Tabla 1. Guía de Actividad Física por niveles de intensidad**

| Categoría 1 | Categoría 2 | Categoría 3 |
|---|---|---|
| Es el nivel más bajo de actividad física y representa aquellos que no entran en la categoría 2 ó 3 | Cualquiera de estos:<br>-3 o más días de actividad vigorosa de por lo menos 20 minutos /día o<br>–5 o más días de actividad moderada de por lo menos 30 min/día o<br>-5 o más días de una combinación de actividad moderada y vigorosa con un resultado de por lo menos 600 MET -min/ semana | Cualquiera de estos:<br>-actividad vigorosa durante por lo menos 3 días que acumule por lo menos 1500 MET-min/ semana o<br>-7 o más días de cualquier combinación de actividades moderadas y vigorosas que sumen por lo menos 3000 MET -min/semana |
| Actividad física de intensidad baja (< 3 METS)<br>Requiere de una cantidad mínima de esfuerzo en que no se modifica la frecuencia cardiaca | Actividad física de intensidad moderada (de 3-6 METS)<br>Requiere de una cantidad moderada de esfuerzo en que se acelera considerablemente la frecuencia cardiaca | Actividad física de intensidad vigorosa (> 6 METS)<br>Requiere de una gran cantidad de esfuerzo en que se ocasiona una respiración rápida y se aumenta substancialmente la frecuencia cardiaca |
| Ejemplos de ejercicio de baja intensidad: | Ejemplos de ejercicio de moderada intensidad: | Ejemplos de ejercicio vigoroso intensidad: |
| Caminar despacio | Caminata rápida | Trote |
| Lavar platos | Baile | Caminata rápida subiendo una colina |
| Regar el jardín | Jardinería | Bicicleta rápida |
| Manejar un carro | Trabajo doméstico | aeróbicos |

Fuente: Elaboración propia con base en IPAQ, 2005; W.H.O,s.f.

En las siguientes páginas, se presenta una tabla recapitulativa de las principales recomendaciones de organizaciones y asociaciones reconocidas y citadas en diferentes investigaciones sobre el tema (tabla 2).

### *Los determinantes de la actividad física*

Los determinantes de la actividad física son biológicos, demográficos, sicológicos, cognitivos, sociales, culturales, ambientales y conductuales. La falta de tiempo, el cansancio, los recursos limitados, la falta de seguridad, el estado actual de la salud y la falta de motivación son las barreras más comunes citadas como enemigos para participar en alguna actividad física.

La creciente urbanización en nuestra región es un determinante ambiental por considerar ya que América latina y el Caribe han llegado a convertirse en la región del mundo en desarrollo que tiene la mayor urbanización (el 60% habita en ciudades). Ese crecimiento acelerado dejó atrás el desarrollo de infraestructuras sociales y físicas, el nivel de empleo, los servicios de salud y la vivienda. Ese fenómeno contribuyó a la insuficiencia de los sistemas de transporte, aumento de la flota vehicular, del tráfico y de la contaminación ambiental y a un descenso de los niveles de actividad física tanto en el ámbito laboral como en el tiempo libre. (ver figura 1)

(CDC & ACSM, 1995; Fisher, 2007; OPS, 2006-2007)

Existen varios factores ambientales y sociales que actúan a favor o en contra de un estilo de vida activo. La familia y amigos pueden ser un ejemplo para seguir y convertirse en un elemento alentador mientras que las barreras ambientales pueden producir el efecto contrario. La falta de parques, aceras, iluminación, ciclo vías, barrios inseguros se convierten en pretextos para no

**Tabla 2. Actividad física recomendada para mantener un buen estado de salud según diferentes organizaciones.**

| Fuente | Población | Frecuencia | Tipo de actividad | Duración | Intensidad |
|---|---|---|---|---|---|
| Organización Mundial de la Salud (O.M.S.)(2002) | No especifica | Por lo menos 5 días /semana | No especifica | 30 min. | moderada |
| Organización Panamericana de la Salud (O.P.S.) Revisión del Colegio Am. De Med.Dep.(ACSM)/ Am. Heart Ass.(2007) y Strong *et al.* (2005). | Niños 5 / 18 años | Todos los días | aeróbica | 60 min. | moderada-vigorosa |
| | Adultos 18/ 65 años | 5 días/semana | aeróbica | 30 min. | Moderada |
| | | 3 días/semana | aeróbica | 20 min. | Vigorosa o vigorosa/moderada |
| | | 2 días/semana | Fuerza | De 8/12 repeticiones | De 8/10 ejercicios diferentes |
| | Adultos mayores > 65 años | Lo mismo que para los adultos | adaptado | Lo mismo que para los adultos | Adaptado + flexibilidad + equilibrio |
| ACSM (2006) | No especificado | Por lo menos 3 días/semana | | 20-60 min. continuo o intermitente | moderada |

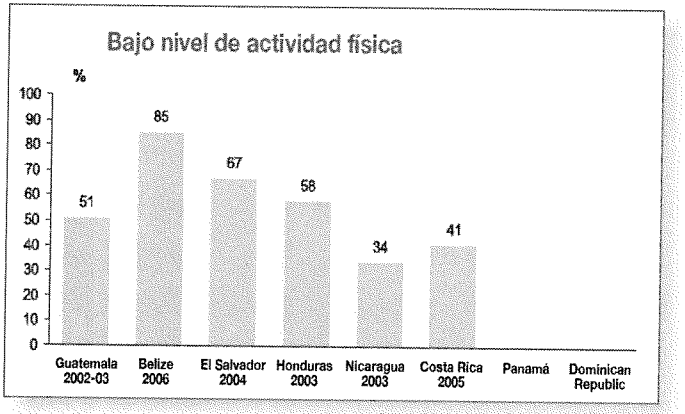
Continúa...

...continuación

| Fuente | Población | Frecuencia | Tipo de actividad | Duración | Intensidad |
|---|---|---|---|---|---|
| Recomendaciones del CDC (Centers for Disease Control) y (ACSM) (Pate *et ál.*,1995) | Adultos | Todos los días | No especificada | 30 min. o > | moderada |
| Matsudo & Matsudo, 2007 "AGITA SAO PAULO" | No especificado | Por lo menos 5 días/semana | No especificada | 30 min. continuo o acumulada | Leve a moderada |
| Salinas y Vio (2003) "VIDA CHILE" | No especificado | 3 días/semana | Caminar-estirar-recrearse-pausas activas en el trabajo | 30 min. | alta, media, baja de acuerdo a su ritmo personal |
| Monteiro & colaboradores (2003) | No especificado | 5 días/semana o > | Cualquier tipo de ejercicio o deporte | 30 min. | Actividad física en ratos libres (AFRL) |
| Pratt, Macera & Wang (2000) | No especificado | 3 días/semana o > | No especificada | Por lo menos 30 min. | Moderada o vigorosa |
| (Jacoby & otros,2003) | No especificado | Casi todos los días | Aeróbica | 30 min. | moderada |

Fuente: elaboración propia.

**Figura 1. Nivel de actividad física en áreas urbanas (ciudades capitales)**




Fuente: Fischer, 2007.

llevar una vida activa. Las costumbres como ver televisión, estar sentado frente a la computadora o la afición a los videojuegos son elementos que juegan a favor del sedentarismo, sobre todo en la población joven. Como ejemplo, en Costa Rica, un estudio del Instituto de Investigaciones Psicológicas de la UCR del 2010 indica que el 63.3% de los niños juegan videojuegos casi siempre solos y durante hasta seis horas (La Nación; 2010). La información, educación y publicidad se consideran como factores ambientales y a pesar de grandes esfuerzos hechos por organizaciones como la OPS, UNICEF y otras locales en ese sentido, pareciera que no se está ganando la guerra hacia estilos de vida saludables y activos. Mientras las campañas sobre dieta equilibrada y actividad física tocan a grupos pequeños, vemos como la información que circula mediante grandes difusiones publicitarias de productos alimenticios muy apetecidos pero altos en grasa, llega a un público mucho mayor.

### *Sedentarismo: Factor de riesgo*

La inactividad física ha llegado a convertirse en uno de los factores de riesgo más recurrentes en las llamadas enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT). Hace unos quince años se convirtió en un problema de salud pública que tiene el mismo riesgo relativo que la hipertensión arterial, la hipocolesterolemia y el tabaquismo. Las enfermedades no transmisibles (ENT) representan casi 70% de todas las causas de muerte en la Región de las Américas y afectan principalmente a personas de 18 a 70 años de edad.

Los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) perdidos debido a ENT tales como obesidad, accidentes cerebrovasculares, diabetes y cardiopatías en las Américas ascienden a 12,5 millones de AVAD. La mayoría de las ENT están relacionadas con la mala nutrición y el sedentarismo; un ejemplo de esa asociación es la alta tasa de obesidad presente en la región. Varias encuestas nacionales de América Latina y el Caribe muestran que casi el 50% de los adultos tiene sobrepeso y/o obesidad, alrededor de 10% de niños entre 5 y 7 años son obesos. (OPS, 2006-2007).

Costa Rica presenta datos similares:

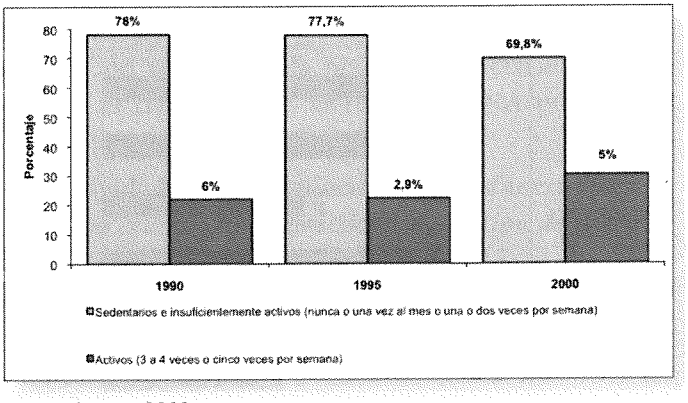
-De acuerdo con una investigación del Inciensa del año 2007, el 20% de los escolares ticos entre los 8 y los 10 años tiene alta probabilidades de desarrollar diabetes tipo dos, en lo cual la obesidad tiene una responsabilidad importante. (La Nación, 2007)

Los adultos costarricenses engordaron cinco kilos en los últimos 13 años y las consecuencias son que el 60% sufre de sobrepeso (62% para los hombres y 68.5% para las mujeres) mientras el 20% de menores entre los 5 y 12 años tienen sobrepeso, reveló la Encuesta Nacional de Nutrición 2008-2009 elaborada por el Ministerio de Salud.

En cuanto al **sedentarismo**, las cifras son igualmente alarmantes. Entre el 30 y el 60% de la población de la región no alcanza los niveles mínimos recomendados de actividad física. La inactividad física no solamente se asocia a las ECNT, pero también predispone a enfermedades mentales, acumulación de estrés, menor rendimiento escolar y menos interacción social. Cabe señalar que se presenta en mayor grado en los centros urbanos, aumenta con la edad y es mayor entre las mujeres. "Según datos recientes extraídos de varios estudios, las actividades recreativas, como deportes o ejercicios estructurales durante el tiempo libre, son la forma más común de actividad física en los sectores en mejor situación económica, mientras que la actividad física utilitaria, como caminar en vez de usar vehículos, es sumamente prevalente en los sectores de menores ingresos." (OPS, 2006-2007)

Los niveles de sedentarismo presentes en la región son parecidos a los encontrados en Costa Rica. Uno de los primeros estudios realizados en el país es del Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA) en 1990. Se manejo la actividad física como "cualquier actividad física en la cual se dedican, por lo menos, quince minutos por jornada, dos o más veces por semana, con una intencionalidad orientada al mejoramiento de la estética corporal y/o la salud". Arraya (2009) resalta a en su artículo sobre "sedentarismo en Costa Rica" una prevalencia alta de sujetos sedentarios e insuficientemente activos (entre un 80 y un 70% aproximadamente de la población costarricense) en los diez años abarcados por los estudios del IAFA. (figura 2)

**Figura 2. Población entre 12 y 70 años de edad, sedentaria e insuficientemente activa y sujetos activos en Costa Rica, entre 1990 - 2000. Encuestas sobre consumo de drogas. IAFA**




Fuente: Arraya, 2009.

En una encuesta domiciliar realizada en Costa Rica por la firma UNIMER en septiembre del 2006 (nivel de confianza 95%, tamaño de la muestra: 1207), se concluye que:

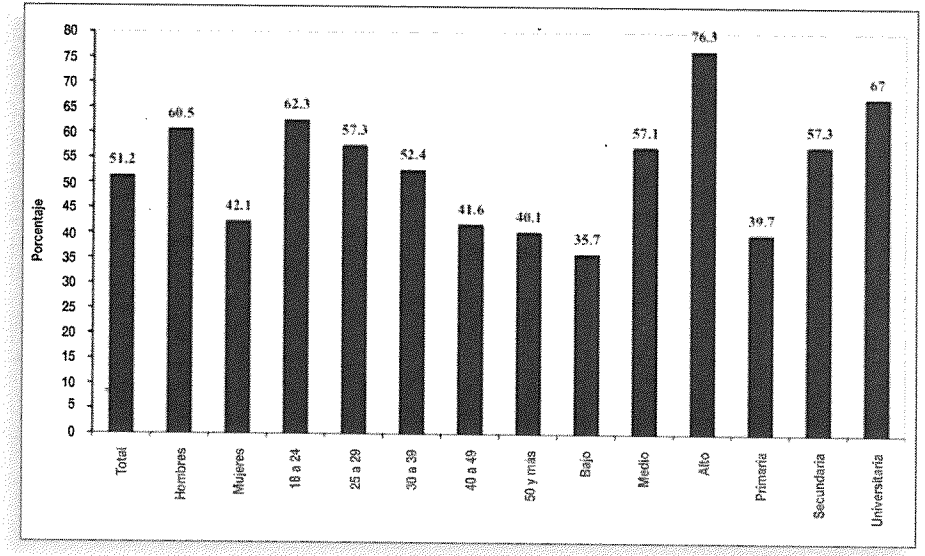
- la mitad de la población no practica deportes,
- la mujeres son más sedentarias que los hombres,
- el estrato más expuesto son los de más de 40 años
- y a mayor educación e ingreso, mayor actividad física. (Ver figura 3)

### *Práctica de actividades físicas*

Así lo confirma otro estudio del Instituto de Estudios Sociales en Población de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional (IDESPO-U.N.A.) realizados por Bustos y colaboradores (2005) donde se puede apreciar que un 43% de una muestra de la

**Figura 3. Porcentajes de personas que indicaron practicar algún deporte, por sexo, grupo de edad, nivel económico y educación. Encuesta Nacional de opinión pública. UNIMER. Setiembre 2006.**

**(n=1207)**



población de costarricense (600 personas de más de 18 años escogidas por cuota probalística) camina solamente una vez al mes o nunca, que casi un 67% sigue un programa de ejercicio una vez al mes o nunca y que el 67% dice practicar algún deporte una vez al mes o nunca.Con respecto a la práctica de actividades físicas, en el tiempo libre, el IDESPO-UNA publicó los siguientes resultados:

- **Actividades que requieren algún esfuerzo físico** como *"caminar"* y *"practicar algún tipo de deporte"* (26.5%).
- **Actividades que requieren esfuerzo físico "moderado"** como realización de *"actividades recreativas"*(bailar, pasear, compartir con familiares y amigos) y *"realizar labores domésticas"* (28.2%).
- **Actividades que no requieren mayor esfuerzo físico** como ver televisión, escuchar música, chatear, descansar, confeccionar manualidades, leer y hacer tareas escolares, que en conjunto constituyen 41% de las menciones (ver figura 4).

  (Arraya, G., 2009)

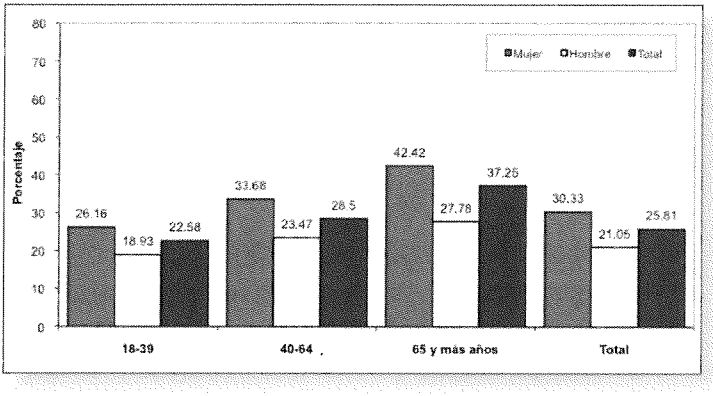
### *Actividad física, factor protector*

Muchos estudios epidemiológicos e investigaciones experimentales controladas han demostrado una relación inversa entre actividad física regular y riesgo de enfermedad coronaria, eventos cardíacos, diabetes mellitus insulinodependiente, osteoporosis, cáncer de colón, ansiedad, depresión y muerte.

Ser activo presenta beneficios físicos y sicosociales. Dentro de los beneficios físicos se nota que:

- mejora el perfil lipídico, la resistencia a la insulina, el control la glicemia y la composición corporal,

**Figura 4. Población sedentaria e insuficientemente activa* según sexo y grupo de edad. Encuesta IDESPO-UNA. Entrevista telefónica. Muestra nacional. Costa Rica, agosto de 2005.**




Fuente: Arraya, 2009

- ayuda en el control del peso,
- mejora la movilidad articular,
- reduce o previene la hipertensión arterial, la osteoporosis y la obesidad
- mejora la condición física y la fuerza muscular
- aumenta la densidad ósea
- aumenta la longevidad.

Se aprecia que para los beneficios sicosociales se:

- aumenta la auto-estima,
- mejora la auto-imagen y el bienestar
- se alivia el estrés,
- disminuye la depresión y el aislamiento social
- se mantiene la autonomía.

CDC & ACSM, 1995, Maheca, S., 2008

*Acción-Reacción*

Aunque la mayoría de esos beneficios han sido divulgados y son conocidos por muchos, predominan los estilos de vida sedentarios.

**Estrategias globales**

Consciente de la amplitud del problema, la 57.a Asamblea Mundial de la Salud ratifica en mayo de 2004, la Estrategia mundial de la OMS sobre régimen alimentario, actividad física y salud (DPAS) después de considerar la carga creciente de las enfermedades no transmisibles (ENT) y pruebas científicas irrefutables de la eficacia de las intervenciones preventivas, que pueden prevenir hasta 80% de los casos de diabetes y enfermedades cardiovasculares y 30% de algunos tipos de cáncer. (OPS, 2006-2007).

En abril 2006, Costa Rica fue la sede de una reunión para la implementación de las prioridades por seguir en América Latina y el Caribe para el DPAS. Para la OMS, esa estrategia es un importante instrumento internacional y una herramienta esencial de apoyo a todas las políticas nacionales y regionales que buscan la promoción de una dieta saludable y una vida activa. La reunión-taller de San José tenía como objetivo evaluar el papel del sector de salud pública en la prevención de ECNT y, muy especialmente, en la promoción de la salud a través de la actividad física y de una dieta saludable, identificando estrategias de intervención para cosechar el mayor impacto posible.(OMS & OPS, 2006)

En mayo del 2010, en Toronto , Canadá, se realizo el Tercer Congreso Internacional de actividad física y salud pública bajo el título de "Movilizando la investigación para la acción global en políticas y prácticas." El objetivo de este 3er Congreso era ofrecer un foro científico en el

cual los delegados de todo el mundo pudieran reunirse para tratar y debatir las últimas evidencias científicas relativas a la contribución de la actividad física regular a la salud pública. Se puso énfasis en la identificación de las áreas del conocimiento científico que serán de mayor interés para profesionales y encargados de tomar decisiones. En particular, el enfoque se centro en los **resultados** y los **determinantes** de la actividad física y la salud. El resultado del Congreso 2010 es asimilar, interpretar y compartir la evidencia científica con los principales actores que están en posición para desarrollar recomendaciones concernientes a las políticas y programas de actividad física eficaces en sus propias jurisdicciones.

De ese Congreso nació la *Carta de Toronto para la promocion de la actividad física* como un compromiso político, de medidas políticas y sistemas de apoyo para la promoción y mantenimiento de la mejora de la salud por la actividad física. Esta Carta es un llamado a todos los países, regiones y comunidades a fin de que se esfuercen para conseguir un mayor compromiso político y de acción comunitaria y así logren que la actividad física sea para todos.

Algunos principios rectores coherentes con la estrategia global de la OMS y otras instancias son las siguientes:

- Adoptar estrategias basadas en evidencia para la actividad física que tengan como objetivo toda la población;
- Adoptar de manera agresiva los determinantes sociales, ambientales y físicos de la actividad física;
- Organizar por etapas un enfoque basado en las necesidades de las diferentes poblaciones, niños, jóvenes, adultos y adultos mayores;
- Implementar acciones sostenibles en diferentes niveles y sectores para lograr un mayor impacto;

- Apoyar la capacitación de los sistemas de salud pública en la investigación, práctica y formación, incluida la capacidad a la creatividad.

El marco para la acción se concentra en cinco áreas: implementar un plan de acción nacional, desarrollar asociaciones para la acción, reorientar los servicios y la financiación para dar prioridad a la actividad física (en educación, transporte, salud, planificación, deporte y recreación), introducir reglamentos y políticas que fomenten la actividad física, adoptar enfoques a nivel comunitario en escuelas, en ciudades y suburbios, en los lugares de trabajo, en la atención primaria, en el deporte y la recreación. (ICPAPH,2010)

**Estrategias nacionales**

El Instituto Costarricense del Deporte y la Recreación (ICODER) tiene un origen muy reciente, ya que por la Ley 7.800 surge el 1° de agosto de 1998, como una institución semi autónoma del Estado, con personería jurídica propia e independencia administrativa. El ICODER tiene como fin primordial la promoción, el apoyo y el estímulo de la práctica individual y colectiva del deporte y la recreación de los habitantes de la República, componente fundamental para la salud integral de la población. Por esta razón y, considerando la importancia que tiene el deporte para prevenir varios tipos de enfermedades y aumentar el nivel de vida saludable de las personas, la Presidencia de la República decretó en el 2002 la subordinación del ICODER al Sector Salud.

El ICODER desarrolla una serie de actividades como los Juegos Nacionales, juegos deportivos estudiantiles con el M.E.P., apoyo a federaciones y asociaciones, iniciación deportiva, capacitación a dirigentes, entrenadores, deportistas y árbitros. Sin embargo, ha dejado de ser

protagonista en algunos eventos sociales como los campamentos y los festivales de oportunidades. Constituye un apoyo importante por los Comités Cantonales de Deporte y Recreación (CCDR) los cuales dependen de las municipalidades y administrar los parques recreativos del ICODER distribuidos en todo el país. En el 2009, contrata unos cincuenta promotores de actividad física para activar físicamente comunidades y se está a la espera de los resultados. (Bustamente, 2010; ICODER, 2010)

En el año 2005, se crea la RECAFIS (Red Costarricense de Actividad Física) mediante el decreto ejecutivo n.º 32886 firmado por el Presidente de la República, Oscar Arias Sánchez, y seis ministros. Está integrada por múltiples instituciones como el Ministerio de Salud, la Caja Costarricense del Seguro Social, la Organización Panamericana de la Salud , el Ministerio de Educación Pública , el Instituto Nacional de Aprendizaje , el Instituto Costarricense del Deporte y la Recreación , el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social , las cuatro universidades estatales (UCR,UNA,ITCR,UNED) y la EARTH , el Consejo de la Persona Joven , el Instituto de Alcoholismo y Fármaco Dependencia , el Consejo Salud Ocupacional , Acueductos y Alcantarillados y el Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud. Sus principales objetivos son promover la actividad física, la recreación y el deporte en espacios apropiados y seguros para que la población adopte estilos de vida saludable , fomentar programas y coordinar planes y programas nacionales y cantonales. La RECAFIS se hace presente con afiches y eventos puntuales como caminatas para el día de la actividad física (15 de abril) y coordina la creación y mantenimiento de redes cantonales de actividad física. (Claramund, 2009)

El Programa CARMEN Costa Rica se enmarca dentro de los Programas Comunitarios de Promoción de Estilos

de Vida Saludable. Está auspiciado por las oficinas centrales de la Organización Panamericana de la Salud (O.P.S) y la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) y fue presentado en el año 2004. Dentro de las estrategias de política se destaca la Promoción de estilos de vida saludables (EVS) y la regulación de programas que propicien los EVS. El Programa CARMEN busca promover el desarrollo de acciones integradas e innovadoras para la educación de la población en la adquisición de prácticas y hábitos saludables. Su ámbito de intervención es la familia, la comunidad, las escuelas y colegios, los centros de trabajo, los servicios de salud y la industria y comercio. Como experiencia del Programa de Promoción de Estilos de Vida Saludable existe la iniciativa de PROEVISA cuya misión es ser un modelo de experiencias locales de promoción de la salud orientado al mejoramiento de estilos de vida saludable y a la prevención de las enfermedades cardiovasculares. Se trabaja con mucho tipo de intervenciones:

- actividades promocionales, preventivas y asistenciales (Feria de EVS, Proevisa Infantil, ambientes laborables saludables, grupo de obesidad y Tercera Edad, entre otros);
- actividades educativas con capacitación de personal de salud y líderes comunales;
- alianzas estratégicas con universidades, empresas y organizaciones comunales

Muchas instituciones han también contribuidas a la promoción de la actividad física:

- La CCSS con el mantenimiento de grupos de actividad física en sus clínicas respectivas que son dirigidos mayoritariamente a los adultos mayores.
- Las Municipalidades han dedicado una parte de su presupuesto a los Comités Cantonales de Deporte y

Recreación y propiciando programas específicos para la promoción de estilos de vida saludable (Municipalidad de San José).

- Las universidades estatales han ofrecido oportunidades de ser activos abriendo sus instalaciones, propiciando programas para diferentes tipo de población.
- El Ministerio de Educación Pública, aunque le falta llenar plazas de profesores de educación física en la educación primaria, acaba de iniciar una campaña en las escuela que se titula "15 minutos de ejercicio" incitando a los maestros y maestras a que los niños se activen dentro o fuera del aula.

## *Conclusión*

Aunque falta mucho por recorrer, la estrategia de la Promoción de la Salud activada por el Ministerio de Salud nos refuerza en nuestras convicciones para unir esfuerzos hacia estilos de vida más saludable y activos. Si la población llegara a adoptar una vida menos sedentaria, habría un beneficio inmediato en la salud en general de la población y en el bienestar individual.

Un estilo de vida activo no requiere de un intenso programa de ejercicio intenso y vigoroso, bastan 30 minutos de una actividad física moderada durante cinco días a la semana. Esos pequeños cambios que aumentan sustantivamente el nivel de actividad física permitirían reducir el riesgo de enfermedades crónicas y contribuir a una mejor calidad de vida.

# *Referencias bibliográficas*


Arraya, G. (2009.). Sedentarismo en costa rica: análisis de estudios realizados entre 1990 y 2007 (versión resumida del artículo). Obtenido a través de la RECAFIS, Red Costarricense de Actividad Física.

Boraita, A. (2008). Ejercicio, piedra angular de la prevención cardiovascular. Prevención cardiovascular (III) Servicio de Cardiología. Centro de Medicina del Deporte. Consejo Superior de Deporte. Madrid. España. Rev Esp Cardiol. 2008;61(5):514-28.

Bustamante, R. (2010). El ICODER, Instituto costarricense de deporte y recreación. Ponencia a los estudiantes del Bachillerato de Promoción de la Salud de la Escuela de Salud Pública, UCR.

Bustos V. Ana Lucía, Padilla V. Raymi, Pernudi C. Vilma, Sandoval C. Irma, Solano A. Norman. (2005) Percepciones de la población costarricense sobre la salud y los estilos de vida. Instituto de Estudios Sociales en Población, Facultad de Ciencias Sociales de la U.N.A. OP´S 40, setiembre 2005, ISSN 1659-007 (versión electrónica).

CDC & ACSM (1995). Actividad física y Salud Pública: Recomendaciones del Centro de Control y Prevención de Enfermedades y del Colegio Americano de Medicina Deportiva. (A recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine).Revista de la Asociación Médica Americana (JAMA)Vol. 273, N.º 5, febrero 1. Extraído el 7/01/2009 en: *http://jama.ama-assn.org/cgi/content/abstract/273/5/402*

Claramund, M. (2009). RECAFIS, la Red Costarricense de Actividad Física. Ponencia a los estudiantes del Bachillerato de Promoción de la Salud de la Escuela de Salud Pública, UCR.

Fisher, M.(2007). Estrategias para promover comportamientos a favor de la actividad física a nivel individual y de población. Exposición del X Curso Internacional de Actividad física y Salud Pública, Guatemala, del mes de noviembre. Patrocinado por la OPS e INCAP.

García-Artero E. & colbs. (2007). El perfil lipídico-metabólico en los adolescentes está más influido por la condición física que por la actividad física (estudio AVENA). Revista Española Cardiología; 60: 581-588 ISSN:1579-2242.

Jacoby E., Bull F., Neiman A. (2003). Cambios acelerados del estilo de vida obligan a fomentar la actividad física como prioridad en la Región de las Américas. Rev.Panam.Salud Pública 14(4). (versión electrónica).

ICODER (2010) extraído el 20/05/2010 de *http://www.icoder.go.cr/icoder*

ICPAPH (2010). Carta de Toronto para la promoción de la actividad física. Extraido en mayo del 2010 de www.icpaph2010.org

IPAQ (2005) (versión electrónica). Guía para procesar datos y análisis del Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ) [Guidelines for Data Processing and Análisis of the Internacional Physical Activity Questionnaire (IPAQ) ]. Extraido el 26/12/2008 de *www.ipaq.ki.se*

Padres se preocupan por dieta de niños, pero no por sedentarismo. (2007, noviembre 20). En La Nación , Sección Salud & Familia, Aldea Global, pag. 22A.

Maheca, S.(2008) Actividad física: pasaporte para la salud. Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul – CELAFISCS & Programa Agita São Paulo.Material electrónico recopilado en el Curso de "Actividad Física y Salud Pública, San José, Costa Rica, mayo del 2008.

Matsudo Mehecha, Sandra & Matsudo Rodrigues, Victor.Agita Sao Paulo: Promoción de una vida activa como forma de vida en Brasil. Material electrónico recopilado en el Curso de "Actividad Física y Salud Pública, en Antigua, Guatemala, en noviembre del 2007.

Monteiro, C.A., Conde, W.L., Matsudo, S.M., Matsudo, V.R., Monseñor, I.M., Lotufo, P.A. (2003). Epidemiología descriptiva de la actividad física en horas libres en el Brasil, 19961997. Rev Panam Salud [online]. Publica vol. 14 N.° 4 [cited 2009-01-06], pp.246-254 Washington Oct. 2003. Disponible en: *http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892003000900005&lng=en&nrm=iso* >.

Niños ticos juegan videojuegos solos y hasta por seis horas al dia. (2010, febrero 3). En La Nación , Sección Salud & Familia, Aldea Global, pag.18A.

OPS(2006-2007). Estrategia Mundial sobre Alimentación Saludable, Actividad Física y Salud (DPAS) Plan de Implementacion en América Latina y el Caribe. DPC/NUT/001-06 Distribución: Limitada Washington,D.C. Versión 8: 10 de marzo de 2006.

Organización Panamericana de la Salud (O.P.S.)(2007). Estrategia Regional y Plan de Acción para un Enfoque Integrado Sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades Crónicas. Biblioteca Sede OPS- Catalogo en la fuente. Washington, D.C: OPS [versión electrónica].

OPS, OMS (2006). Impulso panamericano en favor de una dieta saludable y actividad física. Comunicado de prensa, extraido el 17/05/2010 del sitio web de la OPS.

Pratt, M., Macera, C.A. & Wang, G.(2000) Altos Costos Médicos Directos asociados con la Inactividad Física (Higher Direct Medical Costs Asociated with Physical Inactivity). The Physican & Sportsmedecine: vol.28, N.° 10 [versión electrónica] disponible en *http://ww.skiffmed.*

*com/documents/LightSidenewsletters/2008/LightSide8-08.pdf*

Salinas, Judith & Vio, Fernando (2003). Promoción de salud y actividad física en Chile: política prioritaria. Rev.Panam.Salud Pública v.14(n.4). (versión electrónica) doi: 10.1590/S1020-49892003000900015

Strong, W.B., Malina, R., Blimkie,C.,Daniels, S.,Dishman, R., Gutin, B., Hergenroeder, A., Must, A., Nixon, P., Pivarni, J., Rowland, T.,Trost, S.,Trudeau, F. (2005). Evidence based Physical Activity for School-age Youth. The Journal of Pediatrics. Volume 146, Issue 6, Pages 732-737 (June 2005).

Unimer (2006).Encuesta Nacional de Opinión Pública. Unimer Research Internacional.[versión electrónica] Contacto: Paniagua Gamboa, Carlos, Presidente (cpaniagua@unimerri.com).

World Health Organization (WHO).Recommended Amount of Physical Activity [Recomendaciones acerca de la Actividad física] (s.f). Extraido el 26 de diciembre del 2008 de: *http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/en/index.html*

World Health Organization (WHO). Recommended Amount of Physical Activity [Recomendaciones acerca de la Actividad física] (s.f). Extraido el 26 de diciembre del 2008 de: *http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/en/index.html*

8

# Costa Rica: pobreza y desigualdad como determinantes de la salud en los últimos 20 años

Isabel Román Vega[1]

Resumen

*Costa Rica es un país que a lo largo de su historia acumuló logros significativos en materia de desarrollo humano, la mayoría de los cuales están asociados a indicadores de salud. Este es el resultado de un proceso en el cual se apostó a una visión estratégica de sociedad que puso como centro del desarrollo a las personas y promovió políticas sociales en salud y educación fundamentadas en los principios de universalidad y solidaridad. La persistencia y el incremento de fenómenos como la pobreza y la desigualdad en los últimos 20 años crean un contexto adverso. Continuar avanzando en estos campos y plantea nuevos desafíos para preservar los logros alcanzados y seguir extendiendo el derecho de la población a una vida larga y sana.*

## *Introducción*

A mediados del siglo XX el país construyó una visión estratégica de sociedad y política social fundamentada en los principios de universalidad y solidaridad, que tiene como punto de partida el reconocimiento

1 Socióloga, coordinadora capítulo Equidad e Integración Social del Informe Estado de la Nación.

de los derechos sociales de los ciudadanos y señala al Estado como principal garante de esos derechos e instrumento para concretarlos.

La institucionalización de la política social, la promoción de políticas universales -a partir de 1950- en las áreas de salud, seguridad social, vivienda, acceso a agua potable, electricidad y educación, así como el crecimiento económico, fueron elementos clave que permitieron una mejora sostenida en materia de desarrollo humano.

## *Desarollo*

### *Una apuesta por el desarrollo humano*

El cuadro 1 destaca resultados importantes obtenidos por el país, como la reducción de la mortalidad infantil, la desnutrición y el analfabetismo, el incremento en la esperanza de vida, la ampliación de la seguridad social, el acceso a agua potable domiciliaria y la cobertura de líneas telefónicas. En algunos indicadores se registran logros notables que han sido reconocidos internacionalmente; tal es el caso de la mortalidad infantil: el país alcanzó veinticinco años antes de lo previsto (en 1975) la meta fijada por las Naciones Unidas para el 2000, en la tasa de mortalidad de niños menores de 5 años (Rosero, 1985). Otro esfuerzo relevante fue el aumento en la esperanza de vida, que pasó de 55,6 años en 1950, a 65,4 en 1970 y 79,2 en 2008. Destaca también el incremento de la cobertura en la seguridad social que pasó de 8% en 1950 a 88% en el 2008, con lo cual el país logro colocarse en un lugar privilegiado en América Latina, después de Cuba.

Entre las leyes promulgadas y los hechos relevantes que sirven de base a estos resultados están entre otros la aprobación del Código de Trabajo, la incorporación

**Cuadro 1. Costa Rica: indicadores de largo plazo[a/]**

| Indicador | 1940 | 1950 | 1960 | 1970 | 1980 | 1990 | 2000 | 2008 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Índice de desarrollo humano | | | 0,55 | 0,65 | 0,75 | 0,85 | 0,79 | 0,84 |
| Población (miles) | 656 | 812 | 1.199 | 1.758 | 2.302 | 3.050 | 3.925 | 4.451 |
| Hogares pobres (%) | | | 50 | 29 | 19 | 27 | 21 | 17,7 |
| Esperanza de vida al nacer (años) | 46,9 | 55,6 | 62,5 | 65,4 | 72,6 | 76,7 | 77,7 | 79,2 |
| Mortalidad infantil (por mil nacidos vivos) | 123 | 90 | 68 | 61 | 19 | 15 | 10 | 9 |
| Desnutrición en menores de 6 años (%) | | | 14 | 12 | 4 | 4 | 3 | 3 |
| Cobertura contributiva de la seguridad social (%) | | 8 | 15 | 39 | 70 | 82 | 88 | 88 |
| Población con agua domiciliaria (por mil habitantes) | | | 64,0 | 77,0 | 86,0 | 94,1 | 97,4 | 100 |
| Analfabetismo en mayores de 12 años (%) | 27 | 21 | 16 | 13 | 10 | 7 | 5 | |
| Escolaridad promedio de la población de 25 años y más (años) | | 3,1 | 3,6 | 5,3 | 5,9 | | 7,4 | 8,6 |

Continúa...

...continuación

| Indicador | 1940 | 1950 | 1960 | 1970 | 1980 | 1990 | 2000 | 2008 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Líneas telefónicas instaladas (por diez mil habitantes) | | | 74,2 | 231,8 | 788,2 | 1.028 | 2.538,1 | 3.366,3 |
| Coeficiente de Gini, de los hogares | | | 0,310 | | 0,352 | 0,374 | 0,412 | 0,421 |
| PIB per cápita (US$1990) | 702 | 847 | 1,080 | 1,501 | 2,032 | 1,829 | 3.315 | 5.860 |
| PEA femenina (%) | | 15 | 16 | 19 | 22 | 30 | 35 | 36 |
| Déficit Gobierno Central/PIB (%) | | 0,03 | 0,94 | 1,40 | 8,97 | 3,40 | 2,98 | 2,09 |
| Gastos totales del Gobierno/PIB (%) | | 2,1 | 4,9 | 6,6 | 12,2 | 12,0 | 15,6 | 16,1 |

a/ Se utiliza el dato disponible del año o alguno cercano al inicio de la década.

Fuente: PNUD, CCP-UCR, INEC, MINAE, Ministerio de Salud, CCSS, MOPT, ICE, BCCR, Bureau of Economic Analysis.

de las Garantías Sociales en la Constitución Política de la República (de 1949), la nacionalización bancaria, la abolición del ejército y la creación de instituciones clave para el desarrollo nacional, como el Instituto Nacional de Vivienda y Urbanismo (INVU) en 1954, el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (ICAA) en 1961, el Instituto Costarricense de Electricidad (ICE), el Ministerio de Educación y la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS).

En materia de seguridad social el país forjó un sistema de salud y pensiones sustentado en tres principios básicos: universalidad en la cobertura, solidaridad en el financiamiento y equidad en el acceso. Por **universalidad** se entiende que el sistema debe cubrir y proteger a todos los ciudadanos con servicios de atención integral, incorporándolos al sistema con plenos derechos y deberes y sin limitaciones geográficas, sociales, económicas o culturales. La **solidaridad y obligatoriedad en el financiamiento** se refiere a que cada individuo debe cotizar al Seguro Social de acuerdo con sus posibilidades, para un fondo común. Se concibe como necesario en este marco decretar la obligatoriedad de los seguros sociales (regímenes de Enfermedad y Maternidad y Riesgos de Trabajo). La **equidad** se refiere a la aspiración de reducir las diferencias entre los niveles de salud y entre las distintas regiones y poblaciones del país. Equidad se entiende como igualdad de acceso a la salud en forma oportuna, eficiente y de buena calidad para todos los usuarios.

La aplicación de estos principios y el impulso de estrategias novedosas de atención de la población, entre las que destacan iniciativas como el "Hospital sin Paredes" promovido en los años setenta, la ampliación de las coberturas de salud en distintas modalidades entre los ochenta y los noventa o la creación de los Equipos Básicos

de Atención denominados "EBAIS", en los noventa permitieron logros significativos y cambios sustanciales en el perfil epidemiológico de la población costarricense.

En materia de universalidad, los datos de la CCSS indican que la cobertura del seguro de salud pasó de 81,9% en 1990 a 85,3% de la población en el 2002 y un 88% en el 2008. El aumento en la cobertura se explican por las estrategias de ampliación a sectores específicos como por ejemplo los jóvenes o bien el establecimiento, en 1984, de la modalidad de aseguramiento por Cuenta del Estado, que cubre a personas pobres que no puede asegurarse por las otras modalidades.

El análisis de la evolución en la mortalidad por causas de muerte, indica que Costa Rica experimentó a finales del siglo pasado una transformación radical en su perfil epidemiológico que estuvo asociado directamente con los logros del país en materia de esperanza de vida, mortalidad infantil y fecundidad. Del predominio, en los años cincuenta y sesenta, de enfermedades transmisibles como diarreas, infecciones respiratorias, malaria y tuberculosis, el país pasó a un predominio de las enfermedades crónicas y degenerativas, junto con las patologías sociales. En la Costa Rica de hoy predominan ampliamente las muertes por problemas cardiovasculares, cáncer y vías respiratorias crónicas como enfisema y asma. Después están las enfermedades y muertes asociadas al comportamiento y estilos de vida que incluyen los accidentes de tránsito, los homicidios y otra clase de accidentes, la diabetes, el alcoholismo y el uso de drogas ilícitas que en conjunto producen la mayor pérdida de años de vida saludable en la década. Los noventa se caracterizaron por la emergencia de las patologías sociales como uno de los principales problemas de la salud pública costarricense (Miranda y Del Valle, 2004). Este nuevo perfil se caracteriza por exigir una

atención en salud de mayor costo dada la complejidad de las enfermedades y la inversión que requieren las acciones preventivas.

Además de lo anterior, el país ha experimentado en los últimos 20 años cambios importantes en su estructura demográfica que plantean retos relevantes al sistema público de salud. Dichos cambios estas asociados con fenómenos como: la baja sustantiva en la tasa de fecundidad, la creciente esperanza de vida de la población y el desarrollo de coyunturas importantes como el llamado "bono demográfico" período que permitirá al país, aproximadamente hasta el 2020, contar con una relación favorable en la tasa de dependencia demográfica de los ocupados. Asimismo estos cambios demográficos colocan al país en la antesala de una nueva etapa caracterizada por el incremento en el envejecimiento de la población que, según nuestros demógrafos implicará un aumento progresivo de las personas mayores de 60 años, las cuales pasarán de representar el 9% del total de la población en el 2010 a un 30 % en el 2060, lo que significa cerca de un millón setecientos mil personas en estas edades (Rosero:2004).

## *Pobreza y desigualdad: determinantes en la salud de las personas*

Lograr que las personas tengan acceso a una vida larga y sana que les permita ejercer sus facultades físicas e intelectuales en una aspiración básica en materia de desarrollo humano. Entre los determinantes sociales que pueden afectar el logro de esta aspiración, figuran, entre algunos principales, la pobreza y el incremento de la desigualdad. En este apartado se ofrece una visión general de cómo han evolucionado estos fenómenos en Costa Rica

condicionando los esfuerzos que se realizan por asegurar el derecho de la población a la salud.

### *Comportamiento de la pobreza y la inversión social entre 1980 y el 2008*

La información disponible para conocer la evolución de la pobreza entre 1950 y 1980 es fragmentaria y no es posible contar con una serie estadística. Lo que se sabe es que el porcentaje de familias pobres: "disminuyó de 51% en 1961 a un 39% en 1971 y es cercano a una cuarta parte de la familias en 1977, en medio de la bonanza cafetalera" (Céspedes y Jiménez, 1995). Como se observa en el cuadro 1, entre 1950 y 1980 el estilo de desarrollo costarricense mostró ser exitoso en reducir de manera notable los niveles de pobreza, en un marco general de crecimiento económico, estabilidad política y nulo gasto militar. El primero de estos factores fue sin duda un elemento clave: los años setenta mostraron una evolución muy favorable de la economía, pues la producción total, la producción per cápita y los salarios mínimos reales crecieron a tasas anuales del 7%, 3,3% y 2,1%, respectivamente (Trejos *et ál.*, 1995).

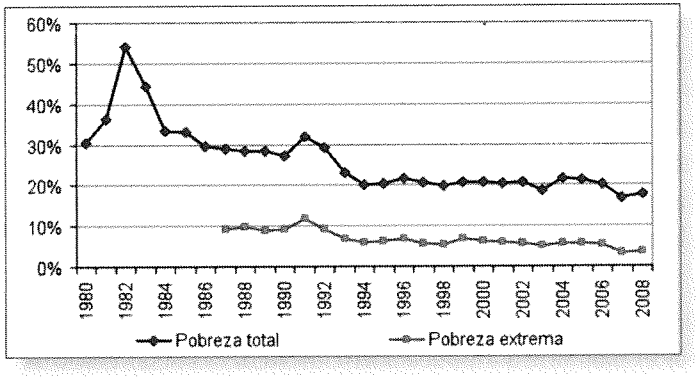
En la década de los setenta, a la par del crecimiento económico y del desarrollo de las políticas universales, se dio también la implementación de programas orientados a brindar atención especial a la población pobre del país, fundamentalmente a través del IMAS y el Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares (Fodesaf) creado en 1974. Estas entidades, junto con el INA, el Ministerio de Salud y la CCSS pusieron énfasis en las áreas de salud, nutrición y educación técnica, con lo que se pretendía apoyar de manera directa la formación de los recursos humanos en su etapa inicial de desarrollo e incrementar su potencial a largo plazo (Trejos J.D *et ál.*, 1995).

A principios de los años ochenta Costa Rica, como el resto de América Latina, vivió una fuerte crisis económica como resultado del aumento en los precios del petróleo y en la deuda externa. Este hecho tuvo severos impactos sociales, entre los que destacan un incremento significativo de la pobreza, que llegó afectar a cerca del 50% de los hogares según el método de línea de pobreza (gráfico 1) y la caída de la inversión social, especialmente en salud y educación.

Para hacer frente a los efectos de la crisis, en 1984 se puso en marcha un plan de compensación social y una serie de acciones tendientes a preservar el empleo público y aumentar los ingresos tributarios. Estos esfuerzos permitieron apuntalar instituciones clave como la CCSS y el Fodesaf, de modo que para 1987 la pobreza había descendido al 32% (Trejos JD, 1998).

Durante el resto de la década de los ochenta, la proporción de hogares pobres permaneció estable, pero a principios de los años noventa volvió a aumentar (a 35,4% y 33%

**Gráfico 1. Costa Rica: evolución de la incidencia de la pobreza. 1980-2008.**




Fuente: Trejos, 2005.

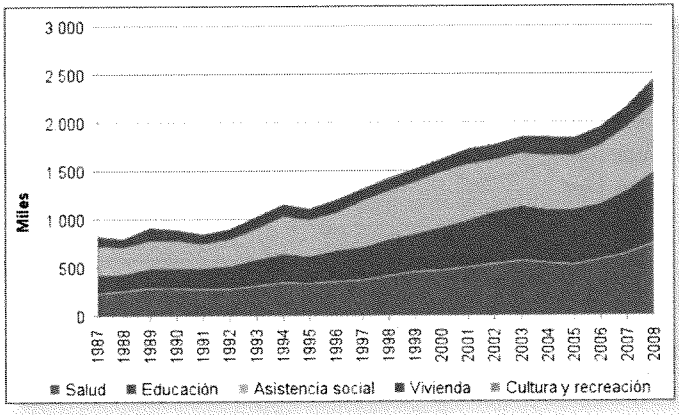
en 1991 y 1992, respectivamente), para luego disminuir y alcanzar su nivel mínimo en 1994 (22,9%). Después de ese año, y por más de una década, la pobreza se mantuvo estancada en alrededor de un 20%, hasta el año 2007, cuando se logró reducirla al 16,7%. En el 2008 afectó a un 17,7% de los hogares (Informe Estado de la Nación, 2008).

En los años noventa el país realizó un esfuerzo importante por recobrar la inversión social, particularmente en salud y educación, Esto permitió, entre otras cosas, recuperar coberturas educativas perdidas en los años ochenta, en especial en secundaria, además de ampliar la atención en salud mediante la creación de los "Equipos Básicos de Atención Integral en Salud" (EBAIS), sobre todo en las zonas fronterizas y las áreas rurales. Fue precisamente el peso de la inversión en las políticas universales de salud y educación, y no en las políticas focalizadas, lo que hizo que en este período se registraran notables mejoras en la situación de los hogares pobres, y que la incidencia de la pobreza se mantuviera en alrededor del 20% (gráfico 3).

Aunque la recuperación general de los años noventa fue significativa, el país no logró recobrar la inversión social per cápita que tuvo en los años previos a la crisis de los ochenta. Asimismo, en ese período la inversión mostró importantes grados de vulnerabilidad, asociados a coyunturas de bajo crecimiento económico y restricción fiscal, que volvieron especialmente volátil la asignación de recursos a los programas sociales.

Para el 2008 el gasto social "per cápita" dedicado a salud en el país sigue siendo uno de los más importantes en el país junto a educación y asistencia social como se observa en el gráfico 2.

**Gráfico 2. Costa Rica. Gasto público social real per cápita total, según sectores sociales, 2008.**



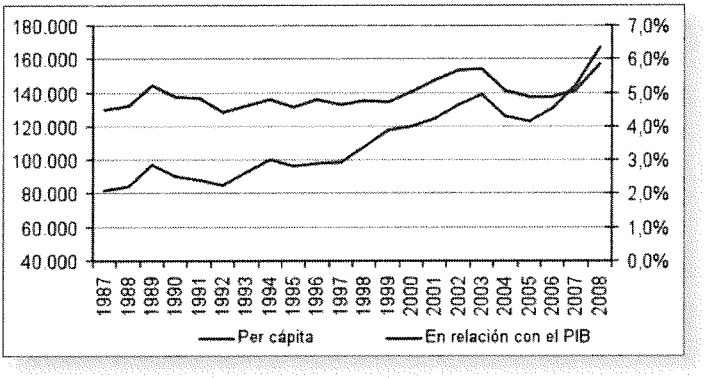

Fuente: Elaboración propia con base en datos de la Autoridad Presupuestaria.

Visto en términos reales "per cápita" y respecto del Producto Interno Bruto (PIB) el gasto social en salud ha venido mostrando un crecimiento en los últimos años, luego de un período de relativo estancamiento en la mayor parte de los años noventa como se observa en el gráfico 3.

### *Reducción poco sostenible de la pobreza*

Entre el 2000 y el 2008 el hecho más relevante en materia de pobreza fue la reducción que experimentó en el año 2007, cuando se logró reducir al 16,7% de los hogares, situación que se explica por la combinación de varios factores. En materia económica, los resultados se asociaron en forma directa al alto crecimiento que el país logró por tercer año consecutivo y que favoreció la generación de empleo (96.000 personas), especialmente formal y calificado, y un incremento del 9,6% en el ingreso promedio real de los ocupados, que benefició en mayor medida

**Gráfico 3. Costa Rica. Gasto público social real en salud, total y per cápita. Colones de julio de 2006.**

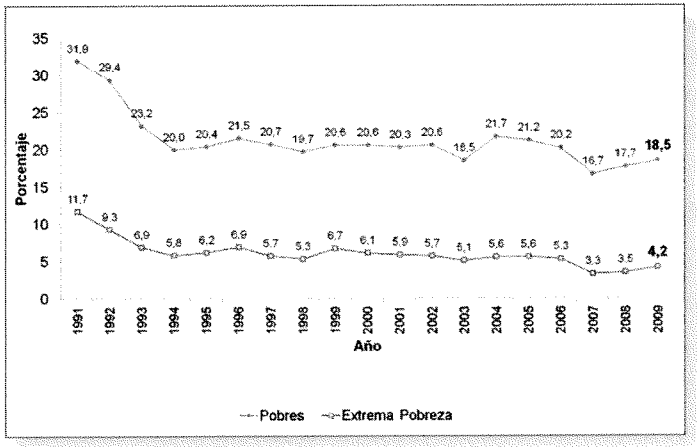



Fuente: Elaboración propia con base en datos de la Autoridad Presupuestaria.

al sector informal y a los trabajadores no calificados, por lo general vinculados a la pobreza. En materia demográfica el aporte provino del crecimiento de la fuerza de trabajo que, por primera vez, superó los dos millones de personas, así como del aumento de la participación laboral, en particular de las mujeres, que alcanzó un 41,6%. Asimismo, el mayor número de ocupados por hogar contribuyó a elevar el ingreso promedio en más de un 13%. En materia política, figuró la decisión de destinar buena parte del incremento de los recursos fiscales a fortalecer la inversión social, en especial algunos programas focalizados, como el régimen no contributivo de pensiones y el programa "Avancemos", que en conjunto ayudaron a reducir en cerca de 1,7 puntos la pobreza total y en 2 puntos la extrema (XIV Informe Estado de la Nación, 2008).

Lamentablemente, esta reducción no fue sostenible y los datos de pobreza volvieron a aumentar a un 17,7% en el 2008 y a 18,5 en el 2009, lo que implica un retroceso en la reducción que había empezado a mostrar a partir del 2006.

**Gráfico 4. Porcentaje de hogares pobres por nivel de pobreza, 1991-2009.**




Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, INEC, 2009.

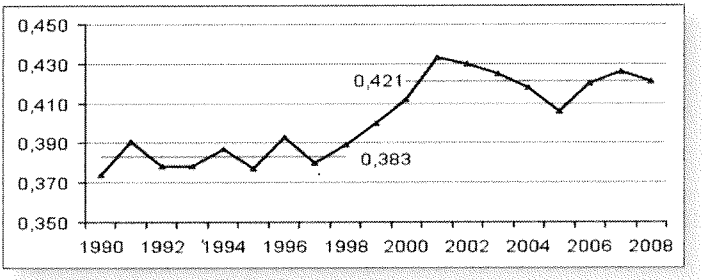
## *Incremento de la desigualdad*

Los principales estudios realizados en el país coinciden en señalar que, entre 1950 y 2004, la pobreza mostró dos comportamientos claramente diferenciados: una reducción sostenida, con algunos años de aumentos coyunturales (principios de los ochenta y los noventa) y un estancamiento en alrededor del 20% a partir de 1994. Por el contrario, la desigualdad pasó de una tendencia de estabilidad en un nivel moderado, a un incremento relevante a finales del siglo XX. El gran cambio entre los períodos 1950-1980 y 1990-2004 parece estar asociado a la variable desigualdad, que evidencia el paso de un estilo de desarrollo distributivo a otro con tendencias concentradoras (Román: 2006).

Luego de mantener grados de desigualdad medio-bajos, similar a países desarrollados, esta situación empezó

a variar sustancialmente a finales del siglo pasado, cuando los indicadores de desigualdad comenzaron a mostrar un crecimiento significativo. El llamado Coeficiente de Gini que va de 1 a 0 y 0 es la máxima igualdad y 1 la mayor desigualdad paso de 0,374 en 1990 a 0,421 en el 2007, como se observa en el siguiente gráfico.

**Gráfico 5. Evolución del coeficiente de gini.**




Fuente: Sauma, 2009 a partir de las EHPM del INEC.

La relación entre los ingresos de los hogares más ricos respecto de los más pobres se reduce. Era de 16 veces entre 2007 y 2008 en el caso de los hogares de los deciles X y I, y de 9,6 a 9 veces en los quintiles V y I (Sauma, 2009).

Las causas que explican este incremento de la desigualdad son variadas y están asociados a múltiples factores dentro de los cuales destacan:

- **El comportamiento de empleo** especialmente por un crecimiento más dinámico del empleo informal respecto al formal y una caída del empleo agropecuario (Sauma, 2003 y 2004).
- **El comportamiento de los ingresos laborales**, especialmente la concentración en la distribución de

los ingresos laborales relacionada con el aumento de la ocupación formal, especialmente de los trabajadores calificados y en los ingresos laborales de esos ocupados que alcanza a duplicar los ingresos del sector informal y agropecuario (Sauma y Sánchez 2003).

- **El estancamiento de los salarios mínimos** de los trabajadores especialmente entre 1999 y el 2005 y la persistencia de un porcentaje importante de trabajadores (cerca del 34%) que ganan menos de ese salario mínimo establecido por ley (PEN, varias ediciones).
- **El estilo de crecimiento económico,** muy concentrado en algunas actividades (exportaciones no tradicionales, turismo, sector financiero, etc.) con débiles encadenamientos productivos y fiscales (PEN, varias ediciones).
- **Un incremento de distancias por razones de ingresos,** educación y horas trabajadas por hombres y mujeres entre 1988 y 2004 (Gindling y Trejos, 2004).

## *Desafíos de la salud pública ante la pobreza y la desigualdad*

El hecho de que desde 1990 el país no haya sido capaz de reducir de manera sistemática la pobreza y que, por el otro lado haya aumentado la desigualdad de los ingresos entre los grupos sociales, enciende una señal de alarma para el sistema de salud pública nacional. Si bien no pueden establecerse relaciones de causalidad directas entre estos fenómenos y la salud, si es posible señalar que estos generan un contexto adverso para que la seguridad social del país pueda seguir avanzando en el logro de sus principales objetivos y principios.

Cuando se observa el perfil de la población de menores ingresos en contraposición con la de mayores ingresos en el

país (cuadro 2), se concluye que los primeros son sectores vulnerables que por sus condiciones están más expuestos a problemas de salud en la medida en que son familias con mayor número de miembros por hogar; mayores tasas de dependencia demográfica y económica, mayor presencia de jefaturas femeninas, con miembros con bajos niveles de escolaridad y mayores problemas de empleo e ingresos en general.

**Cuadro 2. Características de los hogares y de las personas con ingreso conocido, según deciles de ingreso per cápita del hogar (2007).**

| | Todos los deciles | I decil | X decil |
|---|---|---|---|
| Personas | 4.120.726 | 487.522 | 290.002 |
| Hogares | 1.114.293 | 111.605 | 106.561 |
| Miembros por hogar | 3,7 | 4,4 | 2,7 |
| Fuerza de trabajo por hogar | 1,7 | 1,1 | 1,7 |
| Ocupados por hogar | 1,6 | 1,0 | 1,6 |
| Ingreso promedio por hogar | 451.691 | 88.886 | 1.539.108 |
| Ingreso per cápita por hogar | 122.143 | 20.348 | 565.544 |
| Hogares con jefatura femenina (%) | 29,6 | 36,3 | 23,6 |
| Distribución del ingreso por hogar | 100,0 | 2,0 | 32,6 |
| Relación de dependencia demográfica | 0,5 | 1,0 | 0,3 |
| Relación de dependencia económica | 1,2 | 3,0 | 0,6 |
| Escolaridad promedio (15 años o más) | 8,1 | 5,5 | 13,2 |
| Tasa de desempleo abierto | 4,6 | 13,8 | 1,1 |
| Tasa neta de participación | 56,6 | 37,6 | 69,6 |

Fuente: Sauma, 2008 con datos de las EHPM del INEC.

Atender a estas poblaciones resulta prioritario para el país y para el sistema nacional de salud en la medida que esto puede contribuir a evitar la ampliación de las brechas sociales que existen y sobre las cuales el Informe del Estado de la Nación ha venido señalando en sus distintas ediciones.

Al interior del sector salud existen rezagos que atender en materia de cobertura de salud para poblaciones específicas (trabajadores domésticas y trabajadores independientes); manifestaciones territoriales de las brechas de equidad en salud que se manifiestan tanto en indicadores de resultado en salud (la tasa de mortalidad infantil y mortalidad por cáncer, el riesgo de morir por enfermedades cardiovasculares (Aparicio y Morera, 2005), así como en indicadores sobre el proceso de prestación de los servicios de salud como las tasas de hospitalizaciones evitables, que identifican egresos hospitalarios generados por problemas de salud susceptibles de ser resueltos en la atención primaria y ambulatoria; y la cantidad de población adscrita a cada EBAIS. Figuran también desafíos en materia de calidad de los servicios con asuntos urgentes de atender como el tema de las filas, el déficit de EBAIS y de especialistas así como en materia de modernización de la infraestructura hospitalaria y sus equipos a fin de garantizar en la medida de lo posible una atención oportuna a todos los asegurados.

## *Conclusiones*

La crisis que la economía mundial enfrentó entre el 2008 y el 2009 y cuyo fin todavía es incierto, sirvió al país nuestro sistema de salud para tomar mayor conciencia de sus fortalezas, debilidades y desafíos. Sobre estos últimos está claro que deben fortalecerse las políticas de

extensión de las coberturas de salud y pensiones a trabajadores y trabajadoras asalariados e independientes; mantener las transferencias fiscales del Estado asignadas a las prestaciones no contributivas de salud; aumentar la eficiencia y calidad de los servicios, cerrar brechas de equidad de género en materia de pensiones que aún persisten, así como fortalecer las estrategias de diferencias de atención en las áreas de salud sobre la base de estudios que indaguen respecto de los distintos factores de riesgo y causas que pueden estar explicando las diferencias que se han venido documentando en materia de resultados de salud en algunas zonas del país.

El derecho a una vida larga y sana es una aspiración básica en materia de desarrollo humano respecto de la cual la salud pública en Costa Rica ha jugado y deberá seguir jugando hacia futuro un rol fundamental.

## *Referencias bibliográficas*


Aparicio, Amada y Melvin Morera (2005). Análisis espacial y temporal de la mortalidad por cáncer en Costa Rica, UCR y CCSS, San José Costa Rica. 2.

Céspedes, Víctor Hugo y Jiménez, Ronulfo (1995). La pobreza en Costa Rica, concepto, medición y evolución. Academia de Centroamérica, Estudios 11, San José, Costa Rica.

Gindling, T.H. y Trejos, Juan Diego (2006). ¿Por qué aumenta la desigualdad la distribución del Ingreso laboral? Ponencia preparada para el Simposio de la Encuesta de Ingresos y Gastos, INEC-IICE-CCP-Estado de la Nación, San José, Costa Rica.

Rosero, Luis (2004). "Situación demográfica general de Costa Rica". En López, Grettel, Herrera Reinaldo (editores). Evolución Demográfica de Costa Rica y su Impacto en los Sistemas de Salud y Pensiones, I Jornada

Anual, Academia de Centroamérica. San José, Costa Rica, Román, Vega Isabel, Costa Rica: Principales tendencias en materia de desigualdad y pobreza en el período 1950-2004, 2007 (en prensa).

Miranda y del Valle (2004). Perfil de la violencia en Costa Rica. Ponencia presentada al Décimo Informe sobre el Estado de la Nación, San José, Costa Rica.

Sauma, Pablo (2003). Mercado de trabajo, distribución del ingreso y pobreza. Ponencia presentada para el Noveno Informe sobre el Estado de la Nación, San José, Costa Rica.

Sauma, Pablo (2004). Distribución del ingreso, pobreza y vulnerabilidad social Ponencia presentada para el Noveno Informe sobre el Estado de la Nación, San José, Costa Rica.

Sauma Pablo (2008). Pobreza, desigualdad del ingreso y empleo: situación actual y algunos escenarios prospectivos. Ponencia presentada para el Décimo Cuarto Informe sobre el Estado de la Nación, San José, Costa Rica.

Sauma, Pablo (2009). Pobreza, desigualdad del ingreso y empleo: lecciones aprendidas en un contexto de menor crecimiento. Ponencia presentada para el Décimo Quinto Informe sobre el Estado de la Nación, San José, Costa Rica.

Sauma, Pablo y Sánchez, Marco V. (2003). Exportaciones. Crecimiento Económico, desigualad y pobreza. Editorial ISI, 1 ed, San José, Costa Rica.

Programa Estado de la Nación (ediciones 2000 al 2008). Duodécimo Informe Estado de la Nación. CONARE-Defensoría de los Habitantes. San José, Costa Rica.

Trejos, Juan Diego (1995). Empleo, distribución del ingreso y pobreza durante los inicios del ajuste en Costa Rica, 1987-1992. IICE-UCR, Serie Documentos de Trabajo, N.º 173, San José, Costa Rica.

_____ (2004). Evolución de la equidad en la inversión social pública en los noventa. Ponencia presentada al Decimo Informe sobre el Estado de la Nación, San José, Costa Rica.

_____ (1998). "La política social y la valorización de los recursos humanos". En Garnier, Leonardo *et ál.* Costa Rica: Entre la ilusión y la desesperanza (una alternativa para el desarrollo). Ed. Guayacán, San José, Costa Rica.

9

# Organización de la oferta de los servicios de salud en Costa Rica

*Álvaro Salas Chaves*[1]

Resumen

*En este trabajo se analiza la organización de los servicios de salud en Costa Rica como un proceso continuo que se inicia con la creación de la Oficina de Higiene de la Secretaría de Gobernación y Policía, la Secretaría de Salubridad y Bienestar Social. Posteriormente el Ministerio de Salud, la creación de la Caja Costarricense de Seguro Social y la integración de la oferta de servicios de salud públicos. La organización de los servicios de salud avanza por dos caminos paralelos que tienen un punto de encuentro con el Primer Plan Nacional de Salud y la Ley de Traspasos Hospitalarios; de ahí en adelante caminan juntos: prevención y curación de la enfermedad, rehabilitación, promoción de la salud, docencia e investigación. En ese largo camino han predominado el modelo de atención con un fuerte componente biologista y médico-céntrico, y a partir de los noventa, el modelo de atención integral de la salud en el primer nivel, en un espacio geográfico-poblacional, ejercido por equipos de salud.*

## *Introducción*

En los servicios de salud de cualquier país del mundo se definen dos elementos centrales del

1 Médico, especialista en Administración de Servicios de Salud, Director de la Dirección de Centros Especializados de la Gerencia Médica de la CCSS. Presidente Ejecutivo de la CCSS 1994-1998. Profesor de la Escuela de Salud Pública y del Sistema de Estudios de Posgrado, Universidad de Costa Rica.

ideario nacional, que corresponden a dos concepciones fundamentales: la equidad y el bienestar ciudadano.

No existe nada más concreto que la práctica diaria de los servicios de salud. Se trata de servicios de atención directa a las personas en tres momentos importantes: como parte de los cuidados de la salud (prevención), o frente a la amenaza de una enfermedad o cuando la persona se encuentra disminuida en sus capacidades (atención de la enfermedad), o como parte de los programas de promoción de la salud cuando se hace realidad la responsabilidad del Estado, asumida y manifiesta en la Constitución Política y sus leyes, en cuanto a velar por el bienestar de los individuos y las familias (enunciado) y respecto a la calidad de vida de los ciudadanos (resultado).

Se deben responder las siguientes preguntas: ¿Son los servicios de salud para todos los ciudadanos sin distingos de género, capacidad de pago, estatus migratorio; o son servicios para aquellas personas que ostentan un carné de asegurado, una cédula de identidad o dinero en el bolsillo para cubrir los costos de esos servicios? ¿Son servicios para los que viven en la ciudad y el campo, aún cuando vivan en lugares remotos o de difícil acceso; o son servicios para las personas ubicadas en las ciudades y sus alrededores?

Desde otro punto de vista: ¿Son servicios de salud especialmente concebidos para madres y sus hijos pequeños, donde se incluyen programas de atención para las personas mayores y los adolescentes? ¿Se trata de servicios de salud con una apertura programática para cada uno de los grupos de la comunidad? ¿Son servicios de salud resultado de un modelo de atención integral de la salud, donde la curación y la prevención, la promoción de la salud y la rehabilitación, la docencia y la investigación son componentes inseparables?

ó, ¿son servicios asistenciales para la atención de síntomas, de tipo biologista y de respuesta farmacológica, como han sido tradicionalmente?

Estas y otras preguntas deberán ser respondidas en la organización de la oferta de los servicios de salud a las personas de una determinada sociedad o país.

# *Desarrollo*

## *Antecedentes históricos obligados*

Los modelos de atención y de gestión de los servicios de salud en Costa Rica, son el resultado de una cultura sanitaria de décadas que se desarrolló a lo largo del tiempo, sumando y aportando hitos, hacia la concepción integral de la atención de la enfermedad y los cuidados de la salud. Se han asimilado los aprendizajes y las prácticas de los programas de salud que desde hace muchos años asumieron el reto de cambiar las rígidas estructuras de la organización de esos servicios y que se atrevieron a romper con el pasado.

### *Programa nacional de salud rural y salud comunitaria*

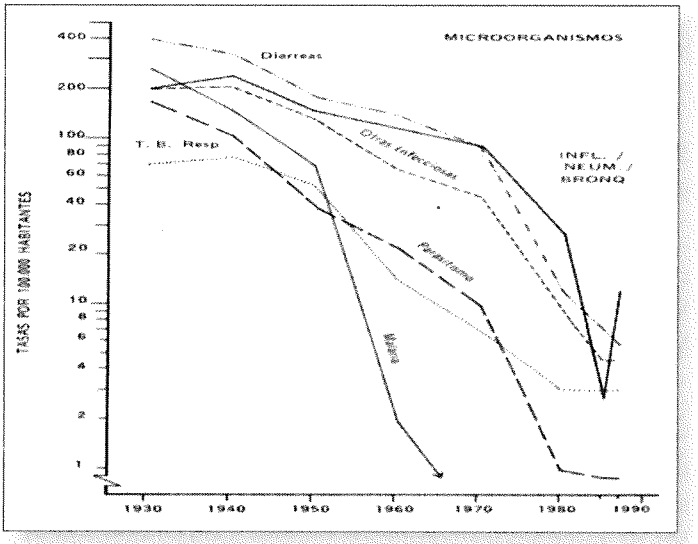
El programa individual más importante en el desarrollo de la Salud Pública y los servicios de salud en Costa Rica, fue el "Programa Salud Rural y Comunitaria" del Ministerio de Salud de los años 70.

El Programa marcó un hito en el desarrollo de los servicios del cuidado de la salud. Se dotó a la comunidad de servicios de salud básicos, a través de los centros de salud (antiguas Unidades Sanitarias) y una red de puestos de salud en las comunidades con poblaciones menores de quinientos habitantes.

Tuvo la genialidad de capacitar a cientos de rociadores de DDT que estaban en el campo y las regiones selváticas en todo el país, como los primeros técnicos de atención primaria para: aplicar vacunas, suministrar antiparasitarios a los niños en las escuelas y en las viviendas; proporcionar hierro a todas las mujeres embarazadas y continuar realizando las visitas domiciliares que este personal ejecutaba con anterioridad.

Acciones sencillas de salud realizadas por un personal técnico muy comprometido en el nivel local, cambiaron el perfil epidemiológico, en una forma acelerada, que otros países con mayores recursos económicos, como lo demuestra L. Rosero en el gráfico siguiente. A partir de los años 60 y 70 es notable la caída vertical de la mortalidad por causas infecciosas y parasitarias.

**Tasas estandarizadas de mortalidad por causa**
**Costa Rica: 1930-1986**




Fuente: Rosero, L. (36)
Unidad de Planificación Médica, C.C.S.S.

La educación, la aplicación de tecnologías sanitarias simples y sostenibles financieramente, y la participación ciudadana en la salud, demostraron que pueden producir grandes cambios: pasar del paradigma de las enfermedades infecciosas y parasitarias, la desnutrición y la muerte, hacia el paradigma de la salud y la vida.

Así, por ejemplo, en materia de mortalidad infantil la reducción relativa porcentual respecto a 1970 (61.5/mil), va disminuyendo cada año hasta alcanzar en 1987 con una tasa de 17.6/mil y un porcentaje de reducción de 71.4%.

### *Los CEN-CINAI*

Es de gran importancia la dotación de alimentos a las poblaciones más vulnerables del país a través de los Centros de Educación y Nutrición, CEN. El programa fue el resultado de años de prácticas exitosas que incluyeron la dotación de alimentos a la madre embarazada, a los prescolares y los escolares en zonas urbanas marginadas y rurales alejadas del país.

Además, se logró la coordinación estrecha entre las instituciones del sector social: alimentación y nutrición, servicios de salud, agua a través de los acueductos rurales y casas de habitación de interés social, provistas por el Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS), financiadas a través del Programa de Asignaciones Familiares.

### *Programa Hospital sin Paredes*

El Programa Hospital sin Paredes, liderado por el Dr. Juan Guillermo Ortiz Guier en los años 70 en San Ramón de Alajuela, demostró que la atención y los cuidados de la salud tienen niveles claramente definidos y que el hospital comunitario tiene un rol preciso en esa definición;

además, que los técnicos de salud juegan un papel fundamental en la base de la pirámide de la atención.

Demostró, además, que el cuidado de la salud es un problema de equipos y no de profesiones o tecnologías individuales. Por tanto, lo que se requiere es la formación de equipos de trabajo y la discusión de los problemas detectados por el técnico de atención primaria, el promotor de la salud, la auxiliar de enfermería y el médico general y que juntos se abocaron a buscar las soluciones.

Demostró, también, que la salud es un movilizador social que facilita la incorporación de todos los sectores sociales en el vehículo del desarrollo y el progreso; que no hay salud sin empleo y buenos salarios; que el saneamiento básico y ambiental humano, es una condición para la sostenibilidad del bienestar; que la incorporación de los ciudadanos sanos, inteligentes y con capacidad de aprender, son los únicos en condiciones de plantearse el desarrollo. El Programa Hospital sin Paredes es un ejemplo de la estrategia de Atención Primaria en Acción, como lo establece W. Vargas (2007) en su libro.

### *Programa de San Antonio de Nicoya*

El Programa de San Antonio de Nicoya liderado por el pediatra Guillermo Robles Arias en los años 70 en Guanacaste, jugó un papel esencial en el compromiso de la CCSS en los programas de atención primaria; rompiendo con los esquemas tradicionales introdujo a la Seguridad Social Costarricense en los programas de Salud Rural y Comunitaria (A. L. Fernández).

El programa de San Antonio, contó con la colaboración de los residentes de pediatría y médicos del Servicio de Pediatría del Hospital México. Los principios en que se basó no son diferentes a los de salud rural y

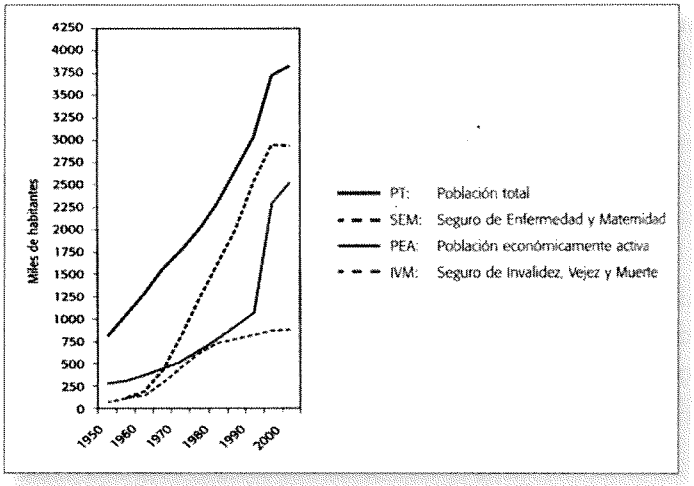
comunitaria y del programa del Hospital sin Paredes de San Ramón.

### *Los programas de extensión de cobertura de la Caja Costarricense de Seguro Social.*

La gran revolución de la Seguridad Social costarricense se produjo en las décadas 60 y 70. El gráfico siguiente muestra el vertiginoso crecimiento del número de costarricenses y de la población económicamente activa, cubierta por los Seguros de Enfermedad y Maternidad (SEM) y de Invalidez, Vejez y Muerte (IVM), (G. Miranda).

Además, la CCSS inició acciones intensivas de construcción de clínicas y sucursales por todo el país; a la vez, se necesitaba gran número de profesionales de la salud y se otorgaron becas a contingentes de médicos,

**Aumento de la población nacional y aumento de la cobertura del Seguro Social**




Fuente: Memorias institucionales.

enfermeras, microbiólogos, farmacéuticos y trabajadores sociales y otros profesionales para que se formaran en la Universidad de Costa Rica.

### *Las cooperativas de salud*

La primera gran síntesis del modelo de atención de la salud costarricense la realizaron los pioneros de las cooperativas de salud (F. Marín y M. Vargas). El aporte de estos profesionales y sus equipos a la comprensión del modelo de atención integral de la salud, sigue siendo la luz que aún hoy ilumina el sendero de la atención integral de la salud en Costa Rica.

Veinte años después cada sector de salud tiene el equipo básico constituido por un asistente técnico de atención primaria de la salud, ATAPS, quien realiza las visitas domiciliares de acuerdo con una programación anual, refiere a las personas que así lo ameritan al médico y a la enfermera, aplica las vacunas casa por casa y mantiene la ficha familiar al día con los cambios demográficos que se generan en su seno: nacimientos, defunciones, traslados de familiares, aparición de enfermedades crónicas, problemas de violencia familiar, drogadicción y otros.

La auxiliar de enfermería ejecuta visitas domiciliarias, educa promueve la salud. En el establecimiento aplica vacunas, realiza curaciones, prepara la consulta médica, entre otras.

El médico general divide su tiempo en dos: la atención directa de los pacientes que requieren ser tratados en forma aguda y la atención de los enfermos crónicos que requieren de atención y educación, lo que incluye tanto a los pacientes como a los cuidadores y sus familiares.

## *El modelo de atención y de gestión en salud*

Los antecedentes mencionados contribuyeron en la definición del Modelo de Atención y de Gestión en Salud adoptado por la CCSS en la década de los noventa. En ese periodo se produce la reforma del sector salud donde se definen los siguientes componentes: la Rectoría Sectorial del Ministerio de Salud, la institución proveedora nacional de servicios de públicos de salud; reorganización de la Caja Costarricense de Seguro Social; la recaudación y financiamiento de la seguridad social, SICERE (Sistema Centralizado de Recaudación); el modelo de atención integral de salud o la readecuación del modelo de atención y el fortalecimiento de INCIENSA.

### *Los principios de la Seguridad Social costarricense*

- **Solidaridad:** posiblemente sea el principio más reconocido por los costarricenses, ya que en los 61 años de seguridad social ha sido el más evidente y claro. En doctrina de la seguridad social se considera que las personas con mayores recursos contribuirán con el financiamiento de los que tienen menos.
- **Equidad:** principio que plantea la eliminación de desigualdades inaceptables en un sistema diseñado para ser universal y solidario, para ser la base de un sistema de protección social. El principio plantea el reconocimiento de que existen diferencias entre las personas y, por tanto, el modelo de atención reconoce esas necesidades que deben ser atendidas a través de los programas y las actividades.
- **Universalidad:** se refiere a la cobertura de servicios de salud y pensiones de todos los habitantes en el territorio nacional, indistintamente de su nacionalidad o condición de aseguramiento. Se considera

igualmente importante el concepto de universalidad contributiva, de esta manera se tienen los derechos y también los deberes.

- **Obligatoriedad:** dos consideraciones importantes son que todos los ciudadanos tenemos la obligación de pertenecer al sistema nacional de salud y por otro lado, todos debemos contribuir a su financiamiento. Es indispensable que se cumplan los dos requisitos.
- **Participación social:** se ha hecho un gran esfuerzo para garantizar la participación de la sociedad civil organizada a través de las Juntas de Salud y Seguridad Social. La Ley 7852 de Desconcentración Administrativa de la Caja Costarricense de Seguros Social abre la posibilidad de la participación de los grupos de ciudadanos organizados, de los asegurados y sus patronos para regir el destino de los servicios de salud, hospitales y áreas de salud, a través de elecciones que se realizan cada cuatro años en todo el país.

### *Los principios de la Atención Primaria de la Salud*

El Modelo de Atención y Gestión de la Salud costarricense, se basa en los principios de la APS, como queda establecido en la definición de los valores de la Renovación de la APS, relativos a la búsqueda del mayor nivel posible de salud para todos los ciudadanos, con equidad y solidaridad.

## *El nuevo modelo de atención integral de salud*

El Nuevo Modelo busca superar los esquemas basados en un enfoque predominantemente curativo y la atención de la libre demanda, que ha generado gran insatisfacción entre los usuarios y proveedores de los servicios

de salud en el país, y poner en práctica a un modelo de atención mucho más integral, que opere según los niveles de mayor equidad y solidaridad.

*Características generales*

El modelo propuesto se caracteriza por:

a. **Solidaridad:** el sistema propuesto promueve que la carga financiera se distribuya de manera justa entre todos los miembros de la sociedad. Esto es que, la contribución al financiamiento de la red de servicios se realice de acuerdo con las posibilidades económicas de cada persona, la familia y la comunidad; la solidaridad de los individuos y cantones más ricos hacia los de menor capacidad económica; de los sanos hacia los enfermos, de los jóvenes hacia las personas mayores, de los hombres hacia las mujeres, de los adultos hacia los niños.
b. **Enfoque integral:** el modelo de atención propuesto se caracterizará por la aplicación de un enfoque biopsicosocial del proceso salud-enfermedad, y por una atención integral y continua de las necesidades de la población, con énfasis en las acciones de promoción y prevención, fundamentadas en la estrategia de atención primaria, y en el fomento de los factores protectores de la salud, a nivel individual, familiar y social.

El **enfoque integral** se distingue por:

- **Integralidad:** el modelo explicativo de los problemas que utiliza es el multicausal y la oferta básica de servicios que ofrece el nuevo modelo de atención, se caracteriza por las respuestas holísticas a las necesidades y problemas de salud, lo cual incluye acciones de promoción, prevención de riesgos, daños y

enfermedades, diagnóstico y tratamiento de la morbilidad; rehabilitación y reinserción social, vigilancia epidemiológica, recuperación y mejoramiento del ambiente y planificación y gerencia local estratégica. Desde el punto de vista del sujeto de la atención, el modelo dirige sus esfuerzos no sólo al individuo, sino también a la familia, la comunidad y el ambiente.

- **Continuidad:** el cuidado de la salud de las personas, la familia y la comunidad, es continuo en el tiempo y el espacio poblacional, asignado al equipo de salud.
- **Multidisciplinaridad:** la composición del equipo de salud y el abordaje de los problemas, son multidisciplinarios. En todo momento, evita "medicalizar" las soluciones o respuestas del sistema de salud.
- **Amplia participación social:** el desarrollo de un nuevo modelo de atención integral de la salud, exige la participación social activa, conciente y con plenos derechos y deberes. De manera progresiva se deben establecer espacios reales y democráticos de participación comunitaria, en aspectos tales como: proceso de toma de decisiones de carácter estratégico, análisis de la situación de salud, elaboración y ejecución de los planes de salud, fomento de estilos de vida sana, auto-cuidado individual y colectivo, y fiscalización y evaluación de los servicios.
- **Mayor eficiencia, eficacia y calidad:** estas tres variables están relacionadas entre sí: sin eficiencia y eficacia no hay calidad y, sin calidad y eficiencia, las acciones en salud no logran los resultados esperados.

El nuevo modelo de atención, por sí solo, no garantiza una mayor calidad, eficacia o eficiencia de los servicios de salud. Gran parte de estas cualidades tienen que ver con la capacidad de gestión institucional.

El modelo que aquí se propone, contempla elementos organizativos y funcionales, que apuntan en esa dirección, entre ellos:

- Definiciones explícitas de una oferta básica, con fundamento en las necesidades prioritarias de salud, nacionales y locales.
- Planificación local estratégica, como eje del proceso de gestión.
- La asignación al equipo de salud de responsabilidades bien definidas, en un espacio geográfico-poblacional claramente delimitado.
- El escalonamiento de la oferta de servicios, según niveles de atención adecuadamente establecidos.
- Uso obligatorio de un sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes.
- Evaluación sobre la base de resultados.
- Incorporación de la comunidad al proceso de planificación, control y evaluación de los servicios.
- Descentralización de la gestión; y
- Establecimiento de instancias formales de coordinación intra e intersectorial.

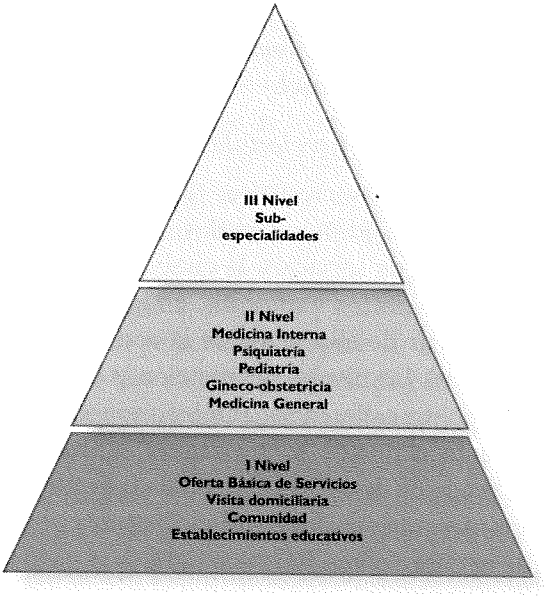
### *Bases organizativas y funcionales del nuevo modelo*

Las principales características operativas del nuevo modelo de atención, giran alrededor de la definición de una oferta básica de servicios, la cual debe ser garantizada a toda la población asegurada, en igualdad de condiciones. A partir de ella se define la conformación del equipo de salud, los niveles de atención y el sistema de referencia y contrarreferencia. También son importantes en este aspecto, el tipo de "sectorización" sanitaria que se adopte, el grado de descentralización de la gestión que se logre, y los mecanismos de coordinación intra e intersectorial que se desarrollen.

## *Niveles de atención*

La demanda de salud de la población se caracteriza por su altísima diversidad y amplitud. Igualmente, la respuesta tecnológica y de servicios (oferta), también se ha diversificado, sobrespecializado y aumentado en complejidad y costo. Por razones de costo-beneficio y de racionalidad técnica, se hace necesario definir las prioridades de salud por ser atendidas, y escalonar la oferta en dos o más niveles de atención, de acuerdo con la capacidad sanitaria instalada y las posibilidades económicas del país.

En la siguiente figura, para efectos explicativos, se diseña una división de la oferta en tres niveles de atención.



***Conformación del equipo de salud:***

Una vez establecidas las características generales del modelo, la oferta básica de servicios y los niveles de atención, se hace necesario responder las siguientes preguntas:

- ¿Qué tipo y cantidad de personal de salud se requiere para brindar la oferta básica, en los diferentes niveles de atención?
- ¿Qué de ese recurso humano tiene la CCSS en capacidad para asignar, como mínimo y en igualdad de condiciones, a todos los asegurados del país?
- En el primer nivel de atención: ¿cuál es el número máximo de familias o personas, que se le puede encargar a cada médico general y demás profesionales y técnicos que conformarán el equipo de salud?
- ¿Cuáles de los miembros de ese equipo tendrán la responsabilidad directa de la atención de ese grupo de familias o asegurados (Equipo Básico) y cuál recurso humano deberá ser compartido por una población mayor (Equipo de Apoyo)?

Las respuestas a las preguntas anteriores permiten establecer el recurso mínimo que será posible asignar a grupos de familias relativamente pequeños (Equipo Básico), y cual deberá ser asignado a conjuntos mayores de hogares o personas (Equipo de Apoyo).

En el primer nivel de atención, al equipo básico de atención integral de salud (EBAIS), está encargado un promedio de 1000 a 1200 familias (4000 a 4500 asegurados), que residan en un sector geográfico del Área de Salud.

***Sectorización geográfico-poblacional:***

A cada sector, se le asigna un EBAIS, que será el responsable de cuidado integral de la salud de las familias que residan en él.

***Sistema de referencia y contrarreferencia ágil y oportuno:***

Integra vertical y horizontalmente los tres niveles de atención, de tal manera que se les asegure a los usuarios un acceso equitativo a los servicios más complejos y una atención continua e integral.

***Descentralización de la gestión:***

Fortalece la capacidad gerencial del equipo de salud local a través de la separación de funciones de financiamiento, provisión y compra de los servicios, de manera que los recursos humanos, financieros y materiales se asignan de acuerdo al desempeño y al cumplimiento de las prioridades y metas de salud que surgen del diagnóstico local de salud.

***Coordinación y colaboración intra e intersectorial:***

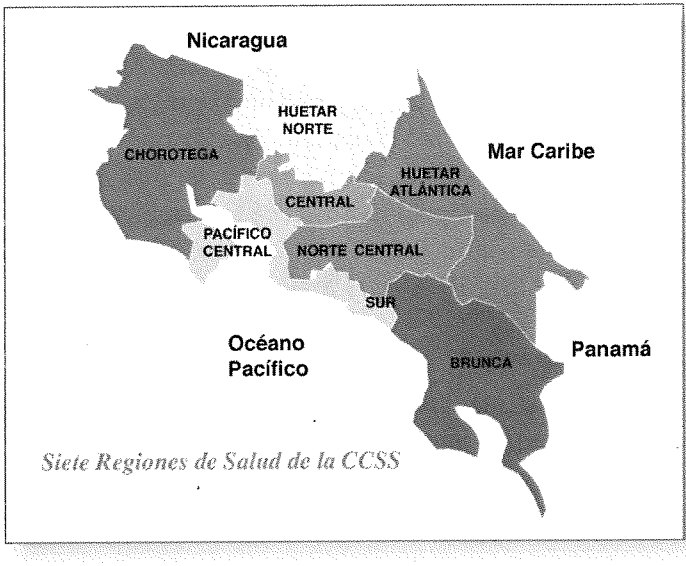
El abordaje de problemas y atención de las necesidades de salud de la población requieren del concurso de otros sectores del Estado (Educación, Vivienda, Acueductos y Alcantarillados, Transportes y Comunicaciones y otros.

## *Organización de la prestación de los servicios de salud*

### *Las regiones de salud*

El país se encuentra dividido en siete regiones de salud: Chorotega, Brunca, Pacífico Central, Huetar Atlántica, Huetar Norte, Central Norte y Central Sur. Esta división se origina en el Plan Nacional de Desarrollo de 1982 y a todo un movimiento en Latinoamérica por la regionalización y el desarrollo de la planificación.

Organización territorial de la prestación de servicios públicos de salud.




Esta división es compleja porque hay regiones que no coinciden con la división política-administrativa de las provincias del país, en algunos casos, a dos o tres provincias como es el caso de la región Central Norte: Alajuela, Heredia, y Limón.

### *Las redes de servicios de salud*

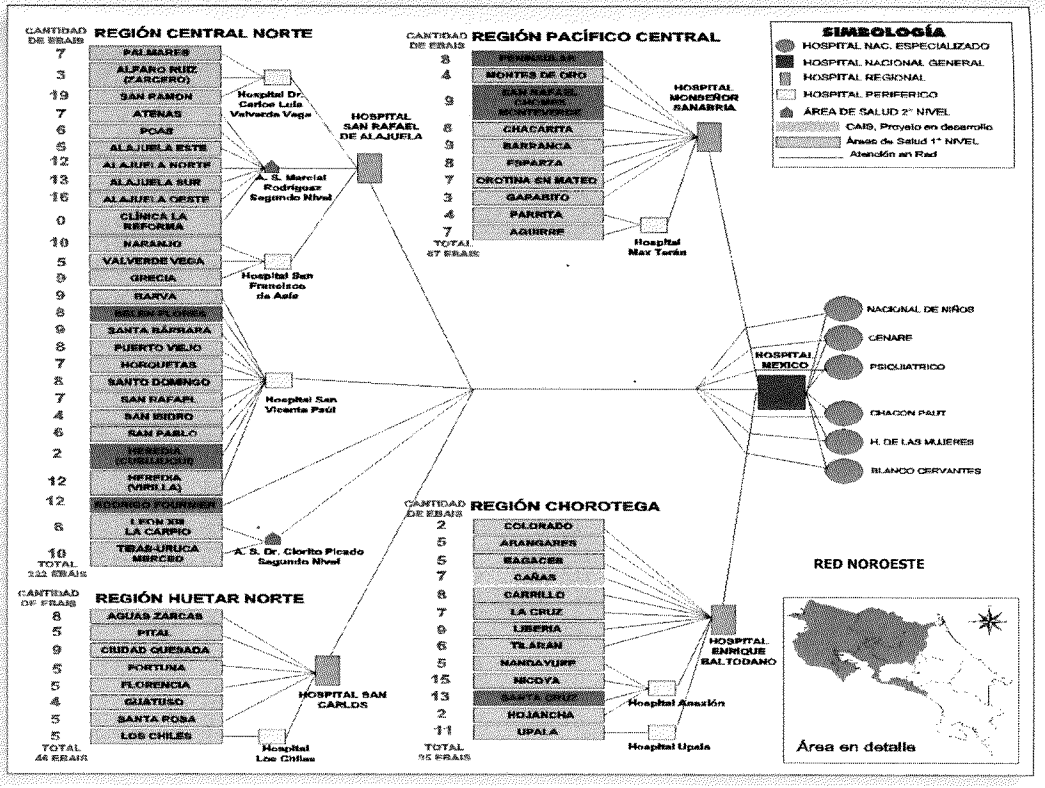
En los últimos años se han organizado los servicios de salud a partir de la concepción de redes de servicios de salud, coexistiendo simultáneamente con las regiones de salud. Así tenemos la Red Noroeste, la Red Sur y la Red Este. Cada una de estas redes se constituye a partir del área de influencia de los hospitales de tercer nivel o sea, hospitales nacionales generales como son: México, Calderón Guardia y San Juan de Dios. Un ejemplo de ello es la Red Noroeste:

El Hospital México lidera la red noroeste y más grande del país; se apoya en cuatro hospitales regionales: San Rafael de Alajuela, San Carlos, Monseñor Sanabria de Puntarenas y Enrique Baltodano de Liberia. Además la red incluye hospitales periféricos como son La Anexión de Nicoya, Carlos Luis Valverde de San Ramón, San Vicente de Paul de Heredia, San Francisco de Asís de Grecia, el Hospital de Upala y el de Los Chiles. El esquema de la siguiente página ilustra los tres niveles de atención de la red: EBAIS, AREAS y Hospitales.

### *Las áreas de salud*

La unidad más importante de la provisión de servicios de salud como de la gestión de esos servicios, es el Área de Salud que corresponde, en la mayoría de los casos, con los cantones. Del total de 81 cantones todos tienen una sede de Área de Salud. Sin embargo, las cabeceras de provincia, tienen tres o más sedes por su gran tamaño, como es el caso de Alajuela con cuatro sedes: Alajuela Norte, Alajuela Sur, Alajuela Este y Alajuela Oeste. De igual forma, cantones como Desamparados y Goicoechea muy populosos, su población requiere ser subdividida en áreas más pequeñas para su adecuada administración y gestión.

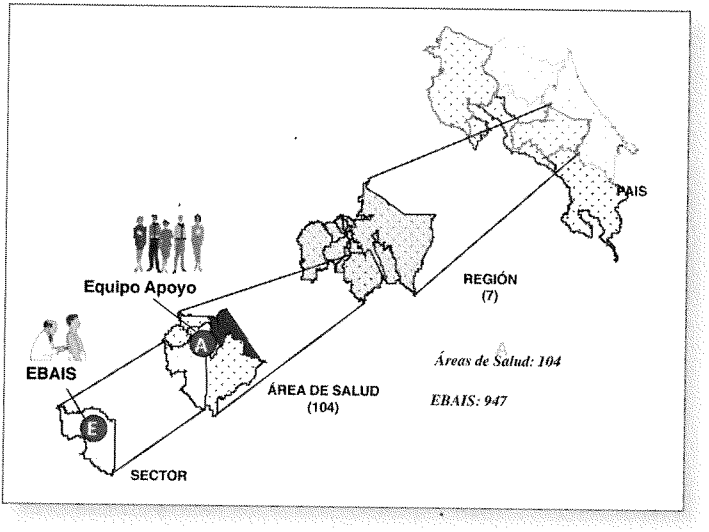
En el Área de Salud se formula el Plan Anual Operativo y el presupuesto de operaciones así como su ejecución y liquidación final. El nivel central asigna los recursos financieros a las Áreas, a través del compromiso de gestión, producto de una negociación previa entre ambas partes. Toda la gestión de recursos humanos, compras y obras menores se ejecutan desde la sede del Área en apoyo a los sectores de salud.


SIMBOLOGÍA
HOSPITAL NAC. ESPECIALIZADO
HOSPITAL NACIONAL GENERAL
HOSPITAL REGIONAL
HOSPITAL PERIFERICO
ÁREA DE SALUD 2° NIVEL
CAIS, Proyecto en desarrollo
Áreas de Salud 1° NIVEL
Atención en Red
REGIÓN CENTRAL NORTE
CANTIDAD DE EBAIS
7 PALMARES
3 ALFARO RUIZ (ZARCERO)
19 SAN RAMON
7 ATENAS
6 POAS
5 ALAJUELA ESTE
12 ALAJUELA NORTE
13 ALAJUELA SUR
16 ALAJUELA OESTE
0 CLÍNICA LA REFORMA
10 NARANJO
5 VALVERDE VEGA
9 GRECIA
9 SARVA
8 SAN CARLOS
9 SANTA BÁRBARA
8 PUERTO VIEJO
7 HORQUETAS
8 SANTO DOMINGO
7 SAN RAFAEL
4 SAN ISIDRO
6 SAN PABLO
2 HEREDIA (CUBUJUQUI)
12 HEREDIA (VIRILLA)
12 BOSQUE DE FOURNIER
6 LEON XIII LA CARPIO
10 TIBAS-URUCA MERCED
TOTAL 222 EBAIS
Hospital Dr. Carlos Luis Valverde Vega
A. S. Marcial Rodríguez Segundo Nivel
Hospital San Francisco de Asís
HOSPITAL SAN RAFAEL DE ALAJUELA
Hospital San Vicente Paúl
A. S. Dr. Clorito Picado Segundo Nivel
REGIÓN PACÍFICO CENTRAL
CANTIDAD DE EBAIS
8 PUNTARENAS
4 MONTES DE ORO
9 SAN RAFAEL (ESPARZA) MONTENEGRO
6 CHACARITA
5 BARRANCA
8 ESPARZA
7 OROTINA EN MATEO
3 GARABITO
4 PARRITA
7 AGUIRRE
TOTAL 67 EBAIS
HOSPITAL MONSEÑOR SANABRIA
Hospital Max Terán
REGIÓN HUETAR NORTE
CANTIDAD DE EBAIS
8 AGUAS ZARCAS
5 PITAL
9 CIUDAD QUESADA
5 PORTUNA
5 FLORENCIA
4 GUATUSO
5 SANTA ROSA
5 LOS CHILES
TOTAL 44 EBAIS
HOSPITAL SAN CARLOS
Hospital Los Chiles
REGIÓN CHOROTEGA
CANTIDAD DE EBAIS
2 COLORADO
5 ARANGUEZ
5 BAGACES
7 CAÑAS
8 CARRILLO
7 LA CRUZ
9 LIBERIA
6 TILARAN
5 NANDAYURE
15 NICOYA
13 SANTA CRUZ
2 HOJANCHA
11 UPALA
TOTAL 95 EBAIS
HOSPITAL ENRIQUE BALTODANO
Hospital Anexión
Hospital Upala
HOSPITAL MEXICO
NACIONAL DE NIÑOS
CENARE
PSICOLIATRICO
CHACON PAUT
H. DE LAS MUJERES
BLANCO CERVANTES
RED NOROESTE
Área en detalle

Sin embargo, lo más importante es la constitución del Equipo de Apoyo para crear una suerte de microsistemas de salud con capacidad para resolver la mayor cantidad de problemas de salud.

Como se observa en el siguiente esquema, las regiones de salud se dividen en áreas y las áreas en sectores donde se ubican los EBAIS.

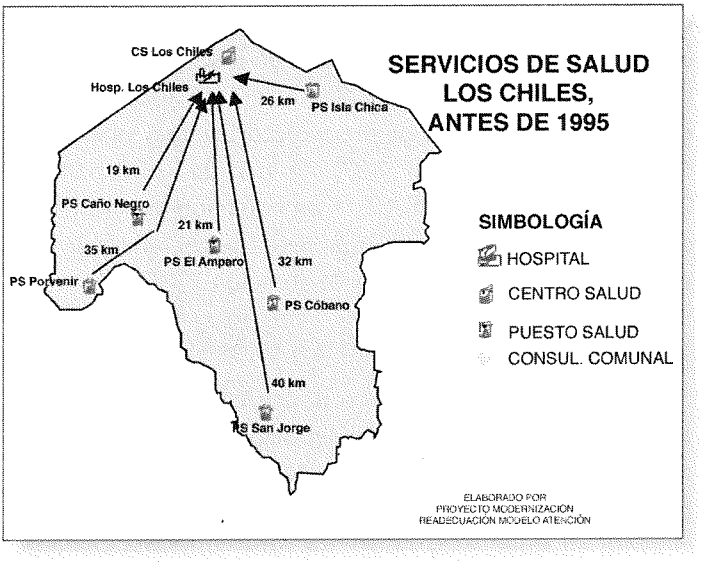
**Organización del I Nivel de atención**




Un ejemplo de lo que era la organización de los servicios de salud antes de la reforma sectorial y de lo que es hoy, se puede visualizar en el Cantón de los Chiles. Nótese las instalaciones que se disponían y las distancias que se debía recorrer.

En el esquema que aparece en la próxima página, el cantón de los Chiles ha sido dividido en cuatro sectores, se aumentaron y se mejoraron las instalaciones físicas y,

Servicios de salud. Los Chiles, antes de 1995.




por lo tanto, la capacidad de resolución de problemas. El impacto en la salud de los pobladores fue estudiado por L. Rosero y se muestra en el esquema anterior.

### *Los sectores de salud*

Los sectores son la base fundamental de todo el diseño de la reforma sectorial, en cuanto a la implementación del modelo de atención y gestión se refiere. Además se busca disponer de sectores donde habita un número no mayor de 4,000 habitantes por equipo básico (EBAIS), para permitir que la promoción de la salud, los cuidados de la salud y la atención de la enfermedad, se cumplan fielmente. Se ha demostrado a lo largo de los años, que entre 3,000 y 4,000 habitantes se puede garantizar el cumplimiento de los principios del modelo de atención.

El proceso de SECTORIZACIÓN es el elemento básico donde descansa toda la pirámide de atención. Este es un proceso muy dinámico basado en los continuos cambios demográficos que sufre la población. En solo 12 años de haberse realizado la primera sectorización, ya existen 546 sectores (57.84 % en 2007) con más de 5,000, 6,000 y 7,000 habitantes por EBAIS. Esta situación genera listas de espera y, por tanto, inequidades y limitaciones a la correcta aplicación del modelo de atención.

### *Análisis económico*

El cuadro que aparece en la página siguiente muestra la distribución del gasto del Seguro de Salud según actividades y nivel de atención. Desde 1997 (fecha de implantación del modelo de atención readecuado) al 2005, el gasto en salud para el primer nivel aumenta sostenidamente de 18.8% al 24.2%. De igual manera, la atención ambulatoria del segundo nivel se observa un aumento de un 2.9% en ese mismo periodo. El gasto en la atención hospitalaria en relación con la atención ambulatoria, se redujo globalmente en cinco puntos porcentuales en el periodo de estudio, no así en los hospitales del tercer nivel, como son el Hospital San Juan de Dios, México y Calderón Guardia.

## *Resultados y evaluaciones*

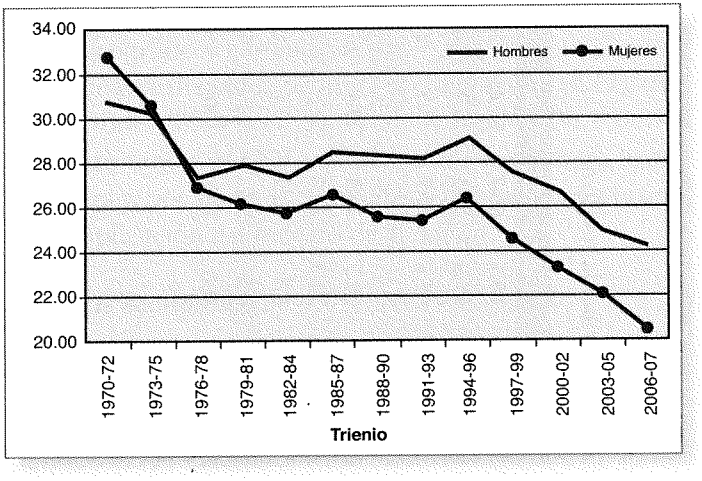
El Ministerio de Salud y la Universidad de Costa Rica han realizado, sendas evaluaciones del modelo de atención y gestión surgido a partir de la Reforma Sectorial de los 90. Existen estudios consistentes que señalan las fortalezas y debilidades observadas, las oportunidades de corrección y superación de esas debilidades. En general, se puede deducir que hay grupos como los

**Gasto del Seguro de Salud según actividades y nivel de atención distribuida relativa.**

| Concepto | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Atención Hospitalaria | 61.6 | 62.5 | 61.2 | 60 | 61.1 | 60.5 | 60.2 | 60.6 | 56.5 |
| Atención Hosp. Segundo Nivel | 20 | 19 | 18.7 | 16.9 | 16.5 | 15.8 | 16.3 | 15.7 | 17 |
| Atención Hosp. Tercer Nivel | 41.6 | 43.5 | 42.5 | 43.1 | 44.6 | 44.6 | 43.9 | 44.9 | 39.5 |
| | | | | | | | | | |
| Atención Ambulatoria | 38.4 | 37.5 | 38.8 | 40 | 38.9 | 39.5 | 39.8 | 39.4 | 43.5 |
| Atención Amb. Primer Nivel | 18.8 | 18.2 | 20.1 | 22.4 | 21.5 | 22.3 | 23.8 | 21.8 | 24.2 |
| Atención Amb. Segundo Nivel | 10 | 11.6 | 11.4 | 11 | 9.6 | 8.7 | 10.3 | 10.9 | 12.9 |
| Atención Amb. Tercer Nivel | 9.5 | 7.7 | 7.3 | 6.6 | 7.7 | 8.5 | 5.6 | 6.7 | 6.4 |
| TOTAL | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

Fuente: Dirección de Presupuesto. Caja Costarricense de Seguro Social, 2007.

**Tasas de mortalidad por enfermedades crónicas no transmitibles. Costa Rica, 1970-2007.**




adolescentes y los ancianos donde las bondades del modelo no llegan con la oportunidad que se quiere lograr. Está mucho mejor evaluado el binomio madre-niño y la atención de los adultos y adultos jóvenes. Rosero por otra parte señala cómo la mortalidad en niños y en adultos se ha reducido en aquellas regiones donde se inició tempranamente la aplicación del modelo de atención readecuado.

Por otra parte, Aparicio y Morera demuestran el enorme impacto en la disminución de la mortalidad por todas las causas de enfermedades crónicas a partir de la implantación del modelo de atención readecuado, como se observa en el gráfico anterior.

## *Conclusiones*

Lo aquí expuesto muestra una clara voluntad política que a lo largo de los años ha permitido un proceso

continuo de mejora de los servicios de salud. Una conclusión inmediata es la necesidad de mantener en la agenda de todos los partidos políticos el tema salud como un tema país. Esto permitirá indistintamente del partido que en turno gobierne el país, priorizar la inversión en salud y el apoyo político para las reformas subsecuentes.

A la vez, es preciso fomentar la formación de líderes y los dirigentes de la salud pública, capacitados y competentes, para poner en términos políticos y económicos los objetivos del bienestar y la salud de todos los ciudadanos y las familias costarricenses.

## *Referencias bibliográficas*


Jaramillo, J. (1998). Los Servicios de Salud de Costa Rica. EDNASSS.

Miranda, G. (1988 y 2003). La Seguridad Social y el Desarrollo en Costa Rica. 1era. y 3era. Ediciones. EDNASSS.

Marín, F. y M. Vargas. (1991). Los SILOS y empresas cooperativas de salud. El caso de Costa Rica.

Salas, A. (1998). La CCSS del Futuro. 1era edición.

Documentos de la Reforma Sectorial del Sector Salud (1997). Caja Costarricense de Seguro Social.

Vargas, W. (2006). Atención Primaria de Salud en Acción. 1era. Edición, EDNASSS.

Villegas, H., W. Vargas, L. Alfaro y A. Amat. (1974). Programa de Salud parea Comunidades Rurales. Ministerio de Salud (Costa Rica), Departamento de Salud Rural.

Sáenz L. (1985). Salud sin Riqueza (El caso de Costa Rica). Ministerio de Salud, Unidad Sectorial de Planificación.

Aparicio, A. y M. Morera (2000-2007). Atlas de Mortalidad por todas las causas. EDNASSS.

# III

# Análisis de los grandes problemas predominantes de Salud Pública en Costa Rica

10

# El dengue en Costa Rica: evolución histórica, situación actual y desafíos

Ana Morice Trejos[1]
Rodrigo Marín Rodríguez[2]
María L. Ávila-Agüero[3]

## Resumen

*El virus del dengue se reintroduce en 1993 en Costa Rica, después de certificar la erradicación del vector* Aedes aegypti *en 1955. Los casos se presentan inicialmente en el litoral pacífico y se extienden progresivamente a todo el país. Desde entonces, los cuatro serotipos del virus han co-circulado, mostrando un patrón endo-epidémico con picos cada 3 años, con una baja letalidad (tasa=0,3 por 100.000 habitantes) si se compara con el contexto mundial. Para avanzar en su prevención y control se requiere de estrategias de gestión integradas que trasciendan los abordajes tradicionales verticales y reactivos, promoviendo el mejoramiento de las condiciones de saneamiento de las comunidades con la participación activa de la población y los gobiernos locales.*

## *Introducción*

La enfermedad del dengue fue reconocida desde el siglo XVIII, al denominarla como "fiebre rompe huesos" por sus manifestaciones clínicas de

1 Médica, Pediatra, M.Sc. en Salud Pública y MSc. en Epidemiología. Viceministra de Salud.
2 Médico. Coordinador Nacional de Manejo de Vectores, Ministerio de Salud.
3 Médica, Pediatra, Especialista en Infectología. Ministra de Salud.

fiebre, mialgias y artralgias. Sin embargo, hasta el siglo XIX se identifica su etiología viral y mecanismo de transmisión vectorial.

Las primeras epidemias surgen de diversos continentes: Asia, África y la Región de las Américas, y afectan el sur de Estados Unidos, el Caribe y Brasil (Anderson, Halstead, Ehrenkaws, Kour, 1986). Durante el siglo XX, las epidemias en países de América como Brasil, Venezuela, islas del Caribe y Antillas, México y Centroamérica, la Región de las América evidenciaron la magnitud de su incidencia e impacto socio-económicos (OPS/OMS, 1971).

En ese contexto, se destaca la relevancia del dengue para la salud pública, así como la necesidad de luchar contra el vector transmisor del virus e, incluso, avanzar hacia la erradicación del dengue. Como resultado de este esfuerzo varios países estuvieron libres de dengue por varias décadas y 21 países de las Américas certificaron la erradicación de este vector en 1972 (Groot, 1980).

A partir de los ochenta varios países sudamericanos, como Brasil, Bolivia, Paraguay, Ecuador, Perú y Colombia, enfrentaron epidemias de dengue causadas por los serotipos 1 y 4 (Phillips, International Notes, Ep. Bulletin, PAHO). En 1993, Costa Rica y Panamá (Kouri, 1989), países que se habían mantenido libres de dengue por varias décadas, reportaron la transmisión indígena de dengue ocasionado por el serotipo 1.

Además, en 1994 se detecta el dengue 3 en Panamá y Nicaragua, seguido por México, y ocasionan grandes epidemias de dengue clásico y hemorrágico.

La reemergencia del dengue en los años ochenta es resultado de diversos factores: el crecimiento poblacional acelerado, la urbanización no planificada de las ciudades, con movimientos poblacionales migratorios y turísticos,

el deterioro de condiciones ambientales y la influencia de fenómenos climatológicos como El Niño, entre otros (Iturrino-Monge *et ál*, 2006).

Las anteriores transformaciones de las formas de vida de la civilización, unidas a cambios determinados por los procesos de reforma de los sistemas y servicios de salud, que modificaron la gestión de programas verticales y casi militares para el control de enfermedades vectoriales, con una gestión horizontal que permitiera dar respuesta a los desafíos que plantea la transición epidemiológica y la situación de salud, generó también un cambio en los patrones de vida y comportamiento del vector del dengue. Es así como actualmente esta enfermedad impacta tanto a las zonas urbanas como rurales, generando morbilidad y muerte en sus formas más graves. Situación que plantea un importante riesgo ante el elevado nivel de población seropositiva y la co-circulación de los cuatro serotipos en los países de esta región.

## *Desarrollo*

### *Historia de las estrategias de erradicación del vector del dengue en Costa Rica*

Los esfuerzos por erradicar el *Aedes aegypti* en Costa Rica, datan del 20 de abril de 1949 y la primera etapa de la erradicación se terminó en 1955. Para ello, se realizó una encuesta entomológica que detectó la infestación por el vector en 104 localidades de un total de 11.360 evaluadas. Estas localidades positivas, fueron tratadas con DDT repetidamente hasta comprobar la eliminación del vector. Del 30 de noviembre de 1959, al 31 de octubre de 1960, se realizó el proceso la verificación final, confirmando la ausencia del vector en el territorio nacional.

Es así como el 1961 durante la 13ª Conferencia Sanitaria Panamericana, realizada en Washington, Costa Rica fue declarada país libre del vector *Aedes aegypti.*

Aunque el mosquito fue erradicado a inicios de la década de los sesenta, Costa Rica no mantuvo un sistema sostenido y activo de vigilancia del vector, pues las actividades de control se realizaron en forma esporádica. En 1971, el Departamento de Lucha contra Insectos, a través del Sistema Nacional de Erradicación de la Malaria (SNEM) constató que el *Aedes aegypti* se encontraba nuevamente en la ciudad de Puntarenas y Chacarita. Esta positividad se extendió a 9 localidades, 4 en el litoral Pacífico y 5 del Atlántico (Garcés).

En abril de 1971 se inició una nueva campaña de erradicación del *Aedes aegypti,* cuya duración estaba prevista para tres años. Se aplicaron insecticidas residuales de compuestos fosforados: Abate al 1%, en los depósitos de uso doméstico y Malathion en polvo humectable al 5 % en los demás depósitos, cubriendo el 100 % de las viviendas y lotes baldíos de las localidades originalmente infestadas.

Como resultado de estas acciones, en 1973 se negativizó la infestación del *Aedes aegypti* en el país. Sin embargo, en noviembre de 1977 se encuentra nuevamente en la Ciudad de Puntarenas y en la localidad de Esparza, se detecta en 1978 un total de 11 localidades positivas en la Región Pacifico Central. Se continúa identificando el vector durante los años subsiguientes en diversas comunidades de Puntarenas, Guanacaste y Limón, ante lo cual se intensificaban las actividades de eliminación y consiguiente eliminación de los focos por medio de tratamiento focal y nebulizaciones a ultra bajo volumen.

En 1981 se encontró el vector en 9 viviendas de la Ciudad de Liberia –Guanacaste y en 1983 en inspección de

vigilancia Portuaria se detecta en la Isla Uvita de Limón. Durante 1984 una inspección portuaria detectó el mosquito en Mata de Limón en Esparza, así como en Quepos y en Boca Vieja en 1985. En 1989 se identifica en Liberia y Limón y persiste la positividad por varios meses.

En 1992 se reintrodujo el vector al territorio nacional en forma sostenida, con la detección en varias localidades del país, que puso fin a la certificación de la erradicación del vector que Costa Rica había logrado en 1961.

A inicios de 1993, el mosquito *Aedes aegypti* se detectó en localidades que históricamente habían estado libres del vector, como eran las comunidades de la Meseta Central, situadas en altitudes superiores a los 700 metros sobre el nivel del mar. Desde entonces este vector ha infestado prácticamente todo el territorio nacional, con variaciones en los índices de infestación, en una misma área, tanto dentro del mismo año, como en los diferentes años estudiados que resultan de condiciones climatológicas y de estacionalidad, así como de las actividades de control realizadas.

Es así como la historia de la erradicación del mosquito transmisor del dengue indica que su éxito no debe evaluarse en un momento específico, sino a lo largo de la historia. Por ello, para mantener los logros es necesario asegurar estrategias integradas y sostenibles, con financiamiento apropiado en lo referente a recursos humanos, insumos y equipo, que permitan que programas centralizados se inserten en las formas actuales de gestión y prevención de la salud.

El *Aedes albopictus,* mosquito conocido como un transmisor eficiente del dengue, se ha detectado en las comunidades de Milano de Siquirres, Río Blanco de Guápiles, Liberia Centro, en Corredores de la Región Brunca

y en varias localidades de la Región Huetar Norte (Boca de Arenal, Venecia, Pital de San Carlos, Monterrey, Muelle de Florencia, Fortuna de San Carlos, La Tigra y Aguas Zarcas. Este vector fue introducido en 1985 en el continente americano en el Estado de Texas, Estados Unidos, desde donde se dispersó hacia México a inicios de la década de los noventa. También estuvo presente en países como Brasil y República Dominicana. Este hallazgo es una amenaza más a la salud del país y un reto a las estrategias de prevención y control de la enfermedad del dengue.

Este breve recuento histórico evidencia también que el control del dengue debe ser implementado desde una perspectiva regional, con un firme compromiso de los países para erradicar el vector. Asimismo, es indispensable considerar aspectos demográficos y socio-culturales relacionados con la urbanización de las poblaciones y los movimientos migratorios, para lo cual, es necesario contar con sistemas de vigilancia oportunos y efectivos que integren el monitoreo del vector y de su resistencia a los insecticidas.

## *Endo-epidemia de dengue en Costa Rica: 1993-2009*

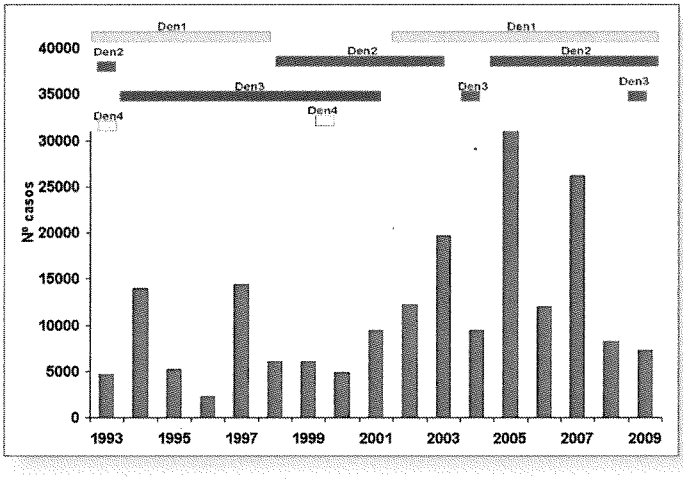
En octubre de 1993, se presentaron los primeros casos de dengue en Costa Rica, en el litoral del Pacífico, específicamente en los cantones de Puntarenas (Región Pacifico Central) y Liberia (Región Chorotega). En ese año se registraron 4.612 casos, aunque se estima que pudo haber sido más debido a que el país no tenía suficiente experiencia en esta enfermedad y muchos casos fueron confundidos con otras enfermedades febriles o evolucionaron hacia la curación sin tener un diagnóstico específico.

El serotipo circulante fue el Dengue 1 aunque se aislaron dos casos de Dengue 2 y otros dos de Dengue 4. Desde entonces la epidemia ha mostrado un patrón endo-epidémico con afectación de todo el país, e incrementos importantes en regiones y cantones específicos, como se puede apreciar en la siguiente figura.

En 1994, la epidemia se extendió a tres regiones del país: Central Sur (Cantón de Santa Ana), Central Norte (cantón de Alajuela) y Huetar Atlántica (cantón de Limón), con casos importados en el resto de las regiones del país para hacer un total de 13.929 casos en ese año.

En 1995, se sumó la Región Brunca a la epidemia. En este año se registró una disminución del 64.0% de los casos en todo el país. En setiembre se detectó en el cantón de Liberia el primer caso de dengue hemorrágico en una

**Casos reportados de dengue y serotipos circulantes según año. Costa Rica, años 1993-2009.**




Fuente: Dirección de Vigilancia, Ministerio de Salud
CNR Virología, Inciensa.

mujer de 39 años y una encefalopatía por dengue que provocó el fallecimiento de un niño de 3 años, ambos casos por Den 3.

En 1996, la Región Huetar Atlántica es la que ha presentado el mayor número de casos (1.683). Se observó una disminución importante en el resto de las regiones; ese año se registró un total de 2.309 casos a nivel nacional, lo que significó una reducción del 58.0% con respecto al año anterior. En este mismo año, se detectó el segundo caso de Dengue Hemorrágico, en el cantón de Limón, el cual falleció.

En agosto de 1996 se reportó la primera defunción por dengue hemorrágico en la provincia de Puntarenas y se determina que fue causada por el serotipo 3 de dengue, el cual fue el responsable de la epidemia que se reportó en 1994 en Nicaragua (CDC, 1995). Dada la co-circulación de los serotipos 1 y 3, unido a algunas características inherentes a la virulencia del DEN 3, su aislamiento reviste gran importancia pues eleva el riesgo de sufrir las formas hemorrágicas de esta enfermedad (Sáenz *et ál.*).

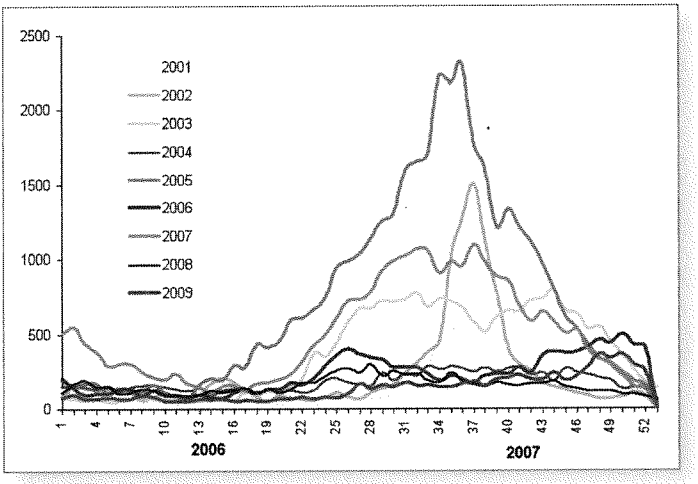
En 1997 se observó un repunte de la epidemia, que siguió los mismos patrones que en el año 1994, en cuanto a distribución espacial, temporal y número de casos, pero con la circulación diseminada del serotipo 3. Se notificaron 14.422 casos de dengue. Las regiones más afectadas son la Pacífico Central, 9.766 (68.4%) y la Chorotega con 3.660 (25.6%) el acumulado de casos es de 40.242. En ese año, el país enfrenta el primer brote de Fiebre por Dengue Hemorrágico (FDH), en las Regiones Pacífico Central y Chorotega; se contabilizaron 8 casos y dos fallecimientos.

Es así como actualmente el dengue representa uno de los problemas de mayor prioridad para la salud pública, con incrementos que se acentúan durante el segundo

semestre del año, determinado por condiciones climatológicas del país respecto del número de casos acumulado desde el inicio de la epidemia hasta la semana epidemiológica 52 del 2009 se han reportado 196.792 casos, 805 FDH y 18 fallecidos por esta causa y han circulado los 4 serotipos y el *Aedes aegypti* en todo el territorio nacional. El comportamiento cíclico y estacional de la epidemia ha mostrado picos cada 3 años, con una mayor incidencia durante el segundo semestre, determinado por condiciones ambientales y climatológicas de comportamiento del vector, conforme se aprecia en la siguiente figura.

La Regiones que más casos de Dengue han reportado históricamente en el país son las Regiones Pacifico Central, Chorotega y Huetar Atlántica por ese orden las que acumulan el 80.4 % de la carga de la enfermedad en el país.

**Casos reportados de dengue por semana epidemiológica. Costa Rica, años 2001 a 2009.**




Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud.

En los últimos 5 años (2005-2009) se ha presentado un incremento de la incidencia, al registrar un total de 91.393 casos, que corresponden al 46.4 % de los casos reportados de dengue desde el inicio de la epidemia en Costa Rica.

Es importante señalar que existen áreas que acumulan la mayor proporción de casos como se observa en la siguiente tabla, donde 14 de 81 cantones del país concentran el 70,5% de los casos de dengue (1993-2009).

**Cantones con mayor incidencia de dengue desde el inicio de la epidemia y durante los últimos 5 años. Costa Rica, 1993-2009.**

| Acumulado de casos de la epidemia dengue (1993-2009) | | | Acumulado de casos durante últimos 5 años (2006-2009) | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Cantones | N.° casos | % | Cantones | N.° casos | % |
| Puntarenas | 32.733 | 16,6 | Pococí | 7.030 | 7,7 |
| Limón | 17.744 | 9,0 | Puntarenas | 6.230 | 6,8 |
| Liberia | 12.199 | 6,2 | Limón | 5.521 | 6,0 |
| Santa Cruz | 10.376 | 5,3 | Santa Cruz | 4.708 | 5,2 |
| Pococí | 10.204 | 5,2 | Siquirres | 4.094 | 4,5 |
| Cañas | 8.089 | 4,1 | Liberia | 3.617 | 4,0 |
| Alajuela | 7.003 | 3,6 | Matina | 3.505 | 3,8 |
| Orotina | 6.388 | 3,2 | Aguirre | 3.493 | 3,8 |
| Siquirres | 6.164 | 3,1 | Cañas | 3.298 | 3,6 |
| Nicoya | 6.068 | 3,1 | Corredores | 3.195 | 3,5 |
| Matina | 5.807 | 3,0 | Garabito | 3.082 | 3,4 |
| Esparza | 5.739 | 2,9 | Sarapiquí | 3.046 | 3,3 |
| Carrillo | 5.598 | 2,8 | Alajuela | 2.958 | 3,2 |
| Garabito | 4.633 | 2,4 | San José | 2.950 | 3,2 |
| Total cantones | 138.745 | 70,5 | Total cantones | 56.727 | 62,1 |
| Total país | 196.792 | 100,0 | Total país | 91.393 | 100,0 |

Fuente: Dirección de Vigilancia, Ministerio de Salud.

Interesa destacar que al evolucionar la epidemia del dengue, se modifica el patrón de ubicación del vector, inicialmente localizado en áreas costeras, y actualmente con afectación en cantones de elevada altitud dentro de la Gran Área Metropolitana, como la capital de San José (1.160 metros) y el cantón central Alajuela (952 metros).

## *Fiebre por dengue hemorrágico y letalidad*

El dengue clásico históricamente ha predominado en las Américas sobre el hemorrágico, afectando mayoritariamente a los adultos. Ese patrón ha sido diferente al observado en el Sudeste Asiático, donde predomina el dengue hemorrágico y la población infantil es la más afectada. Sin embargo, con el avance de la epidemia, el comportamiento epidemiológico se ha ido modificando. Se ha elevado la ocurrencia de casos de FDH en los países y el aumento la proporción de casos en menores de 15 años (Rigau-Pérez *et ál.*). Ese cambio se registra en Brasil, donde los casos de dengue en menores de 15 años han aumentado de 9,5% en 1998 a 46,2% en 2007 (Texeira *et ál.*).

Con respecto a la severidad de los casos y específicamente a la mortalidad por FDH, la tabla siguiente muestra que del total de 1.976 defunciones registradas en las Américas durante el período 2000-2008, un 95% (n= 1.876) ocurrieron en 11 países (Rosés).

Esta situación puede estar determinada por diferencias en la estandarización y aplicación de definiciones de caso, en la sensibilidad y especificidad de los sistemas de vigilancia de los países, pero también por las cepas circulantes de los virus y el nivel de seropositividad de la población, así como en la cobertura, oportunidad y calidad de la atención de los casos de dengue en los servicios de salud.

**Países con mayor mortalidad por dengue en la Región de las Américas. Período 2000-2008.**

| País | N.° de mujeres | % |
|---|---|---|
| Brasil | 964 | 51.4 |
| República Dominicana | 274 | 14.6 |
| Colombia | 256 | 13.6 |
| Nicaragua | 73 | 3.9 |
| Honduras | 71 | 3.8 |
| El Salvador | 54 | 2.9 |
| México | 54 | 2.9 |
| Venezuela | 37 | 2.0 |
| Ecuador | 33 | 1.8 |
| Guatemala | 30 | 1.6 |
| Puerto Rico | 30 | 1.6 |
| **Total** | **1.876** | **100.0** |

**Nota:**
El total de muertes por dengue en todos los países de las Américas durante este período fue n=1976.
Estos 11 países concentra el 95% de las muertes por dengue de la región (n=1.876)

Fuente: Organización Panamericana de la Salud.

Lo anterior es importante de considerar al comparar la incidencia de casos y la mortalidad, pues en Costa Rica todos los casos sospechosos de dengue se notifican al sistema nacional; los primeros casos se investigan y se les toma muestra de sangre, confirmando los casos subsiguientes por criterios clínicos epidemiológicos. Asimismo, el manejo del paciente se inicia desde el momento de la sospecha clínica, sin esperar reporte de laboratorio.

Aunque en Costa Rica la población mayormente afectada son los grupos adolescentes y adultos jóvenes, durante el año 2007, el 50 % de las defunciones por FDH

**Casos reportados de dengue. Fiebre por Dengue Hemorrágico (FDH) y mortalidad. Costa Rica, años 1993-2009.**

| Años | Dengue | Casos PDH | % razón FDH/ Dengue | N.° muertes | % | Tasa letalidad por dengue (x 100.000 casos) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1993 | 4.612 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0,0 |
| 1994 | 13.929 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0,0 |
| 1995 | 5.137 | 1 | 0,0 | 1 | 5,6 | 0,3 |
| 1996 | 2.437 | 2 | 0,1 | 1 | 5,6 | 0,3 |
| 1997 | 14.422 | 8 | 0,1 | 2 | 11,1 | 0,5 |
| 1998 | 2.628 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0,0 |
| 1999 | 6.041 | 117 | 1,9 | 2 | 11,1 | 0,5 |
| 2000 | 4.908 | 5 | 0,1 | 0 | 0,0 | 0,0 |
| 2001 | 9.464 | 37 | 0,4 | 0 | 0,0 | 0,0 |
| 2002 | 12.251 | 27 | 0,2 | 0 | 0,0 | 0,0 |
| 2003 | 19.703 | 69 | 0,4 | 0 | 0,0 | 0,0 |
| 2004 | 9.408 | 11 | 0,1 | 0 | 0,0 | 0,0 |
| 2005 | 37.798 | 52 | 0,1 | 2 | 11,1 | 0,5 |
| 2006 | 12.124 | 76 | 0,6 | 0 | 0,0 | 0,0 |
| 2007 | 26.504 | 318 | 1,2 | 8 | 44,4 | 1,8 |
| 2008 | 8.212 | 65 | 0,8 | 2 | 11,1 | 0,4 |
| 2009 | 7.214 | 17 | 0,2 | 0 | 0,0 | 0,0 |
| **Total** | **196.792** | **805** | **0,4** | **18** | **100,0** | **0,3** |

Fuente: Dirección de Vigilancia, Ministerio de Salud. CNR Virología, Inciensa.

se dio en niños menores de 3 años (4 casos). La tabla anterior muestra que la incidencia de casos de FDH (n=805) y la mortalidad (n=18) son bajas si se comparan con otros países de América (Guzmán *et ál.*).

Por lo tanto, los esfuerzos en la detección, clasificación y atención de casos deben dirigirse a monitorear los patrones clínicos y epidemiológicos de presentación, adecuando los lineamientos y guías prácticas de abordaje

clínico según los cambios en las características y el comportamiento de esta enfermedad (Ministerio de Salud).

## *Estrategias de prevención y control*

Los desafíos que se plantean en la prevención y control del dengue, y las lecciones aprendidas durante la últimas décadas en las estrategias de eliminación del vector, determinaron que, en 1995, se estableciera la estrategia global que integra componentes como el control selectivo e integrado del vector con participación intersectorial y comunitaria; vigilancia basada en un fuerte sistema de información en salud, preparación para enfrentar emergencias; construcción de capacidades y entrenamiento e investigación para el control del vector (WHO, 1995).

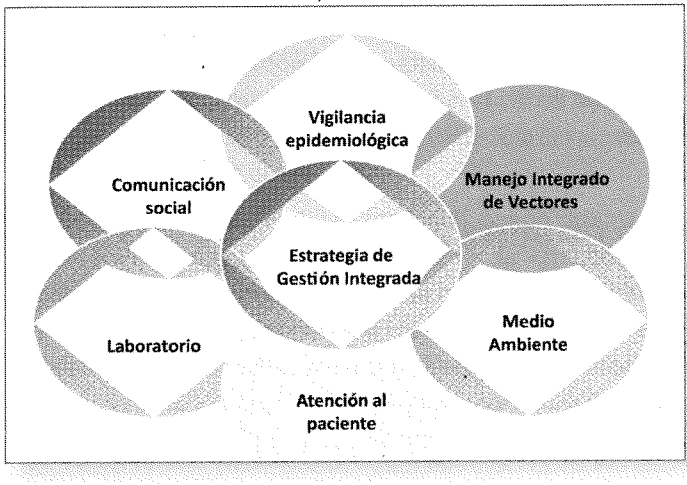
Hasta hace pocos años, los modelos para el control del dengue no eran suficientemente integrados y participativos y no abordaban el problema en toda su magnitud y dimensiones. Su principal deficiencia era que no rebasaban las fronteras del sector salud, por lo que no tenían alcance intersectorial. La falta de un tratamiento específico y de una vacuna efectiva contra el dengue obliga a diseñar nuevas estrategias que rompan los esquemas verticales y paternalistas tradicionales y que impulsen cambios conductuales y el empoderamiento de los ciudadanos con las particularidades de cada país (Rodríguez).

En ese sentido, la Estrategia de Gestión Integrada (EGI) del dengue ofrece un modelo de gestión que tiene como objetivo fortalecer los programas nacionales con vistas a reducir la morbilidad, la mortalidad y la carga social y económica generada por los brotes y las epidemias de dengue. Para alcanzar sus objetivos, esta estrategia busca modificar la conducta de las personas y de la

comunidad de manera que disminuyan los factores de riesgo de transmisión con medidas coordinadas tanto dentro como fuera del sector salud.

Un elemento fundamental es la elaboración y ejecución de planes nacionales integrados que aseguren la sostenibilidad de las estrategias, construidas con un enfoque inter-programático, integrado e intersectorial, incorporando la evaluación para la puesta en práctica y adecuación de las acciones, así como la disponibilidad de recursos nacionales.

**Enfoque conceptual aplicado a la participación ciudadana para la prevención y control del dengue.**




La EGI-dengue de Costa Rica se aplica a todo el país e implementa en los tres niveles de gestión mediante un proceso de trabajo intersectorial, liderado por el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense del Seguro Social, con la participación activa del gobierno local y las comunidades. Sus resultados ya reflejan cambios conductuales

positivos de la población y alianzas sostenidas con el sector privado.

Un hito importante en el control del dengue es la puesta en práctica del Reglamento Sanitario Internacional (RSI), que facilita la labor de vigilancia e información entre países para afrontar brotes y cambios en el patrón epidemiológico de la enfermedad del dengue. Es así como, la aprobación de resolución CSP27.R15 en el 2007, por parte de los Ministros de Salud de la Región de las Américas, promueve políticas públicas intersectoriales para controlar los macrofactores, fortalecer el proceso de elaboración, implementación y evaluación sistemática de la EGI-dengue, promover la investigación científica y aprovechar la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional en los Estados Miembros, reconociendo la necesidad de destinar recursos para implementar dichas estrategias (OPS, 2007).

## *Conclusiones*

La prevención del dengue está condicionada, en gran medida, por la eficacia de las estrategias de control a largo plazo. Por lo tanto, para que sean costo-efectivas y sostenibles, deben sustentarse en una acción comunitaria integrada (Gubler).

Los conocimientos, actitudes y prácticas de la población frente a la salud, la enfermedad y la muerte están influidos por las experiencias de cada comunidad en su interacción con el contexto social, económico y cultural, así como en su contacto con los diferentes agentes e instancias de salud. Aunque hay avances importantes en los esfuerzos nacionales y locales hacia una participación efectiva y sostenida de la comunidad en la prevención y

control del dengue, su respuesta continúa siendo reactiva ante situaciones de emergencia y, por lo tanto, de efectividad limitada.

Un aspecto clave es que las estrategias de control deben reconocer que es necesario que las comunidades cuenten con las condiciones de servicios e infraestructura que les permita que ese conocimiento se traduzca en prácticas efectivas. Si no hay un compromiso del gobierno local, se genera un sentimiento de impotencia en la población, que será más acentuada en las comunidades más pobres (Whiteford).

Para la puesta en ejecución de estrategias de control efectivas y sostenidas, el equipo de salud debe mantener la credibilidad de la población en las instituciones de salud, ejerciendo un rol más activo hacia la participación y movilización de esfuerzos y recursos, así como facilitando la eliminación de barreras que enfrentan las comunidades para prevenir el dengue.

El aporte de las ciencias sociales al conocimiento de los determinantes y la distribución de la enfermedad, permite trascender el ámbito de lo biológico y profundizar en el conocimiento de las percepciones y necesidades de la población y de la realidad que enfrentan las diversas comunidades. En este sentido, es necesario que los planes y proyectos en salud estén sustentados en el conocimiento, por lo que el análisis basado en el "aprender de la experiencia" debe ser un elemento básico de la evaluación en salud y un medio que permita mejorar la efectividad y el impacto de los programas en salud.

Para concluir, interesa destacar la importancia de priorizar los esfuerzos hacia la resolución de las barreras que obstaculizan que la población ponga en práctica sus conocimientos, de manera que la educación trascienda

el discurso y la verticalidad de los mensajes, al promover el aprendizaje en la práctica para avanzar en un cambio de actitud y no solo la adquisición de conocimientos (Amar). El diseño y ejecución de programas educativos debe reconocer que los individuos no son entes pasivos, sino que reaccionan y toman sus propias decisiones, a partir de sus experiencias personales y las posibilidades de transformar su entorno.

El control de la epidemia de dengue que afronta Costa Rica desde varios años depende, en gran medida, de la posibilidad de consolidar una participación individual y colectiva de la población que facilite la erradicación del vector.

## *Referencias bibliográficas*


Anderson, C.R., *et ál.* (1956). Isolation of dengue virus from a human being in Trinidad. Science, 124: 224-225.

Halstead, S.B. (1992). The XXth Century dengue pandemic: need for surveillance and research. World Health Statistics Quarterly, 45: 292-298.

Ehrenkranz, N.J., *et ál.* (1971). Pandemic dengue in Caribbean countries and the southern United States- past, present and potential problems. N Engl J Med, 285: 1460-1469.

Kouri, G., *et ál.* (1986). Hemorrhagic dengue in Cuba: history of an epidemic. Bulletin of the Pan American Health Organization, 20: 24-30.



Ehrenkranz, N.J., *et ál.* (1971). Pandemic dengue in Caribbean countries and the southern United States- past, present and potential problems. N Engl J Med, 285: 1460-1469.



Resurgimiento del dengue en las Américas. (Julio 1997). OPS/OMS, Boletín Epidemiológico. 18(2):1-6.

Groot H. (1980). The reinvasion of Colombia by *Aedes aegypti:* aspects to remember. American Journal of Tropical Medicine and Hygiene, 29: 330-339.

Phillips, I., *et ál.* (1992). First documented outbreak of dengue in the Peruvian Amazon Region. Bulletin of the Pan American Health Organization, 26: 201-207.

International Notes. (1991). Dengue Epidemic in Perú. Morbility and Mortality Weekly Report, 1990. March 8, 40(9): 145-47.

Dengue fever in Costa Rica and Panama. (1994). *Epidemiological Bulletin of PAHO,* 15: 9-10.

Kouri, G. P., *et ál.* (1989). Dengue haemorrhagic fever/dengue shock syndrome: lessons from the Cuban epidemic, 1981. Bulletin of the World Health Organization, 67: 375-380.

Iturrino-Monge R, Avila-Agüero ML, Avila-Agüero CR, Moya-Moya T, Cañas-Coto A, Camacho-Badilla K, Zambrano-Mora B. (2006). Seroprevalence of dengue virus antibodies in asymptomatic Costa Rican children, 2002-2003: a pilot study. Rev Panam Salud Pública. 20:39-43.

Garcés José Luis. Comunicación personal. Costa Rica, Dirección de Vigilancia del Ministerio de Salud.

Dengue-3 in Central America. (1995). Dengue Surveillance Summary, CDC, 70: 1-4.

Sáenz E, González L, Víquez M, Lara J, Valverde M. (1999). Circulación del Virus Dengue 3 en Costa Rica, 1994-1997. Acta Médica Costarricense 41(2): 24-31.

Rigau-Pérez J.G., *et ál.* (1997). Clinical manifestations of dengue hemorrhagic fever in Puerto Rico, 1990-1991. Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health, 1: 381-388.

Teixeira, MG; Costa, MC; Coelho, GE; Barreto, ML. (2008). Alteração no padrão de ocorrência de Dengue Hemorrágico no Brasil: Tendência de deslocamento de faixa etária. Articulo a ser enviado a publicación.

Roses, M. Guzmán, MG. (2007). Dengue y dengue hemorrágico en las Américas. Rev Panam Salud Pública 21(4).

Guzman, M.G., *et ál.* (1984). Dengue haemorrhagic fever in Cuba. II. Clinical investigations. Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene, 78: 239-241.

Ministerio de Salud, Caja Costarricense de Seguro Social, OPS /OMS. (1993). Dengue: Guías para diagnóstico y tratamiento del dengue y dengue hemorrágico. San José: CCSS.

Report of the Consultation on: Key Issues in Dengue Vector Control Toward the Operationalization of a Global Strategy, WHO, Geneva, 6-10 June 1995, CTD/FIL(DEN)/ IC/96.1).

Rodríguez Cruz R. (2002). Estrategias para el control del dengue y del *Aedes aegypti* en las Américas. Rev Cubana Med Trop. 54: 189– 201.

Organización Panamericana de la Salud, Grupo de Trabajo sobre Dengue. Estrategia de Gestión Integrada para la Prevención y el Control del Dengue en la Región de las Américas. (2003). 2ª versión. Santa Cruz de la Sierra, Bolivia: OPS; (OPS/ HDM/ CD/ 440.07.)

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. 27ª Conferencia Sanitaria Panamericana 59ª Sesión del Comité Regional Resolución CSP27. R15. Prevención y Control del Dengue en las Américas. Washington, D.C., EUA, 5 de octubre del 2007.

Gubler DJ, Casta-Valez A. (1991). A Program for Prevention and Control of Epidemic Dengue and Dengue Hemorrhagic Fever in Puerto Rico and the U.S.Virgin Islands. Bull PAHO 24(3): 237-245.

Whiteford L. (1997). The Ethnoecology of Dengue Fever. Medical Antrhopology Quarterly 11(2):202-223.

Amar DS. Learning by participation. (1992). World Health Forum 13: 295-299.

11

# Enfermedades crónicas no transmisibles en Costa Rica

Adolfo Ortúz Barboza[1]

Resumen

*Hoy día las enfermedades crónicas no transmisibles constituyen uno de los principales problemas de salud pública que enfrenta la humanidad. Nuestro país no es la excepción a este fenómeno, ya que este tipo de patologías ocupan las primeras causas de muerte desde hace más de cuarenta años y se proyecta que continúen con una tendencia al aumento en las próximas décadas. Además de la mortalidad, explican una proporción importante de la morbilidad, discapacidad e invalidez, con el consecuente impacto en la economía del país. El presente trabajo revisa los aspectos generales de la frecuencia de este tipo de enfermedades a nivel mundial y en el país.*

## *Introducción*

Las enfermedades crónicas no transmisibles definidas como patologías de larga duración y por lo general de progresión lenta, incluyen entre las más importantes las cardiopatías, el accidente cerebrovascular,

1 Médico, M.Sc. en Salud Pública. Asistente de la Coordinación Técnica del Cáncer Gerencia Médica, CCSS, Profesor Instructor Escuela de Salud Pública, UCR.

el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes, que son responsables en la actualidad del 60% de todas las muertes en el mundo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), ha insistido en diversas instancias, foros y publicaciones sobre la urgente necesidad de atender en forma integral este tipo de enfermedades que constituyen hoy día y para las próximas décadas la principal causa de morbilidad y mortalidad en todo el orbe.

Según proyecciones de la OMS se espera que a partir del año 2010 y para las próximas dos décadas, las tres principales causas de muerte en todo el mundo serán por orden descendente el cáncer, la cardiopatía isquémica y el accidente cerebrovascular (Organización Mundial de la Salud, 2007:12).

## *Desarrollo*

### *Panorama mundial*

El presente apartado describe en forma general la frecuencia de los principales tipos de enfermedades crónicas no transmisibles a nivel mundial, regional (Américas) y de Costa Rica, una revisión de la morbilidad y mortalidad por estas patologías en los últimos años.

Entre los documentos que ha publicado la OMS sobre el problema de las enfermedades crónicas, destaca el denominado informe Prevención de las Enfermedades Crónicas: una inversión vital del año 2005. A continuación, se revisarán los aspectos más importantes sobre dicha publicación.

Las defunciones por enfermedades crónicas duplican en la actualidad las provocadas por enfermedades

infecciosas, maternas, perinatales y carencias nutricionales. Un aspecto muy importante de considerar es que el 80% de las muertes por enfermedades crónicas no transmisibles ocurren en países de bajos y medianos ingresos.

En el año 2004 se publicó el *Atlas de Cardiopatías y Accidentes Cerebrovasculares*, un esfuerzo de la OMS y del Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos, en conjunto con Organizaciones no Gubernamentales, por evidenciar entre otros, aspectos la distribución de la prevalencia en los países y regiones del mundo de factores de riesgo tales como la hipertensión arterial, dislipidemia, sobrepeso y obesidad, sedentarismo y tabaquismo entre otros (Mackay, Mensah; 2004).

Aparte del importante impacto en la calidad de vida de los individuos afectados por este tipo de patologías y el desarrollo de muertes prematuras, existe un importante y subestimado efecto en las economías de las familias, las comunidades y las sociedades en general que dificultan el crecimiento económico y reducen el potencial de desarrollo sobretodo de los países de bajos y medianos ingresos.

Suele creerse que las enfermedades crónicas afectan sobre todo a personas adultas mayores, pero en la actualidad casi la mitad de las muertes por estas patologías ocurren en personas menores de 70 años y una cuarta parte sucede en personas menores de 60 años de edad.

A nivel mundial la mortalidad por las enfermedades crónicas afectan en forma parecida a los hombres (53%) como a las mujeres (47%) en una distribución muy similar.

Las enfermedades crónicas tienen por causa factores de riesgo común y, en muchos casos, modificables tales

como una alimentación poco sana, la inactividad física y el tabaquismo. Preocupa el hecho de un aumento considerable en la prevalencia de estos factores de riesgo, sobretodo en las poblaciones más jóvenes, que se refleja en una mayor proporción en aquellos individuos obesos y sedentarios.

Si se eliminaran estos factores de riesgo sería posible prevenir al menos el 80% de todos los casos de cardiopatías, accidentes cerebrovasculares y diabetes tipo 2 y el 40% de los casos de cáncer.

Cerramos la revisión de los datos mundiales con un importante mensaje: actualmente se dispone de los medios para prevenir y tratar a las personas con enfermedades crónicas. En varios países la aplicación de los conocimientos existentes, ha conducido a grandes mejoras de la esperanza de vida y la calidad de vida de las personas de mediana y avanzada edad.

Por ejemplo, las tasas de mortalidad por cardiopatías se han reducido hasta en un 70% en los tres últimos decenios en Australia, el Canadá, los Estados Unidos y el Reino Unido. Países de ingresos medios, como Polonia, también han conseguido avances sustanciales en los últimos años.

Esos progresos se han logrado en gran parte gracias a la aplicación de enfoques amplios e integrados que comprenden intervenciones dirigidas tanto al conjunto de la población como al individuo, y que se centran en los principales factores de riesgo, abarcando así varias enfermedades.

## *Panorama regional*

En el 2007 la Organización Panamericana de la Salud publica el documento: *Estrategia Regional y Plan de Acción para un Enfoque Integrado sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades Crónicas,* del cual se tomaran algunas referencias para dimensionar el impacto de las enfermedades crónicas en el Continente Americano.

En la actualidad, las enfermedades crónicas son la principal causa de muerte y discapacidad prematuras en la gran mayoría de los países de América Latina y el Caribe. A inicios de la década actual representaban el 44% de las defunciones en ambos sexos en menores de 70 años de edad y provocaron dos terceras partes de todas las muertes. Este grupo de enfermedades contribuyeron a casi el 50% de los años de vida ajustados en función de la discapacidad perdidos en la Región.

Respecto de la prevalencia de factores de riesgo en las Américas, se estima que la hipertensión arterial afecta entre el 8% y 30% de los habitantes de la región. Actualmente, 35 millones de personas sufren diabetes y la OMS estima que para el 2025 esta cifra aumentará a 64 millones.

Las encuestas de población de América Latina y el Caribe indican que, en el 2002 entre el 50-60% de los adultos y entre el 7-12% de los niños menores de 5 años de edad tenían sobrepeso o eran obesos. Además de lo anterior, entre el 30-60% de la población de la Región no logra siquiera realizar el mínimo de actividad física recomendada.

Finalmente, sobre el tema de factores de riesgo, en las Américas el consumo de tabaco es la principal causa de muertes prevenibles. En la mayoría de los países según los datos disponibles, más de 70% de los fumadores comienza a fumar antes de los 18 años de edad.

## *Panorama nacional*

Este apartado se inicia con la revisión de la tendencia a través de los decenios de las tasas de mortalidad del grupo de enfermedades del aparato circulatorio y tumores en los años 1970, 1980, 1990, 2000 y 2008 último dato disponible a la fecha.

Posteriormente, se hará un análisis general de la distribución actual de las principales enfermedades del aparato circulatorio (cardiovasculares y accidentes cerebrovasculares) así como de los principales tipos de tumores.

Finalmente, se revisarán los datos disponibles sobre diabetes mellitus y la prevalencia de los factores de riesgo asociados a las principales enfermedades crónicas no transmisibles.

### *Principales causas de muerte*

Según datos oficiales recopilados en el Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INEC) de Costa Rica, el grupo de enfermedades del aparato circulatorio y los tumores constituyen las principales causas de muerte para el período comprendido entre los años 1970-2008.

El cuadro 1 muestra la cantidad de defunciones en número absoluto y tasa cruda de mortalidad para ambos grupos de causas de muerte en ambos sexos durante los años 1970, 1980, 1990, 2000 y 2008.

La tasa de mortalidad por enfermedades del aparato circulatoria han experimentado un incremento desde el año 1970 al 2000 de un 23.4% y, luego, desciende un 8.4% en el año 2008.

En las muertes por tumores, la tendencia ha sido al incremento y la tasa cruda de mortalidad ha experimentado un aumento de un 32.2% entre el año 1970 y el año 2008.

**Cuadro 1. Número de defunciones y tasa de mortalidad de enfermedades del aparato circulatorio y tumores en Costa Rica ambos sexos, años 1970, 1980, 1990, 2000 y 2008. (tasa cruda por 10,000 personas)**

| | 1970 | 1980 | 1990 | 2000 | 2008 |
|---|---|---|---|---|---|
| Aparato circulatorio | 1,719 | 2,340 | 3,159 | 4,739 | 5,027 |
| | 9.8 | 10.2 | 10.4 | 12.1 | 11.1 |
| Tumores | 1,146 | 1,540 | 2,208 | 3,093 | 3,924 |
| | 6.5 | 6.7 | 7.2 | 7.9 | 8.6 |

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censos.

El cuadro 2 tomado de la publicación *Salud en las Américas* 2007 de la OPS, detalla las tasas acumuladas por períodos cuatrienales desde el año 1970 hasta el año 2004 según sexo y los siete principales grupos de causas de muerte.

Cabe destacar que desde el año 1970 las principales causas de muerte en el país corresponden a enfermedades crónicas no transmisibles cuya tendencia ha mostrado un aumento a diferencia de las muertes ocasionadas por enfermedades transmisibles cuya tendencia muestra un marcado descenso.

En el cuadro 3 se recopilan las tasas crudas de mortalidad de los últimos 5 años en el país. Como se puede ver, además de las enfermedades del sistema circulatorio y tumores, las otras causas principales de muerte se deben a causas externas, que básicamente se componen de los accidentes de tránsito, laborales, suicidios y homicidios. La cuarta y quinta causa se deben a enfermedades respiratorias y del sistema digestivo, que en su gran mayoría se deben a enfermedades crónicas no transmisibles.

## Cuadro 2. Tasas acumuladas de mortalidad por causas y cuatrienios, Costa Rica 1970-2004.

| | 1970–1974 | 1975–1979 | 1980–1984 | 1985–1989 | 1990–1994 | 1995–1999 | 2000–2004 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Hombres** | | | | | | | |
| Enfermedades transmisibles | 4,67 | 2,45 | 1,90 | 1,62 | 1,83 | 1,90 | 1,95 |
| Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal | 0,32 | 0,24 | 0,23 | 0,19 | 0,15 | 0,14 | 0,12 |
| Tumores | 6,14 | 6,39 | 6,66 | 6,84 | 6,76 | 6,75 | 6,80 |
| Enfermedades del aparato circulatorio | 13,44 | 11,05 | 11,15 | 10,80 | 11,28 | 11,04 | 11,00 |
| Causas externas de traumatismos y envenenamientos | 2,24 | 2,52 | 1,98 | 1,95 | 2,14 | 2,16 | 2,14 |
| Las demás enfermedades | 3,86 | 4,47 | 5,06 | 5,97 | 5,89 | 7,25 | 7,32 |
| Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos | 2,42 | 1,51 | 0,87 | 0,29 | 0,39 | 0,26 | 0,26 |
| **Mujeres** | | | | | | | |
| Enfermedades transmisibles | 4,35 | 1,95 | 1,57 | 1,27 | 1,26 | 1,35 | 1,37 |
| Ciertas afecciones originadas en el período perinatal | 0,22 | 0,18 | 0,16 | 0,14 | 0,11 | 0,10 | 0,14 |
| Tumores | 5,01 | 4,70 | 4,52 | 4,85 | 4,42 | 4,35 | 4,51 |
| Enfermedades del aparato circulatorio | 12,38 | 9,81 | 9,57 | 8,85 | 8,66 | 8,30 | 8,28 |
| Causas externas de traumatismos y envenenamientos | 0,66 | 0,86 | 0,81 | 0,85 | 0,87 | 0,82 | 0,80 |
| Las demás enfermedades | 3,89 | 4,72 | 4,58 | 5,35 | 4,97 | 5,60 | 5,55 |
| Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos | 2,01 | 1,28 | 0,64 | 0,21 | 0,23 | 0,14 | 0,14 |

***Fuente***: Costa Rica, Instituto Nacional de Estadística y Censos y Ministerio de Salud.

**Cuadro 3. Principales causas de muerte, según tasa cruda de mortalidad por 10, 000 habitantes, en Costa Rica ambos sexos 2003-2008.**

| Causa muerte | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Sistema circulatorio | 10,5 | 10,8 | 10,8 | 11,0 | 11,2 | 11,2 |
| Cáncer | 8,2 | 8,4 | 8,3 | 8,5 | 8,5 | 8,8 |
| Causas externas | 4,6 | 4,3 | 4,7 | 4,9 | 4,8 | 5,6 |
| Sistema respiratorio | 3,7 | 3,6 | 3,4 | 3,1 | 3,4 | 3,1 |
| Sistema digestivo | 2,7 | 2,6 | 2,5 | 2,7 | 2,8 | 2,8 |

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC).

Estos 5 grandes grupos de causas de muerte explican el 78.5% del total de las defunciones durante el año 2008, tendencia que se ha presentado en los últimos años.

### *Morbilidad y egresos hospitalarios*

Respecto a la morbilidad, estimada a partir de datos de egresos hospitalarios de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), la misma publicación de la Salud en las Américas 2007 presenta el desglose porcentual de los motivos de egreso mostrados en la cuadro 4.

Como se puede apreciar alrededor de una tercera parte de todos los egresos hospitalarios están relacionados con eventos asociados al embarazo. Si se considera la proporción debida a los cinco principales grupos de causa de muerte (en su mayoría compuestos por enfermedades crónicas no transmisibles) mostrados en el cuadro 4, suman el 33.5% del total de egresos del año 2005 (otra tercera parte del total de egresos).

**Cuadro 4. Distribución relativa de las causa de egreso hospitalario en los establecimientos de la Caja Costarricense de Seguro Social, Costa Rica ambos sexos 1990, 1955 y 2005.**

| Causas de egresos | 1990 | 1995 | 2005 |
|---|---|---|---|
| Controles de salud | 4,2 | 4,3 | 5,2 |
| Infecciosas y parasitarias | 4,1 | 3,7 | 2,8 |
| Tumores | 4,1 | 4,8 | 4,8 |
| Glándulas endocrinas de la nutrición | 2,2 | 2,2 | 0,5 |
| Sangre | 0,6 | 0,6 | 1,8 |
| Trastornos mentales | 2,6 | 2,0 | 2,0 |
| Sistema nervioso | 3,0 | 3,3 | 1,5 |
| Enfermedad del ojo y anexos | --- | --- | 2,7 |
| Enfermedad del oído y mastoides | --- | --- | 0,5 |
| Aparato circulatorio | 5,0 | 5,0 | 5,5 |
| Aparato respiratorio | 6,2 | 6,6 | 7,1 |
| Aparado digestivo | 7,6 | 8,6 | 9,5 |
| Aparato genitourinario | 6,9 | 6,7 | 6,8 |
| Piel y tejido celular | 1,5 | 1,4 | 1,4 |
| Sistema osteomuscular | 2,7 | 2,6 | 2,8 |
| Embarazo, parto y puerperio | 35,9 | 34,2 | 31,8 |
| Anomalía congénita | 1,5 | 1,8 | 1,6 |
| Afección perinatal | 3,5 | 3,5 | 3,6 |
| Traumatismos y envenenamientos | 7,2 | 7,1 | 6,6 |
| Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos | 1,2 | 1,1 | 1,3 |

Fuente: Área de Estadística en Salud, CCSS.

De la restante tercera parte de los egresos hospitalarios, la gran mayoría corresponden también a patologías pertenecientes al grupo de las denominadas enfermedades crónicas no transmisibles.

No se dispone de datos relacionados con los diagnósticos por la atención brindada en los servicios de consulta externa de la Seguridad Social.

### *Enfermedades del sistema circulatorio*

A pesar de que el Decreto Ejecutivo N° 30945-S: *Reglamento de Organización y Funcionamiento del Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Salud,* establece el desarrollo de subsistemas de vigilancia de enfermedades cardiovasculares, infarto de miocardio, hipertensión arterial y diabetes mellitus entre otras, solo se dispone de los datos de egresos hospitalarios, mortalidad y encuestas de salud para determinar el impacto de estas en el país.

El capítulo IX de la Clasificación Internacional de Enfermedades 10° edición (CIE-10) correspondiente a las enfermedades del sistema circulatorio, agrupa un total de 77 padecimientos que a grandes rasgos incluye las enfermedades: cardíacas, hipertensivas, isquémicas del corazón, cardiopulmonares, cerebrovasculares y circulatorias.

Para el presente análisis se van a revisar las más importantes desde el punto de vista de morbimortalidad: la enfermedad hipertensiva, isquémica y cerebrovascular.

De los egresos hospitalarios de la CCSS del año 2008, se reporta un total de 19,399 egresos por diagnósticos de enfermedades del sistema circulatorio, de los cuales el 57.2% (11,105 egresos) corresponden a enfermedades isquémicas del corazón (26.5%), enfermedades hipertensivas (18.5%) y enfermedades cerebrovasculares (12.6%).

Las tres condiciones han experimentado un incremento en el número de egresos en la década actual. La de mayor crecimiento fue la enfermedad hipertensiva al pasar de 3,061 egresos en el año 2000 a 3,943 en el año 2009 para un incremento de 28.8%. Le siguen las

enfermedades cerebrovasculares con un incremento de 22.4% y las enfermedades isquémicas con un 11.21% ambas comparando los datos de los años 2000 y 2009.

Respecto de la mortalidad de los tres grupos de enfermedades, se revisaran los datos publicados en la publicación: *Indicadores Básicos de Salud* del año 2009, que se refieren a los datos entre los años 2000 y 2007. La enfermedad hipertensiva muestra un descenso de la tasa cruda de 27.1%, la mortalidad por infartos al miocardio una disminución de 26.8% y la enfermedad cerebrovascular una reducción de un 17.7% en el riesgo de morir por esta patología.

### *Tumores*

Para tratar el tema de la frecuencia de los tumores, Costa Rica dispone de los datos oficiales brindados por el Registro Nacional de Tumores para considerarla incidencia.

El país ha experimentado según los últimos datos disponibles (período 1995-2005) un incremento en las tasas de incidencia de tumores de un 29% y de un 26% en la incidencia de neoplasias malignas.

De los más de cien tipos de tumores malignos existentes, cinco tipos ocasionan el 65% de todos los casos nuevos diagnosticados en el período de estudio (excluyendo los tumores "in situ" y los carcinomas de piel no melanoma).

Para las mujeres, los cinco principales tipos de tumores respecto a la incidencia son en orden descendente: cáncer de mama, estómago, cuello uterino, tiroides y colon.

De los cinco tipos de tumores, tres han experimentado incrementos en sus tendencias de incidencia para

el período de estudio: el cáncer de mama (40%), cáncer de colon (51%) y el cáncer de tiroides (106%). Los otros dos tipos, por el contrario, han mostrado descenso en la incidencia, el cáncer de cuello uterino invasor un 34% y el de estómago 32%.

Respecto a la incidencia de tumores malignos en los hombres los cinco tipos más importantes, en orden descendente son: el cáncer de próstata, de estómago, de pulmón, de colon y las leucemias. Juntos constituyen el 68% del total de casos de cáncer diagnosticados en el período de referencia (excluyendo los tumores "in situ" y los carcinomas de piel no melanoma).

En los hombres los tumores que han mostrado un aumento en las tasas de incidencia son las neoplasias malignas de próstata (59%) y de colon (58%). Los tres restantes presentan descensos en la incidencia: el cáncer de estómago (32%), el cáncer de pulmón (10%) y las leucemias (12.8%).

Las neoplasias malignas tal y como se revisó en la primera parte de este capítulo son las segunda causa de muerte en el país. Ocasionan un poco más de 20% de todas las muertes en la actualidad.

En las mujeres los principales tipos de tumores que ocasionan muerte en orden descendente para el período 2000-2008 son: el cáncer de mama, estómago, colon, cuello uterino y pulmón. Todos han mostrado descenso en las tasas de mortalidad excepto el cáncer de mama que ha aumentado en un 17%.

En los hombres, los tipos de cáncer que más ocasionan muerte son en orden descendente los tumores malignos de estómago, próstata, pulmón, colon e hígado. Los dos últimos son de los cinco principales, los que han presentado aumento en las tasas de mortalidad para el período de estudio.

### *Diabetes*

En la publicación *Salud en las Américas* del año 2007 en el perfil de país, se hace referencia a una encuesta realizada en el área metropolitana de San José en el año 2004, en que se estableció una prevalencia de diabetes mellitus de 7.9%, de los cuales el 1.9% de las pesonas desconocían ser portadores de esta enfermedad.

De la misma encuesta se desprende que la prevalencia es mayor en los hombres 8.3% que en las mujeres 7.6%.

Respecto a los egresos hospitalarios desde el año 2000 hasta el 2009, la cantidad de los mismos debido a la diabetes mellitus como primera causa de egreso ha disminuido en un 10%, al pasar de 4,061 egresos en el año 2000 a 3,644 egresos en el año 2009.

Los egresos debidos a diabetes mellitus, representaron el 63.1% del total de los egresos del grupo de enfermedades endocrinas y metabólicas según los datos de la CCSS para el año 2008.

En relación a la mortalidad por esta enfermedad, las tasas se han mantenido igual si se comparan los años 2000 y 2008, según lo muestran los datos publicados en el informe Indicadores Básicos Situación de la Salud en Costa Rica del año 2009.

## *Conclusiones*

De la revisión de los puntos tratados, podemos resumir los siguientes aspectos como los más relevantes:

Las enfermedades crónicas no transmisibles, constituyen hoy día uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial por su considerable impacto en la salud de todas las poblaciones.

Este tipo de enfermedades no es propio de los países desarrollados y, por el contrario, afectan sobre todo a los países en vías de desarrollo.

Es considerable el impacto económico para los sistemas de salud y las sociedades en general atender a los pacientes portadores de las enfermedades crónicas.

En Costa Rica, las enfermedades crónicas no transmisibles en la actualidad son la principal causa de morbilidad y mortalidad.

El posicionamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles en el perfil epidemiológico mostrado, se debe, entre otras condiciones, al aumento en la esperanza de vida, la proporción cada vez mayor de adultos mayores, el control de las enfermedades infecciosas y la adopción de estilos de vida poco saludables por parte de la población.

Preocupa la proporción cada vez mayor de la población y, más aun, de los niños y adolescentes con sobrepeso, obesidad, sedentarismo, consumo de tabaco y drogas licitas e ilícitas, que aumentan el riesgo de padecer, complicar o morir por enfermedades crónicas no transmisibles.

A pesar de su considerable impacto, las enfermedades crónicas no transmisibles pueden ser prevenibles o es posible minimizar su impacto en la población, máxime que muchos factores de riesgo modificables son comunes a muchas de ellas.

## *Referencias bibliográficas*

Organización Mundial de la Salud (2007). Estadísticas Sanitarias Mundiales 2007.

Organización Mundial de la Salud (2005). Prevención de las Enfermedades Crónicas: Una inversión vital. Agencia de Salud Pública de Canadá.

Mackay, J., Mensah,G. (2004) Atlas of Heart Disease and Stroke. World Health Organization.

Organización Panamericana de la Salud (2007). Estrategia Regional y Plan de Acción para Un enfoque integrado sobre la prevención y el control de las enfermedades crónicas.

Organización Panamericana de la Salud (2007) Salud en las Américas 2007 14 edición.

Área de Estadística en Salud. Caja Costarricense de Seguro Social Egresos Hospitalarios 2000-2009.

Ministerio de Salud; Organización Panamericana de la Salud (2009) Situación de la Salud en Costa Rica. Indicadores básicos 2009.

Registro Nacional de Tumores, Ministerio de Salud. Datos de incidencia de cáncer 1995-2005.

12

# La política pública respecto del VIH en Costa Rica: limitaciones para su implementación

*Cinthia Chacón Aguilar*[1]

Resumen

*Para dar una respuesta nacional al VIH y SIDA, Costa Rica cuenta con una Política Nacional de VIH, emitida desde el año 2007; no obstante el contar con dicha política no garantiza que las distintas instancias involucradas incluyan dentro de sus planes estratégicos las líneas de acción contempladas en ella. Existen una serie de deficiencias en la implementación de esta política nacional que ha impedido dar una respuesta más sinérgica ante el VIH. El presente ensayo realiza un análisis no sólo de la viabilidad de la política nacional sino también, de las principales debilidades que se identifican en su implementación.*

## *Introducción*

Desde el año 2007, Costa Rica cuenta con una Política Nacional de VIH y SIDA realizada por el Consejo Nacional de Atención al VIH y SIDA (CONASIDA), el cual se encuentra presidido por el

1 Lic. en Psicología, UCR, Diplomada en infecciones de transmisión sexual VIH-SIDA (Rep. Dominicana), cursa Maestría en Salud Pública (UCR). Encargada de programas, Asociación Demográfica Costarricense.

Ministerio de Salud. Esta política surge ante la carencia de una respuesta nacional articulada de carácter público y desarrollo humano con relación al VIH y sida, esto ante la falta de una verdadera coordinación intersectorial en el marco de los Derechos Humanos. Surge también con la finalidad de fortalecer la respuesta nacional a esta epidemia, para ello describe líneas de acción y acciones estratégicas para el cumplimiento de los objetivos propuestos.

En el presente ensayo se analiza el contexto y la justificación para la creación de la política además de realizar una descripción de las acciones articuladas y los actores sociales que intervienen en la formulación y su ejecución. Posteriormente, se describen las estrategias para la implementación de la política a la vez que se realiza un análisis de la realidad nacional en aras de determinar la viabilidad de la política.

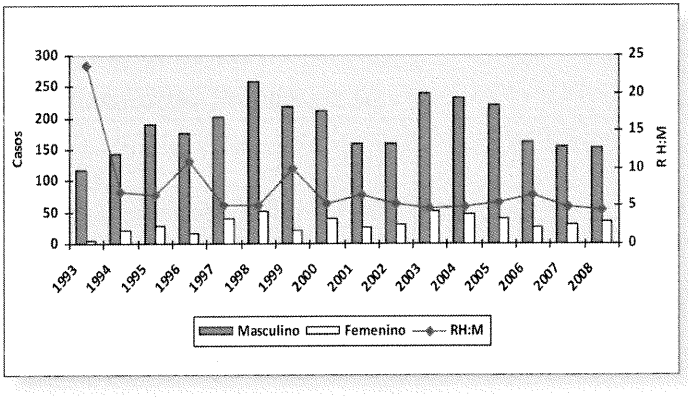
Finalmente, se emite una serie de conclusiones que sintetizan las principales observaciones anotadas durante el proceso de análisis de la política y las principales debilidades en la implementación de esta, con la finalidad de servir de referencia en posibles análisis futuros de implementación o información de esta política nacional, en todos los ámbitos que le competan.

## *Desarrollo*

### *SItuación de la epidemia en Costa Rica*

Según datos del Ministerio de Salud (2007), durante el año 2006 se registraron 157 casos de VIH y SIDA, para una incidencia de 3,6/100.000 habitantes. El 85,3% (134 casos) correspondieron al género masculino. La razón de masculinidad fue de 5,8:1. El grupo de edad más afectado fue el de 25 a 44 años (79,7 %).

**Tendencias de incidencia de casos de VIH-sida según sexo, Costa Rica, 1993-2008.**

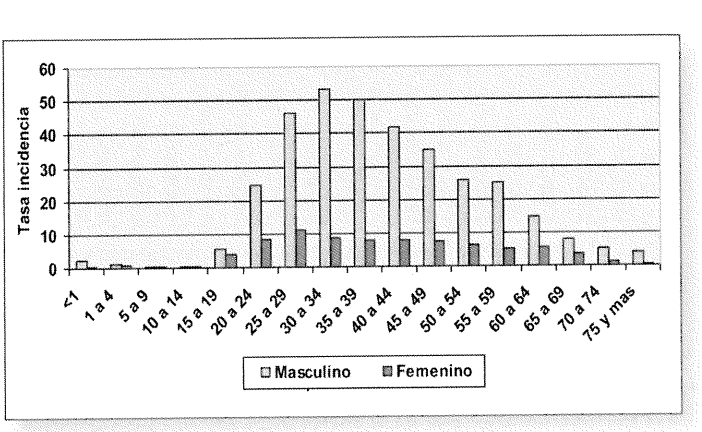



Fuente: Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud, 2008.

En Costa Rica la epidemia del VIH se encuentra aun concentrada y predominantemente en hombres. Una encuesta realizada en 2009 de hombres de zonas urbanas que tienen relaciones con hombres en Costa Rica, se determinó que el 11% de los encuestados vivía con el VIH (Ministerio de Salud de Costa Rica, 2009). La razón hombre–mujer es de 5 hombres por cada mujer; se mantiene la tendencia mundial de un incremento de los casos VIH en mujeres, por lo que se viene hablando de una feminización de la epidemia. A continuación, se muestra el gráfico sobre la razón hombre mujer.

Por último, el grupo de edad en donde se concentran los casos de SIDA comprende entre los 25 y los 49 años de edad, por lo que se presenta una tendencia de personas que se han infectado a edades muy tempranas, esto lleva a la necesidad de enfatizar los programas de prevención en esta población.

**Tasa de incidencia de VIH-sida por edad y sexo, Costa Rica, 2002-2008.**




Fuente: Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud, 2008.

Costa Rica también se enfrenta a un reto importante que le permita determinar la verdadera carga de la enfermedad en la población así como actualizar los datos epidemiológicos de las poblaciones más vulnerables. Esto se debe fundamentalmente a la carencia de un sistema de vigilancia epidemiológico más actualizado y que recopile la información. Otro reto implica la articulación de todos los actores y a una verdadera implementación de la Política Nacional de VIH, en todas las instituciones involucradas.

## *Contexto y justificación de la política*

La política pública encuentra su contexto y justificación tanto jurídica como política, tanto en un marco legal como en una serie de compromisos políticos asumidos por el país.

Dentro del marco legal nacional de dicha política se contemplan una serie de disposiciones que reflejan, ya

sea de forma directa o indirecta, el propósito de proteger los derechos fundamentales relacionados con la epidemia del VIH y SIDA (CONASIDA, 2006), dentro de ellas se pueden mencionar:

- Constitución Política art 50 y 51
- Ley Orgánica del Ministerio de Salud, artículos 1 y 2 inciso a)
- Ley General de Salud
- Ley General sobre VIH y Sida, artículo 2
- Reglamento de la Ley General de VIH y SIDA artículo 1
- Código de Familia
- Código de Trabajo
- Código de la Niñez y la Adolescencia
- Ley de la Madre Adolescente
- Ley de la Persona Joven
- Ley de Promoción Igualdad Social de la Mujer
- Ley de Penalización de Violencia contra las Mujeres
- Política Nacional para la igualdad y la equidad de género

Por otra parte el Estado Costarricense ha ratificado diversos instrumentos internacionales que se consideran vinculantes en nuestra legislación y que son retomados dentro de la política para justificar la creación de la misma, entre ellos:

- Convención Americana de derechos Humanos o Pacto San José
- Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
- Convención sobre los derechos del niño
- Convención sobre todas las formas de discriminación contra la mujer
- Convención Internacional para prevenir y erradicar la violencia contra la mujer

- Convenios con la Organización Internacional del Trabajo

Por último la política retoma una serie de compromisos políticos que fueron asumidos por el Estado Costarricense y ante los cuales debe brindar informes periódicos sobre el avance y cumplimiento de los mismos, entre ellos:

- Objetivos del Desarrollo del Milenio
- Declaratoria de San Salvador
- Plan Puebla Panamá
- Reunión del Sector Salud de Centroamérica y República Dominicana
- Consejo Centroamericano de Ministros de Centroamérica y República Dominicana
- Declaración de Nuevo León
- Plataforma de Acción de Beijing
- Declaración de El Cairo
- Tres Unos en acción

## *Visión, misión y objetivo de la política*

La Política Nacional de VIH tiene como **Misión** la de establecer directrices que se relacionen con la respuesta nacional al VIH y SIDA y que tenga como principio rector los formulados dentro de la misma política: equidad e igualdad de género, respeto de la diversidad y diferencia (sexual, étnica, cultural y discapacidades), unidad e integralidad en la respuesta nacional, calidad de la atención integral, enfoque de ciclo de vida, garantía del respeto de los derechos humanos, garantía del acceso a las poblaciones en condición de vulnerabilidad y coordinación intersectorial, interinstitucional e intrainstitucional.

Por otra parte la **Visión** de la política radica en lograr para el año 2015 en Costa Rica una respuesta nacional articulada y de carácter público y de desarrollo humano,

esto en un arco de coordinación intersectorial y de respeto a los derechos humanos.

La política se plantea como objetivo primordial el de implementar las directrices emanadas por ella y establecerlas como una prioridad nacional en todas las instancias, tanto gubernamentales como no gubernamentales relacionadas con el VIH, para que estas realicen un trabajo articulado en el período comprendido entre el 2007 y el 2015.

Desde este punto de vista confluye lo estatal y los actores no estatales tanto para la formulación como para la adopción de políticas, por lo que ambos forman parte de una serie de eventos o necesidades que los hacen formular o presionar para que se desarrolle esta política (Oszlak, 1981).

## *Líneas de acción establecidas en la política pública y análisis de estas*

La racionalización teórica del marco de acción de la Política Pública Nacional de VIH y SIDA requiere ser complementado mediante la consideración de ciertos conceptos y teorías que integran el tema (Bellavance, 2004).

- **Fortalecimiento de la respuesta nacional para la planificación estratégica:** esto se interpreta en términos generales como el fortalecimiento en general del CONASIDA, no solo por medio de fondos, sino de ordenamientos jurídicos.
- **Atención integral:** cuando se habla integralmente se hace mención a la necesidad en el sector de VIH y SIDA de un conjunto de servicios interdisciplinarios y multisectoriales que se deben brindar pronta y adecuadamente a las personas con VIH: diagnóstico,

tratamiento, seguimiento, atención y rehabilitación en todos los procesos que esto involucra.

- **Educación y gestión académica:** hace un llamado al trabajo conjunto entre el Ministerio de Educación y CONASIDA.
- **Derechos Humanos:** entiende la defensa de los derechos humanos de las personas con VIH y la obligación del Estado de velar por su defensa.
- **Vigilancia de la salud (monitoreo y evaluación):** relacionado con los sistemas de información y la unificación de las bases de datos existentes, que permitan conocer las características de la epidemia en el país para estudiar el avance epidemiológico de Costa Rica. También se habla de los elementos que se utilizaran para vigilar el adecuado cumplimiento de la política en gestión. También busca medir el impacto que han producido las acciones implementadas en el país.
- **Promoción y prevención:** se refiere a las estrategias desarrolladas para evitar nuevas infecciones y la búsqueda de estilos de vida saludables.
- **Mitigación del impacto:** busca disminuir el impacto que pueda tener el VIH en el desarrollo socioeconómico del país.

### *Coherencia de las acciones con los objetivos de la política pública*

El análisis de las acciones estratégicas permite identificar una serie de acciones que evidencian una serie de incoherencias que dificultan el alcance de los objetivos propuestos en la política (CONASIDA, 2007). A continuación, se presenta un cuadro de análisis que muestra las deficiencias en la implementación de la política y las recomendaciones sugeridas para lograr el cambio.

| Objetivos | Deficiencias para implementación de la política | Recomendaciones |
|---|---|---|
| Fortalecimiento del CONASIDA como autoridad nacional en la respuesta en el VIH en el proceso de planificación estratégica con alcance multi-sectorial. | El fortalecimiento de CONASIDA debe realizarse desde la asignación de un grado más alto de toma de decisión política. Actualmente CONASIDA es un consejo adjunto al despacho de la viceministra de salud ante lo cual se hace necesario que sea responsabilidad directa de despacho de la ministra de salud para que sus acciones tengan una mayor injerencia política. Por otra parte, CONASIDA no cuenta con unaasignación presupuestaria y actualmente no tiene suficiente asignación de recursos tecnológicos y humanos. Para ello se necesita una mayor voluntad política que otorgue un rango de mayor decisión a CONASIDA.<br>Otra dificultad para la implementación de la política es que actualmente los representantes ante CONASIDA, a excepción de las personas que representan a la sociedad civil y a las personas con VIH, cambian cada 4 años cuando se realiza el cambio de Gobierno, ante lo cual se dificulta la continuidad de las acciones iniciadas en años anteriores. | Actualmente se encuentra en la corriente legislativa una modificación a la ley General de VIH (7771) que entre otros puntos: eleva el CONASIDA al despacho de la ministra de salud y estipula una asignación presupuestaria al CONASIDA y a las acciones destinadas al VIH en el país. Esta modificación aun no ha sido aprobada, nuevamente carece de una voluntad política para la injerencia en su pronta aprobación. |

Continúa...

...continuación

| Objetivos | Deficiencias para implementación de la política | Recomendaciones |
|---|---|---|
| Garantizar el acceso a la atención integral con calidad y calidez, de forma eficiente y oportuna de las personas con VIH y SIDA y sus allegados. | Las principales asignaciones presupuestarias se destinan a la atención clínica de las personas con VIH, lo cual si bien es importante para garantizar una calidad de vida en las personas con VIH, ésta no debe ser considera como la única estrategia para una atención integral, se descuida la atención psicológica y social de las personas con VIH | Debe realizarse un fortalecimiento real de los equipos interdisciplinarios así como orientar acciones destinadas a la atención de las personas allegadas a las personas con VIH, en este punto, los objetivos anotados en la política solo se dirigen a las personas con VIH y no a sus familiares. |
| Fortalecer el sistema de educación formal con relación al VIH | Para la implementación de esta política se da una dependencia con una política de Educación Integral de la sexualidad del MEP, el problema radica en que si no hay una red de trabajo intersectorial estas acciones se diluyen en meras intenciones políticas y no en acciones concretas. De esta manera la política Nacional de VIH debe contemplar la sinergia que debe realizarse con otros actores involucrados en la respuesta nacional al VIH, aspecto que no estás contemplado en la política. | Trabajo intersectorial y planes conjuntos entre los distintos actores que participan en la respuesta nacional al VIH. |

Continúa...

...continuación

| Objetivos | Deficiencias para implementación de la política | Recomendaciones |
|---|---|---|
| Velar por la defensa, el respeto y cumplimiento de los derechos humanos de las personas con VIH y SIDA, población vulnerabilizada entre otros sin discriminación alguna. | No se contempla dentro de la política la forma de articular todas las instancias que regulan o garantizan la defensa de los derechos humanos de las personas con VIH y grupos vulnerabilizados | Establecer planes de trabajo articulados entre las instancias involucradas en la defensa de los derechos humanos de las personas con VIH y otros grupos vulnerables |
| Fortalecer el Sistema Nacional de Vigilancia para contar con formación oportuna, de calidad y estratégica para la toma de decisiones de acuerdo con la legislación vigente. | En la política se asume que existe en el país un sistema de vigilancia epidemiológica que debe ser fortalecido, sin embargo, y dado a las grandes deficiencias en la información actualizada con respecto al VIH, más que fortalecer debe ser crear dicho sistema y capacitar al personal en el manejo de este. Dicho sistema debe articular todas las fuentes de información involucradas en la respuesta nacional al VIH. | Es importante que Costa Rica comience a sistematizar su información respecto de la situación real de la epidemia en el país, para ello debe fomentarse la investigación para determinar la carga de la enfermedad en el país. |

Continúa...

...continuación

| Objetivos | Deficiencias para implementación de la política | Recomendaciones |
|---|---|---|
| Promover condiciones, comportamientos seguros y saludables, orientados a la salud integral y al disfrute de la sexualidad que contribuyan a reducir los factores de riesgo y vulnerabilidad. | Dentro de la política no se contemplan acciones más concretas para alcanzar este objetivo de la política. Este plan también debe tener indicadores claros de medición para acceso, promoción y prevención de las acciones en VIH.<br>Por otra parte este objetivo debe ser asumido por diversas instituciones de Gobierno que no tienen dentro de sus planes de trabajo la promoción de comportamientos seguros para la prevención del VIH | Fomentar el trabajo interdisciplinario para la prevención, promoción y atención del VIH en las distintas instancias de Gobierno y de la sociedad civil encargados articular la respuesta Nacional al VIH |
| Contribuir a la reducción del impacto del VIH y SIDA en el desarrollo social y económico del país. | Este es uno de los objetivos de la política que más carece de apoyo y trabajo articulado, ya que las acciones para la mitigación de la pobreza son sumamente aisladas en el país, y más aun tratándose de la problemática del VIH. | Incorporación e implementación de esta acción dentro del Plan estratégico Nacional pero con indicadores medibles y observables. |

## *Estrategias para la implementación de la política pública nacional de VIH y sida*

Dentro de la política pública de VIH (CONASIDA, 2007) se mencionan una serie de componentes indispensables para la implementación de esta, entre ellos:

- **Componente institucional:** el CONASIDA monitoreará que cada institución implemente eficazmente su Plan Institucional.
- **Componente de planificación:** el CONASIDA revisará y evaluará los planes operativos de las instituciones públicas involucradas en el cumplimiento de la política para identificar posibles acciones correctivas.
- **Componente de monitoreo y evaluación:** se implementará el Plan Nacional de Monitoreo y Evaluación (MYE).

No obstante, estos componentes en su proceso de implementación de la política pública VIH y SIDA, requieren tener claridad conceptual e instrumental respecto a la viabilidad de la intervención o acción estratégica desde diversas aristas de análisis.

Múltiples expertos en la Gestión de Políticas Públicas recomiendan que el análisis de la coherencia entre los objetivos de una política pública y las intervenciones realizadas, deba realizarse mediante una verificación exhaustiva de la efectividad que las líneas de acción programadas representen para los fines y propósitos establecidos (Lahera, 2004).

Asimismo, desde el punto de vista de las directrices generales, recomiendan abordar: la planificación por objetivos, la gestión financiera, la gestión presupuestaria, la inclusión social y los niveles de participación, para una correcta socialización de las intervenciones.

## *Realidad nacional: viabilidad de la política pública nacional de VIH y sida*

En este contexto, los desafíos centrales que enfrenta la Política Pública VIH y SIDA en su implementación se describen en términos de su viabilidad política, técnica y administrativa; las cuales determinan sus debilidades y fortalezas. Y se detallarán a continuación:

### *Viabilidad política*

Costa Rica posee un sistema democrático, en el que el respeto por la institucionalidad es de gran relevancia, por lo que una política pública para lograr su implementación real requiere ser viable políticamente. Actualmente, se considera que la identificación de la opinión y postura de los actores involucrados y la legitimidad y respaldo de la ciudadanía son las principales fortalezas alcanzadas por la Política VIH y SIDA. Asimismo se han señalado grandes deficiencias en lo que respecta a la negociación y acuerdo entre los actores políticos, la difusión y socialización de la política, y la imperiosa necesidad de su priorización en la agenda pública (Porrúa, 1993) y la agenda de gobierno.

### *Viabilidad técnica*

La ejecución adecuada de una política pública requiere de la inclusión de las consideraciones técnicas y económicas necesarias para su realización (Hidalgo, 1991). Debe contemplar los medios e instrumentos utilizados –recursos humanos, financieros, organizativos y tecnológicos– para desarrollar la política. En la Política Pública del VIH y SIDA así como en la gran mayoría de las políticas nacionales la viabilidad técnica es sumamente limitada (Seligson, 2009). Por lo que su vulnerabilidad presupuestaria,

la inflexibilidad creciente en su asignación de recursos y la ausencia de sistemas adecuados de control, evidencian la necesidad de realizar ajustes y modificaciones. Lo cual aunado a un recurso humano escaso y a un acceso tecnológico deficiente refleja la perentoriedad de una mayor voluntad estatal.

### *Viabilidad administrativa*

Por ser las políticas públicas el conjunto de decisiones y acciones emprendidas tanto por el gobierno como por la sociedad civil para influir sobre una problematización social, que se explica la importancia del papel de la viabilidad administrativa en la implementación de las políticas públicas (Bañón, 1994). En el caso de la Política Pública del VIH y SIDA, la existencia de leyes y normas nacionales que contemplan la política es el principal elemento propulsor de esta. No obstante, la falta del establecimiento de personalidad jurídica a CONASIDA, la inexistencia de organismos contralores de la política y la creciente necesidad de una adecuada evaluación del impacto continúan siendo grandes debilidades en el marco de acción de la misma.

Por ser esta una realidad que preocupa, ya que solamente mediante una Política Pública Nacional eficaz –desde el punto de vista del impacto social que genera y de la eficiencia en la utilización de los recursos– se puede legitimar, efectivamente, la acción del gobierno en una respuesta nacional articulada ante el VIH y SIDA.

## *Conclusiones y recomendaciones*

En el país una de las principales problemáticas para la implementación de la política es que no existe una

acción articulada entre los distintos actores sociales que permitan una respuesta nacional ante el VIH. Estos actores tienden a realizar acciones aisladas que desagregan la atención del VIH en el país.

Otro aspecto por considerar, es que la máxima instancia en el país para coordinar y supervisar las acciones dirigidas a la respuesta nacional (CONASIDA), no cuenta ni con asignación presupuestaria ni con suficiente capital humano para hacerle frente a todas las responsabilidades que se le atribuyen en la política. Esto dificulta aún más su implementación.

En términos generales, la implementación de la política encuentra sus principales debilidades a través de diversas perspectivas políticas, administrativas y técnicas. Estas deben ser estudiadas y analizadas si se desea subsanar las dificultades presentes.

Por último se debe reconocer que solamente mediante una Política Pública Nacional eficaz –desde el punto de vista del impacto social que genera y de la eficiencia en la utilización de los recursos– se puede legitimar, efectivamente, la respuesta nacional articulada ante el VIH y SIDA

## *Referencias bibliográficas*

Bañón, R., y Carrillo, E. (1994). Evaluación de la calidad de los servicios públicos. Ponencia presentada en el Seminario sobre Gestión de Calidad de las Administraciones Públicas, 9 y 10 de junio. Santiago de Compostela (Galicia).

Bellavance, M. (2004). Las políticas gubernamentales: Elaboración, gestión y evaluación.

Hidalgo, G. Monge, *et ál.* (1991). La política social y la valorización de los recursos humanos. En L. Garnier, R., Ediciones Guayacán, San José de Costa Rica

Informe Anual del Estado de la Salud (2007). Ministerio de Salud. República de Costa Rica. 2008

Lahera, E. (2004) Política y Políticas Públicas. CEPAL. Washington, D.C.

Oscar Oszlak, Guillermo O'Donnell. (1981) Estado y políticas estatales en América Latina: Hacia una estrategia de investigación. Publicado por el Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), Buenos Aires, documento G.E.CLACSO/N° 4)

Plan Estratégico Nacional contra VIH y SIDA 2006-2010. Ministerio de Salud. Consejo Nacional de Atención Integral al VIH y SIDA, CONASIDA.

Política Nacional de VIH y SIDA (2007). Ministerio de Salud de costa Rica. Consejo Nacional de Atención Integral al VIH y SIDA. CONASIDA

Porrúa, A. (1993) Problemas públicos y agenda de gobierno. México, D. F.

Seligson, M. (2009) Reducción de la pobreza en Costa Rica: el impacto de las políticas públicas. PNUD, San José, Costa Rica.

13

# Agua potable y la Salud Pública

Armando Moreira Mata[1]

Resumen

*El siguiente es un comentario en el cual se aborda la problemática del agua potable haciendo referencia a los principales eventos internacionales sobre políticas relativas a la interacción agua-salud y en el contexto nacional de la trayectoria en cuanto a cobertura y calidad del agua a partir de la creación del AyA y otros organismos operadores. También se aborda la evolución de las Guías de calidad del agua de la OMS cuya última propuesta sobre los Planes de Seguridad del agua establece la participación comunitaria como una estrategia para disminuir los riesgos. Además, se considera el rol del Ministerio de Salud para liderar, promover y articular a los actores sociales involucrados en los determinantes de la salud. Por último se plantean los aspectos críticos principales y las recomendaciones para la acción a fin de lograr la sostenibilidad del sector.*

## *Introducción*

El acceso al agua potable es esencial para la salud. Es un derecho humano básico y componente de las políticas eficaces de mantención de la salud.

---

1 Microbiólogo, Químico Clínico, M.Sc. en Salud Publica. Funcionario del Ministerio de Salud, Dirección de Garantía de Acceso a los Servicios de Salud. Coordinador Comisión Nacional de Vigilancia Calidad del Agua.

Todas las personas deben disponer de un suministro adecuado (cantidad, calidad, continuidad). La mejora al acceso al agua potable, proporciona beneficios tangibles para la salud de poblaciones.

Cuando se consume agua inocua no ocasiona ningún riesgo significativo para la salud durante toda la vida, teniendo en cuenta las vulnerabilidades que presentan las personas, en las diferentes etapas del ciclo vital.

El acceso al agua potable es importante en materia de desarrollo en los ámbitos nacional, regional y local, porque se ha comprobado que las inversiones en sistema de abastecimiento de agua, pueden ser rentables económicamente, dado que la disminución de los efectos adversos a la salud y la reducción de los costos de asistencia sanitaria, es superior al costo de las intervenciones.

Se han desarrollado diversos foros internacionales sobre políticas entre las que cabe mencionar conferencias relativas a la salud como la Conferencia Internacional sobre atención primaria de salud que tuvo lugar en Alma Ata (ex Unión Soviética) en 1978; la conferencia sobre el agua, en Mar de Plata (Argentina) en 1977, que propició el Decenio Internacional de agua potable y saneamiento; los objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) aprobados por la Asamblea General de la ONU (2000); la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Sostenible de Johannesburgo del 2002; la Carta de Bonn para agua segura (IWA, 2004), y, recientemente, la ONU declaró el periodo 2005-2015 como Decenio Internacional para la acción: "El agua, fuente de vida".

El programa conjunto de Monitoreo (JMP) del Abastecimiento de Agua y Saneamiento de OMS y UNICEF evalúa el progreso en el cumplimiento de la Meta 10 de los ODM. Según el JMP, agua potable es aquella utilizada con

fines domésticos, incluida el agua para consumo e higiene utiliza el siguiente indicador de acceso o cobertura.

**Cuadro 1. Porcentaje de la población (urbana y rural) que utiliza fuentes mejoradas de agua potable.**

| Fuentes mejoradas | Fuentes no-mejoradas |
|---|---|
| Conexión domiciliar | Pozo no protegido |
| Pozo perforado | Fuentes superficiales |
| Manantial protegido | Manantial no protegido |
| Pileta Pública | Ventas ambulantes |

# *Desarrollo*

## *Contexto nacional*

El país ha avanzado notoriamente en cuanto a la cobertura de agua potable a partir de la creación del Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (AyA) en 1961, por medio de su Ley constitutiva N° 2726 que le dio sustento a esta institución en momentos en que la gran mayoría de municipalidades operaban los sistemas de abastecimiento. Originalmente creado para el Área Metropolitana de San José, paulatinamente ha asumido varias cabeceras de cantón cuyos abastos otrora eran operados por las municipalidades y sistemas comunales.

La intervención del AyA se ha dado en muchos casos por la carencia de agua potable en calidad y cantidad, que ha propiciado la aparición de brotes diarreicos en varias comunidades y otras enfermedades de origen hídrico, así como la imposibilidad técnica y financiera para hacer sostenible el servicio.

Actualmente, el AyA abastece el 49% de la población nacional, los comités comunales (ASADAS) que tienen

personería jurídica propia con la instrumentación legal, técnica, administrativa, financiera, social y tarifaria, según Decreto N° 32529-S-MINAE, representa el 27% de cobertura. Veintiocho municipalidades y un Concejo Distrital (Cervantes) administran sus propios sistemas representando un 15% del total.

La Empresa de Servicios Públicos de Heredia (ESPH) nacida en 1976, que transformó la empresa municipal de Heredia materializada por Ley 5889, actualmente es una sociedad anónima de utilidad pública según Ley 7789 del 23 abril de 1998, opera los acueductos de tres cantones de la provincia de Heredia (Heredia, San Rafael y San Isidro) y constituye el 4% de la población nacional. Finalmente, se estima en un 4% a 5% la cobertura de urbanizaciones privadas, zona rural dispersa o sin acceso intradomiciliario.

Aún cuando el país ha avanzado colocándose en los primeros lugares en Latinoamérica en cobertura y disponibilidad de agua intradomiciliar (98%), la potabilidad del agua representa un 82% de la población nacional (diciembre, 2008). Conforme al Decreto 32327-S (Reglamento para la calidad del agua potable) la calidad de ésta cumpliría con los parámetros de valores máximos establecidos en dicha normativa, sin riesgo para los consumidores.

Se estima que cerca de 700,000 habitantes en el país consumen en la actualidad agua que no reúne los requisitos de potabilidad, y en consecuencia el riesgo de enfermar es mayor.

Algunas causas de esta problemática son:

- Ausencia de desinfección (cloración).
- Actividades agrícolas, industriales y pecuarias cuyos vertidos pueden contaminar las fuentes de abastecimiento desprotegidas.

- Deficiente gestión en los sistemas de abastecimiento tanto administrativa como operativa.

## *Competencia de los entes que brindan el servicio de agua*

AyA funge como una institución descentralizada prestadora de servicios y según su Ley Constitutiva le corresponde administrar y operar los sistemas de acueducto y alcantarillado sanitario de todo el país. Su función esencial es dirigir y fijar políticas, aplicar normas, promover el planeamiento, financiamiento y desarrollo, resolver lo relacionado con el suministro de agua potable, recolección y evacuación de aguas negras y residuos industriales líquidos y los aspectos normativos del alcantarillado pluvial en el país. AyA tiene una competencia rectora en relación con el suministro de estos servicios.

Las municipalidades tienen a cargo la administración y operación plena de los abastos tradicionales. Por disposición de la Ley Constitutiva de AyA, las municipalidades que estaban operando acueductos en el momento de la creación de AyA podrían continuar a cargo de estos sistemas, siempre y cuando presten un servicio eficiente, excepto los sistemas ubicados en el área Metropolitana que debían ser operados expresamente por AyA.

Cuando la prestación del servicio es deficiente, AyA está autorizado por el ordenamiento jurídico para asumir la administración, operación y mantenimiento de los acueductos y sistemas de alcantarillado sanitario bajo el control municipal.

La Ley constitutiva de la Empresa de Servicios Públicos de Heredia (ESPH), la faculta para prestar el servicio de agua potable, alcantarillado sanitario y evacuación de aguas pluviales, así como la generación y distribución de

energía eléctrica, alumbrado público en convenio con las municipalidades de Heredia. Entre sus propósitos está unificar y realizar esfuerzos para satisfacer necesidades de agua potable y manejo racional de los recursos hídricos de la región.

Respecto de las Asociaciones Administradoras de Acueductos y Alcantarillados Comunales (ASADAS), AyA conforme al artículo 2, inciso g) de su Ley Constitutiva puede delegar la operación, mantenimiento y desarrollo de los sistemas de acueductos y alcantarillados, así como el tratamiento y disposición de aguas residuales en las organizaciones constituidas para ese efecto.

El Reglamento de las ASADAS N°32529-S-MINAE establece los deberes y atribuciones de los sistemas comunales así como los propios del AyA respecto de los convenios de delegación de la gestión de los operadores.

Así, AyA puede asumir la administración, operación, mantenimiento y desarrollo de todos los sistemas de acueductos y alcantarillados cuando no se garantiza el servicio público conforme al artículo 4 de la Ley General de Administración Pública.

Muchos operadores privados brindan el suministro de agua a particulares conforme al artículo 5 de la Ley de la ARESEP (Autoridad Reguladora de los Servicios Públicos) que establece la posibilidad de prestatarios privados para los servicios que son regulados por la ley, entre ellos el suministro de agua potable.

Este tipo de sociedad que se constituye para prestar el servicio está bajo el control del Departamento de Aguas del MINAE en cuanto al aprovechamiento de las aguas, de la ARESEP en la fijación de tarifas, la verificación de la calidad del agua por parte del Ministerio de Salud y AyA en el control técnico para asegurar la prestación del servicio.

Se estima que un 4% de la población está incluida en esta categoría: urbanizaciones privadas, sociedades de usuarios y fácil acceso.

## *Acciones y responsabilidad del Ministerio de Salud*

La Ley General de Salud Nº 5395 publicada en el año 1973 faculta al Ministerio de Salud para el control de la contaminación del agua, referido a los servicios de suministro de agua potable, disposición de excretas y aguas servidas y manejo de desechos.

En el Título III, Capitulo I se establecen varios artículos referidos al tema y concretamente el artículo 268 determina que es el Ministerio de Salud quien ejerce la vigilancia de la calidad del agua sobre cualquier abasto del país. Debe velar por que el servicio de agua potable de los entes proveedores no atente contra la salud humana en términos de la potabilidad del agua.

Asimismo, el Ministerio de Salud como autoridad sanitaria procede a emitir la normativa vía reglamento en lo concerniente a la calidad del agua, vertido y reutilización de aguas residuales, transporte y disposición de lodos, al efecto de establecer el cumplimiento y controles que la Ley General de Salud dicta.

El Decreto 32327-S (Reglamento para la calidad del agua potable) publicado en el año 2005 establece los niveles máximos que deben tener los componentes o características del agua que puedan representar un riesgo para la salud de las comunidades y es de alcance nacional sobre todos los operadores.

## *Los planes de seguridad del agua*

La Tercera Edición de las "Guías para la calidad del agua potable", publicada por la OMS, 2004 expresa que la calidad del agua de bebida puede ser controlada por medio de la protección de las fuentes, control de los procesos de tratamiento, la gestión de la distribución y el manejo a nivel intradomiciliar.

De tal manera, la OMS establece los "Planes de Seguridad del Agua" (PSA) que es un plan documentado que identifica posibles riesgos desde la captación hasta el consumidor, los precisa, prioriza, e implementa medidas de control para mitigarlos. El PSA se ejecuta teniendo en cuenta los objetivos basados en salud y debe ser supervisado por la Autoridad Sanitaria (Ministerio de Salud), comprende tres etapas claves:

- Evaluación del sistema.
- Monitoreo operacional.
- Gestión (documentación y operación).

Paralelamente se debe verificar que la calidad del agua de bebida cumpla con la normativa sanitaria y asegurar que el PSA está aplicado correctamente. EL PSA lo ejecuta el organismo operador del abasto de agua conjuntamente con actores sociales involucrados en las actividades que se desarrollan en la cuenca y el Ministerio de Salud como órgano de vigilancia.

Se desarrollan actualmente varias experiencias para implementar los PSA en el país tomando en cuenta nuestras propias características, según las recomendaciones de la OMS.

## *Aspectos críticos principales*

- Falta definición del Sector Agua Potable y Saneamiento para mejorar los servicios debido a deficiente integración institucional.
- Más del 75% de los acueductos sin desinfección no garantizan la inocuidad del agua.
- Ausencia de un adecuado control de calidad del agua superior al 50% de los sistemas de abastecimiento dificulta la mejora en la prestación del servicio.
- Inadecuada capacitación de los operadores de acueductos o falta de esta contribuye al deterioro del servicio.
- Falta de financiamiento por parte de los entes operadores para la mejora sostenible en los abastos.
- Desprotección del área de influencia de las fuentes de agua incrementa la vulnerabilidad a la contaminación por agentes biológicos y químicos.
- Ausencia de una política nacional de agua y saneamiento por parte del Estado.

## *Recomendaciones para la acción*

- Definir el valor social y económico del agua para permitir la sostenibilidad de los sistemas de abastecimiento.
- Impulsar de la cultura y educación ambiental en torno al agua.
- Implementar por parte de los municipios planes reguladores en su territorio.
- Capacitar y desarrollar de los planes de seguridad del agua para disminuir los riesgos en los consumidores.
- Fortalecer el papel del Ministerio de Salud en la vigilancia de los acueductos en todo el país.
- Aclarar el papel de rectoría, versus operador de sistemas de agua por parte de AyA.

- Revisar y actualizar la normativa establecida en leyes y decretos respecto a la calidad del agua y riesgo sanitario en general.

## *Conclusiones*

El Ministerio de Salud ejecuta un proceso de Desarrollo Organizacional, pasando de los conceptos de enfermedad al contexto social. Lleva adelante la rectoría de la producción social de la salud para liderar, promover y articular los esfuerzos de los actores sociales clave, ejerciendo su autoridad sanitaria para proteger y mejorar la salud de la población. Se pretende de esta forma avanzar en la atención de la enfermedad hacia la promoción de la salud como valor social.

En este sentido, la nueva perspectiva de la garantía de acceso a los servicios de salud lleva implícita cambios sustanciales, uno que tiene que ver con la salud pública en su teoría y otro relacionado con teoría y práctica de la rectoría en salud.

El concepto de servicios de salud integra la perspectiva de la atención directa a las personas, y protección y mejoramiento del hábitat humano. Esta nueva visión viene a definir como servicio de salud a todos aquellos que se ofrecen para la protección y mejoramiento del hábitat humano, como lo es el servicio de suministro de agua para consumo humano ofrecido por proveedores públicos y privados; también de la disposición sanitaria de excretas, aguas residuales y pluviales, y residuos sólidos.

La perspectiva indica que el país logrará cumplir sus metas de garantizar la sostenibilidad ambiental establecidos en el Objetivo N.° 7 y la Meta 10 de los ODM que cosiste en reducir a la mitad para el 2015 el porcentaje de

personas que carecen de acceso sostenible a agua potable y saneamiento básico (indicadores definidos por JMP).

El Plan Nacional de Desarrollo 2006-2010 pretende lograr la protección de las fuentes de agua, control de calidad del agua potable, tratamiento y desinfección del agua, evaluación del riesgo sanitario en los acueductos del país, producción, continuidad, calidad, cobertura, costos, normalización y legislación, autosostenibilidad, movilización social y educación. Con el 82% de la población recibiendo agua de calidad potable, queda el reto de extender esta calidad a todo el conglomerado en beneficio de la salud pública y el desarrollo económico y social.

## *Referencias bibliográficas*


OMS (2004). Guideliness for Drinking-Water Quality. Third Edition. Vol. 1. Recommendations, Ginebra, Suiza.

Ministerio de Salud (2005). Reglamento para la calidad del agua potable, Gaceta #84, 24pp.

Mora, D., *et ál.* (2007). Estado del agua para consumo humano y saneamiento en Costa Rica, LNA-AyA.

AyA y OPS/OMS (2002). Análisis sectorial de Agua Potable y Saneamiento en Costa Rica, San José.

Ministerio de Salud (1974). Ley General de Salud y Ley Orgánica del Ministerio de Salud, Imprenta Nacional, San José.

14

# Mitigación de los efectos indeseables al suelo y al agua, producto de las actividades antropogénicas

Eugenio Androetto Villalobos[1]

Resumen

*Con la gestión integral, tanto de los residuos sólidos como del recurso hídrico, se realiza un cambio de paradigma en el tema del manejo de los residuos sólidos y líquidos en nuestro país, adoptando un enfoque preventivo y distributivo en la responsabilidad de su manejo entre todos los sectores de la sociedad, de manera extendida pero diferenciada, induciendo la adopción de procesos sustentables de producción y consumo, así como en el manejo seguro y ambientalmente adecuado de los residuos que se generan en los procesos post-industrial y post-consumo. Ello acompañado con un sólido proceso de educación y cambio de hábitos por parte de la población que sea parte interesada en el tema de mitigación de los efectos indeseables producto de las más diversas actividades humanas.*

## *Introducción*

El agua, el aire y el suelo son recursos naturales indispensables para la vida y el desarrollo de todo tipo de actividades humanas. Sin embargo,

1 Ing. Civil, M.Sc. Ingeniería Sanitaria. Funcionario de la Unidad de Normalización de la Dirección de Regulación de la Salud, Ministerio de Salud.

están siendo contaminados por el desarrollo creciente de las actividades antropogénicas, dando como resultado el deterioro de dichos recursos con todos los efectos adversos al ambiente y a la salud humana que ello conlleva.

Uno de los grandes retos de los países que se encuentran en vías de desarrollo, es el crecimiento en armonía con la naturaleza, lo cual resulta difícil debido a que hay vacíos en la legislación, la cual en muchas oportunidades no toma en cuenta aspectos esenciales para la mitigación de las afectaciones al ambiente y a la salud.

La degradación del ambiente en general, es una situación cotidiana que afecta la calidad de vida y, en muchos casos, se hace al amparo de acciones u omisiones de las instituciones con competencia en el tema, las cuales autorizan actividades humanas incompatibles con la protección de los recursos naturales.

En el presente ensayo se presentará un diagnóstico de la realidad costarricense en los temas de los residuos sólidos y el vertido de aguas residuales, así como las perspectivas futuras en ambos temas.

## *Desarrollo*

### *Diagnóstico de la realidad costarricense en el caso de los residuos sólidos*

Se ha practicado durante varias décadas el concepto del *"manejo adecuado de los desechos"*, lo que no ha tenido éxito, más bien todo lo contrario debido a que ha propiciado un país con problemas de contaminación del suelo y de los cuerpos de agua con dichos residuos.

Con la promulgación en 1973 de la Ley General de Salud, se da uno de los primeros intentos por regular el tema de los residuos sólidos, debido a que, por primera vez, se establece la obligación para los administrados de separar y reciclar los "desechos"; además, establece la responsabilidad de las Municipalidades en prestar el servicio de recolección, acarreo y su disposición final.

No obstante, dicha ley no contempla el tema de reducir la generación de residuos, más bien premia el que se dispongan finalmente en un relleno sanitario, en el mejor de los casos, pero como actualmente ocurre, fuera del Gran Área Metropolitana un alto porcentaje de los residuos son depositados en vertederos. Es así como se produce biogás, el cual contiene metano que es liberado a la atmósfera y es uno de los gases denominados de invernadero y causantes del calentamiento global. Además, se producen lixiviados, que pueden escurrir hacia los ríos y quebradas o bien pueden percolar hasta llegar a contaminar las aguas subterráneas.

Sumado a lo anterior, no debe omitirse la proliferación de moscas y mosquitos, ratas y zopilotes, que son plagas que pueden afectar directamente la salud de los habitantes de los alrededores.

Es por ello que el concepto de *"manejo adecuado de los desechos"* no ha tenido las repercusiones requeridas para el mundo moderno, pues hoy son graves los hechos que a diario ocurren en todo el país: proliferación de vertederos, basuras en las calles, lotes baldíos y ríos. Nadie es responsable por los desechos que genera.

El manejo y disposición de los residuos ha sido, desde hace mucho tiempo uno de los grandes problemas sin resolver de las diferentes administraciones, tanto a nivel de Gobierno Central como de las Municipalidades, que

han hecho tímidos intentos por mejorar la situación sin plantear soluciones sostenibles que resolvieran paulatinamente la situación inicial, y que únicamente se han limitado a atender las denuncias que se presentan, lo cual no ha generado el impacto requerido.

Afortunadamente, con la nueva concepción de la gestión integral de residuos establecida tanto en el Plan de Residuos Sólidos Costa Rica (PRESOL), el cual fue declarado de interés público y nacional mediante Decreto Ejecutivo N° 34647-S-MINAE y el proyecto de ley para la gestión integral de residuos, que refleja un cambio de paradigma, con una filosofía en la que todos ganan, al ser catalogados los residuos como recursos.

El "manejo inadecuado" de los residuos constituye uno de los principales problemas ambientales que enfrenta la sociedad costarricense. "*Para el año 2006 se estimaba que se generaban 3.784 toneladas de residuos ordinarios (o municipales) por día en Costa Rica, lo que equivale a un aumento de 2,7 veces de lo que se producía en 1991. En cantones urbanos se genera un aproximado de 1,1 kilogramos de residuos por persona por día. De estos residuos aproximadamente un 55% corresponde a residuos orgánicos, 15,5% a papel y cartón y 11,5% a plásticos*". Para el 2022 se estima que se generarán "*5,600 toneladas de residuos por día*".

Además del diagnóstico elaborado por el Programa Competitividad y Medio Ambiente (CYMA), para la realización del Plan de Residuos Sólidos Costa Rica, puede rescatarse lo siguiente:

- Entre el año 1990 y el 2006 la generación de residuos casi se triplicó.
- En el país la cobertura media de recolección es de alrededor de un 75%.

- No hay prácticas de separación en el origen de los residuos (experiencias aisladas).
- Los rellenos sanitarios existentes reciben aproximadamente el 55% de los residuos sólidos domiciliarios, prácticamente su totalidad de la GAM.
- Hasta el año 2008 no estaba definido explícitamente quién es el ente responsable de la Gestión Integral de Residuos Sólidos.
- Muchas municipalidades prestan los servicios en forma deficitaria, carecen de apoyo y tienen poca cooperación entre ellas.
- La legislación actual no promueve la Gestión Integral de Residuos Sólidos, el énfasis está en la disposición final.
- Se ejecuta poco control y monitoreo.
- Varias instancias realizan labores de fiscalización, a la vez y prácticamente en el mismo tema (Ministerio del Ambiente y Energía, Secretaría Técnica Nacional Ambiental, Ministerio de Salud, Ministerio de Agricultura y Ganadería).
- Las multas o sanciones escasas veces son aplicadas.
- No se ha hecho efectiva la responsabilidad del generador por el manejo de los residuos.

Todo lo anterior redunda en el gasto de los escasos recursos dedicados al tema y que no ha tenido el impacto, tanto a nivel ambiental como sanitario que las sociedades modernas exigen.

A pesar de que por muchos años el énfasis ha estado en promover y regular los rellenos sanitarios, los números indican que *"De las 81 municipalidades del país, 29 que se ubican en la Gran Área Metropolitana (GAM) depositan los residuos en rellenos sanitarios administrados por empresas privadas, dos gobiernos locales que también se ubican en la GAM (Alvarado y Santo Domingo) lo hacen*

*en lugares de su propiedad y 50 municipalidades ubicadas fuera de la GAM como en cada caso se indica:*

- Palmares, Grecia, Orotina, Puriscal y San Mateo depositan los residuos en los rellenos privados ubicados en la GAM.
- Matina y Limón recientemente comenzaron a disponerlos en el Relleno Sanitario El Tomatal, ubicado en Limón que es propiedad de una entidad privada.
- Garabito dispone sus residuos en el único relleno sanitario municipal en funcionamiento fuera de la GAM y Santa Cruz comenzó a depositarlos en una celda instalada en un terreno de su propiedad administrado por una empresa, que opera de acuerdo con la normativa aplicable a los rellenos sanitarios.
- Turrubares no presta el servicio y los residuos se queman o depositan en sitios ilegales y algunos se recogen por una iniciativa privada que promueve el reciclaje
- Abangares, Esparza, Montes de Oro, Jiménez, Naranjo, Valverde Vega, Carrillo y Golfito depositan sus residuos en sitios que administran otras municipalidades
- *Las 32 municipalidades, que se presentan en el siguiente cuadro, disponen sus residuos en 13 vertederos semicontrolados y 19 botaderos a cielo abierto que operan en 21 fincas de propiedad municipal y 11 propiedades privadas que se alquilan o son prestadas a los ayuntamientos".*

Con respecto a esta cita textual es importante indicar que un vertedero es *"... el sitio o paraje, sin preparación previa, donde se depositan los desechos, sin técnica o mediante técnicas muy rudimentarias y en el que no se ejerce un control adecuado".* Por lo tanto las figuras indicadas de vertederos semicontrolados y vertederos a cielo abierto son figuras prácticamente iguales a un vertedero. Mientras que el relleno sanitario es *"... la técnica*

*mediante la cual diariamente los desechos sólidos se depositan, esparcen, acomodan, compactan y cubren empleando maquinaria. Su fin es prevenir y evitar daños a la salud y al ambiente, especialmente por la contaminación de los cuerpos de agua, de los suelos, de la atmósfera y a la población al impedir la propagación de artrópodos y roedores".*

## *Diagnóstico de la realidad costarricense en el caso del vertido de aguas residuales*

Del estudio de los diagnósticos efectuados para el año 2007 por parte del Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados y del estudio coordinado por la Organización Panamericana de la Salud y el Ministerio de Salud para LATINOSAN puede extraerse que:

- En Costa Rica la mayor parte de los diagnósticos realizados indican que el tratamiento que se hace de las aguas residuales municipales, se realiza por medio de tanques sépticos y drenajes, lo que representa aproximadamente un 67,3%.
- Aproximadamente un 20,1% de las aguas residuales se disponen en redes de alcantarillado sanitario y estas llegan sin ningún tratamiento a los ríos.
- Solamente un aproximado del 4,9% del alcantarillado sanitario cuenta con plantas de tratamientos de aguas residuales en estado de abandono y, por lo tanto, vierten las aguas residuales también crudas a los ríos.
- Únicamente el 3,5% de las aguas residuales en Costa Rica se recolectan en un alcantarillado sanitario que cuenta con una planta de tratamiento de aguas residuales en operación.
- El AyA opera plantas de tratamiento de aguas residuales: El Roble de Puntarenas, Cañas, Liberia, Santa

Cruz, Nicoya, San Isidro de Pérez Zeledón y el emisario submarino de Limón.

- Aproximadamente el 69% de los sistemas de tratamiento de aguas residuales en urbanizaciones no funcionan.
- No existe una política nacional en saneamiento.
- La técnica del tanque séptico, mayormente utilizada en el país, no cuenta con normativa. Faltan acciones concretas sobre el manejo, tratamiento y disposición de lodos provenientes de tanques sépticos y algunas plantas de tratamiento de aguas residuales.

Actualmente, con el fin de mitigar la problemática anotada, está en desarrollo el *"Proyecto de Mejoramiento Ambiental del Área Metropolitana de San José"* promovido por el AyA, el cual se divide en dos etapas, a saber:

- Primera etapa: Cobertura del 65% de la población del GAM, para abarcar aproximadamente 1 070 000 habitantes al 2015, y consiste en rehabilitar y extender colectores y redes secundarias en más de 361 km, construir una planta de tratamiento para aguas residuales con su respectivo tratamiento de lodos.
  Con esta primera etapa, se pretende que el 20,1% de las aguas residuales depositadas en alcantarillados sanitarios que no tienen tratamiento baje a un 0,5% y el 3,5% las aguas residuales que son recolectadas y tratadas se aumenten a un 26,8%.
- Segunda etapa: Se aumentará la cobertura de recolección y tratamiento de aguas residuales a 1 600 000 habitantes. Con el tratamiento secundario que se aplicará a las aguas residuales se tendrá una calidad del efluente que cumplirá con los límites establecidos en el *Reglamento de vertido y reuso de aguas residuales.*

La solución al problema de contaminación por vertidos de aguas residuales crudas no se ha concentrado en la GAM, debido a que con el objetivo de incentivar el desarrollo de las zonas costeras en concordancia con la protección de sus respectivas playas se creó el Programa Bandera Azul Ecológica. Dentro de las metas de este plan estratégico se decidió ampliar el Programa a la categoría de comunidades no costeras y posteriormente se enfocó a los centros educativos con el afán de trasladar la filosofía de aseo e higiene a las instalaciones educativas, pero sobre todo con el objetivo de hacer sostenible el programa para las futuras generaciones.

Para el 2010 se entregaron 502 galardones distribuidos entre playas, comunidades, espacios naturales protegidos, centros educativos y acciones para enfrentar el cambio climático.

Además, se emite el *Reglamento del canon ambiental por vertidos*, el cual es un instrumento económico de regulación ambiental y que pretende el derecho fundamental de alcanzar un ambiente sano y ecológicamente equilibrado, a través del cobro de una contraprestación en dinero, a quienes descarguen aguas residuales en los cuerpos de agua. Los dineros generados por este rubro se destinarán a inversiones en infraestructura, promoción de la producción más limpia y el monitoreo en los ríos, para así poder clasificar los cuerpos de agua según lo establece *Reglamento para la evaluación y clasificación de la calidad de cuerpos de agua superficiales.*

## *Costos ambientales*

De la problemática indicada se generan los costos externos ambientales que suelen ser muy altos y difíciles de calcular o estimar, entre ellos:

- Los costos ambientales, como la contaminación del suelo y de las aguas subterráneas y superficiales producto de la percolación y escorrentía superficial, respectivamente. También se contribuye con el calentamiento global, principalmente a través de la descomposición anaeróbica que genera emisiones de gases de efecto invernadero como el metano y el dióxido de carbono.
- Los costos ambientales relativos con la afectación de los ecosistemas acuáticos y terrestres, así como la afectación en la calidad físico-química y bacteriológica de la calidad de las aguas superficiales.
- Los costos de salud, originados por epidemias y enfermedades derivadas de una mala gestión de residuos como la proliferación de mosquitos que transmiten enfermedades, moscas, aves de carroña, entre otros.
- Los costos relacionados con la pérdida de valor del patrimonio paisajístico y su impacto negativo en actividades inmobiliarias, comerciales, de ocio y de turismo.
- Los costos económicos asociados al incremento del impacto de situaciones adversas originadas por eventos hidrogeometeorológicos.

## *Perspectivas futuras*

Tanto el PRESOL como las acciones en la gestión integral del recurso hídrico cuentan con amplio apoyo técnico, político y administrativo, con lo cual se muestra un panorama esperanzador y de grandes probabilidades de éxito. Ello demostrado con el interés del sector público, del sector privado, del sector académico, de las organizaciones no gubernamentales, de las municipalidades, de las comunidades y de organizaciones de base en apoyar estas iniciativas nacionales.

Para llevar a buen puerto estos temas es necesario conjuntar y potenciar los esfuerzos aislados de todos los involucrados en ambos temas.

Asimismo, el espacio brindado por la Iniciativa Paz con la Naturaleza, la expectativa más grande respecto al tema ambiental consiste en que el tema de gestión integral de residuos sólidos y gestión integral del recurso hídrico reciban el aporte y el compromiso gubernamental y sirva de marco a todos los actores y sectores.

## *Conclusiones*

La idea de que los residuos sólidos signifiquen un reto y un potencial, en lugar de convertirse en un problema, marca un nuevo paradigma en el acontecer nacional. El país trabaja actualmente en lograr un cambio cultural, tanto en el ámbito gubernamental como en el empresarial y, sobre todo, en la ciudadanía, el cual debe ser coherente con la visión de desarrollo sostenible por la que Costa Rica es internacionalmente reconocida. Para ello se debe influir en las pautas de conducta de los generadores y de los consumidores mediante acciones educativas y de sensibilización, así como garantizar el acceso a la información que en la materia se genere.

La Gestión Integral de Residuos, marco del Plan de Residuos Sólidos- Costa Rica (PRESOL), ofrece una amplia gama de ventajas y mejoras para Costa Rica, especialmente en el ámbito urbano industrial que puede ser de gran beneficio para mejorar la competitividad de Costa Rica ante la apertura de los mercados internacionales.

Asimismo, deben aprovecharse los fondos recaudados por el canon ambiental de vertidos y con las correspondientes coordinaciones enlazar los reglamentos

referentes al vertido y reuso de aguas residuales y de evaluación y clasificación de los cuerpos de agua, de manera que se maximice la protección del recurso hídrico.

Resulta sumamente positiva la existencia de una Política Hídrica Nacional y un Plan Nacional de Gestión Integrada de los Recursos Hídricos. No cabe duda en que los costarricenses deseamos un país sano, limpio y libre de contaminación en todos sus rincones, que sirva de ejemplo en la gestión ambiental en el continente.

## *Referencias bibliográficas*


Asamblea Legislativa: Comisión permanente especial de ambiente. Ley para la Gestión Integral de Residuos: Dictamen unánime afirmativo. Expediente 15 897. San José, Costa Rica. 17 de junio del 2007.

Contraloría General de la República. Informe de los resultados del estudio sobre la evaluación de la gestión de políticas pública en materia de residuos sólidos N° DFOE-PGA-4112/2007. San José, Costa Rica, 30 de noviembre del 2007.

Contraloría General de la República. Informe sobre la problemática de la disposición final de residuos sólidos y su impacto en las finanzas públicas y en el ambiente. N° DFOE-SM-IF-20-2009. San José, Costa Rica, 30 de octubre del 2009.

Competitividad y Medio Ambiente (CYMA). Planificamos para la gestión responsable de los residuos sólidos de nuestro cantón. Primera Edición. s/E. San José, Costa Rica, 2008.

González M. José Pablo. Manual de delitos ambientales. 1° Edición. Litografía e Imprenta LIL. San José, Costa Rica. 2007.

Iniciativa paz con la naturaleza. Paz con la Naturaleza [en línea]. San José, C.R. Consultado el 25 de noviembre del 2008. Disponible en *http://www.pazconlanaturaleza.org*

LATINOAN. Estado del saneamiento: Caso Costa Rica. San José, Costa Rica. 2007.

Ministerio de Ambiente, Energía y Telecomunicaciones. Plan Nacional de Gestión Integral de los Recursos Hídricos. s/e, s/e. San José, Costa Rica. 2008.

Ministerio de Ambiente, Energía y Telecomunicaciones. Política Hídrica Nacional. s/e, s/e. San José, Costa Rica. 2009.

Ministerio Público. Políticas de persecución penal ambiental: Circular 01-2005. 1°. Edición. Litografía IPECA. San José, Costa Rica, 2005.

Mora Alvarado, Dàrner y Araya García, Alvaro. Estado del agua para consumo humano y saneamiento en Costa Rica al año 2007. Presentación del ICAA en el Congreso de ACREH en el 2008

Programa competitividad y medio ambiente (CYMA). Plan de Residuos Sólidos Costa Rica (PRESOL): Diagnóstico. s/e, s/e. San José, Costa Rica. 2007.

Programa competitividad y medio ambiente (CYMA). Plan de Residuos Sólidos Costa Rica (PRESOL): Plan de Acción. s/e, s/e. San José, Costa Rica. 2007.

### *Leyes y Reglamentos*

Decreto Ejecutivo N° 27378-S Reglamento sobre rellenos sanitarios.

Decreto Ejecutivo N° 34431-MINAE-S se emite el Reglamento del canon ambiental por vertidos.

Decreto Ejecutivo N° 33601-MINAE-S Reglamento de vertido y reuso de aguas residuales.

Decreto Ejecutivo Nº 33903-MINAE-S correspondiente al Reglamento para la evaluación y clasificación de la calidad de cuerpos de agua superficiales.

Ley Nº 5395, Ley General de Salud.

Ley Nº 7554, Ley Orgánica del Ambiente.

15

# En ruta hacia la gestión integral de residuos sólidos

*Lucrecia Navarro Vargas*[1]

Resumen

*En este ensayo presentamos una filosofía contemporánea de gestión integral de residuos sólidos (GIRS) la cual busca coordinar e incentivar los aportes de las instituciones, actores y responsables directos e indirectos para apoyar la concretización de las acciones estratégicas, lograr mayor participación del sector privado y mejorar sus prácticas de producción, transferir tecnologías, mercadeo e inversiones, al mejoramiento de la gestión de los residuos. En general, es importante la estrategia para la participación comunitaria en el manejo de los residuos.*

## *Introducción*

En los siguientes párrafos se hace un esfuerzo por resumir las acciones que se han venido impulsando en los últimos años para conducir al país hacia el mejoramiento de la gestión de los residuos sólidos.

---

1 Licda. en gestión ambiental, encargada del ámbito de Gestión de Residuos Sólidos, M. de S. Coordinadora técnica de Mecanismo de Coordinación Interinstitucional para la Implementación del PRESOL. Enlace de salud en el Programa Competitividad y Medio Ambiente (CYMA). Funcionaria de la División Técnica de Rectoría del Ministerio de Salud.

¿Qué es la GIRS? y ¿Por qué se dice que estamos en ruta hacia ella? ¿Qué se ha hecho y qué falta por hacer? Son algunas preguntas válidas cuando se habla de la problemática de los residuos en Costa Rica, un problema añejo que ronda al menos los últimos veinticinco años, en los que se han hecho fallidos intentos de solución.

Para atender dicha problemática se deben evaluar soluciones permanentes con visión de futuro; observar qué tecnologías y metodologías han sido eficaces en otras latitudes y adaptarlas a la realidad costarricense, de manera que respondan realmente a nuestras inquietudes y a nuestras necesidades. No soluciones "prefabricadas", pero sí soluciones integrales y de largo plazo.

## *Desarrollo*

### *Una nueva visión para la GIRS en Costa Rica*

La gestión integral de residuos sólidos (GIRS) es, por definición:"un *conjunto articulado e interrelacionado de acciones de regulación, operación, financiamiento, administración, educación, planificación, monitoreo y evaluación para el manejo de los residuos, desde su generación hasta la disposición final".*

En nuestro país, por medio de esta filosofía de GIRS se busca transformar la cultura tradicional de eliminación "basura" a una nueva cultura de gestión integral de residuos sólidos, haciendo un giro importante en la manera de ver los residuos. Se está sustituyendo paulatinamente el término "basura" (algo que no tiene valor) por el de residuo (algo que tiene un valor), girando los engranajes de un enfoque en que la recolección final y la disposición de "basura" en rellenos sanitarios es el centro, a otro donde el énfasis esté en evitar o reducir la generación de

residuos, en darle valor a aquellos residuos generados, buscando su mejor aprovechamiento como materia prima o como fuente de energía en procesos productivos a través de procesos de separación en la fuente, reutilización, reciclaje, compostaje, entre otros.

Para ello, se aplica, además, el concepto de jerarquización ambiental de residuos, que consiste en seis pasos o etapas que pasan por: evitar, reducir, reciclar, valorizar, tratar y disponer. Tal como se indicó anteriormente la mayor parte de la gestión, en nuestro país se ha concentrado en la disposición, pero se han hecho pocos esfuerzos en tratar y valorizar los residuos y menos aún en evitar y reducir la generación de residuos.

**Evitar y reducir** tienen que ver con prevenir desde su origen (en la fuente)la generación de residuos mediante el uso de estilos de producción y de consumo más responsables, generando menor cantidad de residuos, haciendo compras más conscientes y responsables con el ambiente.

**Valorizar** contempla aspectos vinculados con reutilizar (darle un uso distinto al residuo generado), reciclar (transformar los residuos para crear un producto similar o distinto del original) compostar (utilizar los residuos orgánicos para crear compost o abono orgánico, mejorador de suelos) o co-procesar (aprovechar los materiales de residuo como fuente de energía para un proceso productivo) Todos ellos, reducen el consumo de combustibles fósiles y la generación de emisiones de gases de efecto invernadero(GEI).

Por su parte, las etapas de **eliminación** comprenden tratar (procesos que contribuyan a disminuir los impactos negativos al ambiente y la salud) y disponer (su colocación en un sitio final).

Si se respetan estas etapas, las menores fracciones de residuos debieran ser las de tratamiento y disposición final. Ello significa que se está siendo exitoso en las etapas de prevenir la generación y en la valorización de los residuos generados, buscando alternativas para su aprovechamiento, de manera que cada vez sea menor la cantidad de residuos por tratar y disponer, reduciendo así, los costos de transporte, de tratamiento y de disposición final y alargando la vida útil de los rellenos sanitarios.

## *¿Hacia dónde vamos?*

Hacia un país con una visión moderna de la GIRS, donde todos los ciudadanos comprenden el valor que tienen los residuos, donde se reconoce que todos somos generadores de residuos y que por tanto todos somos responsables por una adecuada gestión de éstos en armonía con el ambiente y la salud de la población. Donde participan todos los sectores y actores.

## *¿Qué hemos construido?, ¿qué tenemos? y ¿qué nos hace falta?*

### *Un marco legal moderno*

Nos hace falta un marco legal moderno, ya que el país cuenta con legislación, pero carece de orientación en el manejo de los residuos sólidos; es decir a una pequeña parte de toda la gestión. Tampoco contiene instrumentos que promuevan la reducción de la generación, ni la separación en la fuente y, menos aún, respecto a su valorización. Tal como indica el abogado Rolando Castro, *"La legislación actual tiene una visión "sanitarista", por lo que gran parte del esfuerzo institucional se dedica a controlar la disposición final de los residuos*

*en vertederos y rellenos sanitarios a fin de evitar riesgos a la salud por su mal manejo, sin tomar en cuenta que estamos enterrando una gran cantidad de materiales y recursos valiosos, a la vez que estamos contaminando el suelo, el aire y el agua, aparte de estar pagando una gran cantidad de dinero por su transporte y disposición final. Mientras tanto, las alternativas de la reutilización y el reciclaje son escasamente mencionadas en las leyes y los reglamentos actuales".*

Por lo anterior, para estar acordes con la filosofía que el país está impulsando, se requiere contar con legislación actualizada. Razón por la cual mediante Expediente Legislativo N° 15.897 se está promoviendo una Ley para la gestión integral de residuos que fue presentada a la Asamblea Legislativa el 24 de junio de 2005 por parte del Ministerio de Ambiente. Sin embargo, el expediente original carecía de muchos elementos de la GIRS; razón por la que se inició una serie de talleres de consulta con diversos sectores interesados; así como el trabajo de un Comité Mixto y un Comité Redactor con el objetivo de enriquecer la propuesta y que esta realmente reuniera los elementos que el país requiere en materia de gestión de residuos.

Se cuenta actualmente con una propuesta consultada y consensuada (en espera de aprobación legislativa) que contempla entre otros los siguientes elementos innovadores que apoyan la GIRS:

- Promueve la prevención y la minimización de residuos en la fuente, la reutilización de materiales y la jerarquización de los residuos; el tratamiento y la disposición final.
- Regula la responsabilidad en la gestión de los residuos partiendo del principio de que existe *responsabilidad*

*compartida pero diferenciada,* que requiere la participación conjunta, coordinada, de todos los que producen residuos (generadores, productores, importadores, distribuidores, consumidores y gestores, así como de los entes públicos responsables).

- Plantea el principio de *responsabilidad extendida al productor,* por medio del que los productores, importadores o distribuidores de productos deben hacerse responsables de los productos que ponen en el mercado al final de su vida útil.
- Promueve las actividades de recuperación informal de residuos aprovechando su experiencia en separación y recuperación de residuos, pero incentivando su transformación en microempresas, generando empleo e inclusión social.

Además, afianza otros instrumentos para la GIRS como son el Plan Nacional de residuos (PRESOL), los Planes Municipales para la GIRS (PMGIRS), la política y los planes sectoriales, entre otros medios para impulsar la GIRS.

Da importancia al Estado como uno de los principales consumidores de bienes y servicios y, por tanto, gran generador de residuos y de su papel orientador en el consumo de bienes amigables con el ambiente y la salud por medio de las llamadas "compras verdes".

También se han venido desarrollando, al lado de esta propuesta de Ley, toda una serie de actualizaciones, modificaciones y creación de reglamentación nueva, acorde, como rellenos sanitarios, centros de recuperación de residuos valorizables, residuos ordinarios, residuos peligrosos, residuos electrónicos, entre otros, que están en proceso de aprobación y que guardan congruencia con la filosofía de GIRS que está impulsando el país.

### *Un plan de residuos sólidos*

Se requiere un esfuerzo nacional logrado gracias a un proceso de construcción altamente participativo y consensuado con muchos actores, para responder a la urgencia de atender el problema de la deficiente gestión de los residuos sólidos y sus impactos ambientales y sanitarios negativos en el país.

En julio de 2006, se inicia este reto, coordinado por la Comisión Coordinadora para la Búsqueda de la Solución Integral al Manejo de los Desechos Sólidos, donde participan: el Ministerio de Salud, de Ambiente y Energía, Obras Públicas y Transportes, Educación, y también, el Instituto de Fomento y Asesoría Municipal (IFAM), la Secretaría Técnica Nacional Ambiental (SETENA) y el Programa Competitividad y Medio Ambiente (CYMA). Es un arduo proceso para analizar la situación existente en el país en relación con la problemática de los residuos y plantear una solución de largo plazo, sostenible y que guíe al país hacia gestión integral de los residuos.

Para ello se realizó una serie de talleres de consulta y de validación con la participación de cientos de personas. Se definieron las áreas prioritarias que requieren soluciones y se plantearon, mediante procesos de planificación, 31 acciones estratégicas agrupadas en cinco ámbitos de acción:

- **El ámbito legal-administrativo:** plantea acciones estratégicas que impulsan el fortalecimiento institucional, con instrumentos legales modernos acordes con esa nueva visión, tales como leyes y reglamentos, que vienen a definir las responsabilidades, competencias y tareas de cada actor involucrado en materia de gestión de residuos.

- **El ámbito técnico:** acciones que responden a la necesidad de contar con datos sobre residuos, tasas de generación, tarifas y ubicación de sitios de disposición, así como la construcción de rellenos sanitarios y centros de transferencia que permitirán mejorar la GIRS sobre todo fuera de la Gran Área Metropolitana; así como promover la valorización de residuos con tecnologías innovadoras, la elaboración e implementación de planes municipales, la separación en la fuente, el mejoramiento de la gestión de los residuos de los sectores de turismo, de construcción y de residuos peligrosos, y el mejoramiento en el servicio de recolección, de aprovechamiento y de transformación de residuos orgánicos.
- **El ámbito de educación y sensibilización:** comprende esfuerzos para informar, educar y sensibilizar a la población de manera que haya ciudadanos más sensibles y con pautas de consumo responsables que participen de manera dinámica y proactiva en medidas de gestión integral de residuos sólidos promovidas en sus comunidades; así como para prevención en la producción de residuos y sus impactos en las empresas.
- **El ámbito institucional-organizacional:** busca el fortalecimiento del marco institucional, clarificando competencias y responsabilidades y mejorando su coordinación. Busca también alcanzar al sector municipal, al privado y al informal, incentivando su participación e interacción, inversión e innovación y mejorar así su desempeño.
- **El ámbito económico:** se orienta a la búsqueda permanente de recursos financieros para las inversiones y gastos que requiere la GIRS y además impulsar el autofinanciamiento de los servicios municipales, el

financiamiento inicial de proyectos de infraestructura, servicios innovadores y creación de micro empresas, creación de instrumentos económicos que promuevan la prevención, la reducción, la valorización y la producción más limpia y sostenible.

El PRESOL, aprobado mediante Decreto Ejecutivo N°34647-S-MINAE se ha desarrollado de manera participativa y cuenta con amplio criterio técnico, político y administrativo y brinda un panorama esperanzador desde su aprobación el 29 de julio de 2008. Ha habido mucho interés por parte del sector público, del sector privado, del sector académico, de las organizaciones no gubernamentales, de las municipalidades, de las comunidades y de organizaciones de base en apoyar esta iniciativa nacional e iniciar su implementación. Se han hecho importantes esfuerzos para implementar las acciones de este plan, entre ellas el impulso de los Planes Municipales de Gestión de Residuos sólidos como una herramienta de planificación a nivel cantonal, que refleja en cierta manera el Plan nacional.

### *Los planes municipales de gestión integral de residuos como instrumentos de planificación y participación para la GIRS*

Actualmente, la municipalidad como responsable legal de la gestión de los residuos sólidos, enfrenta serias limitaciones financieras y administrativas que le impiden cumplir de manera apropiada con su labor.

La capacidad de gestión es limitada y se realiza según la experiencia del personal, más atendiendo la demanda del día a día que por un proceso permanente de planificación. Además, gran parte del presupuesto se consume en la operación de esa débil gestión, muchas

veces subsidiada por presupuestos previstos para otros fines municipales.

Con tales antecedentes, es difícil obtener buenos resultados y hacer un uso eficiente de los recursos (humanos, técnicos, financieros y de tiempo) disponibles para tal tarea.

Por tal razón, como parte del fortalecimiento de la gestión de los residuos en el país, también se ha venido trabajando en brindar instrumentos de planificación que contribuyan al mejorar el desempeño de la municipalidad en esta materia. Uno de ellos es el *Manual para la elaboración de planes municipales de gestión de residuos sólidos,* instrumento que define por fases, paso a paso, las tareas y actividades para desarrollar planificación municipal de la gestión de residuos sólidos, en un proceso participativo que involucre actores y organizaciones locales.

El manual fue construido y validado con un conjunto de municipalidades y una vez probado y mejorado, fue puesto a disposición de todas las municipalidades del país con el objetivo de aportar una herramienta útil para mejorar la GIRS a nivel local y a la vez aportar al cumplimiento de algunas de las acciones estratégicas del PRESOL.

La *primera fase,* consiste en el levantamiento de una lista inicial de actores sociales que luego conformarán un grupo de trabajo o comité coordinador para el desarrollo del Plan municipal de GIRS.

En la *segunda fase,* se elabora y diseña un diagnóstico de la situación del manejo de los residuos sólidos en el cantón.

La *tercera fase,* inicia una vez concluido el diagnóstico, a partir del cual se definen los temas claves que serán atendidos, se define la visión, la misión, los objetivos

estratégicos y las metas. También se define cuáles son los alcances del plan en construcción, qué área geográfica (cobertura) tendrá en el cantón, duración del plan y qué tipos de residuos serán considerados, entre otros aspectos. Es también en esta etapa donde se definen cuáles alternativas de solución se plantean para los problemas identificados como prioritarios y la viabilidad técnica, financiera, ambiental y social de cada una de ellas.

Por último, en la *cuarta fase*, se da forma al plan, incorporando en este el presupuesto y el cronograma de actividades y responsables de ejecución, según los recursos disponibles tanto en la municipalidad como en otros actores que pueden ser aportes importantes para el éxito del plan. Corresponde a esta etapa la presentación al Concejo Municipal para su respectiva aprobación y poder continuar entonces con la fase de implementación que es la puesta en marcha del plan según lo planificado de manera participativa y consensuada.

**La participación social**

Todos somos generadores de residuos; esa característica común, nos hace ser parte del problema y, por tanto, tenemos la responsabilidad de ser parte de la solución, por lo que la participación social se convierte en ingrediente esencial para el éxito de la GIRS.

Se producen residuos a nivel individual, a nivel industrial, a nivel agrícola y a nivel de comercio y servicios, tanto en lo público como en lo privado. Esta es la razón por la que se impulsan en el país instrumentos para la gestión de residuos que involucren y comprometan a la sociedad en su conjunto.

La gestión integral de residuos sólidos debe comprometer a todos los actores a evitar, reducir,

reciclar, valorizar, tratar y disponer, según corresponda, según el principio de responsabilidad compartida, pero diferenciada.

Se promueven ideas para construir de manera participativa este reto de la GIRS, tales como la participación en grupos o plataformas intersectoriales o interinstitucionales, el fomento de espacios para el diálogo y la negociación, apoyo a grupos organizados, tales como grupos de mujeres o de vecinos, fortalecer la capacitación en torno a temas de la GIRS, campañas de sensibilización, fomento de la banca de desarrollo para formación de microempresas para la recuperación y comercialización de residuos, entre otras.

**Las opciones tecnológicas**

Existen diversas opciones tecnológicas para hacer la fracción de la GIRS que corresponde al manejo de los residuos sólidos; entendiendo este como la minimización, recolección, transporte, reciclaje, procesamiento o tratamiento, y disposición final de esos materiales con el principal objetivo de reducir sus efectos negativos en la salud y el ambiente.

Cada opción guarda estrecha relación con el tipo de residuo por manejar y con la disponibilidad de recursos tecnológicos, humanos y financieros.

Así, pues, se puede hacer *minimización de* desechos (como paso obligado y primero en la cadena de custodia de los residuos), previniendo su generación por medio de maneras más limpias de producir o haciendo compras más inteligentes

También es paso obligado el *reciclaje* de ciertos materiales de los residuos sólidos domiciliarios que consiste en separar ciertos materiales con valor, tales como

(papel, cartón, plástico, vidrio y metales) y su recuperación para procesos de producción de nuevos materiales y bienes de consumo

Por su parte, los residuos orgánicos pueden aprovecharse por medio del *compostaje* (tratamiento biológico aeróbico) y la *biodigestión* (tratamiento biológico anaeróbico) para producir mejoradotes de suelo, abono orgánico o para producir energía.

Por medio de procesos de digestión y de destilación se pueden transformar los residuos orgánicos generados en la agricultura en combustibles (biocombustibles) líquidos o sólidos y que pueden sustituir una parte del uso de combustibles fósiles derivados del petróleo.

Existen también otras alternativas, enfocadas mayormente en el tratamiento y la disposición final de los residuos, tales como el *tratamiento mecanico-biológico* que consiste en homogenizar y triturar los residuos, reduciendo el volumen y peso de estos mediante un proceso biológico aeróbico.

*La disposición final en rellenos sanitarios*: que es la disposición no controlada de residuos en botaderos a cielo abierto y sin mayores medidas de protección.

También otro método es la *incineración de los residuos sólidos,* método para eliminar residuos que consiste en su combustión en hornos especiales.

Y, finalmente, la *pirolisis* que es un tratamiento térmico que convierte los residuos en gas combustible.

**El valor de los residuos**

Una de las ideas que se está impulsando con mayor fuerza en materia de gestión de residuos, es la de que los residuos tienen valor. Esto ocurre en el momento en que

dejan de ser vistos como "basura" y se tiene en cuenta que son materiales que pueden ser reutilizados, reciclados o co-procesados. De ellos se pueden generar nuevos usos o ser convertidos en materia prima para producir nuevos bienes de consumo y servicios o bien ser utilizados como fuentes alternativas de combustibles, sustituyendo fracciones importantes de combustibles fósiles, bajando así la dependencia y consumo de productos derivados del petróleo.

Por ello, al hablar de residuos, no debemos pensar únicamente en el costo por recolección y transporte o por su tratamiento y disposición, sino también en el valor potencial que ese residuo tiene al ser valorado como fuente de materia prima y como fuente de energía, además de la posibilidad que puede ofrecer para la generación de empleo e inclusión social.

**El mecanismo de coordinación interinstitucional para la implementación del PRESOL (MECIP)**

Como puede deducirse de la lectura anterior, son muchas las ideas nuevas que se están posicionando en materia de gestión de residuos.

Se está impulsando un cambio de paradigma que marcará la diferencia en cómo se hacen las cosas en CR en esta materia.

Al ser muchos los instrumentos que están surgiendo para avanzar en el sentido indicado, se requiere de una buena coordinación entre las diversas entidades que tienen competencia en el tema GIRS, para velar por la correcta articulación e interrelación de estos elementos a favor de una verdadera gestión de residuos. Con este fin se conformó un Mecanismo de Coordinación Interinstitucional para la implementación del PRESOL (MECIP).

Esta instancia está integrada por los Ministerios de Salud y de Ambiente y por Instituto de Fomento y Asesoría Municipal (IFAM).

Este mecanismo representa gran avance y un gran reto en materia de articulación y de coordinación entre diversos actores que comparten responsabilidad en un tema de gran trascendencia nacional como le es la GIRS.

Su principal objetivo es "coordinar, impulsar, monitorear y evaluar la ejecución de PRESOL, así como su actualización y aplicación continua, garantizando su sostenibilidad". Para ello se debe, entre otras tareas, coordinar a los actores responsables para la implementación de las acciones estratégicas establecidas en un plan y encontrar eficientes enlaces y mecanismos de cooperación, dar seguimiento, monitoreo y evaluación a su implementación, a los Planes Municipales de Gestión Integral de Residuos y a todas las acciones se impulsen para el mejoramiento de la GIRS y definir una estrategia de financiamiento para la implementación de acciones estratégicas y su sostenibilidad.

En términos generales, el trabajo coordinado de estas entidades junto con muchos otros actores del sector público, privado y ONG, permitirá:

Incentivar y coordinar las contribuciones de los actores y responsables de las acciones estratégicas, destinar los recursos económicos, humanos y técnicos necesarios para la GIRS, lograr mayor participación del sector privado y mejorar sus prácticas de producción, transferir tecnología, hacer inversiones en la gestión, abrir espacios para el diálogo y la negociación; fomentar un cambio de cultura del consumismo desmedido en una cultura de consumo responsable orientada a prevenir la generación de residuos en la fuente, y evitar, reducir y valorizar, y

sobretodo reconocer el potencial aporte que la gestión de residuos sólidos puede brindar al desarrollo ambiental, sanitario y económico del país, a la generación de empleo y al mejoramiento de la calidad de vida de la población.

## *Un ministerio rector*

Al lado de toda esta instrumentación que se ha venido desarrollando para avanzar en el camino de la GIRS, también las instituciones han sufrido cambios importantes que permitirán asumir mejor las responsabilidades y tareas encomendadas en el campo ambiental y sanitario del país.

La propuesta de Ley GIRS, plantea que el Ministerio de salud será el ente rector en materia de gestión de residuos en el país, responsabilidad que también comparte parcialmente el Ministerio de Ambiente, Energía y telecomunicaciones.

A tal efecto y gracias a un profundo proceso de desarrollo organizacional, el Ministerio de Salud se encuentra hoy día preparado en lo técnico y en lo organizacional; así como en el compromiso y liderazgo para asumir tal responsabilidad.

La estructura descentralizada de la institución con tres niveles de gestión: central, regional y local permite el acercamiento a los diversos actores involucrados en la GIRS. Además de tener presencia en todo el territorio nacional, el Ministerio desde su rol rector de la salud puede liderar y conducir a los diversos actores social para el procesos de la producción social de la salud.

Nuestras herramientas: liderazgo, capacidad para la articulación y la coordinación con actores sociales y la autoridad sanitaria requerida para conducir

conjuntamente con los diversos actores tanto del sector publico como del privado, las acciones necesarias para mejorar de manera paulatina la gestión de los residuos en el país.

## *Conclusiones*

En general, esta nueva filosofía de GIRS busca coordinar e incentivar los aportes de las instituciones, actores y responsables directos e indirectos para apoyar la concretización de las acciones estratégicas, lograr mayor participación del sector privado y mejorar sus prácticas de producción, transferir tecnologías, mercadeo e inversiones, al mejoramiento de la gestión de los residuos. También promueve prácticas más responsables, vincula al nivel empresarial, al nivel comercial y de servicios hacia prácticas más limpias y sostenibles de consumo y producción.

Emprende el cambio de una cultura de consumo desmedido a una cultura de consumo responsable orientada a prevenir la generación de residuos en la fuente, evitar, reducir y valorizar.

Finalmente impulsa el potencial que la gestión integral de residuos sólidos, puede aportar al desarrollo ambiental, sanitario y económico del país, a la generación de empleo digno y a la inclusión social, contribuyendo así al mejoramiento de la calidad de vida de la población.

La visión está claramente identificada, la ruta claramente marcada, los instrumentos están a disposición y estamos en marcha hacia la GIRS. La implementación de las diversas acciones está en proceso. Tal vez a una velocidad menor que la deseada o a la que el país necesita, pero definitivamente en la dirección correcta hacia el

desarrollo ambiental y sanitario que el país requiere en materia de gestión de residuos.

Tal como se mencionó en alguna parte de este artículo, todos somos generadores de residuos y, por tanto, todos somos parte del problema, razón por la que todos y cada uno de nosotros, debe ser parte de la solución.

El reto está en no detener la marcha, en continuar rescatando aquellos esfuerzos que tanto el Gobierno, como el sector privado, la academia, las ONG y la comunidad en general están haciendo para avanzar, manteniendo siempre como derrotero la filosofía que ha dado inicio a toda esta lucha, alineando de manera constante cada acción con y utilizando los instrumentos y herramientas de planificación, de legislación y de gestión que para tal efecto se han construido.

## *Referencias bibliográficas*

Ministerio de Salud. Programa Competitividad y Medio Ambiente (CYMA). En *sitio www.programacyma.com*, revisado en enero, 2010.

16

# Alimentos fortificados

Luis Tacsan Chen[1]
Melany Ascencio Rivera[2]

Resúmen

*El Programa de Fortificación de Alimentos en Costa Rica ha sido pionero en el Istmo Centroamericano. Uno de los primeros alimentos fortificados fue la sal con yodo, desde 1972 y con flúor desde 1987. El impacto de la primera fortificación se observó en 1979 al disminuir la prevalencia del bocio endémico de 18% en 1966 a 3,5% en ese año. Le ha seguido otras fortificaciones de alimentos basadas en los resultados de las encuestas nutricionales de 1982 y 1996. A la fecha se fortifican 6 alimentos: Sal (yodo y flúor), harina de trigo y de maíz (hierro y ácido fólico), leche fluida y en polvo (acido fólico, vitamina B12 y vitamina A), azúcar (vitamina A) y el arroz (Ácido fólico, vitamina B12, Selenio, Zinc y vitaminas del complejo B). Los efectos han sido exitosos, según los resultados obtenidos en la Encuesta Nacional de Nutrición 2008-2009.*

## *Introducción*

Los micronutrientes, término común utilizado para referirse al conjunto de vitaminas y minerales, participan en diversos procesos vitales del ser

1 Médico, Pediatra, Salubrista. Director, Dirección Desarrollo Científico y Tecnológico en Salud, Ministerio de Salud.
2 Lic. en Nutrición, M.Sc. en Nutrición. Jefa Unidad Gestión de la Investigación, Ministerio de Salud.

humano como la utilización de energía, formación de hormonas y de proteínas, multiplicación celular, funcionamiento del sistema nervioso y barreras inmunológicas entre otras. La deficiencia de micronutrientes durante la gestación puede ocasionar daños severos irreversibles, durante la niñez afecta grandemente el desarrollo físico y mental de los niños y las niñas y aunque en menor grado también a los adultos. Basta que exista una pequeña deficiencia de micronutrientes por un tiempo prolongado para que las funciones del organismo se vean alteradas, la mayoría de veces casi imperceptibles, es por ello que a este tipo de deficiencias suele llamársele -hambre oculta- (La Roche Lta: 1997: 1-16).

La deficiencia de vitamina A, anemia por deficiencia de hierro y trastornos por deficiencia de yodo son las formas más comunes de malnutrición por micronutrientes que afectan a más de la tercera parte de la población mundial; sin embargo, últimamente están cobrando importancia la deficiencia de folatos, cinc, selenio y vitaminas que tienen función antioxidante como la vitamina E, los betacarotenos y la vitamina C (La Roche Lta: 1997: 1-16; Lotfi *et ál.*, 1996: 1-22).

Estas deficiencias ocurren principalmente por ingesta inadecuada de alimentos ricos en micronutrientes, alteración en la absorción o utilización de nutrientes debida posiblemente a infestaciones parasitarias las cuales también incrementan las necesidades metabólicas de muchos micronutrientes.

La pobreza es la causa principal de esta situación la cual también está relacionada con el bajo acceso a alimentos, inadecuadas condiciones sanitarias y conocimiento deficiente sobre prácticas alimentarias (La Roche Lta: 1997: 1-16; Lotfi *et ál.*, 1996: 1-22).

La reducción y control de la deficiencia de micronutrientes puede lograrse mediante la aplicación de las siguientes cuatro estrategias: diversificación de la dieta, fortificación de alimentos, suplementación con vitaminas y minerales y control de medidas sanitarias. Estas estrategias pueden aplicarse simultáneamente y dependiendo de la magnitud y severidad de la deficiencia (FAO-ILSI, 1997: 11; La Roche Lta: 1997: 1-16; Lotfi *et ál.*, 1996: 1-22).

La fortificación de alimentos es la adición de nutrientes a alimentos de consumo común para mejorar o mantener la calidad de la dieta, generalmente se aplica en respuesta a una deficiencia demostrada de nutrientes mediante indicadores clínicos, bioquímicos y de consumo (FAO-ILSI, 1997: 11; La Roche Lta, 1997: 1-16). Es una de las intervenciones con mejor costo efectividad y tiene la ventaja de que es de amplia cobertura y no modifica los hábitos alimentarios de la población (ACC/SCN, 2001: 85-91; La Roche Lta: 1997: 1-16; Nestel, 1993:6-8).

La fortificación de alimentos requiere de una planificación cuidadosa a fin de asegurar que el vehículo y el fortificante seleccionados sean los más adecuados para obtener una buena estabilidad del nutriente y del alimento que se utiliza como vehículo y llegar a la población más necesitada. Debido a que algunos nutrientes causan características indeseables de olor, color y sabor en el alimento al cual se les agrega, en algunas ocasiones es necesaria la fortificación múltiple de alimentos a fin de satisfacer las necesidades nutricionales de la población (Lotfi *et ál.*, 1996: 1-22).

## *Desarrollo*

### *Legislación*

Las bases legales para la fortificación de alimentos en Costa Rica están contenidas en los artículos 2 y 226 de la Ley General de Salud que dicen textualmente "Es función esencial del Estado velar por la salud de la población" y "Todo productor o fabricante de alimentos deberá cumplir con las disposiciones que el Ministerio decrete ordenando el enriquecimiento, equiparación de determinados alimentos, a fin de suplir la ausencia o insuficiencia de alimentos nutrientes en la alimentación habitual de la población" (Ministerio de Salud, 1974:3 y 32). En la actualidad se han emitido reglamentos para la fortificación obligatoria de la sal, harina de trigo, azúcar, harina de maíz, leche y arroz (Cuadro 1).

Costa Rica ha tenido una trayectoria en el tema de fortificación de alimentos desde 1942 con la yodización de la sal promovida por el Dr. Clodomiro Picado y en respuesta a la alta prevalencia de bocio endémico, especialmente en la provincia de San José; sin embargo, este no fue ejecutado sino hasta el año de 1972 en que se emitió un nuevo reglamento de acuerdo con los resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición de 1966. Posteriormente este reglamento ha tenido modificaciones, una de las cuales fue el agregado de flúor a partir de 1989 (Castro, 1997: 19-35; Gobierno de Costa Rica, 1989:3).

En 1958 se emite el decreto para el enriquecimiento de la harina de trigo con hierro, tiamina, riboflavina y niacina; éste fue modificado en 1997, a fin de agregar ácido fólico. (Gobierno de Costa Rica, 1958:47-48; Gobierno de Costa Rica, 1997:4-5; Gobierno de Costa Rica, 2002:2).

**Cuadro 1. Legislación sobre fortificación de alimentos en Costa Rica.**

| Alimento | Número y año de publicación del decreto | Nutriente fortificado o enriquecido | Cantidad declarada del nutriente según decreto |
|---|---|---|---|
| Arroz | N.° 30031-S<br>2001 | A. Fólico<br>Tiamina.<br>Vitamina B12<br>Niacina<br>Vitamina E<br>Selenio<br>Cinc | 1,8 mg/kg (1800 ug)<br>6,0 mg/kg<br>10,0 µg /kg<br>50,0 mg/kg<br>15,0 UI/kg<br>105,0 µg<br>19,0 mg/kg |
| Azúcar | N.° 2701-S<br>1974/ 1998/2003 | Vit. A | 5 mg/kg.<br>(5000 ug/kg) |
| Harina de trigo. | N.° 26371-S. 1997<br>N.° 30039-S decreto modificado 2001 | Tiamina<br>Riboflavina<br>Niacina<br>Ac. Fólico<br>Hierro (fumarato) | 6,2 mg/kg<br>47,2 mg/kg<br>55 mg/kg<br>1,8 mg/kg (1800 ug)<br>55mg/kg |
| Leche | N.° 29629-S<br>2001 | Hierro (bisglicinato)<br>Vit.A.<br>Ac.fólico | 1,4 mg/250 ml<br>180 ug/250 ml<br>40 ug/250 ml |

Continúa...

...continuación

| Alimento | Número y año de publicación del decreto | Nutriente fortificado o enriquecido | Cantidad declarada del nutriente según decreto |
|---|---|---|---|
| Harina de Maíz | N.° 28086-S 1999 | Hierro (bisglicinato)<br>Niacina<br>Tiamina<br>Riboflavina<br>Ac. Fólico | 22 mg/kg<br>45 mg/kg<br>4 mg/kg<br>2,5 mg/kg<br>1,3 mg/kg (1.300 ug) |
| Sal | N.°18959-MEIC-S 1989<br>N.° 30032-S 2001 | Yodo<br><br><br>Flúor | 30 – 60 mg/kg<br>30.000 - 60.000 ug/kg<br><br><br>175 – 225 mg/kg |

Fuente: Diario Oficial La Gaceta.

En 1974, Costa Rica, fue el primer país del mundo en fortificar el azúcar con Vitamina A. En 1979 se hace un estudio sobre la deficiencia de vitamina A y se encuentra una mejoría muy significativa en la población infantil. Estos datos fueron apoyados por la encuesta de vitamina A realizada en 1981 un año después de haber descontinuado la fortificación. A raíz de estos resultados, ese mismo año, se suspende definitivamente la fortificación (Novygrodt, 1983:31-39). Entre 1996 y 2000, nuevas investigaciones demostraron la deficiencia de este nutriente, por lo que a partir de junio del 2003 el azúcar se fortifica nuevamente con vitamina A (Ministerio de Salud, 1996:28-31, Gobierno de Costa Rica, 1998:3, Gobierno de Costa Rica, 2000:2).

En 1999, se emite el decreto para la fortificación de la harina de maíz con hierro, tiamina, niacina, riboflavina y ácido fólico (Gobierno de Costa Rica, 1999:1-2).

En el año 2001, se establece la fortificación de la leche con vitamina A, hierro y ácido Fólico y en el 2003, es fortificado el arroz el cual fue modificado posteriormente y actualmente es fortificado con ácido fólico, tiamina, niacina, vitamina B12, vitamina E, selenio y cinc (Gobierno de Costa Rica, 2001:4; Gobierno de Costa Rica, 2002:2-3, Gobierno de Costa Rica, 2008:2-3).

En todos los decretos ejecutivos se estipula la responsabilidad del Ministerio de Salud de confirmar, mediante un análisis de muestras tanto de alimentos nacionales como importados, el cumplimiento de los niveles de fortificación establecidos en el reglamento. También el Ministerio de Salud, tiene la potestad de decomisar aquellos alimentos cuyo contenido de micronutrientes no sea el establecido en el decreto.

La existencia de un equipo técnico consciente de la importancia de una buena estrategia de negociación

entre el sector público y privado, así como el interés que las autoridades nacionales y los organismos internaciones brinden a este tema, constituye un factor primordial para la promulgación exitosa de políticas públicas (Ministerio de Salud *et ál.*, 2006:54-61).

## *Evolución de la deficiencia de micronutrientes*

A partir de 1966 en Costa Rica se han efectuado varias encuestas nutricionales que han mostrado cómo el perfil epidemiológico nutricional ha variado a consecuencia de las diferentes intervenciones de carácter social aplicados a través del tiempo.

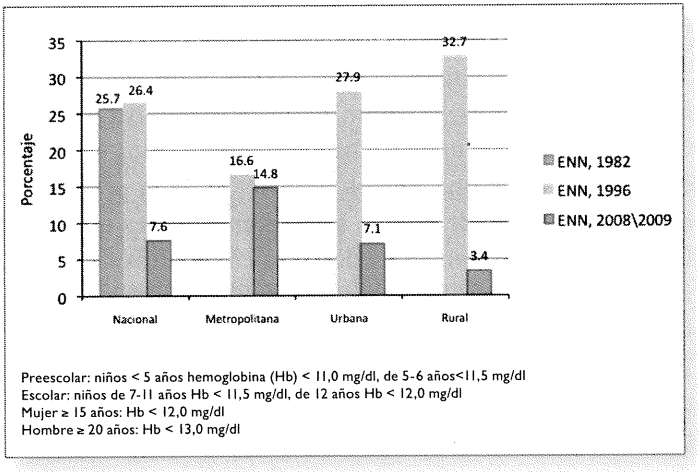
Estas encuestas han demostrado una notable reducción de la deficiencia de yodo y flúor, lo cual se atribuye a lo exitoso de los programas de yodación y fluoruración de la sal. La prevalencia de bocio se redujo de 18 a 3,5% y en 1996 solamente el 9% de los escolares tenía excreción deficiente de yodo. Por otra parte se observó que la caries dental se redujo de manera importante pasando de un CPOD de 9,1 a la edad de 12 años en 1984 a 4,8 en 1996. Según los datos de la última encuesta nutricional realizada en el 2008-2009 el CPOD en niños de 1 a 12 años fue de 0,7 lo cual está por debajo de 1 a 3 considerado como leve de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (Ministerio de Salud, 1996:1-45).

Entre 1966 y 1981 se redujo la deficiencia de retinol en niños preescolares, pasando de 32% a 1,8%, no obstante en la Encuesta Nacional de Nutrición realizada en 1996 se observó que aumentó a 8,9% y que el 31% tenían carencia marginal de esta vitamina. Esta situación motivó reactivar la fortificación del azúcar con vitamina A; de igual manera se fortificó la leche con esta vitamina; como producto de lo anterior, la deficiencia en preescolares se redujo a 2,8%

según lo demuestran los datos de la Encuesta Nacional de Nutrición 2008-2009 (Ministerio de Salud, 1996:1-45, Ministerio de Salud, 2009:27-44).

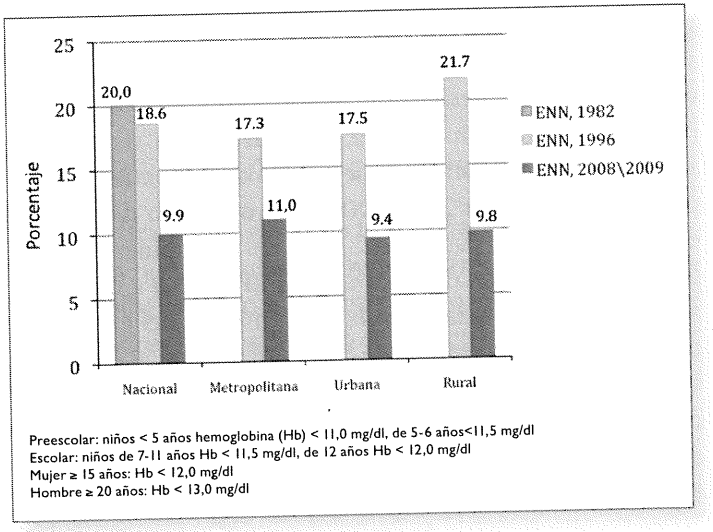
Las anemias nutricionales por su parte, que se habían mantenido altas desde que fueron detectadas en 1966 hasta 1996, por primera vez mostraron una reducción significativa al detectarse por medio de la Encuesta Nacional de Nutrición 2008-2009 una reducción del 71,2% en preescolares al pasar de 25,4 a 7,6% y en mujeres edad fértil una reducción del 46,8%, al pasar de 18,9 a 9,9%. Lo anterior es congruente con la disminución del grado de deficiencia en las reservas de hierro (ferritina) al reducirse en 52,4% al pasar de 55,3% a 25,4% en el mismo periodo. Estos resultados son compatibles con la fortificación de alimentos con hierro, ácido fólico y vitamina A (figs 1-3) (Ministerio de Salud, 1996:1-45, Ministerio de Salud, 2009:27-44.

**Figura 1. Prevalencia de anemia en preescolares por zona.**




Fuente: Ministerio de Salud, Encuesta Nacional de Nutrición, Costa Rica, 1982-1996-2008/2009.

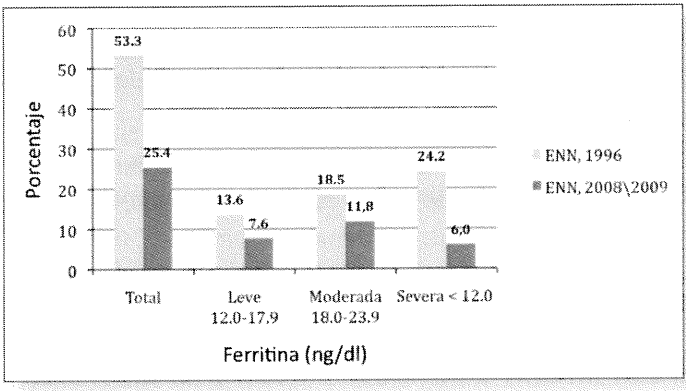
**Figura 2. Prevalencia de anemia en mujeres en edad fértil por zona.**




Fuente: Ministerio de Salud, Encuesta Nacional de Nutrición, Costa Rica, 1982-1996-2008/2009.

En lo que se refiere al ácido fólico el impacto de la fortificación con dicha vitamina ha sido demostrada en Costa Rica al igual que en Chile, Estados Unidos y Canadá, al observarse una notable reducción de la prevalencia de deficiencia de folatos séricos en mujeres en edad fértil y en la prevalencia de defectos congénitos del tubo neural (Tacsan y Ascencio, 2004:S40-S43; Hertrampf, Cortés, 2004:S44-S48; Yetley, Rader, 2004:S50-S59; Ray, 2004:S35-S39). Según la última información disponible para Costa Rica se observa una importante disminución 50,5% de los defectos congénitos del tubo neural al pasar de 9,7/10.000nv en el periodo 1997-1998 a 4,9/10.000nv en el año 2008 (INCIENSA, 2009).

**Figura 3. Porcentaje de preescolares según grado de deficiencia en las reservas de hierro (ferritina).**




Fuente: Ministerio de Salud, Encuesta Nacional de Nutrición. Costa Rica, 1996-2008/2009.

## *Conclusiones*

Costa Rica ha sido pionera y líder internacional en el campo de la fortificación de alimentos. Fue el Dr. Clodomiro Picado en la década de los cuarenta quien calificó a San José con el nombre de la "Ciudad de los Güechos", al observar con relativa frecuencia personas que presentaban signos importantes de bocio endémico y por consiguiente recomendó en forma innovadora en aquellos años la fortificación de la sal con yodo.

Muchos años han pasado desde época, y al pasar las páginas de nuestra historia sobre este tema, vemos que también el país fue el primer país Centroamericano en fortificar el azúcar con vitamina A en la década de los cincuenta y también en aplicar flúor a la sal. A la fecha se fortifican 6 alimentos: sal, azúcar, harina de trigo y de maíz, leche y arroz con los diferentes vitaminas y minerales señalados

anteriormente. Como producto de todo este esfuerzo nacional se han controlado varios problemas nutricionales que antes constituían serios problemas de salud pública a saber: bocio endémico, caries dentales, anemias nutricionales, defectos congénitos del tubo neural y la deficiencia de vitamina A.

Gloria a nuestro antepasados y esperamos hacerles merecido honor siguiendo su ejemplo para beneficio de nuestra patria.

## *Referencias bibliográficas*


ACC/SCN (2001). Whats works? A review of the effectiveness of nutrition interventions. Pp. 85-91. Allen LH y Gillespie SR. ACC/SCN. Geneva en colaboración con Asian Development Bank, Manila.

Castro, C. 1997. Yodización de la sal. PP. 19-35. Costa Rica, UNICEF.

FAO-ILSI (1997). P reventing micronutrient malnutrition: A guide to food-based approaches. Pp. 11. International Life Sciences Institute. Library of Congress Catalog Numbre 97-71096. Washington, D.C.

Gobierno de Costa Rica, (1958). Decreto Ejecutivo N.° 18-S: Enriquecimiento de la harina de trigo. La Gaceta N.° 31, Imprenta Nacional. pp. 47-48.

Gobierno de Costa Rica, (1989). Decreto Ejecutivo N.° 18959 MEIC-S: Norma oficial para la sal de calidad alimentaria. La Gaceta N.° 93, Imprenta Nacional. pp. 3.

Gobierno de Costa Rica, (1997). Decreto Ejecutivo N.° 26371-S: Reglamento para el enriquecimiento de la harina de trigo de calidad alimentaria. La Gaceta N.° 208, Imprenta Nacional. pp. 4-5.

Gobierno de Costa Rica, (1998). Decreto Ejecutivo N.° 27021-S: Reglamento técnico para la fortificación con vitamina

A del azúcar blanco de plantación para el consumo directo. La Gaceta N.° 108, Imprenta Nacional. pp. 3.

Gobierno de Costa Rica, (1999). Decreto Ejecutivo N.° 28086-S: Reglamento para el enriquecimiento de la harina de maíz. La Gaceta N.° 184, Imprenta Nacional. pp. 1-2.

Gobierno de Costa Rica, (2000). Decreto Ejecutivo N.° 28482-S: Modificación transitorio 1 del decreto N.° 27021-S del Reglamento técnico para la fortificación con vitamina A del azúcar blanco de plantación para el consumo directo. La Gaceta N.° 46, Imprenta Nacional. pp. 2.

Gobierno de Costa Rica, (2001). Decreto Ejecutivo N.° 29629-S: Reglamento para el enriquecimiento de la leche de ganado vacuno. La Gaceta N.° 131, Imprenta Nacional. pp. 4.

Gobierno de Costa Rica, (2002). Decreto Ejecutivo N.° 30030-S: Modificación del Reglamento para el enriquecimiento de la harina de trigo de calidad alimentaria promulgado mediante Decreto N.° 26371-S. La Gaceta N.° 1, Imprenta Nacional. pp. 2.

Gobierno de Costa Rica, (2002). Decreto Ejecutivo N.° 30031-S: Reglamento para el enriquecimiento del arroz. La Gaceta N.° 1, Imprenta Nacional. pp. 2-3.

Gobierno de Costa Rica, (2008). Decreto Ejecutivo N.° 34395-S: Reforma al Reglamento para el enriquecimiento del arroz. La Gaceta N.° 58, Imprenta Nacional. pp. 2-3.

Hertrampf, E y Cortés, F. (2004) Folic acid fortification of wheat flour:Chile. Nutrition Reviews. 62(6):S44-S48.

INCIENSA, (2009). Algunos resultados del CREC para Costa Rica. Jornada internacional de actualización en micronutrientes. San José, Costa Rica.

La Roche Lta (1997). Fortificación de alimentos. Una estrategia clave para terminar con la desnutrición por deficiencia de micronutrientes. Nutriview, 97, pp 1-16.

Lotfi, M., Venkatesh, M.G., Merx, R.J.H.M, Naver-van den Heuvel, P. (1996). Micronutrient fortification of foods. Pp.1-22. The Micronutrient Initiative (MI). Ottawa, Ontario, Canada.

Ministerio de Salud, (1974). Ley General de Salud y Ley Orgánica del Ministerio de Salud. Pp. 3 y 32. Imprenta Nacional, San José, Costa Rica.

Ministerio de Salud, (1996). Encuesta Nacional de Nutrición: Fascículo 2 Micronutrientes. Costa Rica. Ministerio de Salud. pp. 28-31.

Ministerio de Salud, (2009). Encuesta Nacional de Nutrición 2008-2009. Recuperado el 20-01-10 *http://www.ministeriodesalud.go.cr/inicio/esadisticas/encuestas/resultado_ENN_2008_2009_8_octu_09.pdf.*

Ministerio de Salud, Caja Costarricense de Seguro Social, INCIENSA, Organización Panamericana de la Salud, Agencia de Salud Pública de Canadá, (2006). Estudio de Caso: Formulación de la política de fortificación de harina de trigo con ácido fólico. Costa Rica.

Nestel, P, (1993). Fortificación de alimentos en los países en desarrollo. Pp. 6-8. Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos. Estados Unidos.

Novygrodt, R, (1983). Encuestas séricas de vitamina A en población infantil costarricense. Rev. Med. Hosp. Nac. Niños Dr. Carlos Sáenz Herrera. 18(1):31-39.

Ray, J, (2004). Folic acid food fortification in Canada. Nutrition Reviews. 62(6):S35-S39.

Tacsan, L. y Ascencio, M, (2004). The Costa Rican experience: Reduction of neural tube defects following food fortification programs. Nutrition Reviews. 62(6): S40-S43.

Yetley, E. y Rader, J, (2004). Modeling the level of fortification and post-fortification assessment: U:S: experience. Nutrition Reviews. 62(6): S50-S59.

17

# Vigilancia sanitaria de los alimentos en Costa Rica

Adriana Blanco-Metzler[1]
Mª Teresa Acuña Calvo[2]
Mª de los Ángeles Montero-Campos[3]
Hilda Bolaños Acuña[4]
Elena Campos Chacón[5]

## Resumen

*Se describe la situación actual de la vigilancia sanitaria de los alimentos en Costa Rica, desde el punto de vista de la inocuidad microbiológica, química y nutricional, así como del impacto de ésta, en las enfermedades trasmitidas por alimentos (ETA) y en las enfermedades crónicas asociadas a la nutrición (ECN). Además, se presentan los desafíos más relevantes que debe enfrentar el país, para garantizar a la población, que los alimentos que consumen sean seguros, nutritivos y saludables.*

---

1 Lic. en Microbioligía Química Clínica, M.Sc. en Ciencia y Tecnología de Alimentos. Investigadora en ciencias de alimentos y nutrición, responsable de tecnología nutricional (INCIENSA).
2 Lic. en microbiología química clínica. Responsable Laboratorio de Alimentos, Centro Nacional de Referencia de Bacteriología (INCIENSA).
3 Lic. en Tecnología de Alimentos, M.Sc. Epidemiología. Investigadora en Ciencia y Tecnología de Alimentos, Tecnología Nutricional (INCIENSA).
4 Lic. en Microbiología Química Clínica, M.Sc. Epidemiología. Responsable Laboratorio de Enteropatógenos, Centro Nacional de Referencia de Bacteriología (INCIENSA).
5 Lic. en Microbiología Química Clínica, M.Sc. Bacteriología. Coordinadora Centro Nacional de Referencia de Bacteriología (CNRB) (INCIESA).

## *Introducción*

Un derecho fundamental de la población es el acceso a alimentos inocuos (incluyendo al agua) y de buena calidad, en cantidades suficientes, para lograr un óptimo crecimiento y desarrollo, así como para mantener la salud a lo largo de la vida de las personas.

En la mayoría de los países en desarrollo, además del reto de cubrir las necesidades del suministro de alimentos, existe el asociado a los riesgos potenciales respecto de la calidad e inocuidad de estos, los cuales están directamente relacionados con el desarrollo social y económico del país (FAO. 2001: 2).

En muchos países, este problema no ha recibido la atención requerida, razón por la cual se desconocen o subestiman las implicaciones económicas y sociales como las provocadas por las ETA y las ECN (FAO/OMS. 2002:12)

La calidad intrínseca de un alimento debe cumplir con requisitos estándar previamente definidos. La inocuidad, según el Codex Alimentarius, se define como "la garantía de que los alimentos no causarán daño al consumidor, cuando se preparen y o consuman de acuerdo con el uso para el que han sido destinados" (OPS/OMS. 2002: 4). Actualmente, a esta definición se le ha sumado el concepto de inocuidad "nutricional", haciendo referencia con ello, a todos los riesgos, sean estos crónicos o agudos, que pueden hacer, que los alimentos sean nocivos y no aptos para la salud de las personas (Ministerio Secretarial General de la República. 2007: 5).

La pérdida de la inocuidad de un alimento, pueden ocurrir a lo largo de la cadena alimentaria, desde la fase de producción, elaboración, transporte, almacenamiento

hasta la mesa del consumidor. Los principales peligros asociados a los alimentos son: la contaminación microbiana, los residuos de plaguicidas , los residuos de medicamentos veterinarios, los aditivos alimentarios, los contaminantes ambientales y otros factores como micotoxinas, biotoxinas marinas y material extraño, entre otros. (FAO. 2001: 1). La inclusión reciente de la vigilancia de la inocuidad nutricional, pretende incidir en la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades por déficit y o exceso de nutrientes a través de la regulación de la composición de los alimentos (Gobierno de Chile. MS. 2009).

Se considera que la calidad e inocuidad de los alimentos es responsabilidad de todos los actores de la cadena alimentaria, incluyendo a los consumidores. El Estado costarricense es responsable de crear las condiciones y el marco legal necesario para regular las actividades de los productores, considerando el interés de todas las partes. Por lo tanto, es el responsable, de la vigilancia de la inocuidad integral de los alimentos, de modo que se proteja y promueva la salud de los consumidores mediante el suministro de alimentos seguros, nutritivos y saludables.

Costa Rica aún no cuenta con un Sistema Nacional de Inocuidad de los Alimentos. Sin embargo, recientemente, en el marco de los tratados de comercio internacional (Unión Económica Europea, EEUU, China), han surgido iniciativas a nivel nacional y regional (Secretaria de Integración Económica Centroamericana) para su creación. Dentro de este sistema, el tema de la vigilancia de la inocuidad de los alimentos, se ha discutido en diversos talleres realizados a finales del 2009. En ellos se ha evidenciado que los esfuerzos nacionales en el tema se han dado de manera desarticulada. Existe un traslape de competencias, vacíos y duplicación de funciones entre

los diferentes actores y el país, requiere de una Política Nacional de Inocuidad de los Alimentos, que permita mejorar no sólo la vigilancia de los alimentos que se exportan, sino también los consumidos por la población nacional (importados o nacionales). Entre los aspectos que se deben vigilar están: los contaminantes biológicos (bacterias y resistencia a los antibióticos) y químicos (residuos agro-tóxicos, residuos de antibióticos, metales pesados), la adición voluntaria de nutrientes esenciales, la fortificación de alimentos, el uso de organismos vivos modificados, los compuestos causantes de alergias, la presencia de material extraño, el etiquetado de alimentos, así como la publicidad de alimentos. (INCIENSA. 2009: 1-16; MS. 2009; MEIC. 2009). Se visualiza un Sistema Nacional de Inocuidad de los Alimentos integrado por: Ministerio de Salud (MS) e Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA); Ministerio de Economía, Industria y Comercio (MEIC); Ministerio de Agricultura y Ganadería (MAG); Ministerio de Comercio Exterior (COMEX), Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (ICAA); Ministerio de Ambiente y Energía(MINAE); Ministerio de Educación Pública (MEP); Consejo Nacional de la Producción (CNP); Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), municipalidades, universidades y la empresa privada, entre otros.

El Programa Nacional de Verificación Conjunta sobre el Cumplimiento de los Reglamentos Técnicos tiene por objeto optimizar los recursos del Estado para vigilar el cumplimiento de la legislación y los reglamentos técnicos conexos para garantizar a los habitantes de la República el acceso a alimentos y productos para el consumo humano que cuenten con las medidas sanitarias y fitosanitarias seguras para el consumo (MEIC-MAG-MS.

2007: 1-7). En el 2008 y 2009 se han involucrado a este programa, otras instituciones como el INCIENSA y se han preparado planes de trabajo nacionales que se han ejecutado en forma parcial.

Como se mencionó, en el país se han realizado esfuerzos, que, a pesar de no estar debidamente articulados, permiten visualizar al menos, parte de la situación actual del estado de la vigilancia sanitaria de los alimentos. Además, permiten identificar fortalezas, debilidades y principales desafíos para el establecimiento de un sistema de inocuidad de los alimentos. A continuación, se discute sobre la vigilancia de la inocuidad microbiológica, química y nutricional de los alimentos y su impacto en las ETA y las ECN.

## *Desarrollo*

### *Inocuidad microbiológica y enfermedades transmitidas por alimentos*

Costa Rica no cuenta con un sistema nacional de inocuidad de los alimentos; sin embargo, con relación a la inocuidad microbiológica de estos, las siguientes fuentes de información pueden ser de utilidad para analizar la situación en el país: la notificación obligatoria de las enfermedades que se realiza desde 1983 y que actualmente se rige por el "Reglamento de Organización y Funcionamiento del Sistema Nacional de la Salud" (Decreto Ejecutivo N° 30945-S de 27 enero 2003), la vigilancia que desarrolla el INCIENSA y la Red Nacional de Laboratorios de Bacteriología (RNLB) en el tema de enfermedades transmitidas por alimentos (ETA), así como las investigaciones puntuales de la calidad microbiológica de los alimentos realizadas por diferentes instituciones.

Además, instituciones como el Servicio Nacional de Salud Animal del MAG, es responsable de procurar al consumidor la seguridad sanitaria de los alimentos de origen animal (de consumo nacional, y de exportación), a lo largo de la cadena de producción alimentaria, así como llevar a cabo el control veterinario de las zoonosis. (Ley Nacional de Salud Animal, Gaceta N° 93,16 mayo 2006). También, ICAA, que opera los sistemas de acueductos y alcantarillados sanitarios y que debe garantizar el servicio de agua potable en el país, tema que será discutido en otro capítulo (OPS/OMS. 2003:13). Por su parte, la Dirección de Regulación del MS es responsable del registro sanitario y control de los alimentos que se expenden en el país, y de otorgar los permisos de funcionamiento de los establecimientos que procesan y venden alimentos.

En Costa Rica, las siguientes enfermedades consideradas de transmisión alimentaria son de notificación obligatoria: diarrea, salmonelosis, shigelosis, cólera, fiebre tifoidea y paratifoidea, brucelosis, hepatitis, intoxicaciones alimentarias y brotes de cualquier etiología, entre ellas algunas enfermedades que requieren de la confirmación de laboratorio para su clasificación. Sin embargo, existen otras ETA de importancia en salud pública que no son de notificación obligatoria, por ejemplo las debidas a *Escherichia coli* enterohemorrágica (como *E. coli* O157:H7).

En el país, la diarrea se notifica en forma colectiva semanal y desde 1994 al 2008, ha ocupado el segundo lugar como causa de morbilidad. Al igual que en la mayoría de los países se presenta en casos aislados, en brotes y defunciones. En el 2008, la incidencia de diarrea fue de 3271 casos/100.000 habitantes y la mortalidad de 1.0 defunciones/100.000 habitantes (Dirección de Vigilancia de la Salud, MS). Estudios recientes estimaron en

$ 225 el impacto socioeconómico mínimo de cada caso de ETA en Costa Rica, para un total anual aproximado de $11,025.000, lo que representa el 0.06% del producto interno bruto (PIB) (Kopper G., 2009). Aunque Costa Rica cuenta con un sistema de salud que cubre a la mayor parte de la población, la investigación de las ETA es limitada y existe un sub-registro en la notificación.

Las ETA se deben a la ingestión de alimentos o aguas contaminadas con químicos o con agentes de tipo biológico (bacterias, parásitos, virus, hongos), que afectan la salud del consumidor. En las ETA causadas por agentes biológicos, la sintomatología depende de la cantidad y tipo de agente consumido, y del estado inmunológico del consumidor. Según el tipo de agente involucrado, las ETA se pueden catalogar como infección, intoxicación o toxico-infección. La mayoría se manifiestan con signos y síntomas que pueden incluir diarrea, vómito, deshidratación, dolor abdominal, dolor de cabeza, fiebre y hasta síntomas de tipo neurológico. En algunos casos se presentan como cuadros invasivos (las fiebres tifoidea y paratifoidea) y pueden causar cuadros crónicos y complicaciones como brucelosis, artritis, meningitis, el síndrome Guillain-Barré, enfermedades auto-inmunes, abortos y hasta provocar la muerte (OPS/OMS, 2001).

En los últimos años, se ha observado un incremento de las ETA a nivel mundial asociado a diversos factores como son el aumento de la población, el hacinamiento, la pobreza, las migraciones, cambio en los hábitos de preparación y consumo de alimentos, en la calidad y acceso al agua, en la producción masiva de alimentos, cambio climático y desastres naturales, globalización y a la emergencia y reemergencia de patógenos y su resistencia a antibióticos (Pérez *et ál.*, 2004).

Como apoyo al Sistema de Vigilancia Epidemiológica y a los servicios de salud del país, el Centro Nacional de Referencia de Bacteriología (CNRB) del INCIENSA, coordinador de la RNLB (integrada por más de 75 laboratorios entre ellos clínicos, de agua y de alimentos del sector público y privado), brinda apoyo en la vigilancia de agentes causantes de ETA (*Salmonella, Shigella, Vibrio, Escherichia coli* patogénica, entre otros), su resistencia a los antibióticos y en la investigación de brotes.

Entre el 2005 y 2008 se investigaron 61 brotes de diarrea e intoxicaciones alimentarias, que afectaron a más de 1699 personas en todo el país. De estos, la mayoría fueron intrafamiliares, debidos a diferentes especies y serotipos de *Shigella.* Sin embargo, desde el punto de vista de salud pública, los brotes ocurridos en poblaciones cautivas y a nivel comunitario causaron el mayor impacto por el número de afectados. Entre los brotes destacan, los relacionados a rotavirus y norovirus (≥930 enfermos), *Shigella sonnei* (≥124), *Shigella flexneri* variante x (≥63), en los que el agua fue el vehículo sospechoso de infección. Además se documentaron, un brote por *S. sonnei* (≥24) relacionado con el consumo de alimentos en un restaurante de mariscos en el que se encontró una manipuladora asintomática portadora de la bacteria. Entre los brotes por *Salmonella* destacan: uno por *Salmonella* Newport relacionado al consumo de alimentos en una soda (≥48), otro por *Salmonella* Enteritidis en una boda, en la que se sirvió ensalada preparada con mayonesa casera y uno intra-familiar debido a *Salmonella Javiana,* relacionado con el consumo de pollo, en el cual falleció la madre. En el período también se notificaron seis toxico-infecciones por *Clostridium perfringens* productor de toxina A (en total ≥100 afectados), en dos de los cuales se demostró la contaminación del alimento (pierna de

cerdo y ensalada), lo que se relaciona con deficiencias en la manipulación y conservación de alimentos preparados, en especial carnes y sus derivados. También ocurrieron cuatro intoxicaciones alimentarias por *Staphylococcus aureus* productor de toxina A (en total ≥26 afectados), relacionados a la ingesta de queso fresco artesanal.

Se documentó además un brote en un albergue infantil (15 niños afectados) por el consumo de un guiso de carne en el que se demostró *Bacillus cereus* toxigénico, tanto en los pacientes como en el alimento. Durante el período y en colaboración con Patología Forense del Organismo de Investigación Judicial, se documentaron tres defunciones de pacientes con antecedentes de diarrea y deshidratación uno por *Salmonella* Typhimurium y otro por *S.* Enteritidis (en adultos mayores), además de una niña (11 meses) por *S.* Thompson. También se documentaron cuatro defunciones asociadas a *S. flexneri* (dos por serotipos 2a, una 3a y una variante-y) todas en niñas ≤12 años y 18 defunciones por rotavirus (de ellos 10 eran ≤2 años y dos adultos mayores) que corresponden a los grupos de mayor riesgo (Bolaños *et ál.*, 2005, Bolaños *et ál.*, 2009a, Bolaños *et ál.*, 2009b, Centro Nacional de Referencia de Bacteriología –INCIENSA, 2007, Centro Nacional de Referencia de Bacteriología– INCIENSA, 2008).

Por otra parte, estudios realizados en el país han señalado los lácteos, cárnicos y hortalizas como los alimentos de mayor riesgo para el consumidor, con base en la cantidad, forma de consumo y al riesgo de su contaminación. Acuña *et ál.* 2004a, menciona que en Costa Rica el queso fresco es uno de los productos lácteos de mayor consumo y frecuentemente se elabora con leche cruda no pasteurizada. Estudios realizados por estos autores, en expendios y puestos de Ferias del Agricultor de la Región Central Norte (RCN), mostraron que la ingesta de queso fresco

representa un riesgo para la salud del consumidor, ya que se encontró *St. aureus* y *Listeria monocytogenes* en niveles inaceptables, según la normativa vigente (*Acuña et ál.*, 2004b). En dicho estudio se evidenció además que 70% de los quesos comercializados en las Ferias del Agricultor y el 48% de los que se venden en pulperías, minisúper y supermercados, no cuentan con registro sanitario del MS. En estos establecimientos se pusieron de manifiesto deficiencias en la manipulación y almacenamiento del queso, lo que favorece la contaminación cruzada de otros alimentos (Acuña *et ál.*, 2004a). Estudios más recientes demuestran el hallazgo de *L. moncytogenes* en quesos de la zona norte del país y de Santa Cruz de Turrialba (Chaves *et ál.*, 2009). Lo anterior refuerza la necesidad de brindar capacitación y dar seguimiento a los productores, con el fin de mejorar la calidad del producto.

Rodriguez *et ál.*, 2002, demostraron la contaminación por *C. perfringens* en carnes procesadas, molidas y embutidos muestreados en expendios y en carnes cocinadas listas para consumir en sodas y restaurantes.

En el caso de pescado fresco fileteado, Bianchini *et ál.* 1999, documentaron la presencia de *L. monocytogenes* en 52,3% de las muestras analizadas,. evidenciando una manipulación deficiente y condiciones inadecuadas de almacenamiento del producto. Por otra parte, Morales *et ál.*, 2004, detectaron *Salmonella* spp en tilapia fresca proveniente de la zona norte del país. Las tilapias son alimentadas con productos de origen animal; al respecto es importante mencionar que en el CNRB se ha logrado confirmar la presencia de diferentes serovariedades de *Salmonella* en alimentos para consumo animal.

En relación con la inocuidad microbiológica de frutas y hortalizas, Monge *et ál.*, 1996, evidenciaron la

presencia de *L. monocytogenes* en repollo picado, preempacado y vendido en supermercados como productos listos para consumir. Además, reportaron la contaminación de culantro con quistes de *Giardia intestinalis* y *Entamoeba histolytica* y la de hortalizas con amebas. Calvo *et ál.*, 2004 reportaron *Crypstosporidium* sp en lechuga, apio, culantro y moras; microsporidios en lechuga y culantro y *Cyclospora cayetanensis* en lechuga. Estos resultados son de importancia para la salud pública, pues el lavado y la desinfección, aunque disminuye el nivel de contaminación, no elimina los microorganismos mencionados, lo que representa un riesgo para la población. En este sentido, la calidad del agua de riego es muy importante en la inocuidad de estos productos, así como la implementación de "buenas prácticas agrícolas" para asegurar la producción de alimentos inocuos.

## *Vigilancia de la inocuidad química de los alimentos*

La contaminación de los alimentos por sustancias químicas peligrosas es un problema de salud pública y una de las principales causas de problemas comerciales en el mundo (FAO/OMS, 2009: 1). Ningún organismo gubernamental tiene la capacidad de la vigilancia sistemática de la inocuidad química por lo que se han definido los parámetros toxicológicos y la posibilidad de exposición a los problemas que más repercutan en la salud de la población como es la presencia en los alimentos de residuos de plaguicidas, medicamentos, toxinas, metales pesados, anabólicos y antiparasitarios (OMS,2001).

Los contaminantes más frecuentes en los alimentos son los plaguicidas. Se estima a nivel mundial que el

85% se utilizan en agricultura. Contaminan el agua, el suelo y los alimentos, con un efecto negativo en la vida silvestre y la salud de la población. Costa Rica es el país de Centroamérica que más agroquímicos utiliza: 6.1 kg/ Ha/ año/ trabajador. El MAG, mediante la Ley N.º 7664 (MAG-MEIC-MS, 1997), monitorea la producción agrícola, realiza muestreos y estudios anuales con el propósito de mantener la vigilancia de el uso de los plaguicidas en productos agrícolas de mayor consumo. Resultados obtenidos durante el primer semestre del 2008 se muestran en la Tabla 1.

El informe anual del 2008 del MAG indica, que según datos del Banco Central Costa Rica exportó en el 2007,

**Tabla 1. Presencia de plaguicidas en alimentos cultivados en Costa Rica y en suelos durante del I semestre del 2008.**

| Año estudio | N.º muestras analizadas | Tipos de muestras | Niveles detectados | Resultados |
|---|---|---|---|---|
| 2008, I semestre | 142 alimentos Procedencia: 35% de centros de acopio, 32% de fincas, 20% de ferias del agricultor y 12% de supermercados. | Vegetales frescos, hortalizas, frutas, raíces y tubérculos agua, suelo. | NDP, 86% LMR, 6% No aplica en 8% | 91% cumple norma (78 % no tienen plaguicidas, 22% cumple pero tiene plaguicidas sobre LMR (culantro, lechuga, espinaca, apio, cebolla, puerro, perejil) 9% no cumple norma y tiene plaguicidas no autorizados. |

LMR= Límite Máximo de Residuo. NDP=No Detectado Plaguicida

Fuente: (Ruiz, R; Matarrita, L. 2007)

$9343 millones, 62% correspondió al sector industrial y 32,6% al agropecuario, desglosada de la siguiente manera: 20% del sector agrícola, 10,6% del agroalimentario, 5% del textil, 2% del pecuario y pesca. Los principales alimentos exportados fueron: banano, piña y café (MAG, 2008).

EUA constituye nuestro principal mercado de destino de las exportaciones agropecuarias nacional. Los productos que no cumplen con su normativa, son rechazados. En la última década se presentaron 506 detenciones en 27 tipos de alimentos: 26,1% en pescados, 21,5% en vegetales, 16,7%, en salsas y 11,6% en frutas (FDA, 2009). Las causas más importantes de rechazo o detenciones fueron: no procesado adecuadamente, presencia de plaguicidas, etiquetado nutricional inadecuado, presencia de sustancias patógenos y presencia de material extraño. Los rechazos de alimentos del periodo 2000 al 2009 se resumen en la Tabla 2.

La contaminación del medio ambiente expone a los alimentos a concentraciones elevadas de agentes potencialmente tóxicos y acumulables, como son los metales pesados (Pb, Cd, Co, Ni, Mn, Cu, Cr, Fe, Zn, Hg, As). Se pueden incorporar en los alimentos a lo largo de la cadena alimentaria, por medio del agua de lavado o mediante utensilios y sustancias involucradas con la producción o manufactura. Un ejemplo de esta contaminación constituye el pescado de exportación, en el que se ha detectado un contenido de mercurio no apto para consumo humano, lo que le implicó que la Agencia para los Alimentos y Drogas (FDA) aplicara una sanción de hasta 5 años a nuestro país, para la exportación de este tipo de producto a EEUU (FDA, 2009).

Uno de los alimentos más ampliamente consumidos en el país es la leche de vaca. Sin embargo, este tipo de

**Tabla 2. Rechazos de los principales alimentos nacionales exportados a EUA durante 2000-2009.**

| Año | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| % rechazos (n) | 15,8 | 27,5 | 9,9 | 10,5 | 12,0 | 8,7 | 6,5 | 4.5 | 2.8 | 1,8 |
| Pescado | 30 | 33 | 10 | 10 | 7 | 8 | 4 | 11 | 4 | 2 |
| Frutas | 15 | 17 | 7 | 4 | 3 | | 2 | 2 | | 3 |
| Salsas | 14 | 22 | 1 | 5 | 5 | 17 | 5 | | 5 | 2 |
| Raíces y tubérculos | 11 | 1 | 2 | 1 | 2 | 5 | 1 | 1 | | |
| Vegetales | 9 | 15 | 24 | 26 | 3 | 11 | 10 | | | |
| Palmito | 8 | 8 | 2 | | | | | | | |
| Galletas, panes | | 7 | | | | | 1 | | | |
| Bebidas/ lácteas | | 6 | 1 | 2 | 10 | 3 | 1 | | | |
| Alimentos procesados | | 1 | 1 | 1 | | | 8 | 1 | | |

Fuente: FDA, 2000-2009.

producto, se ha asociado con la presencia de residuos de antibióticos. Hallazgos relevantes de esta situación se han detectado en muestras de leche desde finales de los ochenta tanto en leche cruda como pasteurizada. En un estudio realizado por Arias *et ál.*, 1988) en 155 muestras de leche cruda, el 64.5% mostró resultados positivos para penicilina en concentraciones superiores a 0,01u/ml. Las muestras de leche cruda se obtuvieron en lecherías de distintas zonas del país (Poas, Irazú, Coronado, Los Santos, San Carlos) y en leche pasteurizada de dos plantas procesadoras. Las zonas de Poas, Irazú y Coronado, mostraron las concentraciones más altas del antibiótico. Estos resultados refuerzan la necesidad de capacitar a los productores, en el manejo de antibióticos con fines terapéuticos o como promotores del crecimiento con la finalidad de mejorar la inocuidad de este tipo de productos. El uso inadecuado de antibióticos, es un problema de salud pública, no solo en la industria láctea, sino que en la industria avícola, bovina, entre otros, por lo que el país debe adoptar medidas de regulación en el uso de los mismos.

La literatura menciona el empleo de otros medicamentos de uso veterinario muy común como los desparasitarios (benzimidazoles, avermectinas y piretroides); pero no se dispone de resultados de análisis en alimentos nacionales, tampoco sobre los anabólicos (sustancias capaces de incrementar la retención de nitrógeno, aumentando la acumulación de proteína en los animales (FAO/OMS, 1975); ni de los derivados del estilbenos.

Otras sustancias que pueden estar presentes en los alimentos son las micotoxinas (metabolitos secundarios tóxicos producidos por hongos). Como agentes etiológicos en el hombre y los animales están las aflatoxinas. Pero no se cuenta con resultados en análisis nacionales

que nos den una idea de la presencia de estas sustancias en nuestros alimentos.

## *Vigilancia de la inocuidad nutricional y de las propiedades nutritivas y saludables de los alimentos*

La Conferencia sobre Comercio Internacional de Alimentos (FAO: 1999: 7) menciona que:

> *"Con el tiempo, ha aumentado el interés por el modo en que la nutrición puede contribuir a un buen estado de salud. Este interés empezó con la preocupación por las enfermedades ocasionadas por carencias de nutrientes y se ha extendido a esferas relacionadas con la promoción de la salud y la reducción del riesgo de enfermedades crónicas causadas por el consumo excesivo".*

Las enfermedades crónicas duplican a las defunciones mundiales ocasionadas por las enfermedades infecciosas, condiciones maternas y perinatales y dolencias nutricionales. La mayoría de estas muertes se deben a tres factores de riesgo modificables: dieta malsana, inactividad física y consumo de tabaco. Las enfermedades cardiovasculares, primera causa de mortalidad en todo el mundo y 10% del total de la carga mundial de mortalidad, se pueden reducir por medio de una alimentación saludable (OPS/OMS 2009:1). La Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) lanzaron recientemente las siguientes dos iniciativas para promover su reducción: Hacia "las Américas libres de grasas trans" (OPS/OMS. 2007: 1) y la de "Prevención de las enfermedades cardiovasculares en las Américas mediante la reducción de la ingesta de sal alimentaria de toda la población" (OPS/OMS 2009:1).

En Costa Rica ambas iniciativas son coordinadas por el INCIENSA en colaboración con instituciones públicas y privadas nacionales y regionales.

La vigilancia de la inocuidad nutricional y de las propiedades nutritivas y saludables de los alimentos se lleva a cabo en Costa Rica mediante la verificación del cumplimiento de la reglamentación técnica nacional para fines de etiquetado nutricional en alimentos preenvasados, ordinarios y destinados para regímenes especiales y los reglamentos para alimentos fortificados; ésta última será desarrollada en un artículo aparte en la presente obra. El Decreto Ejecutivo N° 26012-MEIC RTCR: 197:100 (MEIC. 2009: 1), autoriza la homologación con la normativa del *Codex Alimentarius*, cuando no se cuente con una regulación específica para alimentos, nutrientes o condiciones de salud.

La información nutricional que ofrece el alimento es una herramienta clave a la hora de tomar la decisión por parte del consumidor para la compra y consumo de un alimento. Según la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud, el etiquetado nutricional tiene implicaciones positivas para la salud pública, pues es una herramienta poderosa que facilita la promoción de la alimentación saludable, mediante la educación nutricional directa a los consumidores, quienes potencialmente mejorarán su capacidad para seleccionar los alimentos (OMS, 2004: 40-60). El Plan de Acción de la Estrategia contempla la declaración obligatoria del contenido de energía, proteína, grasa, carbohidratos, sodio, azúcares, grasas saturadas y ácidos grasos *trans*; por la necesidad de monitorearlos, en función de la prevención de enfermedades crónicas no trasmisibles relacionadas con su consumo en exceso (FAO/OMS. 2008: 4).

En el año 2002 entró en vigencia el Reglamento Nacional de Etiquetado nutricional de los Alimentos Preenvasados (MS-MEIC. 2002: 2). Se aplica exclusivamente cuando se destaque en la etiqueta de un alimento alguna cualidad nutricional y a la declaración las propiedades nutricionales y saludables. El plan nacional para el control sanitario de los alimentos (MS. S.f.: 1-24) incluye la verificación del cumplimiento del reglamento de etiquetado nutricional, de reciente aplicación (Blanco-Metzler, Roselló, Núñez, 2008: 3-4).

La información nutricional presente en los alimentos preenvasados comercializados en el área metropolitana de Costa Rica se incrementa en forma continua, resultando en 20% en 1993 (Víquez, Blanco. 2006: 115), 50% en 1998 (Brender, Fonseca. 1999: viii) y 58% en el 2002 (Blanco, Roselló, Nuñez, 2009: 487). El país de origen, el grupo de alimento y el componente nutricional determinan la presencia de información nutricional en los alimentos preempacados. Al menos 100 diferentes versiones de descriptores nutricionales y saludables fueron identificadas. Según el alimento se utilizaron entre uno y cinco descriptores nutricionales por etiqueta (Blanco, Roselló, Nuñez, 2009: 487).

Como parte del Programa Nacional de Verificación Conjunta sobre el Cumplimiento de los Reglamentos Técnicos (MEIC-MAG-MS. 2007: 1-7) el INCIENSA, verificó en el 2008, el etiquetado nutricional mediante análisis de la información en tres grupos de alimentos de consumo popular. Se encontró en 22 aceites vegetales; 18 cereales para desayuno y 37 néctares y jugos analizados un incumplimiento de la normativa (tres reglamentos y dos leyes) de un 95, 78 y 68%, respectivamente; en promedio sólo 17 de 77 (22%) de los alimentos evaluados cumplieron la legislación.

Dos estudios de verificación del cumplimiento de reglamentación técnica mediante análisis químicos, realizados en el 2008 en descriptores nutricionales específicos: liviano, ligero, light, reducido, sin calorías, sin azúcar, bajo en grasa, en 13 productos nacionales e importados, demostró que el 100% cumplieron con el ítem evaluado de la reglamentación (MEIC/UCR 2008: 8). En otro estudio se verificó el cumplimiento del contenido de proteínas, grasa total y la relación agua/proteínas en 8 muestras de salchichas encontrándose incumplimiento en el contenido de proteína y la relación humedad/proteína en dos muestras (MEIC/UCR. 2008: 4).

La Comisión Técnica Consultiva del Valor Nutritivo de los Alimentos (Ministerio de Salud. 2004: 11-12), recibió 21 consultas sobre información nutricional en últimos cinco años, 71% correspondieron a etiquetado y 29% a publicidad de alimentos. Se identificó principalmente incumplimiento del reglamento de etiquetado nutricional y de la ley defensa efectiva al consumidor. Se encontraron errores en el etiquetado nutricional que atentan contra la salud de personas con diabetes y otras patologías (Blanco-Metzler A, Chaverri A; Jiménez AM; Ulate E; Herrera L; Torres M. 2009:487).

A partir de los resultados obtenidos, se concluye que en etiquetado nutricional primeramente se debe regular la utilización de los descriptores nutricionales debido al uso incorrecto. Además, hay un empleo excesivo de éstos en ciertas etiquetas de alimentos, hecho que debe se debe atender a fin de evitar la manipulación de la información nutricional y saludable y que los conceptos suministrados al consumidor sean claros y fidedignos.

El término "alimentos para regímenes especiales" es definido por el Codex Alimentarius (*Codex*

*Alimentarius*, 1995: 1) como alimentos elaborados o preparados especialmente para satisfacer necesidades determinadas por condiciones físicas o fisiológicas particulares, enfermedades o trastornos específicos; se incluyen entre ellos los alimentos para lactante y niños. La composición de esos alimentos deberá ser fundamentalmente diferente de la composición de los alimentos ordinarios de naturaleza análoga. A la fecha la vigilancia de los alimentos destinados para regímenes especiales no se realiza en Costa Rica.

## *Conclusiones y desafíos nacionales*

Los estudios realizados en el país demuestran la contaminación de diversos tipos de alimentos con microorganismos patógenos y compuestos químicos, así como la ocurrencia de enfermedades de transmisión alimentaria, que cursan como casos aislados de diarrea, brotes (algunos de ellos de gran magnitud), complicaciones severas y hasta defunciones.

La vigilancia de las propiedades nutricionales y saludables y de la inocuidad nutricional de los alimentos en Costa Rica es incipiente y es necesario promoverla para que contribuya a una reducción de las tasas de morbilidad y mortalidad relacionadas con la dieta no saludable. Las estimaciones de los costos de atención y prevención, aunque son elevadas, subestiman los costos sociales y económicos de estas.

Por lo anterior, es urgente que el país cuente con una política nacional integral de inocuidad de alimentos que dé sustento al Sistema Nacional de Inocuidad de Alimentos y con éste a la organización, definición de competencias y articulación de las instituciones involucradas, a fin

de asegurar al consumidor la disponibilidad de alimentos seguros, nutritivos y saludables.

## *Referencias bibliográficas*


Acuña MT Duarte F., Madriz C., Barrantes K., Campos E., Bolaños H., Dittel I., Sánchez O. 2004b. Calidad microbiológica del queso fresco en expendios de la Región Central Norte, Costa Rica. 2005. X Congreso Nacional y II Congreso Interamericano de Salud Pública "Objetivos de Desarrollo del Milenio: retos y perspectivas para la salud pública", San José, Costa Rica, 11 – 13 de octubre de 2006.

Acuña M.T., Duarte F., Madriz C., Vargas C· Calvo JC, Vargas JL, Campos E, Bolaños H., Dittel I, Sánchez O 2004a. Condiciones de los establecimientos que expenden queso fresco en la Región Central Norte, Costa Rica. X Congreso Nacional y II Congreso Interamericano de Salud Pública "Objetivos de Desarrollo del Milenio: retos y perspectivas para la salud pública", San José, Costa Rica, 11 – 13 de octubre de 2006.

Arias, ML; Antillón, F; Cubillo Z. Residuos de penicilina en leche bobina en Costa Rica. Revista Costarricense de Ciencias Médicas. 1988; 9 (2); 9(2): 125-129.

Bianchini, M., Arias, M.L., Herrera, C., Zúñiga, C. 1999. Incidencia de *Listeria monocytogenes* y evaluación de la calidad sanitaria del pescado fresco fileteado del Área Metropolitana de San José. Archivos Latinoamericanos de Nutricion 49(4):358-362.

Blanco A, Roselló M, Núñez H. (2008). Verificación del etiquetado nutricional: alimentos preenvasados y comercializados en Costa Rica. Boletín INCIENSA 20: 3-4.

Blanco-Metzler A, Chaverri A, Jiménez AM, Ulate E, Herrera L, Torres M, Elizondo M, Zúñiga R. (2009). Una

modalidad de apoyo a la regulación estatal de alimentos y comidas rápidas Revista Chilena de Nutrición. 36, suplemento N.º 1: 487.

Blanco-Metzler A, Roselló-Araya M, Núñez-Rivas H. (2009). Situación basal de la información nutricional declarada en las etiquetas de los alimentos comercializados en Costa Rica. Revista Chilena de Nutrición. 36, suplemento N.º 1: 487.

Bolaños H., Acuña M., Sánchez L., Duarte F., Campos E y Red Nacional de Laboratorios de Bacteriología – Costa Rica. 2009b. Vigilancia de laboratorio de las infecciones por *Salmonella* en humanos, Costa Rica 2006 – 2008. Memoria 6ª Conferencia Científica Regional de las Américas. San José, Costa Rica, 30 de noviembre – 4 de diciembre de 2009. TEPHINET, 2009.

Bolaños H., Jiménez, A., Tijerino. A, Pichel, M., Oropeza G, Vargas JL, Cháves E, Duarte F, Campos E. y Red Nacional de Laboratorios de Bacteriología – Costa Rica. 2009a. Vigilancia de laboratorio de la shigelosis, Costa Rica 2006 – 2008. Memoria 6ª Conferencia Científica Regional de las Américas. San José, Costa Rica, 30 de noviembre – 4 de diciembre de 2009. TEPHINET, 2009.

Brender J, Fonseca MG. (1999). Importancia del etiquetado nutricional, con énfasis en grasa y colesterol, en las prácticas de compra de los consumidores adultos del área metropolitana de San José. Tesis de licenciatura en Nutricion, Escuela de Nutrición, Universidad de Costa Rica.

Calvo, M., Carazo, M., Arias, M.L., Chaves, C., Monge, R., Chinchilla, M. 2004. Prevalencia de *Cyclospora* sp., *Cryptosporidium* sp., microsporidos y determinación de coliformes fecales en frutas y vegetales frescos de consumo crudo en Costa Rica. Archivos Latinoamericanos de Nutrición 54(4):428-432.

Centro Nacional de Referencia de Bacteriología – INCIENSA. 2007. Informe de vigilancia: Patógenos asociados a

brotes de diarrea e intoxicaciones alimentarias, enero – diciembre 2006. Tres Ríos, Costa Rica.

Centro Nacional de Referencia de Bacteriología – INCIENSA. 2008. Informe de vigilancia: Patógenos asociados a brotes de diarrea e intoxicaciones alimentarias, enero – diciembre 2007. Tres Ríos, Costa Rica.

Cháves, C., Arias, M.L. 2009. Caracterización de cepas de *Listeria monocytogenes* realizados a partir de queso fresco proveniente de diferentes zonas productoras costarricenses. Archivos Latinoamericanos de Nutrición 59(1):66-69.

Codex Alimentarius. (1995). Norma general para el etiquetado y declaración de propiedades de alimentos preenvasados para regímenes especiales, CODEX STAN 146. Recuperado el 10 de diciembre del 2009 en *http:// www.codexalimentarius.net/web/more_info.jsp?od_sta=292.*

FAO. (1997). Conferencia sobre Comercio internacional de Alimentos a partir del año 2000: Decisiones basadas en criterios científicos, armonización, equivalencia y reconocimiento mutuo. Armonización, reconocimiento mutuo y equivalencia: aspectos relacionados con el etiquetado y la nutrición. ¿Cuanta información es necesaria? Recuperado el 09 octubre del 2009 en *http//www.rlc.fao.org/docrep/meetin/X2673shtm.* [Por. Dra. Christine J. Lewis].

FAO. (2001). Alimentos e inocuidad. Su importancia para los países de América Latina y el Caribe. Recuperado el 05 diciembre del 2009 en *http//www.rlc.fao.org/es/inocuidad/codex/pdf/inocuidad.pdf.* [Resumen. Enedina Lucas: Consultora Internacional de la FAO].

FAO. (2002). Conferencia Paneuropea FAO/OMS sobre Inocuidad y calidad de alimentos. Recuperado el 10 diciembre del 2009 en *ftp://ftp.fao.org/docrep/fao/meeting/004/y3696s/y3696s00.pdf.*

FAO. (2005) Comercio Agrícola. Recuperado el 15 de setiembre 2009 en *http://faocr.org/omdex_Ca.html.*

FAO/WHO. (2008). Food Standards Programme. Codex Committee on Food Labelling. Thirty–Sixth Session Ottawa, Canada, April 28-May 2, 2008-07-21. Matters referred by FAO and WHO: Implementation if the WHO Global Strategy on Diet, Physical activity and Health. CX/FL 08/36/3.

Food and Drug Administration. (2009) Detención de productos de Costa Rica, acceso a información Base de datos OASIS 2000-2009. Recuperado en octubre del 2009 en FDA.http://www.accessdata.fda.gov/scripts/ImportRefusals/ir_detail.cfrn.

Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. (2009). Situación actual y desafíos del Programa de Inocuidad de los Alimentos: Sanitario y nutricional. Recuperado el 15 diciembre del 2009 en *www.rlc.fao.org/es/inocuidad/pdf/vega.pdf.*

INCIENSA. (2009). Informe del Taller "Identificación de oportunidades para fortalecer la vigilancia de alimentos en Costa Rica". Realizado el 09 de octubre del 2009 en Tres Ríos, Costa Rica.

Kopper, G. Estudio de caso – Enfermedades transmitidas por alimentos en Costa Rica. Recuperado el 10 de diciembre de 2009. En: *http://ftp.fao.org/docrep/fao/011/i0480s/i0480s01.pdf*

MAG/MEIC/MS (1997). Ley General de Protección Fitosanitaria. Decreto N.° 7664. MAG-MEIC-MS, Diario Oficial La Gaceta N.° 98, 08/04/1997.

MEIC. (2009). Modificaciones, Adiciones y Derogatorias al Decreto Ejecutivo N° 26012-MEIC, RTCR: 100:197. Reglamento Técnico de Etiquetado de los Alimentos Preenvasados, 15 de abril de 1997. Decreto N° 35204-MEIC. La Gaceta N° 86, 6 de mayo del 2009.

MEIC. 2009. Seminario Centroamericano sobre contaminantes de alimentos. Informe final. Octubre 2009. COMEX, San José.

MEIC/MAG/MS. (2007). Reglamento para la Verificación Conjunta del Cumplimiento de los Reglamentos Técnicos. Decreto Ejecutivo N.º 34129-MEIC-MAG-MS. Diario Oficial La Gaceta N.º 240, 13-12-2007.

MEIC/MS. (2002). Reglamento Etiquetado Nutricional de los Alimentos Preenvasados. RTCR 135: 2002. Decreto N.º 30256-MEIC-S. Diario Oficial La Gaceta Nº 71, 15-04-2002.

MEIC/UCR (2008). Informe sobre Estudio de Verificación de Algunos Parámetros según lo establece el Decreto N° 21299, MEIC: Reglamento para Salchichas. Programa COMPAL.

MEIC/UCR (2008). Informe sobre Estudio de Verificación de Descriptores Nutricionales en Productos del Mercado del Programa COPAL.

MEIC-MAG-MS. (2007). Reglamento para la verificación conjunta del cumplimiento de los reglamentos técnicos. Decreto ejecutivo Nª 34129-MEIC-MAG-MS. Diario Oficial La Gaceta 240:13-12, 2007.

Ministerio de Agricultura y Ganadería (MAG). Informe Anual 2007 y 2008. San José, Costa Rica.2008.

MAG. Informe Anual 2008. San José, Costa Rica.2009.

Ministerio de Salud. (s.f.) Programa de Control de Alimentos. Sin lugar de edición, sin editorial.

Ministerio de Salud (1994). Creación de la Comisión Técnica Consultiva sobre el Valor Nutritivo de los Alimentos. Decreto N° 23205-S. La Gaceta N°23, 16 de mayo 1994.

Ministerio de Salud (sf). Programa de control de los alimentos. Sin lugar de edición; sin editorial.

Ministerio Secretarial General de la República (2007). Política Nacional de Inocuidad de los Alimentos. Recuperado el

08 diciembre del 2009 en *http://servicios.minsegpres.gob.cl/consultapublica/doc/ Pol_nac_inocuidad_alim.pdf.*

Monge, R., Arias, M.L. 1996. Presencia de microorganismos patógenos en hortalizas de consumo crudo en Costa Rica. Archivos Latinoamericanos de Nutrición 46(4):292-294.

Morales, G., Blanco, L., Arias. M.L., Chaves. C. 2004. Evaluación de la calidad bacteriológica de tilapia fresca *(Orechromis niloticus)* proveniente de la Zona Norte de Costa Rica. Archivos Latinoamericanos de Nutrición 54 (4): 433-437.

OPS/OMS. 2001. Guía VETA – Guía de Sistemas de Vigilancia de las Enfermedades Transmitidas por Alimentos (VETA) y la investigación de brotes. Buenos Aires, Argentina: OPS/INPPAZ.

OPS/OMS. 2003. Calidad del agua potable en Costa Rica: Situación actual y perspectivas. Organización panamericana de la Salud, Ministerio de Salud. San José, CR: OPS.

OPS/OMS. (2002). Glosario. Recuperado el 10 diciembre del 2009 en http://www.panalimentos.org/comunidad/educacion1.asp?id=75.

OPS/OMS. (2007). Hacia "las Américas libres de grasas trans" Recuperado el 10 diciembre del 2009 en *http://www.paho.org/spanish/dd/pin/ahora11_dic07.htm.*

OPS/OMS. (2009). Cardiovascular Disease Prevention through Dietary Salt Reduction. Recuperado el 10 diciembre del 2009 en *http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=22015&Itemid=1757.*

Organización Mundial de la Salud (OMS).2001. Inocuidad de alimentos y salud. Consejo Ejecutivo. Informe de la secretaria.EB109/13.6 de diciembre 2001.

OMS/Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO). Organización para la

Agricultura y la Alimentación. (FAO/OMS). 2009. Vigilancia de productos químicos y alimentos, 15de marzo.p5.

Organización Mundial para la Salud, OMS. (2008). Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad física y Salud. Recuperado el 10 diciembre del 2009 en: *http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R17-sp.pdf.*

OPS. (1995). Planificación de un sistema de vigilancia en salud Pública. Boletín Epidemiológico. 16(1):1995.

OPS. (1995). Planificación de un sistema de vigilancia en salud pública. Boletín Epidemiológico 16 (1): 1-16- Recuperado el 11 diciembre del 2009 en *http://www.paho.org/spanish/sha/BE_v16n1.pdf.*

Perez E., Aguilar P, Salvatella R., Ribetto A, Castro A. (2004). Vigilancia de las enfermedades transmitidas por alimentos (ETA): su importancia en la caracterización de riesgos. Asociación Argentina de Microbiología. Disponible en: *www.aam.org.ar/actividades/T_ETA.pdf.*

República de Costa Rica. 2003. Decreto Ejecutivo 30945-S: Reglamento de Organización y Funcionamiento del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud. Diario Oficial La Gaceta N.° 18, 27 de enero de 2003.

República de Costa Rica. 2003. Ley General del Servicio Nacional de Salud Animal. Diario Oficial La Gaceta N.° 193, 16 de mayo 2003.

Rodríguez E., Gamboa M.M., Vargas P. 2002. *Clostridium perfringens* en carnes crudas y cocidas y su relación con el ambiente en Costa Rica. Archivos Latinoamericanos de Nutrición 52:155-159.

Ruiz, R; Matarrita, L. 2007. Programa Nacional de Residuos de plaguicidas en vegetales y Buenas Prácticas Agrícolas .16/02/07. Comunicación oral.

Víquez N, Blanco, A. (1997). Etiquetado nutricional de los alimentos preenvasados comercializados en Costa Rica.

Resúmenes XI Congreso Latinoamericano de Nutrición. Ciudad Guatemala, Guatemala 09-15 de octubre de 1997.

18

# Acercamiento a la situación actual del problema de las drogas en Costa Rica

Giselle Amador Muñoz[1]
Julio Bejarano Orozco[2]
Duglas Mata Pernidi[3]

## Resumen

*En este trabajo se exploran algunos aspectos sustantivos relacionados con la demanda de drogas en Costa Rica y las principales alternativas de solución para un problema que ocupa un lugar de importancia tanto en la agenda gubernamental como en el imaginario social. Se examina la importancia del tabaquismo y del consumo de bebidas alcohólicas en diferentes grupos, a los que se da un énfasis especial a la ingestión femenina y adolescente, la cual ha tenido un desarrollo singular en el país durante los últimos quince años. De igual manera, se explicitan los resultados más relevantes en torno a la utilización de sustancias ilícitas y algunas de las características de su distribución entre la población. Finalmente, se plantean algunos elementos que deben ser considerados en una estrategia orientada a la reducción del consumo y como dichos aspectos discurren en la realidad del país.*

1 Médica, M.Sc. en Farmacodependencia. Directora General IAFA. Docente UCR y UNED.
2 M.Sc. en Farmacodependencia. Investigador del Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia de Costa Rica (IAFA).
3 Lic. en Sociología, Doctor en Gobierno y Políticas Públicas, M.Sc. en Administración Pública. Coordinador del Área de Desarrollo Institucional (IAFA).

## *Introducción*

Existe convencimiento de que la práctica de la salud pública (la toma de decisiones, el planeamiento, las políticas y el análisis de los programas de salud) debe basarse en evidencias. Una de estas son las mediciones epidemiológicas.

El conocimiento de las diferencias presentes entre la población general en cuanto al consumo de drogas y los problemas asociados a dicho consumo, permite no solo el orientar las políticas e intervenciones sobre drogas, sino también evaluar sus resultados.

Estos aspectos son imprescindibles para que los responsables políticos puedan diseñar acciones efectivas, especialmente para proteger a la población joven y más vulnerable a los efectos nocivos de las drogas.

Es claro que la preocupación por el impacto que tienen las drogas en la salud, debe estimular la formulación de políticas públicas que deriven su origen en el deseo de proteger el bienestar humano.

De tal manera, la información y la evaluación se constituyen en elementos fundamentales para la formulación de una estrategia efectiva en materia de drogas.

Han pasado cerca de 15 años desde el primer intento por abordar e intentar dar respuesta en forma más integral al problema de las drogas en Costa Rica. Desde entonces, los esfuerzos desarrollados han sido cada vez mejor intencionados, en buena medida gracias al mayor compromiso del Gobierno.

Algunos de los aspectos vinculados a la actual estrategia del país, serán presentados en un segundo aporte. Se reseñará el hecho de que la prevención del consumo de drogas se mantiene como una prioridad en las

políticas de salud pública, ya que es el reflejo de una necesidad apremiante para muchas comunidades y grupos poblaciones de riesgo.

Además, se pondrá de manifiesto uno de los mayores retos del Sistema Nacional de Salud, en cuanto garantizar la equidad en el acceso y uso de servicios de salud a importantes grupos de la población que no pueden hacerlo por barreras de orden económico, social, cultural o funcional, en particular, en lo que refiere al tratamiento del consumo de drogas.

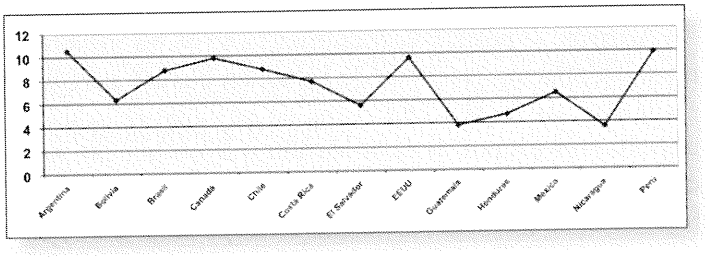
## *Desarrollo*

### *Situación del consumo de alcohol en la población general*

Las drogas legales son las más consumidas y en particular el alcohol es la sustancia psicoactiva más utilizada en Costa Rica. En la actualidad, tomar bebidas alcohólicas no es un hábito exclusivo de la población adulta, los jóvenes también lo hacen y los datos de las encuestas indican que la iniciación en las bebidas alcohólicas y la embriaguez se da cada vez más en sujetos de menor edad.

Pese a que los datos sobre consumo de alcohol absoluto per cápita (el producto de la suma de la producción nacional y las importaciones entre el total de la población mayor de 15 años), no presentan un elevado grado de confiabilidad, es posible colocar a Costa Rica entre los países de consumo intermedio (véase la siguiente figura). Aún así los problemas sociales y de salud que de tal consumo son de una considerable cuantía y requieren de una mayor atención dadas la característica local de ingestión, caracterizada por un consumo episódico de grandes cantidades de alcohol.

**Ingestión per cápita de alcohol absoluto, incluyendo consumo no registrado, en países seleccionados de América. 2002.**




Fuente: Monteiro, M. (2007) Alcohol y salud pública en las Américas: un caso para la acción. Washington, DC: PAHO.

Cuando se utiliza como denominador solamente a los consumidores de bebidas alcohólicas sin incluir a la población de 15 y más años, la situación cambia, de manera que el índice per cápita para el país pasa de 7,7 a 15,1 litros de alcohol puro, incluido el consumo no registrado, el cual ha sido establecido tanto para el país como para otras naciones en 2 litros. Los registros que lleva el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, arrojan un índice per cápita de consumo registrado inferior, el cual resultó igual a 3,01 en 2005. Entre consumidores de bebidas alcohólicas fue de 8,23 litros. .

En lo que respecta a la información obtenida mediante encuestas, durante los últimos quince años los niveles de consumo de alcohol alguna vez en la vida en Costa Rica, han experimentado una reducción que en cierta medida podría estar respondiendo a cambios en las actitudes o en los patrones sociales de colectivos de personas jóvenes, situación que amerita un acercamiento de corte cualitativo para determinar su posible trascendencia.

Aunque las diferencias entre hombres y mujeres resultan muy visibles, según se aprecia en la tabla siguiente, el

consumo femenino de los últimos treinta días (consumo activo) muestra un crecimiento sostenido desde 1995.

**Niveles de prevalencia de consumo de alcohol en Costa Rica,por año, según sexo.**

| Tipo de prevalencia/ Sexo | 1995 | 2001 | 2006 |
|---|---|---|---|
| Vida | | | |
| **Hombres** | **78,0** | **65,3** | **61,6** |
| **Mujeres** | **47,0** | **43,2** | **40,4** |
| Total | 62,2 | 54,3 | 51,2 |
| Año | | | |
| **Hombres** | **52,0** | **50,0** | **44,0** |
| **Mujeres** | **29,0** | **28,1** | **27,4** |
| Total | 40,3 | 39,0 | 36,0 |
| Mes | | | |
| **Hombres** | **38,0** | **37,0** | **32,0** |
| **Mujeres** | **14,1** | **16,3** | **17,0** |
| Total | 24,8 | 27,0 | 24,3 |

Los problemas con la bebida se establecieron mediante la utilización del AUDIT (Prueba de identificación de desordenes por el consumo de alcohol). La proporción de personas que ingieren alcohol de manera riesgosa (consumo de cinco o más tragos por ocasión y una frecuencia semanal de ingestión) y perjudicial (sentimientos de culpa, haberse lastimado o herido a alguien y haber recibido alguna recomendación para dejar de beber) agrupó a un 22% de los bebedores del último año, en tanto que la dependencia alcohólica (pérdida de control sobre la bebida, alteración de las actividades cotidianas por la ingestión de alcohol e ingesta matutina para aliviar los síntomas de la abstinencia) se situó, en este estudio, en 4,4% de los individuos que refirieron consumo en los últimos doce meses. Este último valor es significativamente superior

(p<0,0001) al encontrado en 2001 (3,7%). La dependencia alcohólica, así como las categorías previamente indicadas (consumo riesgoso y perjudicial) se exponen en la siguiente tabla.

**Distribución porcentual de la muestra de tomadores del último año, según resultados del Audit, por sexo Costa Rica, 2006.**

| Sexo | Consumo Riesgoso Perjudicial | | Dependencia |
|---|---|---|---|
| Hombres | 19,6 | 10,6 | 5,9 |
| Mujeres | 3,4 | 3,4 | 2,0 |

## *El consumo de tabaco en la población general*

El consumo per cápita de cigarrillos para el año 2005 se estableció en 475 unidades. Como en muchos otros países este consumo ha bajado considerablemente. En 1994, por ejemplo era de 678. Otros países como Cuba registran consumos per cápita de 1459 (Suárez, 2006) en tanto Argentina supera ligeramente el millar de unidades (Pitarque, *et ál.* 2007).

En Costa Rica, la proporción de fumadores es menor que en otros países. El consumo activo muestra una estabilización en 15% de la población, lo cual representa una cifra cercana al medio millón de personas (véase siguiente tabla).

Los mayores logros, en términos de control y prevención, parecieran observarse con mayor claridad en la reducción de los niveles de prevalencia de vida y de último año, a lo largo del período de una década. Aunque el consumo activo de los hombres es mayor que el de las

Niveles de prevalencia de consumo de tabaco en Costa Rica por año, según sexo.

| Tipo de prevalencia/ Sexo | 1995 | 2001 | 2006 |
|---|---|---|---|
| Vida | | | |
| **Hombres** | **53,5** | **41,1** | **41,0** |
| **Mujeres** | **17,1** | **18,8** | **21,5** |
| Total | 35,3 | 30,0 | 31,4 |
| Año | | | |
| **Hombres** | **29,6** | **25,5** | **23,2** |
| **Mujeres** | **7,2** | **9,2** | **9,4** |
| Total | 18,3 | 17,2 | 16,4 |
| Mes | | | |
| **Hombres** | **28,5** | **23,1** | **21,3** |
| **Mujeres** | **6,6** | **8,2** | **8,1** |
| Total | 17,5 | 15,7 | 14,8 |

mujeres, su reducción durante el período es estadísticamente significativa ($p<0,001$). Con el consumo anual sucede algo semejante: se reduce significativamente en los hombres y aumenta, también significativamente, en las mujeres ($p=0,005$); pero su nivel de prevalencia es bastante inferior. Esta es una tendencia que ocurre en el nivel mundial, en especial en algunas naciones industrializadas (Thun & Luiza da Costa e Silva, 2003).

El fumado activo se asocia fuertemente también con el consumo activo de alcohol (33,6% entre bebedores vrs. 8,8% entre no bebedores; $p<0.001$) y el consumo activo de alguna droga ilícita (63,6% vrs. 14,5% entre los que no la consumen activamente; $p<0.001$).

Además, el consumo activo disminuye conforme aumenta el número de ocupantes de la vivienda ($p<0,001$), aunque no está asociado al hecho de estar "solo" (soltero, divorciado, separado, viudo) o "con alguien" (casado, unión

libre). Aquellos sujetos casados y viudos muestran los menores porcentajes de fumado activo (11,9% y 7,1%; p<0,001).

## *El consumo de drogas ilícitas en la población general*

El consumo de sustancias ilícitas presenta un perfil diferente del de las drogas lícitas, más su crecimiento a lo largo de los años se puede estimar como más intenso. La tabla siguiente presenta los niveles de prevalencia por mil habitantes de consumo de alguna droga ilegal los cuales resultan de establecer la proporción de informantes que mencionaron haber consumido al menos una droga ilegal en un período determinado.

**Prevalencia por mil habitantes de consumo de alguna droga ilícita en población de 12 a 70 años, por sexo y año. Costa Rica, 1990, 1995, 2001 y 2006.**

| Tipo de prevalencia/ Sexo | 1990 | 1995 | 2001 | 2006 |
|---|---|---|---|---|
| Vida | | | | |
| **Hombres** | 67.5 | 73.5 | 95.7 | 115.0 |
| **Mujeres** | 12.5 | 6.8 | 20.6 | 42.0 |
| Total | 39.9 | 40.0 | 58.4 | 79.2 |
| Año | | | | |
| **Hombres** | 7.4 | 13.7 | 23.1 | 20.1 |
| **Mujeres** | 2.9 | 1.4 | 5.2 | 3.6 |
| Total | 5.2 | 7.5 | 14.2 | 12.0 |
| Mes | | | | |
| **Hombres** | 6.7 | 8.2 | 9.6 | 12.4 |
| **Mujeres** | 2.2 | 0.7 | 0.9 | 0.9 |
| Total | 4.4 | 4.4 | 5.2 | 6.8 |

Como sucede en el nivel mundial (ONODC, 2009), la marihuana es la droga ilícita más consumida. La prevalencia de vida fue de 7,5% en el 2006 (3,9% en 1995),

en tanto que el consumo activo de situó en 0,6% (0,3% en 1995). La razón hombres mujeres para el consumo de vida fue 2,79:1 en tanto la de consumo activo 12:1.

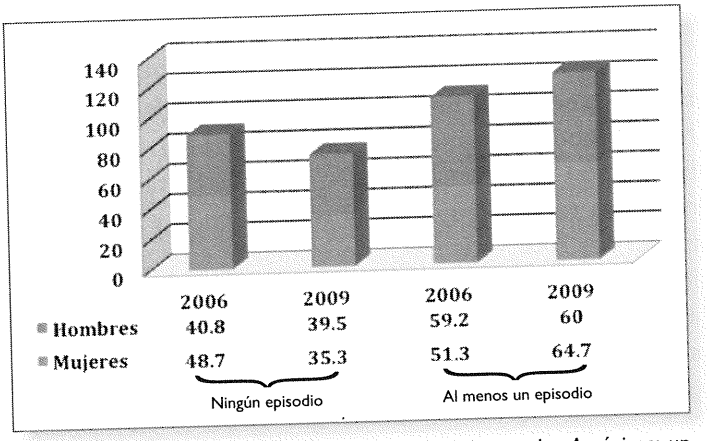
El consumo de cocaína, por otra parte, arrojó una tasa de prevalencia de vida, de 1,8% en el 2006. Esta tasa resulta significativamente mayor ($p<0,01$) entre los hombres (2,9%) que entre las mujeres (0.7%). La tasa general estimada resulta igual a la observada en el estudio nacional del 2001. Además, la prevalencia es significativamente mayor entre los adultos que entre menores de 18 años. Mientras entre los primeros la prevalencia de vida se estima en 2,1%, entre los más jóvenes la tasa correspondiente resulta en 0,5%.

## *En consumo de sustancias en la juventud*

Las evaluaciones en el nivel nacional llevadas a cabo en 2006 y 2009, revelan un panorama de alta complejidad en las personas con edades entre 12 y 17 años que cursan estudios secundarios. Aunque el tabaquismo ha experimentado significativas reducciones a lo largo de los años, la prevalencia general en la actualidad es de 30% con un consumo activo de 9% en hombres y 6% en mujeres.

Los mayores problemas se asocian con el consumo de alcohol, el cual presenta una prevalencia general de casi 50% y un consumo activo de 18%, en hombres y mujeres. El abuso del alcohol, el cual se determina por la ingestión frecuente de 5 o más bebidas por ocasión, se estableció en 50% de los y las jóvenes que consumieron en los últimos treinta días, según se aprecia en la siguiente figura.

**Episodios de ingestión excesiva del alcohol en las dos semanas previas a la encuesta, por sexo 2006-2009.**




Fuente: Monteiro, M. (2007) Alcohol y salud pública en las Américas: un caso para la acción. Washington, DC: PAHO.

A lo anterior sea agrega que el consumo de alguna droga ilícita se presenta en 11% de los y las jóvenes (13,3% en hombres, 8,4% en mujeres), prevaleciendo un consumo de marihuana igual a 7%, alguna vez en la vida, y un consumo activo en el 2% de esta población. Por otra parte, el consumo de cocaína alguna vez es menor (1,7% en hombres y 0,9% en mujeres), lo mismo que el consumo activo, el cual fue indicado por 0,5% de los primeros y 0,3% de las segundas.

Estos estudios en población escolarizada también han puesto de relieve que el nivel de involucramiento de los padres con sus hijos es pobre o muy pobre en 6 de cada 10 informantes, situación que estudios semejantes en Latinoamérica asocian con un mayor riesgo de consumo de drogas (ONUDD/CICAD, 2006)) o como en el caso de Costa Rica con el abuso de alcohol (Bejarano, Fonseca y Sánchez, 2006). De igual manera, se ha establecido que

solo la mitad o menos de la mitad de los y las jóvenes presentan una percepción de alto riesgo por el consumo de drogas, lo cual es un factor en extremo importante en la determinación de riesgo de consumo (Bachman, Johnston y O'Malley, 1998).

Existe otro grupo de jóvenes cuyos problemas por el consumo de drogas son mayores o, al menos, refieren un consumo más elevado y variado. Se trata de los jóvenes en exclusión y riesgo social. En esta población se ha encontrado que el consumo de sustancias ilícitas está presente en cerca de la mitad y el consumo activo de marihuana supera al de alcohol y otras drogas. Las mujeres consumen activamente más drogas lícitas e ilícitas que los hombres y la prevalencia de crack en ambos se acerca al 20%. Otro grupo de jóvenes, que cursan bajo regímenes de privación de libertad, muestran niveles también muy elevados. Así, el consumo de marihuana está presente en 7 de cada 10 individuos, el de cocaína en 4 de cada 10 y el de crack en 3 de cada 10.

## *Estrategia para disminuir el consumo de drogas*

Los problemas relacionados con las drogas, responden a factores y condicionantes de índole económica, política y social, que se ven reforzados por la capacidad adictiva de las distintas sustancias psicoactivas.

De tal forma, cuando los países definen la estrategia y un plan de acción en materia de drogas, tienden a utilizar una gama de mecanismos que abarcan medidas que permitan controlar, desestimular o eliminar la producción, distribución y el consumo de una serie de sustancias psicoactivas.

El desafío que enfrentan los Gobiernos en la elaboración de las políticas públicas para brindar respuesta al

problema de las drogas, consiste en encontrar el balance óptimo entre la protección de la salud pública, por un lado, y las posibles consecuencias adversas de un control represivo sobredimensionado, por el otro.

El Gobierno de Costa Rica desde principios de la década de los noventas del Siglo XIX, elabora planes sobre drogas como instrumento político que permita establecer los lineamientos de acción para la ejecución de los programas de prevención y tratamiento del consumo de drogas y la represión del tráfico de drogas, en todas sus dimensiones.

Dicha formulación se ampara en lo normado por la Ley N° 8204, Ley de psicotrópicos, drogas no autorizadas y legitimación de capitales y actividades conexas, que dicta la elaboración del denominado Plan Nacional Sobre Drogas 2007 – 2012, el cual contempla componentes en los ámbitos de control de la oferta y reducción de la demanda de drogas.

En el ámbito de reducción de la demanda se busca promover programas de promoción de la salud, prevención del consumo y tratamiento de los consumidores de sustancias psicoactivas.

La reducción de la prevalencia del consumo de drogas por medio de la prevención es uno de los objetivos principales de las políticas desarrolladas en el ámbito nacional e internacional. Se ha demostrado que la prevención escolar, que fortalece las habilidades socio-afectivas en el marco de una formación integral de niños y adolescentes, es la estrategia política y social más eficaz para prevenir los efectos de la ingestión de drogas. (CICAD-CIECC 1986, OMS 1993, OPS 2001, 2003, NIDA 2003)

Las actuaciones concretas en nuestro país se manifiestan en programas de prevención en las escuelas y de

la ayuda a los padres. En el año 2003 el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), arrancó con el programa "Aprendo a Valerme por mí Mismo", asumido el principio que la educación preventiva en materia de drogas debe empezar desde la edad infantil y mantenerse durante el mayor período de tiempo posible de los años escolares. (NIDA, 2003)

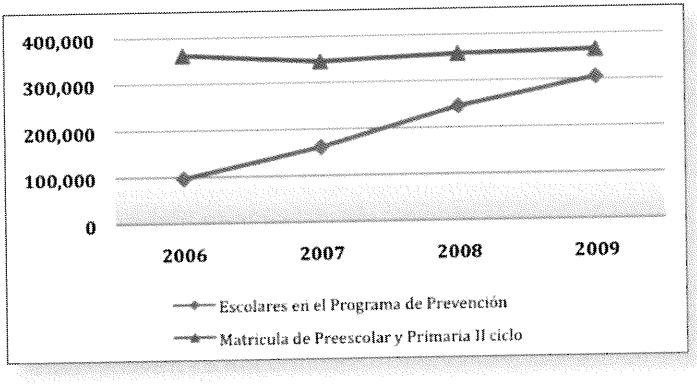
El IAFA en el proceso de elaboración del programa "Aprendo a Valerme por mí Mismo", utilizó un modelo constructivista, incorporando la noción de aprendizaje significativo, buscando propiciar situaciones y espacios que faciliten la reflexión e incorporación de nuevos conocimientos, relacionándolos con sus experiencias previas.

El poder alcanzar el objetivo de la reducción de la prevalencia del consumo de drogas, depende en gran medida de la permanencia de intervenciones que focalicen sus esfuerzos en proponer y configurar un estilo de vida familiar y escolar saludable, menos permisivo con el consumo y que incremente la percepción de riesgo por parte de los niños, niñas y adolescentes en torno a las drogas.

En el año 2008 un convenio con el Ministerio de Educación, que el programa "Aprendo a Valerme por mí Mismo", se empieza a desarrollar en casi la totalidad de las escuelas del país en los niveles de preescolar IV, V y VI grado de escuela primaria pública (segundo ciclo de primaria).

En el tercero y cuarto ciclo, se ha ido introduciendo el programa de Detección e Intervención Temprana (DEIT), en el cual se capacita a equipos interdisciplinarios para que logren detectar tempranamente el consumo en los y las adolescentes y se intervengan tempranamente, antes que se desarrolle complicaciones asociadas a su consumo, o bien presenten algún nivel

**Participación de escolares en el Programa Preventivo Aprendo a Valerme por Mí Mismo - IAFA.**




de dependencia que requiera de una atención especializada, lo que puede apreciarse en la figura anterior.

Ahora bien, la función principal del Sistemas de Salud, es proveer servicios que permitan promover, mantener y restablecer la salud, así como minimizar las disparidades en el nivel de salud de la población y en el acceso a los servicios.

Otro aspecto fundamental es la adecuación de la oferta de servicios a las necesidades de la población, para lo cual, es necesario establecer una estimación de la posible demanda de tratamiento. Como se observa en la tabla siguiente, a pesar de ser una cantidad considerable de personas que conforman la demanda potencial de tratamiento por problemas de consumo de sustancias psicoactivas, las cuales no cuentan con el acceso garantizado a programas de tratamiento y rehabilitación en el Sistema Nacional de Salud.

**Necesitados de tratamiento por consumo problemático de alcohol o drogas ilícitas entre residentes de 12-70 años en hogares, por provincia y sexo. Costa Rica, 2006.**

| Provincia | Población de 12 a 70 años | | | Necesitados por alcohol | | | Necesitados por drogas ilícitas | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Hombres | Mujeres | Total | Hombres | Mujeres | Total | Hombres | Mujeres | Total |
| San José | 589.133 | 590.663 | 1.179.796 | 98.677 | 44.591 | 143.268 | 13.347 | 652 | 14.000 |
| Alajuela | 319.265 | 302.919 | 622.183 | 53.224 | 6.674 | 59.898 | 3.632 | 3.812 | 7.444 |
| Cartago | 189.017 | 183.388 | 372.405 | 37.979 | 15.890 | 53.869 | 4.551 | 580 | 5.132 |
| Heredia | 164.806 | 159.074 | 323.879 | 28.875 | 13.686 | 42.560 | 2.730 | - | 2.730 |
| Guanacaste | 107.752 | 101.689 | 209.440 | 20.591 | 5.859 | 26.450 | 478 | - | 478 |
| Puntarenas | 143.231 | 131.032 | 274.262 | 19.862 | 6.728 | 26.590 | 2.624 | - | 2.624 |
| Limón | 159.934 | 142.062 | 301.996 | 21.487 | 2.627 | 24.114 | 2.076 | - | 2.076 |
| Costa Rica | 1.673.136 | 1.610.826 | 3.283.961 | 280.695 | 96.056 | 376.750 | 29.438 | 5.045 | 34.482 |

A pesar de los esfuerzos que se han realizado en la presente década para solventar la falta de servicios y mejorar la prestación actual de estos, aún se presentan debilidades relacionadas con una oferta sustentada en una base centralizada y débil para dar respuesta a las necesidades de poblaciones prioritarias. La equidad en la cobertura y en el acceso a los servicios de salud es uno de los reclamos más urgentes por parte de los sectores sociales más desfavorecidos y principalmente de aquellos grupos que se ven afectados por problemas de consumo de sustancias psicoactivas. (UNICEF-OACNUDH, 2006)

Sin embargo, en el último trienio se han presentado avances importantes en la comprensión del fenómeno, a partir del reconocimiento que la dependencia de sustancias psicoactivas, no son hábitos, ni vicios, ni modelos de comportamiento o vida, sino enfermedades crónicas, con un sustrato neurobiológico objetivable y con causas y consecuencias biológicas, psicológicas y sociales (Decreto Ejecutivo 34784 MSP-S, 16 setiembre, 2008).

Los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas son un problema de salud pública, por lo que requieren de un abordaje especializado para su atención, que varía en complejidad de acuerdo con la severidad y la comorbilidad. Esta concepción es lo que ha permitido realizar un replanteamiento de lo actuado y al mismo tiempo posibilita re-direccionar las intervenciones bajo el marco de una nueva estrategia (Política del Sector Salud para la atención de los problemas derivados del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, setiembre, 2008).

De tal forma, se vuelve un imperativo aumentar la cobertura de los programas de tratamiento y rehabilitación, mejorar los servicios de atención públicos y privados, fortalecer y consolidar las redes sociales o

comunitarias de atención y diversificar la oferta existente, para que se ajuste a los requerimientos de las personas afectadas y al nivel de complejidad del problema de drogas en el país.

En su conjunto se trata de establecer en el país un "Sistema de Tratamiento de Drogas" (CICAD, 2003) que permita asegurar que un elevado número de personas tengan una atención especializada de fácil acceso (UNDCP, 2000).

En este marco el IAFA ha priorizado la creación de alternativas para que las personas afectadas por el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, al igual que sus familias, tengan acceso a los servicios de tratamiento. Con la creación de los "Centros de Atención Integral" (CAID), se amplía la provisión de los servicios de tratamiento ambulatorio a nivel regional. Dichos servicios son ofrecidos por ocho equipos ubicados en diversas localidades del país y se estima que al menos deberían instalarse doce equipos adicionales para un total de 20 en todo el país. Dichos centros son el recurso primario de atención dentro del Sistema Nacional de Tratamiento de Drogas.

Por otra parte, hoy en día en Costa Rica existen muy pocos centros o programas que trabajen en el tratamiento y la rehabilitación de menores entre 12 y 18 años, mujeres y hombres, consumidores de drogas, que en su mayoría no cuentan con una red de apoyo significativa.

El Estado costarricense, que mantenía un débito con la población menor de edad, empieza a saldar la deuda al propiciar el desarrollo de un modelo de atención integral, basado en un enfoque de derechos. En el año 2009, se inauguró el Centro Nacional de Atención Integral en Drogas para Personas Menores de Edad, en el que se atiende y rehabilita personas menores de edad, que no sólo

cargan con su problema de drogas, sino que son víctimas de la violación de derechos a que han sido sometidos desde la primera infancia. Estos niños, niñas y adolescentes encuentran en este Centro instalado en el IAFA, un lugar que les permitirá dar un primer paso para la construcción de un proyecta de vida, constructivo, productivo y saludable.

Finalmente, las Organizaciones No Gubernamentales deben desempeñar un papel importante en la prestación de la rehabilitación residencial. El país cuenta con 61 programas, a los cuales se les transfiere recursos desde diversas instituciones públicas (IAFA, PANI, IMAS, JPS) para apoyar su funcionamiento. Sin embargo, la profesionalización de estas organizaciones, aún es una materia pendiente, siendo un aspecto fundamental para lograr tener todos los insumos necesarios que permitan que el Sistema de Tratamiento de Drogas opere en forma adecuada.

De tal forma, se espera que en el país se produzca de manera ascendente y sostenida, una mejora en la salud, producto del accionar, tanto de las instituciones estatales, como de las organizaciones no gubernamentales, según los principios de equidad social, étnica, cultural, generacional, de género y libre de todo tipo de discriminaciones.

## *Conclusiones*

La demanda de drogas en Costa Rica es un fenómeno cuyo enfrentamiento más acelerado tiene lugar desde los inicios del decenio anterior y aunque ha habido desarrollos exitosos, como la reducción en los niveles de prevalencia general en la utilización de alcohol y tabaco, aún

son diversas las tareas pendientes que tiene el país para asegurar un mejor nivel de vida para los ciudadanos y ciudadanas.

Los problemas derivados del consumo de alcohol y tabaco poseen una importancia relativa superior que los que provocan las drogas ilícitas, razón que debería orientar con más fuerza el esfuerzo preventivo y asistencial. La temática de las drogas ilícitas, colocada en justa dimensión, augura permanentes desafíos por el riesgo de que la experimentación, de por si elevada en el caso de la marihuana, junto con la introducción de nuevas drogas, promueva formas de consumo donde el abuso y la dependencia ganen lugar.

Finalmente, resalta la importancia de una visión integral que brinde cabida al uso de aproximaciones complementarias que permiten impulsar prácticas tendientes a lograr paulatinamente cambios favorables, tanto en las intervenciones preventivas, así como en la calidad y acceso al sistema de tratamiento. Se trata de considerar los servicios de salud desde una perspectiva amplia que reconozca que en ella convergen no sólo la necesidad de atención, sino, sobre todo, el complejo contexto en que se da la prestación de servicios de salud y las condiciones con que cuenta la población en cuanto a activos personales, familiares y comunitarios, con el fin de busca mejorar la coordinación e integración de esfuerzos que aseguren la sostenibilidad mediante el apoyo político, financiero y técnico.

## *Referencias bibliográficas*

Bachman, J. Johnston L., & O'Malley P. (1998) Explaining Recent Increases in Students' Marijuana Use: Impact of

Perceived Risks and Disapproval, 1976 through 1996. Am. J. of Public Health, 88, 6, 887-892.

Bejarano, J. y Fonseca, S. (2006). La juventud y las drogas: encuesta nacional sobre Percepciones y consumo en población de educación secundaria. San José: I.A.F.A.- CICAD/OEA-ICD.

Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD/OEA) (2003). Guía Práctica para la Organización de un Sistema Integral del Tratamiento de la Dependencia de Drogas. Washington DC.

Suárez, N. (2006). El consumo de productos manufacturados del tabaco en Cuba. Rev Cubana Salud Pública, 32, 2. Obtenido de Internet el 18 de enero 2010: *http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vik32_2_06/spu02206.htm.*

Thun, M & Luiza da Costa e Silva, V. (2003). Introduction and overview of global tobacco surveillance. In Shafey, O. Dolwick, S. and Guidon, E. (Eds.). Tobacco Control Country Profiles, 2nd. Edition Am. Cancer Society. 2008 Obtenido de Internet el enero 2009. *http:www who.int/tobacco/global_data/country_profiles*

ONUDD/CICAD (2006). Jóvenes y drogas en países sudamericanos: un desafío para las políticas públicas. Primer estudio comparativo sobre uso de drogas en población escolar secundaria de Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Chile, Ecuador, Paraguay, Perú y Uruguay. Lima: Impreso en Lima, Perú por: Tetis Graf E.I.R.L.. Primera edición, Septiembre 2006.

Pitarque Raúl, *et ál.* (2007). Tabaquismo en adolescentes escolarizados de la ciudad de Olavaria, Buenos Aires. Prevalencia y factores asociados. Arch. Argent. Pediatr., mar./abr., vol.105, N.º 2, p.115-121. ISSN 0325-0075.

UNODC (2009). World Drug Report 2009. United Nations Office on Drugs and Crime. New York: United Nations Publication.

Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD/OEA) (2003). Guía Práctica para la Organización de un Sistema Integral del Tratamiento de la Dependencia de Drogas. Washington DC.

Consejo de la Unión Europea (2003). Recomendación del Consejo relativa a la prevención y la reducción de los daños para la salud asociados a la drogodependencia. Diario Oficial de la Unión Europea.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2000). EMCDDA SCIENTIFIC REPORT: Treatment demand indicator, standard protocol 2.0. Lisboa Portugal.

Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA) (2007). Consumo de drogas en Costa Rica. Resultados de la encuesta nacional 2006. San José, Costa Rica. 2007.

IAFA (2008). Política del Sector Salud para la Atención de los Problemas Derivados del Consumo de Alcohol, Tabaco y Otras Drogas en Costa Rica. San José, Costa Rica. Junio del 2008.

IAFA (2008). Atención y Egresos de pacientes de Hospitales Clínicas y ONG relacionados con el consumo de drogas. San José, Costa Rica. 2008.

Instituto Costarricense sobre Drogas (ICD) (2008). Plan Nacional sobre Drogas 2008 – 2012, San José, Costa Rica.

Mata Pernudi, Douglas (2006). La política de drogas de Costa Rica. Un análisis de las estrategias de intervención. (Tesis doctoral, SEP). San José, C.R.: Universidad de Costa Rica. 2006.

Ministerio de Salud de Costa Rica. Modelo Conceptual y Estratégico de la Rectoría de la Producción Social de la Salud. Marco Estratégico Institucional. Dirección General de Salud, San José, Costa Rica, junio, 2007.

Naciones Unidas. Declaración Política, Periodo extraordinario de sesión de la Asamblea General dedicado a la acción común para contrarrestar el problema mundial de

las drogas, 8-10 junio, 1998. Principios rectores de la reducción de la demanda de drogas y Medidas de fomento de la cooperación Internacional en la lucha contra el problema mundial de las drogas. (1999).

National Institute Drugs Abuse (NIDA). Principios de Tratamiento para la Drogadicción. Una Guía basada en investigaciones. julio 2001.

NIDA (2003). Preventing Drug Use among Children and Adolescents: A Research-Based Guide for Parents, Educators, and Community Leaders, Second Edition. NIH Publication N.º 04-4212(A), October 2003.

Oficina de la Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito (ONUDD). Abuso de drogas: tratamiento y rehabilitación. Guía práctica de planificación y aplicación. Naciones Unidas, Nueva York, 2003.

ONUDD. Por qué invertir en el tratamiento del abuso de drogas: Documento de debate para la formulación de políticas. Naciones Unidas, Nueva York, 2003.

ONUDD. Tratamiento contemporáneo del abuso de drogas: Análisis de las pruebas científicas. Naciones Unidas. Nueva York, 2003.

ONUDD. Orientaciones para la medición de la demanda de tratamiento de drogas. Módulo 8 del Programa Mundial de Evaluación del Uso Indebido de Drogas. Naciones Unidas, Nueva York, 2006.

Organización Mundial de la Salud. Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia: 30° Informe. Ginebra: OMS, 1998.

Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2001). Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes. Washington, DC.

UNODCCP. Demand Reduction. A Glossary of Terms. United Nations Publications, New York, 2000.

World Health Organization. Workbook 3: Needs Assessments. Evaluation of Psychoactive Substance Use Disorder Treatment. WHO/MSD/MSB 00.2d. 2000

World Health Organization. Lexicon of alcohol and drug terms. WHO. Geneva. 1994.

UNICEF-OACNUDH (2006), Compilación de Observaciones finales del Comité de los Derechos del Niño sobre países de América Latina y el Caribe (1993-2006), Chile, 2ª. Edición.

# 19

# Desastres naturales

*María del Rocío Sáenz Madrigal*[1]
*Juan Luis Bermúdez Madríz*[2]

Resumen

*El artículo analiza los conceptos básicos de reducción del riesgo de desastres desde su concepción como proceso histórico social y establece su relación con la construcción social de salud, y la salud pública. Desarrolla un análisis de interdependencia para todas las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP) y la gestión de reducción del riesgo desde el sector salud, evidenciando el aporte de cada actor del sistema de salud y su ámbito de competencias al tema, valiéndose de ejemplos cercanos del contexto costarricense para ejemplificar su ejercicio teórico.*

## *Introducción*

Cuando hablamos de desastres debemos partir del marco integral de seguridad humana desde

---

1 Médica, M.Sc. en Salud Pública (UCR), Ministra de Salud 2002-2006, Ministra Coordinadora del Consejo Social de Gobierno 2004. Coordinadora de Políticas del Programa Salud, Trabajo y Ambiente para América Central (SALTRA) (UNA), Presidenta de la Fundación para la Coordinación de Recursos de Información sobre Prevención de Desastres (FUNDACRID), miembro grupo Iniciativa de Hospitales Seguros en la Región de las Américas.

2 Lic. en Relaciones Internacionales, Diplomado en Derechos Humanos. Secretario Técnico del Consejo Social, 2004-2006, Coordinador Nacional de objetivos de desarrollo del milenio, vicepresidente de consultores, desarrollo, sociedad y administración (CONEDSA).

el cual se promueven condiciones de estabilidad para el disfrute pleno de los derechos humanos de toda población. Evitar que un fenómeno natural alcance dimensiones catastróficas, mediante el ejercicio pleno de las responsabilidades públicas y privadas de todos los agentes de la sociedad, es sólo un paso intermedio hacia el desarrollo humano.

La categorización de "desastre" se aplica a situaciones en las cuales al menos una amenaza (elementos de inseguridad externa) interactúa con una o más vulnerabilidades (elementos de inseguridad interna) de las poblaciones humanas y del territorio que habitan, sobrepasando la capacidad de preparación y respuesta de determinado sistema social.

El riesgo–al igual que la salud-es una construcción social manifestada en la configuración de entornos vulnerables caracterizados por inequidades sociales, económicas y transformaciones ambientales del territorio, producidos en determinado periodo de tiempo.

Ante el reconocimiento de la construcción del riesgo como un proceso histórico y social, emerge el concepto de gestión de la reducción del riesgo como un proceso permanente de planificación y de toma de decisiones para disminuir la probabilidad de afectación de los eventos, construyendo territorios seguros donde se garantice la seguridad y sostenibilidad política, económica, social y ambiental.

En este sentido, la salud pública representa un marco de acción para el resguardo del derecho a la vida y la salud de la población, en interdependencia e indivisibilidad respecto del resto de derechos individuales, sociales, económicos y ambientales de la población del territorio costarricense.

La aplicación de los principios de salud pública y seguridad social en la gestión de reducción del riesgo buscará siempre colocar al ser humano como fin del proceso de desarrollo, traduciendo esto en una mejora preparación y recuperación de los sistemas de salud.

Habiendo sentado estas premisas, se propone en el presente artículo un abordaje de interdependencia para todas las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP) y la gestión de reducción del riesgo desde el sector salud.

## *Desarrollo*

### *Salud pública y gestión de reducción del riesgo*

La gestión del riesgo es una práctica transversal e integral que comprende actividades y enfoques desde la óptica de la prevención y mitigación, así como en temas particulares, relacionados con los preparativos, la respuesta, la rehabilitación y la reconstrucción. Su punto de referencia es el riesgo y no el desastre y las formas de evolución que el riesgo tiene durante condiciones normales de vida y durante o después de la ocurrencia de eventos catastróficos (OIT, 2006-2007).

La Organización Panamericana de la Salud incluye como décimoprimera y última Función Esencial de Salud Pública (FESP), la *"Reducción de la repercusión de las emergencias y los desastres en la salud pública"*. Si bien las FSEP tienen el objetivo de crear categorías de competencias asignadas con especificidad dentro del Sistema de Salud, es la premisa de este ensayo, que la reducción del riesgo comprende una real interdependencia con el resto de las FESP.

Por lo mencionado, en los siguientes párrafos se emprende el ejercicio de resaltar la vinculación de las

restantes diez FESP con el abordaje integral de la gestión del riesgo desde el sector salud. No se pretende desdibujar la asignación de responsabilidades que las FESP que ya de por si delimitan, sino que se busca evidenciar el aporte de cada ámbito de competencias que realiza a la gestión de reducción del riesgo, cuya materialización deviene en el diseño e implementación de Planes Sectoriales de Salud de Gestión del Integral del Riesgo ante Emergencias y Desastres.

### *FESP 1: Seguimiento, evaluación y análisis de la situación de la salud de la población*

Un adecuado proceso de toma de decisiones se encuentra fundamentado en la reducción de la incertidumbre mediante la incorporación de información relevante, que trascienda las actuales cuantificaciones de cobertura de los sistemas de salud.

La gestión del riesgo de desastres locales y nacionales implica una identificación participativa de amenazas naturales y antropogénicas, así como de vulnerabilidades que direccionen los esfuerzos por reducir las desigualdades en el nivel de exposición al riesgo de individuos, familias, comunidades y territorios.

Como producto de estos ejercicios, el sistema de salud debe promover, coadyuvar y administrar procesos dirigidos hacia:

- La construcción de mapas de amenazas que permitan priorizar los recursos de prevención y mitigación, sobre la base de un análisis de condiciones físico, históricas y sociales del territorio para su incorporación en los procesos de planificación.
- La proyección en la demanda de los servicios de salud ante una emergencia o evento catastrófico reflejados

en planes y mecanismos que garanticen la incorporación de recursos humanos, técnicos y financieros no ordinarios en la operación de distintos niveles del sistema de salud.

- La evaluación de seguridad de los establecimientos de salud frente a desastre que midan las dimensiones estructurales, no estructurales y funcionales que garanticen la continuidad de los servicios de salud durante y después de la situación de emergencia o desastre.
- La vinculación de los sistemas de alerta temprana con la implementación gradual de los planes sectoriales de reducción del riesgo y atención de emergencias.
- El inventario de los recursos y mecanismos de ayuda externa a las que pueda accederse en situaciones de emergencia o desastres.

### *FESP 2: Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública*

El fortalecimiento de los sistemas de vigilancia epidemiológica deben estar diseñados con un nivel de resiliencia tal, que los eventos de emergencia o desastres no alteren drásticamente los flujos de información y, a su vez, permitan identificar y monitorear los cambios en los factores determinantes de la salud en poblaciones afectadas por este tipo de eventos.

Tanto en procesos de preparativos del sector salud como en una situación de respuesta las organizaciones de salud deben contemplar en sus áreas de vigilancia:

- Vigilancia alimentaria y nutricional: análisis de la producción , comercio, disponibilidad, acceso consumo, y disponibilidad biológica de los alimentos.
- Vigilancia y control del agua y saneamiento: incluye fuentes de agua, abastecimiento, distribución, utilización, consumo, y tratamiento de aguas negras.

- Medio ambiente: regulación en la disposición de desechos, fuentes de energía, control de vectores, abrigo y albergue.
- Vigilancia epidemiológica: se centra en la prevención primaria, secundaria y terciaria de enfermedades transmisibles (ET), tratamiento de ET, y manejo de epidemias.
- Restablecimiento de servicios de salud: abarca el manejo de pacientes afectados, y control del sistema de referencias y contra-referencias.
- Manejo de heridos y cadáveres: provisión de primero auxilios inmediatos a los heridos, manejo de heridos en puestos de salud, evaluación triage y transporte de heridos, manejo de heridos de cirugía y aplicación de protocolos de patología.
- Salud mental: vela por el soporte psicosocial al nivel de la familia, soporte al nivel comunal y al nivel psiquiátrico y hospitalario.

Nuevos retos emergen al lado del creciente reconocimiento del cambio climático como un tema de salud pública. El incremento de las temperaturas en Centroamérica, podrá significar una mayor proliferación de enfermedades de transmisión vectorial (Ej: dengue, malaria), y podría afectar negativamente los patrones de producción agropecuaria conllevando un retroceso mayor en la frágil condición de seguridad alimentaria de la región.

Igualmente, el cambio climático lleva a vigilar el comportamiento de los flujos migratorios, pues éstos podrían intensificarse a partir de la de entornos climáticos extremos, ante los cuales los sistemas de salud deben estar preparados y abiertos a la adaptación.

### *FESP 3: Promoción de la Salud*

En la gestión de reducción del riesgo de desastres, la prevención es entendida como las acciones anticipadas que buscan reducir la vulnerabilidad, con el fin de evitar o mitigar los impactos de eventos peligrosos o desastres sobre las personas, la infraestructura, los bienes, los servicios y el ambiente. La prevención es una intencionalidad práctica que atraviesa todo el proceso del desastre (CAMPOS, 2000).

La prevención y la promoción de la salud implican cambiar modelos de vida y coexistencia en los individuos y redes sociales, a partir de dos fases paralelas:

- Procesos de educación: conceptualización y concientización sobre las amenazas y vulnerabilidades individuales y colectivas.
- Procesos de movilización: la apropiación, el empoderamiento y la planificación.

En este marco el sector salud debe buscar activamente alianzas intersectoriales que le permitan niveles efectivos de comunicación con la población, contemplando la complejidad de una población costarricense que es multiétnica y multilingüe, así como las variaciones etarias, de género, y del contexto socioeconómico.

Un reciente caso de interés, está dado por la amenaza que representa la actividad del Volcán Turrialba, y la resistencia de la población circunvecina de involucrarse en los planes de emergencia y diseño de mecanismos de evacuación que promueven las autoridades nacionales y locales, sobre la justificación del arraigo de los jefes de hogar con sus actividades económicas; argumento utilizado para no profundizar en la búsqueda de estrategias más factibles basadas en la realidad local.

Sin caer en la simplificación de este tipo de casos, se puede afirmar que el papel de la promoción de la salud va más allá de advertir sobre el riesgo de una potencial erupción, y abarca:

- La movilización de las áreas locales para canalizar el involucramiento de la población en las actividades de prevención y preparativos de emergencias, aprovechando para ello la estrecha vinculación de la población con los puntos de acceso de los servicios de salud.
- La eficaz información y comunicación sobre el impacto económico que sobre la salud de los individuos y grupos familiares, ejercen las condiciones ambientales adversas como lo son la presencia de gases y partículas de ceniza en el aire, en los cultivos y el agua que esta población ingiere.
- Coordinación intersectorial para la aplicación de medidas preventivas y acciones afirmativas de resguardo de la salud, principalmente en poblaciones de mayor riesgo. Ejemplo claros la población con alto riesgo de infecciones respiratorias agudas.
- Canalización de las primeras lecciones aprendidas hacia otras áreas de salud que presentan condiciones similares (en este caso de ejemplo ubicación en la zona de influencia volcánica) con el fin de incorporar el conocimiento en las estrategias de promoción de la salud.

Todo este esfuerzo conlleva un alto nivel de adaptación gerencial de los programas de promoción y atención de la salud en función de las especificidades locales, de tal forma que su ejecución no provoque desorganización o desatención de otros servicios locales de salud, generando, a su vez, una vulnerabilidad institucional.

Por lo anterior, una de las tareas intermedias en la promoción de la salud, pasa por fortalecer las capacidades gerenciales y la medición de sus compromisos de gestión (CG) con más "indicadores de producción de la salud" y no sólo "indicadores de atención de enfermedades", en que los primeros históricamente han tenido un participación intermitente en los CG, en tanto los últimos muchas veces omiten las actividades vinculadas a la atención de desastres.

Finalmente, una de las herramientas que sistematiza muchos de los esfuerzos de comunicación del sector salud es el "plan sectorial de información pública y comunicación social" que ha de coordinar a las oficinas de comunicación y sus campañas públicas de prevención y mitigación, y organizar los flujos de información en presencia de emergencias o desastres.

### *FESP 4: El aseguramiento de la participación social en la salud*

La participación es un concepto práctico y concreto que se aplica en la incorporación activa de los ciudadanos/as en las evaluaciones de riesgos y vulnerabilidad, construcción de alternativas de su solución, y en la administración de recursos mediante la priorización de temas de prevención, preparativos y mitigación de riesgos, para construir un territorio más seguro.

Para ello, se hace necesario contar con espacios de construcción, intercambio y retroalimentación de la información entre las instituciones del sector salud y la población en general. Especial relevancia tienen en este particular los ejercicios de planificación local, donde las demandas y propuestas de la población se encuentran con los administradores de los servicios de salud.

Es allí donde, muchas de las carencias de los servicios de salud se ven subsanadas mediante la acción coordinada con el sector privado y el aporte ciudadano, transformando las imposibilidades y negaciones institucionales en posibilidades y coordinaciones, que empoderan a ciudadanos y legitiman la institucionalidad del sector salud.

Trasciende está FESP la participación de la población en las Juntas de Salud de la localidad, y pasa por la rendición cuentas respecto de los compromisos sectoriales e institucionales de gestión del riesgo, plasmados en los:

- Planes locales y nacionales de desarrollo
- Planes reguladores del uso del territorio
- Planes de gestión de reducción del riesgo y atención de emergencias y desastres
- Planes correctivos de seguridad hospitalaria y otras instalaciones de salud
- Reportes nacionales sobre los compromisos internacionales en materia de gestión de reducción del riesgo.

La rendición de cuentas es un ejercicio de democracia participativa que se fundamenta en una concepción del ciudadano como un actor no pasivo (el/la paciente/usuario), sino como un sujeto de derecho, capaz de exigir calidad y respuesta en salud que –como ciudadano o parte del colectivo de asegurados- paga, asumiendo su papel responsable en el mejoramiento continuo de los servicios.

### *FESP 5: Desarrollo de políticas y capacidad institucional para planificación y gestión en salud*

La función rectora del sistema de salud, que en Costa Rica recae en el Ministerio de Salud, tiene dentro de sus competencias la coordinación regulación y supervisión

del sistema, la promoción, educación y prevención de la salud, el diseño y ejecución de mecanismos para mejorar la equidad, la focalización en los grupos más necesitados, el estímulo a la competencia y la evaluación del desempeño del sistema.

La rectoría se expresa en la normativa y el liderazgo político-institucional como herramientas de política pública, con el fin crear condiciones de viabilidad hacia el involucramiento activo de los distintos actores y niveles de organización, reflejada en la asignación de responsabilidades y recursos y sellada mediante el compromiso público de sus autoridades.

En el ámbito sectorial, el Ministerio de Salud debe garantizar al menos uno de los siguientes escenarios:

- La incorporación de la gestión de reducción del riesgo como un componente transversal en el diseño de políticas sectoriales
- La participación de todos los proveedores de servicios de salud y todas las entidades en el aseguramiento y financiamiento, sean estos públicos o privados, en los planes sectoriales de reducción del riesgo y desastres

La observancia de principios de salud pública y seguridad social han de ser los referentes que guíen la gobernanza del sector salud y el sistema nacional de salud, teniendo como rector en ambos casos al Ministerio de Salud, para lo cual es recomendable que cuente con una Gerencia Sectorial de Gestión de Reducción del Riesgo, que funja como órgano de asesoramiento técnico de coordinación sectorial e intersectorial, instancia que también velará porque las políticas, programas y proyectos incluyan en sus indicadores la reducción del riesgo y el prevenir la profundización de las desigualdades en salud.

Desde un reciente, y profundo dolor para muchas familias costarricenses, como lo fue el terremoto de Cinchona (2009), se extraen muchas lecciones aprendidas para la organización del sector a la hora de enfrentar un desastre, pues sometió a su primera prueba al –ya de por sí incompleto– desarrollo organizacional del Ministerio de Salud.

El proceso no contempló el establecimiento de una gerencia específica con competencias sectoriales, desde la cual los niveles locales de salud recibieran asesoría, y emanasen instrucciones y directrices claras para el resguardo y restablecimiento de la salud de la población afectada. La disfuncionalidad en los procesos de toma de decisiones y las líneas de comunicación no contribuyeron a la coordinación en los diversos niveles, favoreciendo la descoordinación y dispersión de la respuesta sectorial, siendo ejemplo de cómo una vulnerabilidad institucional de orden funcional, repercutió en la pronta gestión sanitaria de la región afectada.

### *FESP 6: Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en salud*

Es imprescindible que el Ministerio de Salud, desde su gerencia de reducción del riesgo, realice la revisión y adecuación de las normas como un ejercicio continuo, en las siguientes áreas:

- Seguridad estructural, no estructural y funcional en la construcción y obras de mantenimiento de los establecimientos de salud
- Normas de habilitación y acreditación de las instalaciones de salud públicas y privadas, tales como hospitales nacionales y regionales, clínicas establecimientos de los equipos básicos de atención

integral en salud (EBAIS), centros diurnos y albergues de adultos mayores, lugares de cuidado y alimentación de niños y adolescentes con lo son los CEN CINAI, entre otros.

- Regulación de las actividades u obras públicas y privadas que modifiquen las condiciones ambientales y sociales de vulnerabilidad de una población frente a amenazas potenciales

Este análisis jurídico-normativo requiere el acompañamiento técnico de otras instituciones públicas como los son la Comisión Nacional de Emergencias, la Procuraduría de la República, la Asamblea Legislativa, y el Poder Judicial, entre otros, que permitan la transición de la norma desde la letra de su aprobación hasta su implementación.

### *FESP 7: Evaluación y promoción del acceso equitativo de la población a los servicios de salud*

La equidad en la salud pública se inicia con el reconocimiento y la aceptación de las diferentes capacidades de una población para responder a los retos de su desarrollo, dentro de los cuales se encuentran las amenazas ambientales y las vulnerabilidades del proceso de desarrollo socioeconómico.

La forma de compensar esas diferencias se llaman acciones afirmativas, que son promovidas por el Estado sin desatender las necesidades del resto de la población.

En este sentido los conceptos de vulnerabilidad y equidad se complementan en la definición de prioridades para la superación de desigualdades en los ámbitos:

- Geográficas: en Costa Rica las regiones fronterizas y costeras se caracterizan por mayores porcentajes de familias en pobreza y vulnerabilidad social, y

necesidades básicas insatisfechas, entre ellas el acceso a los servicios de salud.

- De género: las desigualdades en las coberturas de aseguramiento entre géneros, las diferencias en la participación económica, la diferenciación en los perfiles epidemiológicos según hombres y mujeres, los roles culturales asignados en función del género, son sólo algunos de los factores que deben ser contemplados en el abordaje sectorial de reducción del riesgo.
- Culturales: la estratificación del territorio urbano, el aislamiento de varias poblaciones indígenas, y prácticas discriminatorias en el acceso a los servicios de salud por parte de poblaciones migrantes requieren de espacial atención desde la salud pública, y la gestión de reducción del riesgo.
- Etarias: condiciones de dependencia socioeconómica de niños, niñas, adolescentes, y adultos mayores, deben promover su atención prioritaria en correspondencia con la normativa nacional (el Código de la Niñez y la Adolescencia, la Ley Integral de la Persona Adulta Mayor) e internacional (la Convención de los Derechos del Niño y sus respectivos Protocolos).
- Económicas: provocadas por condiciones de pobreza general (14,3% de hogares) y extrema (4,2% de hogares) (INEC, 2009), así como de vulnerabilidad social que restringen las capacidades de prevención y mitigación por la insatisfacción de las necesidades básicas, ubicadas principalmente en asentamientos rurales dispersos y concentraciones anillos de pobreza urbanos.

Es función de la rectoría en salud, velar por el acceso de estas poblaciones a los servicios integrales de salud. La magnitud e intensidad de las brechas han de ser una guía para la asignación prioritaria –mediante

políticas diferenciadas– en la distribución de recursos financieros, técnicos y que reduzcan la disparidad en la protección financiera y coberturas efectivas –en los ámbitos geográfico y poblacional– y de los servicios de salud en el marco de los planes de preparativos de la red de servicios de salud.

### *FESP 8: Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública*

La planificación sectorial y sistemática, implica más que la construcción de un Plan Anual Operativo, conlleva la gestión y planificación del recursos humano en salud y conciliar las demandas del país con el egreso de técnicos, profesionales y especialistas a partir de proyecciones y datos más contundentes.

Desde la salud pública, y la previsión de acciones que reduzcan la vulnerabilidad del sector salud, es necesario entender que una situación de emergencia o desastres ejercerá una especial presión sobre los recursos humanos de las instituciones del sector salud.

Por ende, es necesario incrementar la capacidad del personal existente respecto de los conocimientos de prevención y promoción de la salud y gestión de reducción del riesgo.

La formación de equipos interdisciplinarios e intersectoriales en las áreas de salud, la conformación de brigadas hospitalarias, el personal necesario para la evaluación de daños y el análisis de necesidades (EDAN) del sector salud en caso de emergencia, la formación de equipos de pronta respuesta y la capacitación de los niveles gerenciales para el manejo de situaciones de alta complejidad, son temas que deben ser incluidos en los programas de formación de los profesionales del área de

salud, pero también por las autoridades sectoriales responsables de garantizar una correcta prevención de riesgos y la continuidad de los servicios de salud en caso de emergencia o desastre.

### *FESP 9: La seguridad de la calidad en los servicios de salud*

La búsqueda de mayor calidad en servicios de salud por parte de muchos costarricenses, ha abierto el espacio para la incorporación de nuevos actores en el sistema de salud, tanto en el marco de la provisión como en el nuevo marco de apertura de los seguros.

La estratificación de los servicios de salud producida por este marco de mayor competencia global y apertura en los servicios de salud debe conciliarse con los principios de universalidad, calidad, equidad y solidaridad, incluso en lo que corresponde a la gestión de reducción del riesgo de desastres.

Por ello, se hace necesario visualizar los escenarios sobre los cuales se garantice una participación mixta del mercado, pero con aportaciones solidarias al sistema de financiamiento público, y con responsabilidades claramente asignadas a los nuevos actores privados del sistema de salud costarricense en cuanto a preparación, mitigación y respuesta en casos de emergencias o desastres.

Preguntas como cuál debe ser la respuesta humanitaria de los proveedores privados en un contexto de desastre, ¿cuáles son las condiciones justas de aseguramiento de los activos personales y productivos ante situaciones de amenazas potenciales?, ¿cómo se complementan los recursos humanos y técnicos de salud públicos y privados en el ámbito local para la reducción del riesgo de desastres?, son las que deben generar un pronto debate

ciudadano que dirija y actualice el marco de competencias del sistema de salud en función de esta temática.

### *FESP 10: Investigación en salud pública*

Las políticas de salud y gestión de reducción del riesgo, de mediano y largo plazo, se sustentan en procesos de estudio y generación de evidencia científica que ameritan una renovación del compromiso público y privado con el financiamiento de la investigación en salud.

Este esfuerzo trasciende la capacidad y las fronteras del Estado Costarricense y requiere de la suma de aportes del sector privado, la academia y de la escasa asistencia para el desarrollo (pública y privada) que es otorgada por los cooperantes internacionales.

Los estudios de amenazas ambientales compartidas entre Costa Rica y sus países colindantes, los efectos del cambio climático en la salud, y la medición real del peso de los eventos catastróficos en distintos padecimientos físicos y psicológicos, son sólo algunas de las áreas de estudio que abren el espacio para la generación de nuevos métodos y métricas capaces de proyectar la abogacía y el accionar de la salud pública en esta materia.

Estudios prospectivos sobre las consecuencias a largo plazo de las emergencias y desastres podrían evidenciar, en forma más certera, el costo que asume el sistema de salud en estas situaciones y, con ello la importancia de fortalecer, entre otras cosas:

- Funciones rectoras de las áreas locales de salud.
- La infraestructura y recursos de los niveles locales de atención.
- La promoción de la salud con un enfoque de gestión del reducción del riesgo.

El papel de un futuro Instituto Nacional de Salud Pública en esta temática podría estar enfocado en:

- Velar por la incorporación de los enfoques de salud pública y de gestión de reducción del riesgo en los distintos nodos de generación del conocimiento.
- Garantizar el sostenimiento de la temática en la agenda de investigación en salud.
- Abogar por el financiamiento oportuno la agenda de investigación.
- Vigilar los procesos de control de calidad bajo normas de contrastación, revisión y comparabilidad de la evidencia.
- Promover la oportuna traducción política de los hallazgos hacia las autoridades y sectores involucrados para la toma de decisiones dirigida a incrementar la preparación del sector salud.

Uno de los primeros pasos por seguir en la incorporación de mediciones de impacto de las emergencias y desastres en la salud pública deberá, en conjunto con los sistemas de vigilancia epidemiológica, crear registros locales sobre la incidencia de eventos traumáticos (físicos y psicológicos) que se incorporen diferenciadamente en los nuevos estudios de carga de enfermedad que realice el país, de tal forma que se refleje la magnitud de estos eventos no sólo en los años perdidos (muerte prematura) sino también en la calidad de vida (años vividos con discapacidad), lo cual reconfigura el orden de prioridades de inversión y evita los manejos poco transparentes de las agendas de la política sanitaria.

En este sentido se hace necesario un mayor protagonismo de los actores académicos y científicos que, a partir de un libre acceso a la información pública, puedan

ser independientes y, a la vez, oportunos en la mejoría de esta nueva generación de métricas.

## *Conclusiones*

En salud pública la transversalidad de algunos temas es motivo de amplias discusiones por la difusión de responsabilidades y los altos costos institucionales de la coordinación. No obstante, cuando se logra agilizar el abordaje sistémico de alguno de esos temas transversales -como la gestión de reducción del riesgo- los impactos positivos son cuantitativa y cualitativamente más amplios que la suma de los logros individuales resultantes de una gestión descoordinada.

Este esfuerzo de vincular todas la FESP entre sí alrededor de una temáticas especial, no ha pretendido desdibujar los ámbitos de intervención que, ya de por sí, han sido claramente definidos por otros estudios. Empero, sí ha buscado visualizar las dinámicas comunes y puntos de encuentro que, desde los distintos ámbitos de acción, afectan positivamente la gestión de reducción del riesgo de desastres en los sistemas de salud, particularmente en el caso costarricense.

Detrás de la complejidad de su gestión, es necesario recordar constantemente que el esfuerzo institucional no es un fin en sí mismo, sino sólo el medio por medio del cual la sociedad se organiza para dar una respuesta humanitaria a personas que son más que un número de asegurados, sino que son seres humanos que están detrás de las estadísticas.

Huracanes como Joan (1988), César (1996) y Mitch (1998), Alma (2008), y los terremotos de San Isidro del General (1983), Cóbano (1990), Alajuela (1990), y Limón

(1991), y Cinchona (2009), han escrito con mucho dolor aprendizajes colectivos para nuestra nación. Dichos eventos son el punto de inflexión que cambia la historia personal de seres humanos marcándolos con el recuerdo y las consecuencias de la destrucción de sus viviendas, la dura vivencia en albergues, la muerte de seres queridos, la carga de una discapacidad, la pérdidas de cosechas e infraestructura económica y su endeudamiento y el regreso a entornos desfigurados para levantar desde los escombros de nuevo su vida.

Estas historias, y sus imágenes, nos despiertan el instinto natural de protección a nuestros iguales en solidaridad que viven una etapa transitoria de vulnerabilidad, y nos hacen entender que el "desastre" nunca es "natural", pues lo natural es la prevención, el distanciamiento racional del riesgo. Los fenómenos naturales no son previsibles, pero el desastre es sólo una cadena de omisiones y errores que sobrepasa las posibilidades de enmendarlos en el tiempo que siempre es prevenible, y en esa tarea la salud pública tiene uno de los mayores retos del presente siglo.

## *Referencias bibliográficas*


Arcos, Pedro, Castro, Rafael y B. Busto, Francisco. (2002). Desastres y Salud Pública: Un abordaje desde el marco teórico de la epidemiología. N.º 2. Marzo,2002.

Campos, Armando (2000). Educación y Prevención de Desastres. s.l. : FLACSO/RED/UNICEF.

INEC (2009). Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples, Cifras Básicas Sobre Pobreza e Ingresos. San José, Costa Rica : Instituto Nacional de Estadísitcas y Censos.

OIT. Curso de formación en reducción del riesgo de desastres en el marco del desarrollo local sostenible. s.l. : Programa DELNET de apoyo al desarrollo local. OIT. UD2, 2006-2007.

20

# Epidemiología bucal, respuesta social y desafíos para el desarrollo de comunidades promotoras de salud en Costa Rica

William Brenes Gómez[1]

Resumen

*El comportamiento epidemiológico de la caries dental en Costa Rica muestra una clara reducción de la enfermedad. En la prevalencia de la caries dental, en la franja de edad de 12 años, según el índice CPOD desde 1966 al 2006, se observa una tendencia declinante de 9,23 a 2,57 respectivamente. Entre el período de 1999 a 2006 se observa un estancamiento en el comportamiento epidemiológico de la caries dental, puesto que el índice de CPOD mantiene valores similares 2,46 a 2,57 respectivamente. El estancamiento de la incidencia de la caries dental puede explicarse por los cambios de estrategias de atención provocadas por la reforma del sector salud en los años noventa.*

## *Introducción*

El presente artículo se inicia con un análisis del comportamiento epidemiológico de la caries dental de diferentes grupos de poblaciones de Costa Rica. Para esto fueron tomados algunos estudios de

1 Odontólogo, Profesor Catedrático, Universidad de Costa Rica.

situaciones de salud oral efectuados en el país. Se trata de realizar un análisis histórico de los determinantes sociales de la salud oral, así como de los efectos que tuvieron algunas políticas en materia de salud pública en el estado de salud oral de las poblaciones.

Se advierte de los efectos provocados por La Reforma del Sector Salud en el estado de salud oral de las poblaciones costarricenses y se hace ver la necesidad de una reorientación de los servicios odontológicos tendientes a la promoción de la salud.

## *Desarrollo*

### *Epidemiología de la caries dental en Costa Rica*

Una manera de analizar la evolución en el tiempo del comportamiento epidemiológico de la caries dental, es mediante estudios de prevalencia del estado de salud bucal en personas adultas mayores. La caries dental es en este sentido tomada como enfermedad trazadora de la condición de salud bucal (la caries cumple con los requisitos: prevalente en la población, fácil de medir y su vulnerabilidad es susceptible por las intervenciones de los programas de salud bucal).

Las situaciones del estado de salud bucal estudiadas hoy en personas adultas mayores (de 65 años y más), son sin duda un claro reflejo de los cuidados dentales, educación para la salud, programas de atención odontológicos, prevención de enfermedades dentales, entre otros, que tuvieron estas personas en su niñez, adolescencia y en su edad adulta.

Recientes evidencias epidemiológicas muestran que el estado de salud bucal de las personas adultas mayores

en Costa Rica, puede ser catalogado como un relevante problema de salud pública. Los argumentos que le dan base a la anterior afirmación son los siguientes:

- El 53% de las personas adultas mayores han perdido la totalidad de sus dientes.
- EL 38% con edentulísmo parcial, se requiere para satisfacer la capacidad masticatoria de rehabilitación protésica.
- De las personas que conservan al menos un diente en boca, la caries activa es prevalente en el 78%.
- Las periodontopatías están presentes en el 53% de esta población en estudio.
- El 83% tiene un deficiente control de la placa dental.
- El 64% de las prótesis superiores y el 74% de las prótesis inferiores necesitan ser reacondicionadas o renovadas por prótesis bien concebidas.

Otros estudios realizados en comunidades costarricenses han advertido de esta problemática dental en personas adultas mayores.

En 1990 en algunas comunidades del cantón Vásquez de Coronado de la provincia de San José, el 70% de la población de 60 años y más tenían la condición de pérdida dental total. En el cantón de Barva de la provincia de Heredia, la pérdida dental total se estimó en el 63% de las personas adultas mayores.

Con base en la anterior evidencia epidemiológica sobre el estado de salud bucal de las personas adultas mayores, cabría entonces plantear la siguiente pregunta:

El deterioro de los tejidos de la cavidad bucal de las personas adultas mayores ¿es parte normal del proceso de envejecimiento?

Es muy discutible que el envejecimiento conduzca en forma normal a la pérdida de piezas dentales. Uno de los argumentos para sustentar esta hipótesis está dado por los resultados de un estudio ejecutado durante la década de los ochenta, donde se analizó el estado dental de 887 indígenas ubicados en 10 localidades amerindias de Costa Rica y Panamá, con distintos procesos transición cultural y social.

En la población mayor de 50 años incluida en este estudio se logró constatar, que el índice de historia natural de la caries dental, incluida la conservación de los dientes, era más favorable en este grupo de edad que en los grupos más jóvenes.

La explicación a este fenómeno, estuvo dada por el acelerado proceso de aculturación al que estaban expuestas las nuevas generaciones, incluidos los cambios en los hábitos alimentarios con la introducción de dietas altamente cariogénicas, a las que no estuvieron expuestas en su niñez y juventud los adultos mayores indígenas.

Sí el envejecimiento no conlleva un deterioro de los tejidos bucales, entonces ¿Cuáles son los factores que han determinado, que esta población tenga una condición bucal tan desfavorable?

Hay que ubicar retrospectivamente en el tempo, cuáles fueron las condiciones sociales que determinaron en buena medida los estilos de vida y el uso de los servicios de salud, cuando estas personas estaban en el período de la niñez y la adolescencia, lo que en epidemiología se denomina, el efecto cohorte.

Si la media de edad, según los resultados del estudio, fue calculada en 71,25 (DS ± 6,79), entonces hay que remontarse a la década de los años treinta del siglo pasado. En ésta década, según lo relata el historiador Juan Rafael Quesada Camacho:

*"...Es indudable que al finalizar la década de 1930, Costa Rica mostraba rasgos evidentes de crisis. La economía giraba en torno a unos pocos productos, al punto que, algunos estudiosos hablan de monocultivo, y esa dependencia traería consecuencias casi drásticas a causa de la segunda guerra mundial".*

Incluso a principios de los años cuarenta los sociólogos John y Mavis Biezans en su obra La vida en Costa Rica señalaban:

*"...la población rural (la mayoría) eran peones descalzos que trabajaban en los cafetales y cañaverales y que no tenían propiedad alguna, y otros campesinos también descalzos y pobres, tienen un par de acres de terreno, una casita y una yunta de bueyes".*

Al respecto se ha señalado a esta época como *"la Costa Rica de personas sin zapatos ni dientes"*. La Costa Rica de los bajos salarios y dietas inadecuadas que causaban según John y Mavis Biezans, una mortalidad infantil entre los peones, que alcanzaba "proporciones espantosas", como ejemplo contaban que:

*"En el distrito cafetalero de Santo Domingo, muere un niño de cada cuatro antes de su primer cumpleaños. En 1940 murieron dos de cada quince nacidos en el país, durante su primer año de vida..."*

Este es el panorama de pobreza en que se desarrolla la niñez y la adolescencia de la población que hoy tiene 65 años y más. El bajo nivel de escolaridad y la escasa cobertura de los servicios de salud fueron el común denominador. Además, las prácticas odontológicas no profesionalizadas en la época, provocaron una mutilación dental masiva a los niños y jóvenes, con las consecuencias que hoy analizamos en las personas adultas mayores.

Con posterioridad a la década de los años cuarenta, se empezaban a producir transformaciones en el país. En el campo de la salud, se gestaban fuertes reivindicaciones como el seguro social, además del salario mínimo y la jornada máxima.

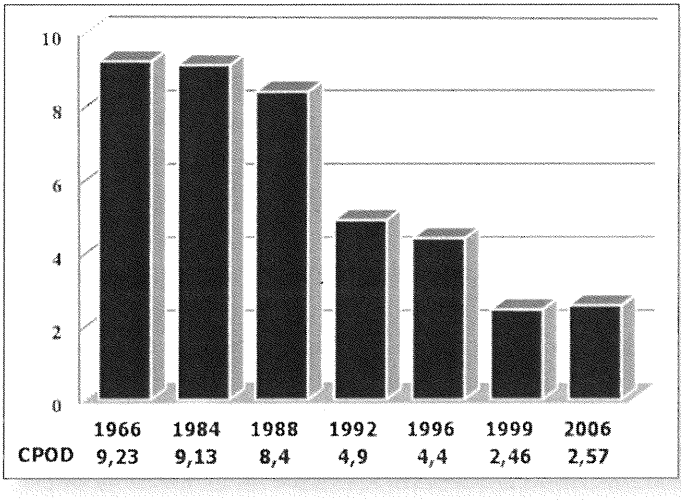
La Ley sobre Seguro Obligatorio entró en vigencia a inicios de la década de los cuarenta. El 7 de julio de 1943 entró en efecto la Ley N° 24 incorporando la sección III "En las Garantías Sociales" de la Constitución Política, cuyo artículo 63 contempla "*...el establecimiento del seguro social mediante contribución obligatoria por el gobierno, los empleadores y empleados para beneficio de trabajadores, obreros e intelectuales, para protegerlos contra el riesgo de enfermedad, maternidad, discapacidad, vejez y muerte...*" (Miranda, G. 1994:52)

La Caja Costarricense de Seguro Social se encargó de proveer los servicios de atención médica y posteriormente ejerció el control sobre todos los hospitales estatales del país y trascendió de la cobertura exclusiva a los sectores asalariados al cubrir a la familia en forma integral incluyendo los sectores de población más pobres que por su condición no pueden cotizar. El Ministerio de Salud, en esas épocas, asumió el impulso de programas de atención primaria incluyendo la atención odontológica a los niños y niñas escolares del país, además del Programa de Fluoruración de la Sal en Costa Rica.

Los efectos de estas políticas de salud se hicieron evidentes en una franca reducción de la incidencia de la caries dental. El comportamiento de la prevalencia de la caries dental en el tiempo, en la franja de edad de 12 años, según el índice CPOD desde 1966 al 2006 muestra una tendencia declinante de 9,23 a 2,57 respectivamente. Aunque, se observa un estancamiento entre el año de

1999 al 2006 puesto que el índice de CPOD mantiene valores similares de 2,46 a 2,57 respectivamente, como se aprecia en el siguiente gráfico.

**CPOD, Costa Rica, 1966-1999.**




Recientes estudios realizados a nivel nacional sobre la prevalencia de la caries dental en escolares a la edad de 12 años, muestran que el 85% de los menores estudiados presentaban historia de la enfermedad. El índice CPOD se cuantificó en este estudio en 2,57, y correspondió el 55% del índice al componente obturado, el 39% al componente de caries activa y 5,4% a piezas dentales perdidas por caries dental (Ulate *et ál.* 2007).

Se hace evidente en este estudio que el comportamiento de la ocurrencia de la caries dental varía según las regiones del país. Por ejemplo la prevalencia de la caries dental en la Región Central cuantificó un índice CPOD de 1,97 (DS ± 1,95) en tanto que en la Región

Huetar Norte, una de las regiones con menor índice de desarrollo humano del país, el índice alcanzó un valor 3,01 (DS ± 2,38).

También se hacen ver en este estudio las inequidades en el comportamiento de la caries dental puesto que, según la procedencia de los estudiantes, sean de escuelas públicas o privadas. Dado que un niño o niña promedio de 12 años de edad en una escuela pública en Costa Rica, presenta 3 veces el riesgo de tener historia natural de caries dental comparado con un niño o niña escolar promedio de 12 años de edad que asista a una escuela privada (OR 2,96 IC 95% 1,8 - 4,5).

Otros hallazgos epidemiológicos hacen ver que la ocurrencia de la caries dental inicia muy temprano en la vida de los niños y niñas costarricenses; estudios de la prevalencia de esta enfermedad mostraron que el 36% de los infantes entre 12 y 24 meses de edad tenían, caries dental activa, con un promedio de cuatro dientes cariados por niño niña (Gudiño, 2003)

Estudios observacionales de casos y testigos (Gudiño, 2007), que comparó 205 infantes con caries dental activa con 209 infantes libres de la enfermedad, todos en la franja de edad de 12 a 24 meses, lograron cuantificar los principales factores de riesgo asociados entre otras cosas a la lactancia natural, ablactación, e higiene dental.

Los infantes con destete temprano comparados con aquellos que tuvieron lactancia natural hasta los 6 meses aumentaron en un 84% más el riesgo de caries (OR 1,84 (IC 1,14-3,01);

Los cuidadores de los infantes que no incluyen la higiene dental temprana (antes de los 12 meses) comparados con aquellos cuidadores que si la incluyen

aumenta el riesgo de caries dental al doble, OR 2 (IC al 95% 1,28 – 3,28).

La ablactación azucarada antes de los tres primeros meses de vida intensifica el riesgo de caries en 2,37 al ser comparados con los infantes que no se ablactan con azúcares.

La utilización de biberón con azúcares aumenta el riesgo de la caries, el cual se intensifica si se aumenta la dosis del carbohidrato. Así por ejemplo, al comparar la dosis de azúcares con las que no se lo agregan: de una a dos cucharadas, el riesgo es de 2,4 veces; de 3 o más cucharadas el riesgo se intensifica a 4,66 veces.

También se hizo ver la vulnerabilidad a la caries dental de los niños y niñas con asma y enfermedades respiratorias para quienes el riesgo se incremente en 2,54 veces (IC al 95% 1,54 A 3,7) al ser comparados con niños y niñas sin esta afecciones (Gudiño, 2007).

Por su parte, la no escolaridad materna junto con las madres que cursaron de forma incompleta la primaria, al ser comparadas con las madres de mayor escolaridad el riesgo de caries de los infantes entre 12 y 24 meses de edad se cuantificó en 6,07 veces el riesgo.

Ya algunas experiencias de odontología comunitaria desarrolladas por la Universidad de Costa Rica en los distritos rurales del cantón de Palmares de Alajuela, han servido como ensayos comunitarios de intervención desde 1979. Todavía hoy, treinta años después, sigue produciendose información sobre los beneficios de la prevención primaria de enfermedades dentales.

Este programa ha mostrado una mayor declinación de la caries dental que el nivel nacional, al hacerse evidente una reducción de la frecuencia de caries en los

niños y niñas de a la edad de 12 años con una reducción del índice CPOD de 5,09 en 1985 a 2,33 en 1991, atribuido principalmente a la sistematización de la aplicación de sellantes de fosas y fisuras al ingreso escolar, así como al hecho de iniciar la educación para la salud bucal antes del nacimiento de los hijos e hijas mediante el sub-programa de Madres Centinela (Brenes y Chávez, 1994)

## *Respuesta social a la problemática de salud oral en Costa Rica*

La Reforma del Sector Salud, posterior a la década de los noventa, provocó que el Ministerio de Salud cambiara su función de proveedor de servicios de salud, como era el caso de la atención de la población escolar del país, al de ejercer la rectoría de la salud en Costa Rica. La responsabilidad de la prestación de los servicios de salud a toda la población, recae entonces en la Caja Costarricense de Seguro Social.

La Caja Costarricense de Seguro Social asume esta responsabilidad todavía con una visión curativa de los problemas de salud, como resultado de la anterior separación de funciones preventivas en el Ministerio de Salud y curativas en la Caja Costarricense del Seguro Social. Visión que prevalece predominantemente hasta hoy en la prestación de servicios odontológicos por parte de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Un buen ejemplo de la visión curativa tiene que ver con el hecho, de que la atención odontológica se realiza por demanda y no de forma sistemática. O sea, que las personas acuden a los servicios de salud cuando lo requieren y no con base a un protocolo de atención bien definido.

Lo anterior pudo haber provocado una detención de la incidencia de la caries dental, después de haber venido

en una franca declinación desde 1966. Dado que en las personas adolescentes a la edad de doce años el índice CPO-D se cuantificó de 2,46 para 1999 y en las últimas valoraciones epidemiológicas en el 2006 el valor en índice se mantiene prácticamente similar en 2,57 (mostrado en la figura del anterior apartado).

Los niños y niñas que fueron captados en la encuesta del estudio del 2006 nacieron entre 1993 y 1995, época donde la reforma del sector salud ya estaba en el umbral de su vigencia, razón por la cual ya no fueron cubiertos por los programas de prevención y atención odontológica del Ministerio de Salud.

Es sabido que la población infantil es prioritaria en materia de salud bucal. En el caso de Costa Rica se ha identificado mediante estudios del uso de servicios de salud, por ejemplo, en la Región Chorotega en el año 2006, el 28% de los escolares a la edad de doce años, o sea 3 de cada 10 escolares, nunca había asistido a una consulta dental.

## *Conclusiones*

Con este breve panorama de la situación de salud bucal de la población costarricense, se hace ver la necesidad de transformaciones en la respuesta social, de tal manera que estas respuestas sean más efectivas, más equitativas y de mejor calidad.

Es necesario pues, el desarrollo de lineamientos que brinden a la población costarricense programas integrales de salud bucal. Como es el caso del desarrollo de planes y programas de educación popular para la salud, de tal manera que la población interiorice su condición de riesgo y modifique sus conductas hacia estilos de

vida saludable. El desarrollo de programas de salud oral debe fundamentarse en principios de equidad, calidad y efectividad.

## *Referencias bibliográficas*


Brenes, W. Epidemiología de la caries dental en poblaciones amerindias en transición sociocultural. Revista Vínculos del Museo Nacional de Costa Rica. 15:45-57, 1987.

Kessner, D. Kalk, C. Singer J. Assessing helh quality decay fortrases. New England Journal of Medicine 288 (4): pp. 189, 1973.

Brenes. W. Murillo, G. Estado de salud oral y utilización de los servicios odontológicos. Estudio de la tercera edad Monografía 90-01 / Serie: Salud del Adulto Costa Rica. San José 1990. Pag. 97-110.

Murillo, O. Diferencias en las condiciones bucodentales en hombres y mujeres del cantón de Barva. Anales en Gerontología, Revista de la Maestría Interdisciplinaria en Gerontología de la Universidad de Costa Rica. Vol 1 Número 1. 1999. Pag. 69-77.

Brenes, W. Epidemiología de la caries dental en poblaciones amerindias en transición sociocultural. Revista Vínculos del Museo Nacional de Costa Rica. 15:45-57, 1987.

Quesada, JR. Evolución "a la Tica". Capítulo 1. Costa Rica Contemporánea. Editorial de la Universidad de Costa Rica. San José. 1999. Pág. 29-32.

Biezans, John y Mavis. La vida en Costa Rica. San José Costa Rica. Ministerio de Cultura, Juventud y Deportes. 1975.

Barahona MA. El desarrollo social. Capítulo 1. Costa Rica Contemporánea. Editorial de la Universidad de Costa Rica. San José. 1999. Pág. 155.

Gudiño, S. Lactancia materna, biberón, azúcares en solución y caries de la temprana infancia en el San José urbano. CR: ODOVTOS 9: 77-88, 2007.

Gudiño, S. Higiene oral, entorno familiar, azúcares sólidos, enfermedades respiratorias y caries de la temprana infancia en el área metropolitana de San José, CR: ODOVTOS 9: 97-104, 2007.

Brenes, W, Chávez N. Cambios en la morbilidad dental en una población rural con un programa de odontología comunitaria. Odontología Actual V.7#1 1994. p11.

Ulate, J. *et ál.* Estudio epidemiológico de prevalencia de caries dental en niños y niñas escolares del2 años de edad en Costa Rica,2006.Tesis para optar al grado de Especialidad en Odontopediatria. Universidad de Costa Rica, 2007.

21

# Redes sociales y salud mental:
## una alternativa para la intervención

*Lic. Aurora Sánchez Monge*[1]

Resumen

*Discutir la importancia de las redes sociales en el análisis y abordaje de la salud mental es un tema importante en el campo de la salud pública y congruente con los principios de sus dos importantes estrategias a saber: prevención de la enfermedad y promoción de la salud. He partido de un concepto de salud mental no como ausencia de enfermedad mental, sino más bien en donde se destaca como la vida interna de un sujeto está determinada en gran medida en las redes en las que está inmerso. Este asidero del sujeto que va desde las redes primarias que marcan sus primeros trazos internos, hasta las institucionales que lo sostienen y le brindan bienestar, debe ser considerado en las intervenciones de la salud pública. La idea de legitimar cada día más esta relación salud mental redes sociales, nos permite pensar este fenómeno* "no encadenado solamente a la enfermedad y a los síntomas, suspendido en el vacío, un sujeto biomédico, protagonista de una psiquiatría biológica sino más bien por un sujeto socio histórico" *(Pérez citado por Blanco, Díaz, 2006).*

## *Introducción*

Para los que trabajamos en el campo de la formación de recursos humanos en salud el tema

1 Docente de la Escuela de Salud Pública. Psicóloga por la Universidad de Costa Rica.

de las redes sociales es prioritario. Sobre todo si pretendemos desarrollar propuestas de intervención a nivel comunitario. En el presente ensayo la idea es destacar la importante relación del fortalecimiento de las redes y el fomento de algunos aspectos que favorecen la salud mental de un determinado grupo de población. Para identificar, entonces, aspectos que reafirmen la propuesta en las intervenciones de salud mental y la gran importancia de la participación de diferentes sistemas como la familia, la institución educativa y las redes, en el ámbito local.

La Salud Pública señala permanentemente que la organización de los servicios de salud no es suficiente para dar una respuesta a las necesidades y problemas de salud. Es necesario reforzar aspectos con los que se oriente a las comunidades a buscar soluciones muy positivas a ellas mismas. Volver a retomar aquellas estrategias que funcionaron a nivel comunitario requiere recurrir permanentemente a las redes sociales.

## *Desarrollo*

En general cuando se habla de salud mental, ya sea individual o colectiva, la representación más frecuente se refiere a una descripción de las patologías que la gente presenta, es decir, salud mental como clínica de lo patológico (Cueto); también incluye una evaluación de los servicios de salud con los que se solventan las necesidades de la población en esta temática y, aunque no se trata de restar mérito a estas acciones, no hay que olvidar que sólo abarca la ausencia o presencia de trastornos mentales o problemas emocionales.

La salud mental es un campo que puede ser abordado desde varias vertientes, como la psicológica y la social,

ya que ambas abarcan aspectos importantes en la vida humana, por lo tanto, el conjunto integrado por redes sociales y salud mental es un intento de integrar dichas dimensiones. Como señala (Aron: 1)

> *"Los marcos teóricos que manejamos para comprender el comportamiento de las personas se han ido ampliando cada vez más, hasta incluir, además del individuo, las relaciones que este establece con otros. En primer lugar se incluyeron las interacciones, luego el contexto familiar más próximo, la familia extensa y, finalmente, se desarrollan modelos teóricos que permitieron incluir esta conceptualización a unidades sociales más amplias: dentro de estos modelos, se incluye la consideración de las redes sociales".*

La idea central de este trabajo es evidenciar la importancia de las redes sociales en el fomento y cuidado de la salud mental, de modo que sean tomadas en cuenta a la hora de elaborar modelos de intervención comunitaria para incorporarlos en estrategias de abordaje de la salud pública tales como la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Lo anterior se realiza con el objetivo de pensar las intervenciones de la salud mental desde una perspectiva integral que permita identificar qué factores la protegen y cuáles la debilitan. Para realizar esta tarea hay que incrementar estrategias de abordaje que deben abarcar un mayor número de involucrados. Conviene, entonces, comenzar a trabajar este tema apoyándose en algunas definiciones del concepto de salud mental. La Organización Mundial de la Salud, en un primer momento, la definió como *la mera ausencia de trastornos mentales*. No obstante, luego se plantean otras definiciones. La dimensión positiva de la salud mental ha sido subrayada en la constitución misma:

*"La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Estas definiciones van más allá de lo de la enfermedad y sugieren identificar ya sea para evaluarla o para desarrollar políticas y programas otros indicadores tales como: bienestar subjetivo, autonomía, competencia, dependencia intergeneracional y reconocimiento de la habilidad de realizarse intelectual y emocionalmente. También ha sido definida como un estado de bienestar por medio del cual los individuos reconocen sus habilidades, son capaces de hacer frente al estrés normal de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera, y contribuir a sus comunidades. Salud mental se refiere a la posibilidad de acrecentar la competencia de los individuos y comunidades y permitirles alcanzar sus propios objetivos. Salud mental es materia de interés para todos, y no sólo para aquellos afectados por un trastorno mental"* (Organización Mundial de la Salud, 2004).

Dado lo anterior, puede afirmarse que salud implica, más que ausencia de enfermedad, la posibilidad de facilitar a las personas de crear condiciones individuales, sociales y del entorno que permitan el desarrollo integral de los individuos y su grupo (Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud para la Comisión Europea, 1999). La Comisión Europea abarca dos grupos de indicadores: *psicológicos* como la autoestima, conocimiento de sí mismo, vinculación positiva a una edad temprana, sentimiento de seguridad y crecimiento socio emocional, y los *sociales* entre los que se destacan interacciones interpersonales positivas, soporte social, y contactos de participación social, responsabilidad y tolerancia. Como vemos para cambiar el carácter de las intervenciones en este campo

tenemos que visualizar tanto al individuo como a su grupo en una interacción constante con lo sociocultural y lo psicológico; por tal razón, es necesario desarrollar las intervenciones considerando el marco de las redes sociales; además, si hacemos las intervenciones desde la promoción de la salud o desde la prevención de esta. Estos factores ratifican su importancia. De este modo, el objeto de la salud mental, como cuando hablamos del objeto de la ciencia, no es un objeto natural sino un objeto social histórico que no se restringe a la aparición de enfermedades mentales (Galende).

Corresponde en este momento hacer algunas observaciones que nos sirvan como puente para abordar la relación entre salud mental y redes. Cuando trabajamos en salud constantemente nos debemos preguntar qué es salud tanto para un país, para una población o para cualquier otro grupo, debido a que la cultura es la encargada de crear los modelos a partir de los cuales será comprendida. El conocimiento y los modelos dominantes constituyen el lugar desde el cual la cultura señala acerca de qué es una enfermedad mental y qué significa ser saludable. Es decir el malestar o bienestar *sufre modificaciones según los cambios culturales* (Eidelsztein:13). En la Edad Media, por ejemplo, la Inquisición se hizo cargo de los trastornos mentales de una manera muy particular. Luego, con el surgimiento del capitalismo, la medicina se encargaría de hacerlo así como posteriormente lo concibieron la psiquiatría y el psicoanálisis, ya que representaba los nuevos valores del nuevo sistema económico (Lombardi).

Las intervenciones en salud mental requieren conocimiento no sólo de los procesos psicológicos sino de los sociales y culturales. Por otro lado, la salud mental es también una posición subjetiva ante la vida, por tanto, no puede reducirse a una suma de conductas. Como vemos,

es difícil poner el límite entre lo social, lo cultural y lo psicológico dado que todos son aspectos de la vida humana (Galende, 1989); a tal punto de que las intervenciones en este campo deben lograr que el individuo retorne a una relación con su colectivo. En salud mental se busca que el sujeto logre recomponerse, con sus recursos internos y los de su colectivo, de tal forma que pueda cambiar todos aquellos componentes neurotizantes por alternativas de vida que representen la forma en que en realidad quieren vivir. Al respecto, las redes representan un recurso con el que se puede contar para lograr algunos objetivos en este campo.

Evaluar la salud mental, ya sea con modelos cualitativos o cuantitativos, no se trata solamente de observar o medir patologías sino de estudiar al sujeto y a su grupo, dentro de la cotidianeidad, en aspectos tales como manejo de temores, situaciones de logro, emprededurismo, competencias, capacidades, relaciones interpersonales, pertenencia o vínculo con sus redes (ya sea primarias o secundarias), desenvolvimiento en un ambiente independiente, o sea, cómo responde la persona a la adversidad ante situaciones frustrantes.

Estos indicadores tienen un matiz distinto si se está hablando de grupos con trastornos mentales graves puesto que el bienestar es más difícil de alcanzar y se puede trabajar de forma integral para que dentro de sus limitaciones el sujeto que padece y su entorno familiar alcance un mejor nivel de bienestar.

Hasta este momento, el objetivo ha sido identificar algunos componentes esenciales que respalden el planteamiento central de este ensayo el cual es estudiar e intervenir la salud mental desde las redes sociales, dado que el abordaje de las instituciones generalmente ha sido

desde lo individual, es decir, *como profesionales de la salud mental muchas veces estamos actuando como sustitutos de las redes naturales y asumiendo funciones que quizás no son privativas de los especialistas* (Aron, 2007). Las palabras de esta autora nos instan a que activemos distintas redes sociales. Una forma puede ser estimulando la conformación de grupos de ayuda mutua que, con un respaldo institucional, alcancen gran relevancia. Aunque el objetivo de este tipo de agrupaciones depende *de* si se logra o no disminuir la institucionalización y profesionalización de sus actividades: *Son actividades o dispositivos de atención que, a través de su autogestión, construyen sus propios dispositivos de atención sanitaria y de protección social, independientemente de los sectores profesionales* (Canals, Haro).

Otra idea importante de señalar es que en las intervenciones que se realizan desde la prevención y promoción de la salud como actividades o dispositivos deben ser visualizados para fortalecerse ante el modelo clínico dominante: la participación de las comunidades representa una vía mediante la cual puede concretarse dicha meta dado que, desde el sistema de salud se plantean intervenciones en donde *se ha clasificado a las personas, a los grupos sociales y a las comunidades, ignorando las construcciones que ellas han realizado y forzando su inclusión en marcos de referencia erigidos desde otra cultura* (Aron). Las redes son una fuente de apoyo social que no son valoradas como corresponde en las intervenciones para fortalecer la salud mental de los colectivos sociales. A través de las relaciones interpersonales se obtiene compañía y apoyo emocional, además se desarrollan sentimientos de apego y sentido psicológico de comunidad. Esta es la base de los grupos de auto-ayuda o de los programas de ayuda a domicilio (Maya, Gualda).

En las redes, las personas pueden apoyarse en eventos importantes, en el fomento de la calidad de vida y en momentos de transición y de restablecimiento de viejas condiciones de vida. Tal es el caso de situaciones de emergencia causadas por la naturaleza y/o por la acción de los humanos (como el caso de Haití en donde, la falta de gobernanza, ha convertido la catástrofe natural en una catástrofe social).

Como señala la promoción de la salud en sus principios básicos, para intervenir desde las instituciones ya sean públicas o privadas, se tiene que dar un cambio en la reorientación en los servicios y en las formas de vinculación de éstos con los grupos locales, así como en la capacidad de identificar la acción comunitaria que caracteriza a las poblaciones y esto implica un cambio en la manera en la que los profesionales lidian con la salud y con la enfermedad.

Las instituciones del Estado, relacionadas con la salud o el educativo, podrían orientar ya sea sus intervenciones o las respuestas a las demandas de la población, considerando las necesidades sentidas por la comunidad y los saberes aportados por los grupos. La promoción y la prevención en muchas ocasiones tienen éxito porque generan un encuentro de saberes. A raíz de la experiencia en trabajo comunitario, hemos observado que la realidad de muchos jóvenes -pertenecientes a entornos muy alienados- se liga a redes sociales vinculadas con el consumo de drogas (Galván, Serna y Hernández). Numerosas revisiones y evaluaciones de programas de promoción de la salud mental confirman que la intervención, desde la formación de habilidades para salir adelante hasta la escucha cuidadosa de sus necesidades y temores, fortalece las conductas protectoras.

Lo que se quiere señalar es que la salud mental no siempre se trabaja desde la perspectiva del problema, sino también desde el deseo o necesidad de los sujetos, lo cual se relaciona con las mismas dimensiones incluidas en la operacionalización de la salud mental. Si trabajamos desde algún nivel de prevención (por ejemplo con personas que están afectadas en su salud y muestran un desequilibrio importante) la intervención se utiliza para identificar recursos con los que se restablezca la dinámica de la vida cotidiana. También podemos intervenir desde la promoción en temas tales como el de la salud reproductiva. Para ambas situaciones, es necesaria la participación de los grupos primarios o redes primarias y de las instituciones involucradas en la socialización de los y las adolescentes. Este tipo de abordaje puede enriquecer las capacidades de los grupos involucrados.

Tal como lo mencionan Caplan, citado por Aron, y otros autores como Dabas, Cueto, la red permite que la gente se ayude mutuamente echando mano a sus propios recursos de manera que no tengan que depender solamente de la ayuda profesional, puesto que la retroalimentación permite un mejor manejo de las situaciones estresantes, una potencialización de los recursos y el aprendizaje al compartir tareas.

La investigación y la experiencia nos señalan que las personas que no participan en redes sociales adecuadas son más vulnerables y pierden oportunidades de desarrollo.

Considerando los componentes de la definición de salud mental, y la descripción general que se hizo sobre las redes, es evidente que los servicios de salud no son suficientes para enfrentar las necesidades en este campo. En otras épocas, los servicios de salud estaban dirigidos a las personas que pertenecían a una élite social; en el

presente dicha concepción ha evolucionado y tiene una gran proyección social: por ejemplo en Costa Rica la cobertura de los servicios es una de las mejores del mundo; en este momento el 90% de los habitantes está incorporado a este seguro de salud y el restante 10% puede recurrir a sus servicios en una situación de urgencia (OPS, 2002). En situaciones en donde la cobertura de los servicios no es la más adecuada, las personas han tratado de fortalecer redes que les ayuden a encarar sus necesidades y alcanzar un grado de bienestar, o sea, que los grupos siempre han hecho el esfuerzo de identificar recursos para hacer frente a sus ideales y satisfacer sus necesidades. Sabemos que el Estado, en muchos casos, satisface estas necesidades pero, a la vez, debilita la iniciativa de las redes sociales como motor de cambio. Los efectos del apoyo social generado por las redes *es bien conocido aunque se continúan investigando los mecanismos por los cuales disponer de alguien que te escuche, te acompañe te valore incide en la sensación de bienestar de una persona* (Bravo y Fernandez).

Por esa razón, y a pesar del los avances de la psiquiatría, de la psicología y del psicoanálisis, es decir, el discurso oficial de la ciencia, *las personas y los grupos domésticos intentan preservar la capàcidad del grupo primario como centro elaborador de experiencia, interpretaciones y estrategias* (Canals). La representación de la salud, por tanto, de la salud mental del individuo y su grupo no puede ser un hecho marginado. Hay aspectos importantes en este tipo de conocimiento. El saber lego nos indica que:

> *"Las personas conocen la realidad que circunda mediante explicaciones que se extraen de los procesos de comunicación y del pensamiento social. Las representaciones sociales (RS) sintetizan dichas*

*explicaciones y, en consecuencia, hacen referencia a un tipo específico de conocimiento que juega un papel crucial sobre cómo la gente organiza su vida cotidiana".* (Araya, 2002,11).

Las personas aportan no sólo sus interpretaciones sino sus prácticas de modo que pensamiento y prácticas se apoyan en la base de la cultura, de la cual, a su vez, fluyen las redes sociales. Por tal razón, hay que conocerla para organizar las intervenciones desde las instituciones de bienestar social. El incorporar la red en el trabajo de la salud mental y su abordaje colectivo tiene muchas ventajas puesto que *las redes son una fuente de apoyo social que se utilizan en las estrategias de prevención y de promoción* (Maya: 1). Las redes son la base de los grupos de ayuda mutua u otro tipo de acción social que muchas veces compartimos en las comunidades. Al finalizar este trabajo, y describir algunas evidencias, estos aspectos quedarán más respaldados.

Podemos hacer un par de precisiones: si queremos hacer un abordaje de la salud mental desde una perspectiva integral, necesitamos identificar el apoyo social que se teje en las diferentes redes sociales y que influyen en el carácter de nuestras intervenciones.

En el abordaje integral de la salud mental es necesario identificar estrategias de intervención desde la salud pública como la prevención y la promoción. Para ambas es muy importante descubrir la dinámica y tejido de la comunidad, ya que sin ello no se puede fortalecer el nivel local, el cual es uno de los requisitos de la atención primaria.

Aunque ya se han mencionado algunos aspectos sobre redes, es necesario hacer una discusión sobre el concepto de redes sociales e incluir comentarios que visualicen y reafirmen, porque hay suficiente consenso sobre

buenas prácticas en salud mental y apoyo psicosocial. Las redes sociales permiten identificar qué tipo de fortaleza encuentran los sujetos en el seno de éstas para fomentar su salud mental y para hacer frente a factores de riesgo psicosocial.

La red es una fuente de apoyo social y es un espacio en donde un colectivo social formaliza sus vínculos, prácticas, intereses y conflictos.

Por tanto, la red social *es un grupo de personas, de miembros de una familia, vecinos, amigos y otras personas capaces de aportar una ayuda y un apoyo, tan reales como duraderos a un individuo o una familia* (Chadi, 27). Una red social puede aportar un intercambio dinámico entre los integrantes de un colectivo en donde se facilite la creación de alternativas novedosas para la resolución de problemas o la satisfacción de necesidades. Los vínculos deben ser duraderos aunque esto varía según el tipo de red.

Esta autora aporta una clasificación sobre el concepto de redes, sencilla pero suficiente para este trabajo y las divide en: *primarias, secundarias* e *institucionales.* Cuando nos referimos a la *red primaria*, estamos hablando de la familia que, según Slusky citado por Chadi, *es la suma de todas las relaciones que un individuo percibe como significativas o define como diferenciadas de la masa anónima de la sociedad.* Esta red primaria suministra apoyo material y emocional, es el primer espacio donde se socializa y algo muy importante: permite mediar con el mundo externo.

En relación con las *redes secundarias* estas incluyen la familia, amigos cercanos y vecindario, grupos formales, grupos recreativos religiosos, etc. Señalamos este aspecto porque aunque están en un grado menor de compromiso

con el individuo, fungen como apoyo cuando el individuo tiene un fallo en su núcleo más íntimo, situación bastante frecuente. En el momento de alguna intervención ya sea desde la prevención o de la promoción, es necesario tener un mapa de estas redes, porque pueden suplir necesidades que las primarias no cumplen y son un recurso muy importante para las instituciones con programas de fortalecimiento de la salud mental. Un ejemplo con el que podemos ilustrar, son las intervenciones en la población escolar con bajo rendimiento, miembros cercanos de la comunidad o en grupos religiosos que suelen colaborar con este tipo de iniciativas. Sabemos que para los niños y niñas mejorar en el rendimiento, poder conversar sus dificultades fuera del ámbito escolar, representa una gran mejoría en su salud mental y en su capacidad de aprendizaje. También en la atención de las personas desde lo servicios públicos y privados, se puede constatar que a la persona o grupo familiar sin redes secundarias, le es más difícil enfrentar los problemas o necesidades e incorporarse a la dinámica social. No se puede pasar por alto, el papel tan importante que juegan los grupos recreativos y de actividad física en la vida de las comunidades. Permiten el restablecimiento de las fuerzas físicas y psíquicas, como que contribuyen al desarrollo integral de los miembros de un grupo o institución. En otro sentido, podemos señalar aquí grupos religiosos que son un importante recurso y sirven a las personas no solo como fuente de socialización, sino de contención en momentos de crisis. Podemos señalar aquí el grupo relacionado con el mundo laboral o de estudio. En el trabajo comunitario es frecuente encontrar familias que niegan la relación con estos círculos más mediatos, como son las redes secundarias y crean una especie de aislamiento que afecta el bienestar de sus miembros.

En relación con los grupos recreativos, que es una de las redes secundarias en mi opinión, más importantes, pueden tener un carácter informal, pero también cuando la acción comunitaria es sólida, muchas veces se vinculan con las redes institucionales ya sean públicas o privadas que los fortalecen y logran desarrollar actividades sostenibles importantes. Un ejemplo clásico son las asociaciones deportivas. Vemos que la red secundaria ofrece espacios fuera de la familia nuclear y constituyen una fuente de comunicación insustituible por el sistema de salud entre otros.

En trabajos con grupos comunitarios o dentro de una institución, en el pequeño diagnóstico que hacemos, tienen que visualizarse las redes secundarias con las que podemos contar y las que tenemos que combatir, quizás esta no sea la palabra pero las que sabemos no nos van a beneficiar en nuestro trabajo. En el trabajo en comunidades o instituciones, por ejemplo, educativas siempre hay que identificar las redes que benefician y protegen a las personas y las que producen el efecto contrario. Si trabajamos con jóvenes con riesgo psicosocial en consumo de drogas es muy importante valorar las redes más cercanas e identificar cuáles de ellas más bien estimulan el consumo (Galván, 2008).

Para ilustrar este tema en cuanto a medidas de protección social en acogimiento residencial, en un estudio realizado por Bravo y del Valle (2003), se destaca que los jóvenes de residencias tienden -por un asunto de carencia- a fortalecer más las redes secundarias (Bravo, del Valle 2003).

Por último, corresponde aquí concluir con las redes sociales *institucionales* que se definen como *Organizaciones gestadas y constituidas para cumplir con objetivos*

*específicos, que satisfagan necesidades particulares del sistema usuario; necesidades que son puntuales y deben ser canalizadas dentro de organismos creados para tales fines* (Chadi, 2000:58). En este núcleo de redes tenemos el Sistema Educativo, el Sistema de Salud y el Sistema Judicial entre las más importantes. Estas instituciones suplen necesidades fundamentales en los ciudadanos que no puede suplir ningunos de los sistemas anteriores y que son vitales para el bienestar de los individuos.

Es importante puntualizar que las redes institucionales respondan a aquello que el individuo y su grupo familiar no pueden resolver, cuando otras instituciones que están capacitadas para ello. Estas organizaciones reflejan el desarrollo social, político y cultural de una nación y, también, el estado de las políticas públicas. Si las redes institucionales convocan otros tejidos sociales, fortalecen las acciones por las cuales fueron convocadas y así cumplan con los objetivos para lo que fueron fundadas.

Cada red cumple con una función en la vida de las personas. El ser humano es algo en la medida en que los otros lo valoran y le dan un lugar, por ejemplo, en la construcción de la salud mental de un niño, la presencia del otro es fundamental, por eso cuando hablamos de autoestima hay que valorar cómo los otros estiman a la persona, cómo la valoran y le dan un lugar en la constelación familiar. Es lo que se denomina *mito familiar* que consiste *en lo que el niño respira ahí donde está colocado, mito familiar homologable en su función al aire, al oxígeno* (Rodulfo). La primera red es la familia. Conforme el individuo crece necesita de sus redes secundarias, que enriquecen o limitan su desarrollo mental, tienen que entrar otros actores en su proceso, los niños o niñas cuya familia cree que le puede dar todo, lo privan precisamente del crecimiento que da la socialización.

A las redes institucionales, sobre todo a las públicas, les corresponde plantear las políticas públicas necesarias para velar por las necesidades de los diferentes grupos sociales. La red local de salud es una institución que obtiene mejoras en la salud de la población si cuenta con otras instituciones encargadas de proyectos de vivienda, así como de gobiernos locales, entre otras, y por supuesto, con redes primarias entre ellas la más importante la familiar.

En eventos traumáticos *el sólo contacto con miembros de la red primaria, familiares y amigos cercanos, puede predecir una mejoría en al capacidad de las personas para resistir eventos traumáticos, como por ejemplo en los casos de "fatiga de guerra" y en los períodos de duelo post traumático (Levav citado por Aron).* Esto significa incluir en la conceptualización de los problemas psicológicos y en el diseño de estrategias de ayuda, no sólo al individuo y a su familia, sino también lo que se ha denominado la ecología social (Aron), es decir, las fortalezas y debilidades del ambiente social en relación con su rol en la protección de la salud. En esta ecología social, el trabajo de las instituciones no se ha caracterizado por grandes intercambios con la población, por el contrario, han marginado a otras instituciones que tienen que ver con el espacio urbano, con la escolarización, con la recreación y muchas cosas.

La red fortalece la participación de la comunidad y la participación fortalece las redes. Pero el fortalecimiento de las redes se convierte en desarrollo comunitario cuando *en cada uno de los actores implicados se producen cambios en los niveles de las condiciones naturales de existencia y de la construcción subjetiva de la realidad* (Fernández, 2005).

Las redes potencializan, crean o complementan recursos en la atención de la salud mental del individuo, la familia o el colectivo.

Desde la Salud Pública como cuerpo de conocimientos y acciones fundamentada por estrategias como promoción y prevención incluyendo la rehabilitación, deberán situar en un lugar de privilegio a las personas, familias y a la propia comunidad y no sólo a los síntomas y diagnósticos de la enfermedad mental. Estos recursos disponibles si se les sabe convocar garantizan la continuidad de las acciones de los servicios de salud.

## *Algunas experiencias de trabajo en redes y salud mental*

La Escuela de Salud Pública tiene a su cargo el bloque de Medicina Familiar y Comunitaria del internado de la carrera de Medicina, del cual tengo la coordinación desde hace algunos años. En esta rotación las y los internos se distribuyen en las diferentes áreas del país, tanto en zonas urbano marginales como rurales. Se destacan en un Área de Salud y forman parte de los Equipos Básicos de Atención en el nivel local. El programa tiene varios objetivos pero el central *es contribuir con la formación de los y las internos de Medicina en la gestión de la salud en el primer nivel de atención* (Escuela de Salud Pública, Programa 2010). En muchos de los núcleos del internado se desarrollan experiencias de atención integral de grupos de adolescentes en necesidades y problemas de salud mental con participación de diferentes redes. Me interesa señalar la experiencia del Área de Salud de Aserrí, en donde se desarrolla durante el año, una serie de iniciativas relacionadas con la salud mental de los adolescentes del colegio público de la localidad. Si bien sólo incluye a

los y las jóvenes escolarizados de los últimos niveles del programa, la intervención brinda un espacio en donde en los últimos años de formación, pueden discutir sobre problemas y necesidades sentidas. Los temas más frecuentes son sobre los riesgos, violencia, salud reproductiva, drogas, proyecto de vida. El encuentro se realiza bajo la modalidad de taller. Los talleres tienen como objetivo final la identificación de fortalezas, que son en última instancia las que van a permitir hacer frente a las adversidades. Además, como actividad preventiva, se identifica a jóvenes con ideación suicida y se realiza una intervención integral del problema. Este programa que tiene varios años, si bien tiene algunas limitaciones, me interesa destacar su sostenibilidad, precisamente por la fortaleza que le dan los actores sociales involucrados y que pertenecen a estas redes. Está la institución universitaria, es decir, el Programa de Internado de la Universidad de Costa Rica, la Escuela de Salud Pública y la Escuela de Medicina, que no sólo ha colaborado en la sostenibilidad del programa durante varios años, sino que conjuntamente con el colegio de la localidad, iniciaron un trabajo de intervención bajo la tutela de la clínica de Aserrí. Lo importante que quiero destacar y que representa una evidencia de un esfuerzo por abordar la salud mental desde la perspectiva de red. La Clínica de Aserrí da una respuesta inmediata haciendo una lectura basada en el Análisis de la Situación de Salud (ASIS), de las necesidades de esta población. Se trabajan los casos de jóvenes con riesgo, desde el colegio y la clínica se convoca y se incluye la institución familiar. Por último, no hay que dejar de mencionar la participación del equipo de salud y la disposición del área de Psiquiatría cuya intervención no es desde una perspectiva exclusivamente medicalizada. Lo importante en esta experiencia es que no sólo los y las estudiantes y sus

familias tienen la oportunidad de identificar respuestas a sus necesidades y problemas, sino que el tipo de intervención les permite identificar otros recursos institucionales que respaldan al sujeto y a su grupo familia. Como señala Schlosser *et ál.* describiendo la experiencia desde las comunidades hospitalarias hasta la educativa, *nuestra mira como equipo de salud debe estar orientada a la prevención de la enfermedad a través de la promoción del protagonismo y el restablecimiento de las redes institucionales, en cuyo seno, espacio natural y cotidiano de la inserción de los adolescentes, deben generarse las acciones y estrategias acordadas por los propios actores.*

Una de las conclusiones que hemos sacado en relación con este programa es que, a pesar de las limitaciones esta iniciativa es una forma de confrontar la forma de producir salud y facilitan un intercambio más abierto con diferentes tipos de profesionales que están involucrados en la atención de la salud del adolescente, por ende, se generan nuevas formas protectoras a estos grupos de población.

Un segundo ejemplo, para ilustrar el tema del presente trabajo, es una experiencia en la cual la autora ha participado en un modelo comunitario de salud mental con la participación de redes sociales. Esta experiencia denominada *Programa de prevención para el menor en riesgo social* que se lleva a cabo en la comunidad de Pueblo Nuevo, Libertad, en el distrito de Pavas. La Casa del Adolescente Centro Saint Exupéry abrió sus puertas en junio del 2006 como proyecto piloto y fue inaugurado el 27 de febrero del 2007, en que se transformó en un sólido programa para la prevención del menor en vulnerabilidad psicosocial. Este trabajo se encuentra bajo el amparo del Convenio Francia-Costa Rica, el Hospital Saint Anne y el Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí (Rodriguez, Chacón, 2007). Se puede decir que es un

programa que se desarrolla en su vertiente curativa, preventiva y de promoción de diferentes grupos sociales vulnerables pero con énfasis en el menor con riesgo psicosocial, como señala (Pucci: 143): *Los asentamientos urbanos precarios y/o irregulares implican, hoy en día la problemática urbana más crítica de encarar en nuestras ciudades latinoamericanas.* En la intervención se plantean diferentes ejes en que se visualizan los distintos actores sociales involucrados; tiene como objetivo fortalecer todo espacio posible para que el o la adolescente participante no deserte del sistema escolar. Aquí la escuela local participa con el equipo del centro, *eje pedagógico,* comprende la realización de talleres para la creación de espacios lúdicos que posibilitan una relación alternativa con los otros; se trabaja con base en los emergentes del grupo, es decir, no es una propuesta del equipo sino una lectura de los deseos y necesidades de los jóvenes. Aquí participa el equipo de las instituciones universitarias, concretamente la Universidad de Costa Rica y la Universidad Centroamericana de Ciencias Sociales. El eje clínico con el equipo de profesionales, financiados por la CCSS, trata que el o la joven visualice posibilidades de acción frente a sus problemas. Este eje, como lo señala la coordinadora del proyecto, se complementa muy bien con lo pedagógico por la posibilidad de expresar sus necesidades a través de actividades lúdicas. El *eje familiar,* donde están involucrados los padres, ha visualizado la importancia de desarrollar un programa de alfabetización, dado que la gran mayoría son analfabetos. Aquí se recibe la colaboración de instituciones del Estado encargadas de este tema.

Me ha parecido conveniente describir de forma muy breve la función de cada uno de los ejes porque, de esa forma, se visualiza el tejido que se ha ido formando.

Cuando se inició este proyecto participamos con la coordinadora del Equipo Básico de Atención de la Salud y de los líderes comunales. De ahí en adelante se fueron sumando instituciones con sus diferentes aportes. Son muchos los aspectos que se pueden analizar en esta experiencia y uno de los más emocionantes es la participación de la comunidad. En muchas ocasiones tenemos la idea, por no decir el prejuicio, de que las comunidades son muy demandantes pero pasivas. En esta ocasión, fue la comunidad la que ofreció de inmediato las instalaciones del centro comunal y como organización se avoca al trabajo de construir esta experiencia. Se tiene que destacar que la proyección de la Institución Hospitalaria en al espacio comunitario qué propone superar el marco de limitación que supone circunscribir toda atención sanitaria a este establecimiento.

Para destacar la red Institucional es importante señalar que actualmente el proyecto cuenta con tres fuentes de financiamiento: la Asociación Comunal Pueblo Nuevo, Hospital Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí, El Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS), Ministerio de Educación, Fundación Fundamentes y la colaboración del gobierno de Francia.

> *En este momento la Casa del Adolescente se considera un Centro de prevención psicosocial dentro de una red de atención comunitaria dirigida a los adolescentes en riesgo social y psíquico. Se busca conocer y fortalecer los recursos incorporados a la red social y de salud con que cuenta el adolescente participante. Además, se intenta percibir las dificultades relacionales existentes para así, usar los recursos reales y potenciales de la red social y de salud. El objetivo de este eje es el habilitar e incrementar soportes sociales, institucionales y afectivos*

*tanto del usuario como de la familia* (Rodríguez, Chacón, 2007).

Estas experiencias discutidas en el marco de las redes sociales y salud mental marcan cada día más, la orientación de abordar la salud en general y la salud mental en esta perspectiva, tratando de trascender los límites de lo asistencial, aventurándose en el camino de la prevención en todos sus niveles y en la promoción del bienestar de los grupos con un enfoque de equidad. El trabajo en redes es una alternativa más en nuestro intento de encontrar las condiciones de superación a las necesidades y problemas en salud mental.

## *Conclusiones*

La red se constituye una metodología para la acción, para la producción de alternativas válidas y para la reflexión sobre lo social y la totalidad de la problemática que se planteó.

Los procesos asistenciales en salud mental ni comienzan ni acaban en el sistema de salud. El cuidado de la salud en general y de la salud mental no es un ámbito exclusivo del sistema sanitario formal. La población antes, durante y después de recibir atención en los centros de salud, protagoniza procesos de autoatención y ayuda mutua que deben ser identificados e incorporados como un recurso más en la producción social de la salud.

Desarrollar en el campo de la salud el trabajo en red estimula y fomenta el apoyo social y particularmente la ayuda mutua.

En el ámbito de la Salud Pública la estrategia fundamental para trabajar la salud mental es la promoción de la salud, que en general se debe activar esta dimensión.

Por último, es necesario discutir en diferentes ámbitos acerca de qué se entiende por salud mental y cuáles serían las líneas desde las que se puede intervenir. De esta forma, se puede disminuir la tendencia a definir la salud mental solamente como ausencia de enfermedad. Se debe posibilitar que los grupos comunitarios participen en la reflexión y definición de salud mental.

Además, cabe destacar –en ambas experiencias– la participación de la universidad como institución, encargada de bridar y formar recursos. Pero la orientación en la formación de recursos humanos, para el fortalecimiento de los equipos de salud, solo es acertada si se hace desde la lectura y escucha de las necesidades de los grupos o comunidades involucrados en los programas. Una vez más lo comunitario con todas sus redes formales e informales es una de las dimensiones más importante por considerar en la en la formación de los recursos humanos en salud. *Esta sustitución del poderío individual por el de la comunidad representa el paso decisivo hacia la cultura* (Freud).

## *Referencias bibliográficas*


Arón Ana Maria. Familia y Redes Sociales, Seminario "Estrategias Efectivas para Educar Hoy" Santiago, agosto de 2007.

Arce Teresa, Vidal Marta Salud, Psicoanálisis y Comunidad: Artículos. Escenarios e intervenciones en interacción. TOPIA. Sitio Psicoanálisis sociedad y cultura. Setiembre 2009.

Bravo Arteaga Amaia y Jorge Fernández del Valle. Las redes de apoyo social de los adolescentes acogidos en residencias de protección. Un análisis comparativo con población normativa. Universidad de Oviedo.

Psicothema (2003). Vol. 15, nº 1, pp. 136-142 ISSN 0214 - 9915 coden psoteg, *www.psicothema.com*

Canals Josep: La Asociación de Autoayuda en el Mundo de la salud: Consideraciones sobre los Fundamentos de la Ayuda Mutua. Dirección general de Prevención y Promoción de la salud Ayuda Mutua Y Salud. Boletín de Ayuda Mutua y Salud. Comunidad de Madrid Consejería de Madrid 1995 N.º 1.

Czeresnia Dina, Machado de Freitas(2006). Promoción de la Salud. Conceptos, reflexiones, tendencias. Lugar Editorial.

Chacón Laura, Rodriguez Rebeca(2008) Redes para la prevención del menor en riesgo psicosocial. En Pueblo Nuevo Libertad Pavas. Caja Costarricense de Seguro Social: Hospital Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio Chapui. Informe de Labores.

Chadi Mónica (2000). Redes Sociales en Trabajo Social. Espacio Editorial Buenos Aires.

Dabas, Elina y Najmanovich, Denise (compiladoras) (1995); Redes. El lenguaje de los vínculos. Paidós, Buenos Aires.

Del Cueto Ana María (1999). Grupos Instituciones y Comunidades. Coordinación e Intervención. Lugar Editorial.

Eidelsztein Alfredo. Capítulo 1 Un abordaje lógico de las estructuras clínicas (2001). Las Estructuras Clínicas a partir de Lacan. Volumen I. Letra Viva Editorial.

Freud Sigmund (1974). El Malestar en la Cultura. Tomo VIII. Obras Completas. Biblioteca Nueva.

Galende Emiliano (1989). Psicoanálisis y Salud Mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica. Editorial Paidós.

Galván Jorge; Serna Guadalupe, Hernández Alejandro(2008). Aproximación de las redes; Una vía alterna para el estudio de conducta de uso de drogas y su tratamiento. En Salud Mental, septiembre octubre. Volumen 31,

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. Distrito federal, México.

Haro Encinas Armando (2000). Cuidados profanos: una dimensión ambigua en la atención de la salud. Medicina y Cultura. Estudios entre la antropología y la medicina. ediciones bellaterra.

Lombardi Gabriel: Clínica psicoanalítica, Clínica Psiquiátrica. III Jornadas de Salud Mental. Neurosis-Psicosis-Perversión. Lugar Editorial.

Maya Jariego Isidro, Gualda Estrella. *V* Seminario para el Análisis de Redes Sociales en Sevilla. SIMPOSIUM. Intervención social y comunitaria con redes sociales. Sevilla, 24 y 25 de septiembre de 2007.

Organización Panamericana de la salud (2002). Perfil del Sistema de Servicios de Salud Costa Rica. Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud.

Pucci Lucila (1995) Autogestión comunitaria asistida de asentamientos populares urbanos: un método de trabajo con la comunidad. En Redes de redes. Las prácticas de la intervención en redes sociales Paidos. Grupos e Instituciones.

Rudulfo Ricardo (1989). El Niño y el significante. Un estudio sobre la funciones del jugar en la constitución temprana. Paidos Biblioteca de la psicología profunda.

Roser Fernández Peña – Redes sociales, apoyo social y salud Antropología Social y Cultural, UAB1periféria.

Revista de recerca investigación en antropología N.º 3, Diciembre 2005. *www.periferia.name*

Schlosser Olga, Bujman Adela, Lusthaus Debora e Lares Ignacio (1995). Desde la comunidad hospitalaria hacia la comunidad educativa: Grupos multirepresentativos. En Redes de redes. Las prácticas de la intervención en redes sociales. Paidos. Grupos e Instituciones.

22

# Migración y Salud Pública:
## de la ósmosis social a los nuevos desafíos

Luis Bernardo Villalobos Solano[1]

Resumen

*El autor ofrece una serie de argumentos que evidencian la importancia del análisis de la movilidad poblacional y la migración en el campo de la Salud Pública, a partir de un esclarecimiento conceptual de ambas categorías: movilidad y migración. Elabora algunas consideraciones que dejan ver por qué es necesario conocer los determinantes que están involucrados en ambos procesos, ofreciendo algunos datos que dejan ver que ambos procesos surgen a partir de lo que él y otros colegas con los que ha investigado denominan "ósmosis social". En otro componente de este documento se exponen las implicaciones que ambos procesos, ya mencionados, tienen en la provisión y fortalecimiento de las políticas y los servicios dirigidos a esa población, el manejo de la información, así como del fortalecimiento de los derechos de las personas migrantes.*

## *Introducción*

El presente artículo se inicia con algunas consideraciones relacionadas con los conceptos de movilidad poblacional y migración. Otro apartado

1 Médico, M.Sc. en Salud Pública. Representante Área de Salud ante el Consejo Universitario 2005-2009, Profesor de la Escuela de Salud Pública, UCR.

aborda la evolución de los determinantes de los procesos de movilidad y de migración. Finalmente, se realiza una reflexión sobre los datos recientes de movilidad poblacional y migración en Costa Rica y sus posibles implicaciones en el campo de la Salud Pública, entre las que se destacan aspectos relacionados con la provisión y fortalecimiento de las políticas y los servicios dirigidos a esta población, el manejo de la información y el fortalecimiento de los derechos de las personas migrantes.

## *Desarrollo*

### *Algunas consideraciones relacionadas con los conceptos de movilidad poblacional y migración*

El ser humano es un ser móvil por naturaleza. Desde los albores de la humanidad las personas se han desplazado hacia diversos sitios en busca de insumos y condiciones que les aseguren su bienestar.

Los primeros seres de la especie humana se movilizaron en busca de alimentos, protección y abrigo, y posiblemente encontraron condiciones mejores que los llevaron a asentarse en el nuevo sitio y en su condición de nómadas se movilizaron de nuevo durante varias generaciones.

En una investigación realizada por el Programa de Investigación en Políticas de Salud de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Costa Rica a principios del presente siglo se plantea que existen países expulsores y países receptores. Dentro de ese marco, Costa Rica es un país fundamentalmente receptor y desde el siglo pasado maneja saldos migratorios positivos. (Villalobos, Chamizo y Piedra, 2008:20-21)

Castillo hace la diferencia entre migración y movilidad poblacional y señala lo siguiente

> *"el concepto de movilidad territorial de la población, a diferencia del concepto tradicional de migración, puede resultar útil en términos operativos (...) porque permite distinguir no sólo poblaciones que han cambiado su lugar de residencia habitual, sino también otras que sin hacerlo experimentan diversos grados de movilidad en distintas zonas y puntos del territorio".* (Castillo, spi, sf, snp)

En ese sentido, Castillo plantea por tanto que la movilidad debe mirarse como un proceso transitorio, muy frecuente por cierto en un mundo globalizado.

De la misma manera, existe una coincidencia cuando se contrastan los planteamientos de Castillo con los que hace Blanco, citada por Borge (2004) en términos de que ambos consideran el tema de la temporalidad en el desplazamiento de las personas, lo que desde el punto de vista de la Salud Pública es de extraordinaria importancia por muchas razones, entre las que destacan el cambio en las prácticas culturales, la exposición a determinados riesgos y la adopción de estilos de vida favorables y desfavorables sobre el estado de salud.

En esa línea, Blanco conceptualiza la migración como:

> *"movimientos que supongan para el sujeto un cambio de entorno político-administrativo, social y/o cultural relativamente duradero; o de otro modo, cualquier cambio permanente de residencia que implique la interrupción de actividades en un lugar y su reorganización en otro. Por el contrario no son considerados migraciones los desplazamientos turísticos, los viajes de negocios o de estudios, por su transitoriedad y no implicación de reorganización*

*vital, o los cambios de residencia dentro del mismo municipio, por no suponer un cambio de entorno político-administrativo ni derivarse necesariamente de él la interrupción de actividades previas"* (Blanco 2000:17).

Dentro de esta línea de pensamiento, la movilidad y las migraciones generan procesos correlacionados en los que se crea información, tecnología, ciencia, arte y nuevas prácticas culturales. De esa manera se puede afirmar que hay una interdependencia entre la movilidad poblacional, las migraciones y el proceso de globalización que ha posibilitado externalidades positivas como las que señalan Sen y Kliksberg (2007,p.16) cuando relatan que:

> *"el progreso de la ciencia y la tecnología globales no constituyen un fenómeno exclusivamente promovido por Occidente, hubo importantes desarrollos globales en los cuales Occidente ni siquiera tuvo participación. La impresión del primer libro del mundo constituyó un acontecimiento maravillosamente global. La tecnología de la imprenta fue, naturalmente, un logro totalmente propio de los chinos. El contenido, sin embargo, vino de otro lugar. El primer libro impreso fue un tratado de sánscrito de la India, traducido al chino por un medio turco. (...) un académico medio indú y medio turco que vivió en una región del Turkistán oriental llamada Kucha, pero que luego emigró a la China."*

El Informe de la Comisión Mundial sobre las Migraciones Internacionales (2005:5,6) reconoce que:

> *"las migraciones internacionales siguen desempeñando un papel importante (que no suele reconocerse) en los asuntos nacionales, regionales y mundiales. En muchos países en desarrollo, los fondos enviados por los migrantes constituyen una fuente*

*de ingresos más importante que la ayuda oficial al desarrollo o las inversiones extranjeras directas. En gran parte del mundo, los migrantes no solo ejecutan el trabajo que los nacionales no desean, sino también actividades de alto valor que los nacionales no están capacitados para realizar. En ciertos países, sectores enteros de la economía y muchos servicios públicos dependen en gran medida de la mano de obra migrante, y se desplomarían de la noche a la mañana si esos trabajadores dejasen de estar disponibles."*

Asimismo, este Informe agrega que el proceso de migración está en expansión, lo que se sustenta al afirmar que

*"en los últimos 30 años, la proporción de personas nacidas en el exterior que viven en países desarrollados por lo general ha aumentado, mientras que en la mayoría de los países en desarrollo se ha mantenido estable o ha disminuido. Alrededor de 60 por ciento de los migrantes registrados hoy se encuentran en los países más prósperos del mundo y el otro 40 por ciento en los países en desarrollo. A pesar de esta tendencia, muchas personas siguen migrando «de sur a sur», de un país en desarrollo a otro. Según las recientes estadísticas de la ONU, Asia cuenta con alrededor de 49 millones de migrantes, África con 16 millones y América Latina y el Caribe con 6 millones."*

En otros casos, los procesos de movilidad y migración generan externalidades negativas relacionadas con el abuso del poder y las posiciones xenofóbicas, aún cuando existe multiplicidad de tratados internacionales relativos a la materia de migración. Es así como se acepta que la *"principal inspiración para el marco legal y normativo que afecta a los migrantes es la Declaración Universal de los Derechos Humanos y siete tratados de derechos*

*humanos de la ONU que confieren un efecto legal a los derechos de la Declaración: la Convención internacional de 1965 sobre la eliminación de todas las formas de discriminación racial; el Pacto internacional de derechos civiles y políticos de 1966; el Pacto internacional de 1966 relativo a los derechos económicos, sociales y culturales; la Convención internacional de 1979 sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer; el Convenio de 1984 para la prevención de la tortura y de las penas o tratos inhumanos o degradantes; la Convención internacional de 1989 sobre los derechos del niño y la Convención internacional de 1990 sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares".* Comisión Mundial sobre las Migraciones Internacionales (2005:58)

En el caso de Costa Rica, todo este marco normativo citado ha sido refrendado por las instancias correspondientes, con excepción de la *Convención internacional de 1990 sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares.*

En definitiva, podemos concluir en esta parte, que tanto los procesos de movilidad y como los de migración propiamente dicha dan fundamento a cinco categorías de países: unos que son expulsores, otros que son receptores, otros que son de tránsito, otros que tienen al menos dos de las categorías y finalmente, otros que tienen todas las categorías. En el caso de Costa Rica, podemos afirmar que –aún cuando están presentes las otras categorías, es un país fundamentalmente receptor.

### *La evolución de los determinantes de los procesos de movilidad y de migración: ¿estamos frente a un proceso de "osmosis social" en el planeta?*

En el marco de las consideraciones anteriores, se ha señalado que *"existe una serie de determinantes del proceso migratorio y de movilidad poblacional. Así, dentro de la evolución demográfica el ritmo de cambio en el tamaño, la distribución territorial y la estructura poblacional generan demandas en las necesidades básicas que, cuando se contrastan con las de otros territorios, se convierten un aliciente para tomar la decisión de movilizarse. También, las condiciones sociopolíticas, el incremento en las comunicaciones, el deterioro ambiental y la conformación de redes sociales entre diversos territorios sirven de amalgama que estimulan el proceso."* (Villalobos, Chamizo y Piedra. 2008:20,21)

Borge (2004:48,49), haciendo referencia a las tipologías de la migración propuestas por Petersen (1958), menciona que *" (...) a las migraciones que se generan por el deseo de las personas a alcanzar algo nuevo, y cambiar sus condiciones por medio de la migración, a estas las llamó migraciones innovadoras; y a las que se producen como respuesta a un cambio en las condiciones con el fin de retener aquello que han logrado en el lugar que nacieron, se les denominó conservadoras. El autor afirma que las migraciones han sido más innovadoras que conservadoras.".*

Sin embargo, es necesario tener presente que dentro de la dinámica social se dan variaciones del contexto, y por lo tanto, los determinantes van cambiando, al menos en lo que respecta a su intensidad y a su manifestación asociada a otros determinantes. De esta forma, por ejemplo, lo que en una época significó un problema, en otras ya no lo es. En ese

| Tipología de las migraciones | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Relación | Fuerza migratoria | Clase de migración | Tipo de migración | |
| | | | Conservadora | Innovadora |
| Hombre y naturaleza | Impulso ecológico | Primitiva | nomadismo recolectores | Huida de la tierra |
| Hombre y Estado (o su equivalente) | Política migratoria | Forzada | Desplazamiento | Tráfico de esclavos |
| | | Impelida | Huída | Tráfico de trabajadores |
| Hombre y sus normas | Aspiraciones individuales | Libre | Grupo | Pionera |
| Comportamiento colectivo | Impulso Social | De masas | Asentamiento | Urbanización |

Fuente: Petersen, W. 1958:266. Citado por Borge (2004)

sentido, con el desarrollo científico técnico se han dado progresos en los medios de transporte por las diferentes vías y ello ha estimulado movimientos masivos de población de un país a otro hacia mejores alternativas de empleo.

Entre los principales motivos para la migración destacan:

- La búsqueda de una mejor calidad de vida a nivel personal y familiar
- Los contrastes e inequidades en el ingreso entre distintas regiones e incluso en una misma región
- Las políticas laborales y migratorias de los países de origen y de destino
- Los problemas políticos (que impulsan la migración transfronteriza, así como los desplazamientos dentro de un mismo país)
- La degradación del medio ambiente, inclusive la pérdida de tierras de cultivo, del recurso hídrico de los espacios habitacionales
- La migración de los profesionales y de los jóvenes más educados de países en desarrollo para llenar las lagunas en la fuerza laboral de los países industrializados.

Recientemente, en el año 2009, el Banco Mundial, (Informe Anual 2009:46) señala:

> La cantidad de *"personas que viven en situación de pobreza extrema podría aumentar en 2009 en más de la mitad de los países en desarrollo, en particular en dos tercios de todos los países de ingreso bajo y en tres cuartas partes de todos los países de África. Como consecuencia de la recesión mundial, se prevé que entre 55 millones y 90 millones de personas más caigan en la pobreza extrema en 2009, y el número de personas crónicamente hambrientas ha subido a más de 1.000 millones (...). En el caso de América Latina y el Caribe "Las economías que mantienen estrechos vínculos con los Estados*

*Unidos, es decir, México y los países de América Central y el Caribe, probablemente serán los más perjudicados con esta larga recesión. (...) Los flujos de remesas hacia la región han disminuido considerablemente y los efectos de esa contracción han sido especialmente negativos en México, América Central y el Caribe; éstos incluyen una reducción del 6% en términos reales en 2008, y posiblemente un 10% en 2009".*

Esta inequidad provoca una brecha social muy amplia entre los diversos sectores, que en contraste con políticas sociales excluyentes y de una baja cobertura con servicios públicos que propicien la satisfacción efectiva de las necesidades básicas –tanto materiales como inmateriales– se convierten en el caldo de cultivo necesario que estimula que entre algunos habitantes, tras la búsqueda de nuevas oportunidades deciden abandonar, temporal o permanente, su territorio de origen en una especie de *"ósmosis social"* donde hay una movilización de la población hacia territorios que tienen –según su perspectiva– condiciones más favorables para el desarrollo humano (Villalobos, Chamizo y Piedra, 2008:22).

Si comparamos esta situación, de acuerdo con los datos del Informe Sobre el Estado de la Población Mundial, del UNFPA-2009, los datos señalan que para el caso de Costa Rica es claro el proceso de movilidad y migración de ciudadanos colombianos y nicaragüenses, que son los que más se movilizan al país, se da esa situación de gradiente social.

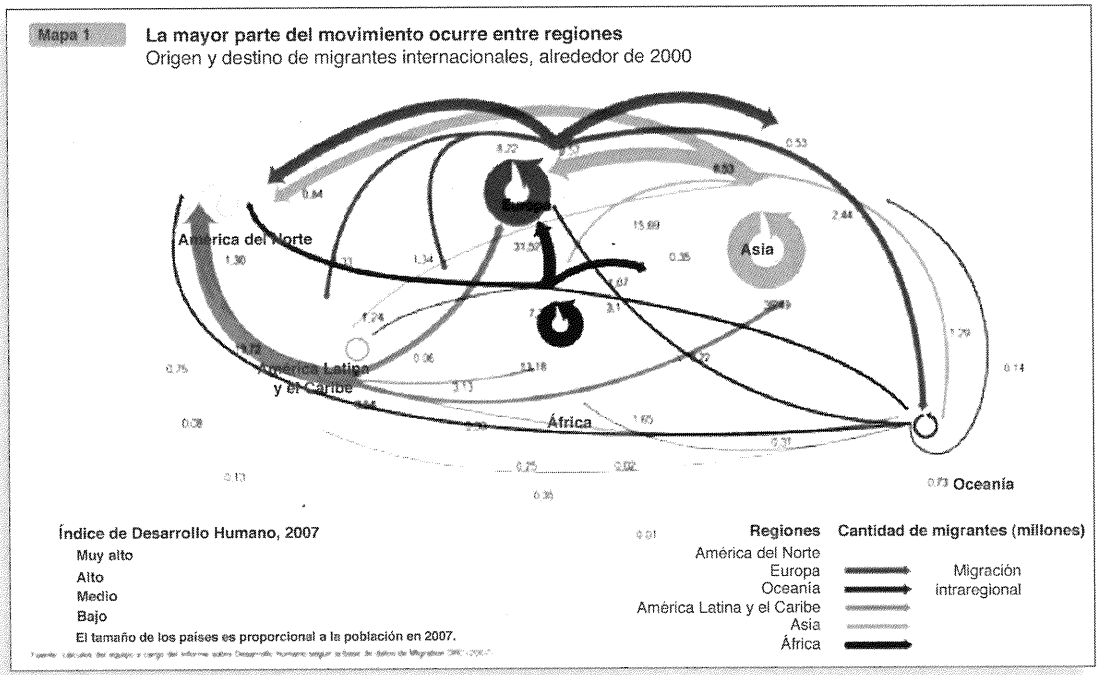
Estas consideraciones se pueden observar en algunos datos de la siguiente tabla comparativa:

| País, territorio u otra delimitación | Población (millones) (2009) | Población, proyección (millones) (2050) | Tasa media crecimiento Demográfico (2005-2010) (%) | % población urbana (2009) | Tasa de crecimiento urbano (2005-2010) | Población/ha tierra arable y permanentemente cultivada | Tasa de Fecundidad total (2009) | % partos atendidos Personal calificado | INB $ per cápita PPA (2007) | Gasto público en salud (% PIB) | Asistencia externa de población (000 $ EE.UU.) | Mortalidad menores de 5 años est. 2005-2010 (M/F) | Consumo energía per cápita | Acceso a agua potable |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Costa Rica | 4,6 | 6,4 | 1,4 | 64 | 2,3 | 1,6 | 1,94 | 94 | 10.510 | 5,3 | 1.456 | 13/ 10 | 1.040 | 98 |
| Nicaragua | 5,7 | 8,1 | 1,3 | 57 | 1,8 | 0,4 | 2,68 | 74 | 2.510 | 4,6 | 36.732 | 29 / 22 | 624 | 79 |
| Colombia | 45,7 | 62,9 | 1,5 | 75 | 1,9 | 2,4 | 2,40 | 96 | 8.260 | 6,2 | 3.773 | 30 / 22 | 695 | 93 |

Fuente: Elaboración propia, con base en The State of World Population 2009 Facing a changing world: women, population and climate United Nations Population Fund - November 2009. En: *http://www.unfpa.org/swp/2009/es/pdf/ES_SOWP09_Demi Social Econ.pdf*

Hay algunos indicadores a los que se debe poner mucha atención, en los que tanto Colombia como Costa Rica tienen similitudes, sin embargo, otros de orden social, que son una especie de síntesis o trazador de las políticas sociales establecen un clara diferencia entre Costa Rica y los otros dos países, tal es el caso de asistencia externa en el que tanto Nicaragua como Colombia tienen una clara superioridad, lo que podría indicar que el nivel de dependencia de esos países de la ayuda exterior está comprometiendo la sostenibilidad de los programas de bienestar social, ya que al desaparecer la ayuda, los programas podrían perder su capacidad de respuesta. Otro indicador es la mortalidad de menores de 5 años, en donde Costa Rica tiene una menor mortalidad, lo que probablemente indica que los programas de protección a los menores son más universales y efectivos. En lo que respecta al consumo de energía, Costa Rica prácticamente duplica ambos países, lo que podría estar indicando una mayor universalidad y por ende disponibilidad de este servicio para satisfacer necesidades básicas. Este mayor acceso tiene implicaciones en otros campos como los de salud, alimentación, nutrición, calidad y disponibilidad de alimentos, seguridad de los insumos para la atención médica, y por ende, se puede reflejar globalmente en la calidad de vida de la población nacional.

La situación de desigualdad que está por lo general detrás de los procesos de movilidad poblacional, también se evidencia en la siguiente figura que aparece en el Informe de Desarrollo Humano de Naciones Unidas del 2009:




Fuente: Informe de Desarrollo Humano de Naciones Unidas del 2009 En: INFORME SOBRE DESARROLLO HUMANO 2009. Superando barreras: movilidad y desarrollo humanos http://hdr.undp.org/en/media/HDR_2009_ES_Complete.pdf

### *Algunos datos recientes de movilidad poblacional y migración en Costa Rica y sus posibles implicaciones en el campo de la salud pública*

Costa Rica ocupa el lugar N.º 50 dentro del Índice de Desarrollo Humano de Naciones Unidas para el año 2008. Asimismo, tanto dentro del contexto latinoamericano como centroamericano, posee una serie de indicadores sociales y sanitarios muy favorables, cercanos a los de países con mayor grado de avance económico. Además, cuenta con una situación política relativamente estable y alejada de conflictos bélicos. Estas condiciones convierten al país en un destino atractivo para los inversionistas y los habitantes de otros países que atraviesan situaciones políticas o económicas más difíciles. Al respecto, Schmidt, (1979), menciona que para 1973, se calculaba que el 3% de la población del país era de origen extranjero y un 42.7% se localizaba en la Provincia de San José. Dentro de ese 3%, el 50.51% era de origen nicaragüense. Esa población se desempeñaba en más del 40% en labores agrícolas y afines, y menos del 15% como artesanos y operarios.

Desde hace más de una década los datos señalaban que Costa Rica ha sido el único país centroamericano en el que ha aumentado la inmigración. Programa Estado de la Nación (1999:365).

En el país diversos estudios hacen referencia a que existe entre un 10 y un 20% de población inmigrante, de los cuales un alto porcentaje lo constituyen aquellas personas que proceden de Nicaragua.

> En el Censo Nacional de Población (2000) menciona que *"un total de 296.461 personas residentes ese año en Costa Rica nacieron en el exterior, representando el 7.8% de la población total. El origen de este*

*segmento poblacional es diverso, pero se distribuye principalmente en cuatro países: Nicaragua, Panamá, Estados Unidos y Colombia. Sin embargo, la población nacida en Nicaragua representa cerca del 75% del total de población extranjera registrada y constituye la población migrante de mayor relevancia en el conjunto de la sociedad costarricense [...] No obstante se estima que una importante proporción de población nicaragüense no fue incluida en dicho cálculo, en tanto constituye parte de la fuerza laboral que se desplaza como parte de los ciclos agrícolas productivos temporales, lo que la vuelve altamente móvil al interior del país."* Organización Panamericana de la Salud (2003:7).

De acuerdo con datos más recientes, en términos absolutos se estimaba que en el país residían en el año 2006 un total de 316.658 personas provenientes de Nicaragua. Programa Estado de la Nación (2008:252). Asimismo, del total de de nacimientos en el año 2008 en el país, el porcentaje de hijos de madre extranjera fue de 19.1%, y de madre nicaragüense la proporción fue de 16.3%. Centro Centroamericano de Población (2010).

En Costa Rica, el Décimo Quinto Informe de Estado de la Nación apunta que:

> La *"región Central es la receptora de más de tres cuartas partes de las personas que migraron desde otros países. (...) Le siguen las regiones Huetar Norte y Huetar Atlántica, que recibieron inmigrantes no solo del extranjero, sino también de otras regiones del país. (...) Los datos expuestos indican que la inmigración extranjera es la que puede crear mayor presión en el crecimiento poblacional de las áreas aledañas a la capital."* (Programa Estado de la Nación 2009:99)

La movilidad poblacional se puede intensificar debido a la entropía climática que vive nuestro planeta a causa de la depredación humana del ambiente causada por un modelo económico insostenible que predomina actualmente. *"Las resultantes migraciones en masa causarán graves problemas de salud, tanto directamente, debido al estrés de diversos tipos que entraña el proceso de migración, como indirectamente, debido a los posibles conflictos civiles causados por desplazamientos caóticos de personas"*. (UNFPA, 2009:5)

Dentro de este marco anterior, la región centroamericana y particularmente Costa Rica no es ajena a este tipo de amenazas. En el año que 2009 fue altamente difundida la noticia de la llegada al país de migrantes africanos que huían de las difíciles condiciones climáticas en ese continente.

En el informe de UNFPA ya citado también se señala que el cambio climático tendrá implicaciones en la vida humana y en los recursos naturales, con serias consecuencias para la salud pública, la seguridad alimentaria y la disponibilidad de agua. (UNFPA, Ibid, p.29)

Otro aspecto importante de considerar es que las personas migrantes deben ser visibilizadas en las estadísticas del país receptor, sin llegar a pensarse que esto implica estigmatización de las personas migrantes, sino más bien una valorización del aporte que ellas hacen al desarrollo nacional y que requiere ser cuantificado. En ese sentido, al revisar la mayoría de los datos producto de los sistemas de información de algunas instancias nacionales, no se cuantifica la nacionalidad de las personas atendidas, lo que podría dificultar las estadísticas que intenten estimar en qué medida se atienden las necesidades de esta población.

Tal y como lo plantea en uno de los informes de la OPS en referencia al vínculo entre migración y salud al respecto menciona: *"ambas están vinculadas y son indiscutiblemente interdependientes. Su análisis supone la consideración de los procesos epidemiológicos y sanitarios, las complejas y diversas dimensiones de la salud humana, sus factores genéticos y biológicos, sus determinantes sociales y ambientales, los comportamientos individuales y la respuesta organizada de la sociedad ante ello"*. (OPS/OMS. 8ava. Conferencia Internacional sobre las Migraciones, 2008).

## *Conclusiones*

En términos generales podemos concluir, entre otros aspectos que las migraciones se han convertido en un tema fundamental en el campo de la Salud Pública por varias razones:

a) Las remesas derivadas de las migraciones contribuyen a suplir las necesidades básicas de muchas familias pobres. De acuerdo con datos de la OPS, en *el 2001 los ingresos por remesas representaron en el mundo 72,300 millones de dólares sobrepasando la cifra de la ayuda internacional. En ese contexto, América Latina y el Caribe se destacan por ser la Región de mayor y más acelerado aporte de remesas.* (Organización Panamericana de la Salud, ibid 2008).
b) Las poblaciones móviles y migrantes están expuestas a una serie de condiciones de vulnerabilidad y riesgo que pueden alterar su estado de salud. Asimismo, estos grupos poblacionales puede que tengan limitaciones en el acceso a los servicios de salud en sus lugares de destino y asimismo, esta limitación se convierte en riesgo de otros problemas importantes, que

afectan sobre todo a las mujeres y a los niños: por ejemplo, controles prenatales tardíos por falta de acceso, esquema básico de inmunizaciones incompleta, servicios de saneamiento básico deficientes, entre otros problemas. En el caso de los varones y algunas mujeres que también contrata el sector agrícola se pueden presentar accidentes laborales, intoxicaciones con plaguicidas. Asimismo, algunos hombres contratados por el sector de la construcción también pueden sufrir accidentes laborales y otros problemas derivados de ocupaciones riesgosas como caídas desde zonas altas o enterramiento en excavaciones.

c) El retorno de muchos móviles y migrantes a sus lugares de origen también genera problemas en el campo de la Salud Pública, puesto que muchos de ellos pueden ser portadores de infecciones de transmisión sexual o bien, tener problemas de consumo de sustancias sicotrópicas, así como presentar conflictos derivados de otros factores no necesariamente asociados con el proceso migratorio, pero que se asocia al darse éste último como la pertenencia a maras y pandillas.

d) Las difíciles condiciones de la migración y de las personas que migran, demandan en muchos países un fortalecimiento de las políticas públicas en el campo social.

e) Como hemos mencionado con antelación, el tema de la movilidad y de las migraciones, sobre todo en aquellos casos de personas indocumentadas, exige un mayor desarrollo de los sistemas de información, que permita, por ejemplo, que los patronos no evadan el aseguramiento de los trabajadores, o bien, estímulos para regularizar la estadía en el país y por ende, darle mayores derechos a esta población, pero a la vez, tener estadísticas más fiables que permitan una mayor

planificación de los recursos y una mejor orientación de las políticas públicas en el campo social en general y de la salud en particular.

## *Referencias bibliográficas*


Banco Mundial. Informe de Desarrollo Mundial 2.005 Washington D.C. 2005. Versión electrónica en PDF. *http://siteresources.worldbank.org/INTWDR2005/Resources/wdr2005_overview_spanish.pdf*

Banco Mundial. Informe de Desarrollo Mundial2009. *http://siteresources.worldbank.org/EXTAR2009/Resources/ 6223977-1253813071839/AR09_Year_in_Review_Spanish.pdf*

Blanco, C. (2000). Las migraciones contemporáneas. Madrid: Alianza Editorial. Citado por Borge, D. 2004

Borge, D. (2004). Migraciones de Nicaragüenses hacia Costa Rica: análisis de dos redes sociales. Disertación doctoral, Universidad de Costa Rica 2004 – San José, CR.

Castillo, M. Notas respecto de los conceptos de migración y movilidad territorial de la población. Documento mimeografiado. (spi) (sf) (snp)

Centro Centroamericano de Población. Universidad de Costa Rica (2010). Indicadores demográficos, Costa Rica. En: *http://ccp.ucr.ac.cr/observa/CRindicadores/inmigra.htm*

COMISIÓN MUNDIAL SOBRE LAS MIGRACIONES INTERNACIONALES (CMMI) (2005) un mundo interdependiente: nuevas orientaciones para actuar En: *www.bancomundial.org*

Comisión Mundial Sobre Las Migraciones Internacionales (2005) Informe De La Comisión Mundial Sobre Las Migraciones Internacionales. Suiza. En: *http://www.gcim.org/mm/File/Spanish(1).pdf*

Kliksberg, B. Sen, A. (2007) Primero la Gente. Una mirada desde la ética del desarrollo a los principales problemas del mundo globalizado. 1 ed. Barcelona, España. Editorial Deusto

Organización Panamericana de la Salud (2003) Migración y Salud en Costa Rica: elementos para su análisis. Ministerio de Salud. Organización Panamericana de la Salud. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. San José, C.R.

Organización Panamericana de la Salud. 8ava. Conferencia Internacional sobre las Migraciones, Montevideo-Uruguay, Septiembre del 2008).En: *http://www.paho.org/Spanish/D/DSpeech_URU_Migracion_spa_Sep08.htm*

Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. INDICE DE DESARROLLO HUMANO 2008. Nueva York, 2008. Versión electrónica en PDF. p.25 *http://hdr.undp.org/en/media/HDI_2008_EN_Tables.pdf*

Programa Estado de la Nación (1999) Informe Estado de la Región en Desarrollo Humano Sostenible: informe 1/ Programa Estado de la Nación. – San José C.R.

Programa Estado de la Nación (2008) Estado de la Región en Desarrollo Humano Sostenible un informe desde Centroamérica y para Centroamérica / Programa Estado de la Nación. – San José C.R. : Estado de la Nación.

Programa Estado de la Nación (2009). Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible. Informe 15. Programa Estado de la Nación. – San José C.R. : Estado de la Nación.

Schmidt, A. (1979) Los extranjeros en Costa Rica. San José, Costa Rica. Comité Nacional de Población. (spi, snp)

UNFPA. The State of World Population 2009 Facing a changing world: women, population and climate United Nations Population Fund - November 2009 En: *http://www.unfpa.org/swp/2009/es/pdf/ES_SOWP09DEemSocialEcon.pdf*

Villalobos, L. Chamizo,H. Piedra, M. (2008) Cuando la vulnerabilidad se desplaza: VIH/sida y poblaciones móviles en la estación de paso de La Cruz, Costa Rica. 1 ed. San José, Costa Rica.: Editorial Universidad de Costa Rica.

# IV

# Legislación sanitaria, calidad y nuevas alternativas de atención

23

# Marco legal de la Salud Pública en Costa Rica

Karen Vargas López[1]

Resumen

*El presente artículo pretende acercar al lector al marco legal de la salud en Costa Rica, para lo cual se aborda la regulación que sirve de fundamento de las actividades que competen a actores protagónicos del Sector Salud. El tema se aborda desde la perspectiva de los derechos humanos, con referencia al sustento constitucional y legal del derecho a la salud. Se incluye una revisión general de normas especiales en materia de rectoría de la salud, prestación de servicios médicos, atención médica de sectores vulnerables como madres adolescentes, niños, migrantes, portadores de VIH-SIDA, explotación minera, aguas y gestión ambiental..*

## *Introducción*

Dentro del Ordenamiento Jurídico costarricense se ha incorporado gran cantidad de normas que regulan actividades relacionadas con la salud. Aunque conocer toda esta normativa resulte complejo, dado que no existe una sistematización de estas.

1 Abogada y salubrista. Funcionaria de la Dirección Jurídica de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Quienes trabajan en el ámbito sanitario, independientemente de la actividad que realicen, deben tener conocimiento por lo menos de la regulación general que para tales efectos ha sido dispuesta, lo que, además de ser un insumo adicional a las funciones que diariamente realizan, les dará mayor seguridad de que su actuar está ajustado a Derecho.

En el caso de Costa Rica, la Sala Constitucional en forma reiterada ha interpretado que, el derecho a la salud deriva del numeral 21 de la Constitución Política, el cual establece que la vida humana es inviolable, y desde esta perspectiva la salud como derecho humano constituye un bien jurídico de primer orden. En razón de ello, se ha construido una plataforma institucional que integra actores de distintos ámbitos, que juntos conforman el Sector Salud de nuestro país. El Ministerio de Salud es el ente rector.

Ahora bien, debido a que los determinantes de la salud son de distinta naturaleza, diferentes cuerpos normativos regulan actividades que de alguna forma pueden afectar la salud de las personas, ya que hay situaciones en que el abordaje del tema va más allá de consideraciones estrictamente médicas, lo que obliga a que su estudio se realice en forma interdisciplinaria, aspecto que también es considerado desde el punto de vista legal, como enseguida se expondrá.

## *Desarrollo*

### *Sinergia entre la salud y los derechos humanos*

Cualquier análisis que se pretenda efectuar sobre el derecho a la salud, requiere precisar las razones por las cuales este es considerado un derecho fundamental del

ser humano. Los derechos humanos son en sí garantías jurídicas universales que permiten proteger a toda persona frente aquellas acciones que puedan afectar en forma negativa las libertades personales y la propia dignidad humana. Se trata de derechos que son inherentes a todo individuo, sin distinción alguna de su nacionalidad, orientación sexual, raza, religión, etnia u otra condición particular. Todas las personas son titulares de derechos humanos y su existencia no depende del reconocimiento por parte del Estado (Niken, P.) Estos derechos protegen las condiciones básicas de las que toda persona debe gozar para poder llevar una vida humana en condiciones de dignidad (Instituto Centroamericano de Estudios Fiscales).

Entre las principales características de los derechos humanos, destacan (Oficina de Alto comisionado de Derechos Humanos en Guatemala):

- Los derechos humanos son **universales**: todas las personas tienen igual condición con respecto a esos derechos, en cualquier lugar y en cualquier tiempo.
- Son **intransferibles, irrenunciables e inalienables:** nadie puede renunciar a sus derechos o negociarlos. Tampoco el Estado puede disponer de los derechos de los ciudadanos; en situaciones extremas algunos derechos pueden ser limitados temporalmente, pero nunca negados.
- Son **imprescriptibles y acumulativos:** no prescriben, no caducan y no se pueden perder. Por el contrario, con el tiempo se conquistan nuevos derechos.
- Son **incondicionales y obligatorios:** no requieren ninguna condición para su goce y tanto las personas como los Estados tienen la obligación de respetarlos.
- Son **inviolables:** nadie puede atentar, lesionar o destruir los derechos humanos.

- Son **integrales, interdependientes, indivisibles y complementarios:** no hay una jerarquía entre diferentes tipos de derecho; los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales son todos igualmente necesarios para una vida digna. No se pueden reprimir algunos derechos para promover otros.

En razón de ello, corresponde al Estado adoptar las medidas necesarias para garantizar de forma efectiva los derechos humanos, a favor de toda persona.

Según la OMS, por enfoque de la salud basado en los derechos humanos se entiende (OMS, 2002):

- Utilizar los derechos humanos como marco para el desarrollo sanitario.
- Evaluar las consecuencias que tiene cualquier política, programa o legislación sanitaria para los derechos humanos y adoptar medidas al respecto.
- Tener en cuenta los derechos humanos en la concepción, la aplicación, la supervisión y la evaluación de todos los tipos de políticas y programas (políticos, económicos y sociales, entre otros) que guarden relación con la salud.

La Declaración de Alma-Ata reitera que la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades; que en razón de ello, es un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud (Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, 1978).

A nivel sanitario la aplicación del enfoque de derechos humanos permite potencializar el rol de la salud

pública, tanto respecto del análisis de los determinantes de la salud como de la construcción de políticas públicas y nuevas regulaciones que posibiliten garantizar el derecho a la salud a toda persona, teniendo como guía de acción el respeto a la dignidad humana.

## *El derecho a la salud*

El derecho a la salud implica desde la perspectiva jurídica *"el conjunto de preceptos obligatorios que reconocen a los individuos derechos concernientes a la salud y que reglan su conducta respecto de todos aquellos asuntos en los que entra en juego la salud de la persona y del grupo"* (Salazar Cambronero, citado por Mena García, 2000).

En la Observación N.º 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU (órgano creado dentro del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, para interpretar, supervisar y proteger la aplicación del Pacto relativo a esta materia), la cual constituye una observación general sobre el derecho a la salud; se indica que *"el derecho a la salud no debe entenderse como un derecho a estar sano"*, sino que *"el derecho a la salud debe entenderse como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud.*

Para Mary Robinson, Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, el *"derecho a la salud no significa derecho a gozar de buena salud, ni tampoco que los gobiernos de países pobres tengan que establecer servicios de salud costosos para quienes no disponen de recursos. Significa que los gobiernos y las autoridades públicas han de establecer políticas y planes de acción destinados a que todas las personas tengan*

*acceso a la atención de salud en el plazo más breve posible. Lograr que eso ocurra es el reto al que tienen que hacer frente tanto la comunidad encargada de proteger los derechos humanos como los profesionales de la salud pública"* (Tomado de sitio web: *http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9243545698_spa.pdf.*

A efectos de precisar un concepto que nos permita comprender qué es el derecho a la salud, podríamos señalar que se trata de un derecho fundamental inherente al ser humano que debe ser tutelado por el Estado. Este debe garantizar el acceso equitativo a las acciones de promoción, prevención y curación de la salud, tomando en cuenta sus diferentes determinantes. Dicho derecho también implica la obligación del poder estatal de garantizar el acceso continuo e ininterrumpido a los servicios básicos que se requieren para proteger la salud de las personas, los cuales deben brindarse en forma eficiente y efectiva.

En cuanto al fundamento legal del derecho a la protección de la salud, es posible afirmar que a nivel internacional este tiene su génesis a partir de la constitución de la OMS en 1946, posteriormente fue reiterado en la declaración de Alma-Ata de 1978 y en la Declaración Mundial de la Salud adoptada por la Asamblea Mundial de la Salud en el año 1998. Además es reconocido en múltiples instrumentos internacionales, entre los cuales destaca lo regulado en los artículos 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y 10 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos.

Aunado a ello, el derecho a la salud encuentra sustento jurídico en los artículos 21, 46 (último párrafo), 50 (párrafo II) y 73 de la Constitución Política.

## *Reconocimiento jurisprudencial del derecho a la salud dentro del ordenamiento jurídico costarricense*

En la Constitución Política de Costa Rica no se hace referencia alguna al derecho a la salud, lo cual constituye una laguna jurídica dejada por el Constituyente de 1949. Para el mes de noviembre de 2009 se observaba la existencia de dos proyectos de reforma constitucional que se estaban tramitando en la Asamblea Legislativa, los cuales pretendían incorporar el derecho a la salud en la Carta Magna; me refiero a los contenidos en los expedientes N.º 15.212 y N.º 16.357. Según información suministrada por la Oficina de Iniciativa Popular de la Asamblea Legislativa el 17 de noviembre de 2009, el primer de ellos permaneció en Plenario desde el año 2004 pero fue archivado el 26 de abril de 2007. En el caso del expediente N.º 16.357, para la misma fecha se registra que ha sido ubicado en el segundo lugar del Plenario para tercera lectura dentro de las Reformas Constitucionales.

No obstante, tal omisión ha sido solucionada por medio de la interpretación que sobre el derecho a la vida -establecido en el artículo 21 de la nuestra Carta Magna- ha efectuado la Sala Constitucional, según se observa en los siguientes extractos (Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia, Resolución No 1915 ,1992 y otras):

> *"En cuanto al derecho a la salud (...) si bien nuestra Constitución Política no contempla de forma expresa este derecho (...) no se puede negar su existencia, por ser derivado directo del derecho a la vida protegido en el artículo 21 de nuestra Constitución, ya que este –de derecho a la vida– es la razón de ser y explicación última del derecho a la salud. La conexión existente entre ambos es innegable, el derecho a la salud tiene como propósito fundamental*

*hacer efectivo el derecho a la vida, porque éste no protege únicamente la existencia biológica de la persona, sino también los demás aspectos que de ella se derivan".*

*"El derecho a la vida reconocido en el numeral 21 de la Constitución es la piedra angular sobre la cual descansan el resto de los derechos fundamentales de los habitantes de la República. De igual forma, en ese ordinal de la carta política encuentra asidero el derecho a la salud, puesto que, la vida resulta inconcebible si no se le garantizan a la persona humana condiciones mínimas para un adecuado y armónico equilibrio psíquico, físico y ambiental (...)".*

De esta forma, se logra regular desde el Derecho Constitucional la protección del derecho a la salud. A partir de dicha jurisprudencia se habilitan una serie de mecanismos para exigir la debida tutela de este. Sin embargo, se considera necesario que a nivel legislativo se logre el consenso político requerido para incluir dentro del texto constitucional un artículo 21 bis que regule de forma positiva el citado derecho.

## *Regulación marco de la salud en Costa Rica*

En líneas anteriores se hizo referencia al precepto básico a partir del cual se garantiza la salud de la población en nuestro país y su reconocimiento como un derecho humano, siendo las interpretaciones de la Sala Constitucional las que han venido a definir en la actualidad esta temática, y a partir de ello, se ha establecido el marco legal que regula la actividad sanitaria en sentido amplio. Aunado a esta circunstancia, diferentes cuerpos normativos delimitan el ámbito de acción al que estamos haciendo referencia, unos de forma general y otros de manera especial.

Por tal motivo, cualquier análisis del marco legal dentro del cual se regula la protección de la salud de las personas, requiere de previo comprender que tal precepto va más allá de la sola prestación de servicios médicos, toda vez que la salud se ve influenciada por diferentes determinantes dentro de los cuales se incluyen aspectos relacionados con la biología humana, los estilos de vida, el sistema sanitario y las condiciones del medio ambiente. En tal sentido, el estudio de las normas dispuestas para proteger la salud de las personas, abarca diferentes ámbitos y por ello su análisis se vuelve interdisciplinario. En este apartado se procurará acercar al lector a la regulación existente en la materia, según el ámbito de acción del cual se trate.

### *Obligación del Estado de tutelar la salud de la población y el rol que corresponde al Ministerio de Salud*

Es un hecho indiscutible la obligación que compete al Estado en cuanto a velar por la salud pública impidiendo que se atente contra ella (Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia. Resoluciones N.º 916-2009, 18803-2008, 18804-2008, 18850-2008) y en consecuencia las autoridades públicas tienen el deber de adoptar las medidas necesarias para su protección, ante lo cual es un imperativo constitucional que los servicios de salud sean prestados de forma eficiente, eficaz, continua, regular y célere (Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia, Resolución N.º 16047-2008 y otras).

La Ley General de Salud (vigente desde el 30 de octubre de 1973, regula todo lo relacionado con la salud pública, de manera general), en el numeral 1º dispone: *"la salud de la población es un bien de interés público tutelado por el Estado"*. Por su parte, el artículo 2 de

dicha regulación señala que *"es función esencial del Estado velar por la salud de la población"* y que *"corresponde al Poder Ejecutivo por medio del Ministerio de Salubridad Pública, (...), la definición de la política nacional de salud, la formación, 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. Tendrá potestades para dictar reglamentos autónomos en estas materias"*.

Nótese la amplia gama de actividades que competen al Ministerio de Salud, y de acuerdo con lo establecido en el artículo 1° de su Ley Orgánica: *"la definición de la política nacional de salud, y la organización, coordinación y suprema dirección de los servicios de salud del país, corresponden al Poder Ejecutivo, el que ejercerá tales funciones por medio del Ministerio de Salud"*.

En virtud de ello y considerando que la competencia rectora debe orientarse a la articulación, fortalecimiento y modernización de las políticas, la legislación, los planes, programas y proyectos, así como la movilización y sinergia de las fuerzas sociales, institucionales y comunitarias que impactan los determinantes de la salud de la población, dicho Ministerio adoptó un nuevo Modelo Conceptual y Estratégico de la Rectoría de la Producción Social de la Salud, lo cual implica un cambio de paradigma orientado a avanzar de la atención de la enfermedad hacia la promoción de la salud, posicionando la salud como valor social y dirigiendo y conduciendo las intervenciones de los actores sociales hacia la vigilancia y el control de los determinantes de la salud, con equidad y basados en evidencia (Considerandos del Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud, publicado en el Diario Oficial La Gaceta, N.° 105 del 2 de junio de 2008).

Para cumplir con dicho objetivo se consideró necesario y oportuno efectuar todo un proceso de separación de funciones entre la rectoría de la producción social de la salud y la provisión de servicios de salud de atención a las personas. En razón de ello, se emitió el Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud, N° 34510 (La Gaceta N.° 105 del 2 de junio de 2008), el cual, constituye la base legal de la nueva estructura organizacional y funcional del Ministerio. Adicionalmente se tiene que, mediante Decreto Ejecutivo N.° 34582-MP-PLAN se emitió el Reglamento Orgánico del Poder Ejecutivo (La Gaceta N.° 126 del 10 de julio de 2008) y específicamente en el inciso d) del artículo 24, se establecen los miembros del sector salud, a saber, Ministerio de Salud, Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (ICAA), Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA), y el Instituto Costarricense del Deporte y la Recreación (ICODER). En el inciso d) del artículo 5 del mismo Decreto se dispone, que el Sector Salud estará bajo la rectoría del Ministro de Salud.

Por su parte, el artículo 3 de la Ley General de Salud señala: *"todo habitante tiene derecho a las prestaciones de salud, en la forma en que las leyes y reglamentos especiales determinen y el deber de proveer a la conservación de su salud y de concurrir al mantenimiento de la salud de su familia y de la comunidad"*. Lo así dispuesto permite comprender que, la atención de las necesidades que en salud deben ser resueltas tiene una connotación especial, en virtud de que de lo que se trata es proteger un derecho humano, para lo cual resulta fundamental que tal cometido se realice, además, de conformidad con el principio de equidad, de manera que la distribución de los recursos

se efectúe de acuerdo con las prioridades que en materia de salud existan satisfaciendo bajo este principio, primero las necesidades más apremiantes que favorezcan a los sectores más desprotegidos y, una vez satisfechas estas, atender los demás requerimientos de otros grupos de la población, aspecto que resulta clave para la toma de decisiones por parte de las autoridades competentes.

Por otra parte, debe tomarse en consideración que, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 9° de la Ley General de Salud, *"toda persona debe velar por el mejoramiento, la conservación y la recuperación de su salud personal y la salud de los miembros de su hogar, evitando acciones y omisiones perjudiciales y cumpliendo las instrucciones técnicas y las normas obligatorias que dicten las autoridades competentes"*, lo cual evidencia la obligación que paralelamente tiene todo sujeto de velar por su salud personal.

### *Competencia de la Caja Costarricense de Seguro Social en la prestación de servicios médicos y la universalización del seguro de salud*

De acuerdo con lo establecido en los artículos 73 de la Constitución Política y 1° de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, a esta entidad le corresponde el gobierno y la administración de los seguros sociales, dentro de los cuales encontramos lo relacionado con la prestación de servicios médicos asistenciales para la población; en tal sentido la jurisprudencia constitucional ha establecido:

> *"(...), el régimen de seguridad social es también un pilar fundamental del sistema democrático nacional, al encontrar su sustento en el artículo 73 de la Constitución Política. De conformidad con dicho ordinal es la Caja Costarricense de Seguro Social la*

*institución llamada a brindar tal servicio público, debiendo instrumentar planes de salud, crear centros asistenciales, suministrar medicamentos, dar atención a pacientes entre otras cosas, para lo cual cuenta no solo con el apoyo del Estado, sino además con el aporte económico que realiza una gran parte de la población" (Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia. Resolución N.º 798-2009. En igual sentido ver resoluciones N.º 18855-2008, 18452-2008, 17250-2008).*

Una de las principales características que tiene el sistema y que lo convierten en todo en referente a nivel internacional, es la universalización en materia de atención médica, la cual tiene su base en lo dispuesto en la Ley de Universalización del Seguro de Enfermedad y Maternidad del 24 de setiembre de 1973. En este punto se observa que según lo establecido en el artículo 177 de la Constitución Política para lograr tal cometido el Estado deberá proveer los recursos necesarios que permitan cubrir las necesidades que sobre el particular se presenten.

Por otra parte, es necesario recordar que, a nivel interno de la Caja existen diferentes disposiciones normativas relacionadas con la prestación de servicios médicos, y que el estudio de cualquier actividad asistencial que realice dicha institución, necesariamente debe incluir el examen de la normativa especial según el tema que se esté abordando.

## *Normativa especial en materia de salud*

Dentro de nuestro ordenamiento diferentes cuerpos normativos regulan en forma especial diversas temáticas relacionadas con la salud de las personas, y entre estas destacan:

### *Derechos y deberes de los usuarios de los servicios de salud*

Mediante Ley N.º 8239 (La Gaceta N.º 75 del 19 de abril de 2002) denominada Ley de Derechos y Deberes de las personas usuarias de los servicios de salud públicos y privados, se procura tutelar los derechos y las obligaciones de las personas usuarias de todos los servicios de salud, establecidos en el territorio nacional, según lo dispuesto en su artículo 1º. En los numerales 2 y 3 se incluye una lista de derechos de tales personas, mientras que el artículo 4 se hace referencia a los deberes que les corresponde cumplir. Por medio del artículo 5 se crea la Auditoría General de Servicios de Salud, como órgano de desconcentración máxima del Ministerio de Salud, cuyo objetivo será asegurar que se cumplan las disposiciones de dicha Ley y se promueva el mejoramiento continuo en la prestación de los servicios de salud.

Aunado a ello, en el artículo 10 se establecen las Contralorías de Servicios de Salud, como instancias que facilitan el acceso del usuario al poder público que administra el servicio de salud, y a la cual le compete –entre otras cosas–, informar y orientar al paciente sobre sus derechos y obligaciones, tramitar quejas y denuncias presentadas por los usuarios, efectuar las investigaciones preliminares que sobre las mismas se requieran. Estas deberán funcionar en los centro médicos de salud, públicos y privados, a nivel de hospitales y de clínicas. Con ello, se trata de procurar un mejor acercamiento entre los usuarios de los servicios de salud destinados a la atención médica y los propios centros, por medio de una comunicación efectiva entre el paciente y el personal de salud.

### *Atención médica de mujeres embarazadas, menores de edad y población migrante*

Por medio de la Ley 7735, "Ley General de Protección a la Madre Adolescente" (La Gaceta N.º 12 del 19 de enero de 1999) y específicamente en el artículo 9, se dispone que las clínicas de la Caja Costarricense de Seguro Social y los centros de salud, deberán: a) Elaborar programas de atención integral para las madres adolescentes, con la supervisión del Consejo interinstitucional de atención a la madre adolescente, creado en esta ley. b) Brindar asistencia gratuita, prenatal y posnatal, a las madres adolescentes. c) Desarrollar programas de formación y orientación tendientes a sensibilizar a las madres adolescentes y sus familias acerca de las implicaciones de su maternidad. d) Impartir cursos informativos de educación sexual dirigidos a las madres adolescentes, con el propósito de evitar la posibilidad de otro embarazo no planeado. e) Brindarles a las madres adolescentes, por medio del servicio social, insumos importantes que les permitan criar y educar adecuadamente a sus hijos.

Por su parte en la Ley 7739, "Código de la Niñez y la Adolescencia" (La Gaceta N.º 26 del 6 de febrero de 1998) en el capítulo IV se establece el derecho a la salud para las personas menores de edad. El artículo 41 se refiere al derecho a la atención médica de los menores de edad, de forma directa y gratuita por parte del Estado.

Respecto de la población migrante, por medio de la nueva Ley de Migración y Extranjería, N.º 8764 (La Gaceta N.º 170 del 1/09/2009 y que entrada a regir a partir del 2 de marzo del 2010), se crea en el artículo 241 el Fondo Social Migratorio, el cual estará constituido por los recursos provenientes por concepto del pago migratorio establecido en el artículo 33 de la misma Ley. En el

numeral 242 se indica que dicho Fondo estará dirigido a apoyar el proceso de integración social de la población migrante en los servicios nacionales de migración, salud, entre otros; y los recursos derivados del Fondo Social Migratorio se distribuirán de forma porcentual entre diferentes ámbitos de protección para este grupo, y en el inciso 3 se dispone que un 25% será destinado a equipamiento e infraestructura de salud pública. Lo así regulado tiene especial importancia particularmente si se toma en consideración que ello abarca no solo aspectos propios de la atención médica, sino otros factores relacionados con los determinantes de la salud, por lo cual resulta prioritario que las autoridades competentes encuentren los mecanismos para hacer efectivo dicho presupuesto que de forma adicional se puede utilizar para la satisfacción de las necesidades de los migrantes.

### *Atención médica de pacientes con VIH-SIDA*

Cuando se trata de abordar el tema del VIH/SIDA surgen mitos y tabúes que generan todo tipo de discriminación y estigmatización para las personas que presentan el virus y/o padecen la enfermedad. Para combatir dicha situación, dentro de nuestro Ordenamiento Jurídico se incorporó normativa especial, a saber, la Ley General sobre VIH/SIDA (La Gaceta del 20 de mayo de 1998) y su Reglamento. En el artículo 1° se dispone que el objetivo de esta Ley es regular lo relacionado con la educación, la promoción de la salud, la prevención, el diagnóstico, la vigilancia epidemiológica y la atención e investigación sobre el virus de la inmunodeficiencia humana o VIH y el síndrome de la inmunodeficiencia adquirida o SIDA; además, trata de los derechos y deberes de los portadores del VIH, los enfermos de SIDA y los demás habitantes de la República. En el artículo 6 del Reglamento a dicha

Ley (La Gaceta del 20 de mayo de 1998) se establece que para garantizar el derecho integral a la salud, toda persona portadora del VIH o enferma de SIDA será atendida por un equipo multidisciplinario, según la capacidad de cada centro de atención en salud, y oportunamente por la Caja Costarricense del Seguro Social, con el máximo respeto y confidencialidad, sin discriminación alguna y de manera que se garantice su atención integral. De lo que se trata entonces es de lograr la atención integral de la salud de estos pacientes.

### *Gestión ambiental*

Según lo dispuesto en el artículo 50 de la Constitución Política, "(...). *Toda persona tiene derecho a un ambiente sano y ecológicamente equilibrado".* Cuando se trata de la salud de la población, dicho precepto constitucional tiene particular importancia, toda vez que dentro de los determinantes de la salud se encuentran aquellos relacionados con el medio ambiente. En tal sentido, la regulación ambiental también forma parte del marco legal dispuesto para la protección de la salud de todos los habitantes del país, dado que se trata de normas de carácter especial dispuestas en diferentes materias que establecen límites a ciertas actividades, en procura de garantizar la no afectación de la salud humana.

Aclarado lo anterior tenemos que, cuando por cuestiones de contaminación ambiental se afecta la salud de las personas, nos encontramos ante un escenario particular donde se requieren acciones conjuntas entre las autoridades competentes en la materia, a saber, el Ministerio de Salud como rector en el ámbito sanitario y el Ministerio de Ambiente, Energía y Telecomunicaciones, rector en materia ambiental. Ello implica una labor de estrecha coordinación que incluso ha sido analizada por

la Contraloría General de la República (Contraloría General de la República FOE-AM-15/2001).

La Ley General de Salud también se refiere a diversos aspectos relacionados con la gestión ambiental cuando esta puede afectar la salud humana. Por su parte la Ley Orgánica del Ambiente, N.º 7554, en su artículo 25 dispone que *"la autoridad competente adoptará las medidas necesarias para que los programas de salud pública dirigidos a la población coincidan con los dirigidos al ambiente humano, a fin de lograr una mejor salud integral"*. Además, el numeral 59 de este cuerpo normativo define *"contaminación del ambiente"*, como toda *"alteración o modificación del ambiente que pueda perjudicar la salud humana, atentar contra los recursos naturales o afectar el ambiente en general de la Nación"*. Para precisar aún más la estrecha relación que existe entre las autoridades competentes a nivel sanitario y ambiental, el artículo 79 de la Ley N.º 7554, señala que el Ministerio de Salud integra también el Consejo Nacional Ambiental, órgano deliberativo y de consulta, con funciones de asesoramiento al Presidente de la República en materia ambiental. Ello resulta importante debido a que, desde la perspectiva de la salud pública, el enfoque de las necesidades de salud siempre ha de visualizarse de forma integral e interdisciplinaria, aspecto que ha sido considerado en la normativa expuesta.

### *Explotación minera*

El **Código de Minería,** Ley N.º 6797 (vigente desde el 4 de octubre de 1982), mediante el cual se regula la explotación de las riquezas minerales existentes en el país, en su artículo 6 dispone que excepto con autorización expresa de la Asamblea Legislativa, los permisos o concesiones podrán negarse o condicionarse, de

acuerdo con el análisis de los estudios sobre el impacto social y ambiental que se hagan, en los cuales participarán las comunidades afectadas, cuando tales estudios tengan relación con la salud y la seguridad de los habitantes de comunidades ubicadas en las cercanías de las vías de transporte, acueductos, oleoductos, depósitos de combustible, explosivos, obras de defensa civil, poblaciones, cementerios, aeropuertos, plantas hidroeléctricas u obras de importancia pública. La Sala Constitucional mediante resolución N.° 17155 del 5 de noviembre de 2009, declaró que este artículo no resulta inconstitucional siempre que sea interpretado de conformidad con el artículo 50 de la Constitución Política.

### *Aguas*

La Ley Orgánica del Ambiente, N.° 7554, en el artículo 50 dispone que "el agua es de dominio público, su conservación y uso sostenible son de interés social". Aunado a ello, la **Ley de Aguas,** N° 276 (Vigente desde el 27 de agosto de 1942), regula todo lo relacionada con las aguas de dominio público y privado. En el artículo 164 se indica que sufrirán arresto de uno a sesenta días, o multa de seis a doscientos veinte colones, los que incurran en las acciones u omisiones contenidas en los apartes I y II del articulo 162 (se refiere al que arrojare a los cauces de agua pública lamas de las plantas beneficiadoras de metales, basuras, colorantes o sustancias de cualquier naturaleza que perjudiquen el cauce o terrenos de labor, o que contaminen las aguas haciéndolas dañosas a los animales o perjudiciales para la pesca, la agricultura o la industria, siempre que tales daños causen a otro pérdidas por suma mayor de cien colones; y al que hiciere o permitiere que las aguas que se deriven de una corriente o depósito, para cualquier uso, se derramen o salgan de las

obras que las contenga, ocasionando daño mayor de cien colones. En el caso de que tales hechos u omisiones ocasionaren alteración en la salud o muerte de las personas, muerte de animales o la destrucción de la propiedad, serán castigadas conforme al Código Penal por los delitos que resulten cometidos.

## *Conclusiones*

El derecho a la salud es un Derecho Humano consagrado a favor de toda persona, sin distinción de ninguna naturaleza. Por tal motivo, la protección de la salud de la población constituye una función esencial del Estado; por ello, la persona es la razón de ser de todo el sistema. Así, el enfoque de derechos humanos constituye un marco conceptual a partir del cual debe plantearse cualquier análisis sobre el citado derecho, que, desde el punto de vista normativo, este encuentra asidero legal en instrumentos internacionales de derechos humanos, jurisprudencia constitucional y normativa relativa a esta materia. Esto ha sido visualizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), al considerar necesario examinar los vínculos existentes entre la salud y los derechos humanos, con el fin de encontrar soluciones efectivas, eficientes y equitativas a las necesidades que en materia de salud tiene la población.

En la Constitución Política de Costa Rica, el derecho a la salud encuentra su fundamento en los artículos 21, 46 (último párrafo), 50 (párrafo II) y 73 de la Constitución Política. Además de ello, en el artículo 2 de La Ley General de Salud, se señala que la función esencial del Estado de velar por la salud de las personas, corresponde al Poder Ejecutivo, por medio del Ministerio de Salud, que ejerce la rectoría del sector salud. A nivel público la

prestación de servicios médicos ha sido encomendada a la Caja Costarricense de Seguro Social, cometido que se deriva del numeral 73 constitucional.

Por otra parte, siempre se debe tomar en consideración que la salud depende de distintos determinantes, y por ello, ha surgido regulación en diferentes ámbitos, como por ejemplo, el ambiental.

Finalmente es necesario considerar que, a nivel jurídico el surgimiento del Derecho Sanitario plantea nuevas posibilidades para integrar en forma lógica y sistémica el marco legal aplicable a este tema, aspecto sobre el cual debemos empezar a trabajar en nuestro país.

## *Referencias bibliográficas*


Mendez Ramírez, Odilón. Constitución Política de Costa Rica /Anotada con análisis de doctrina y con referencias históricas. I Edición. Editorial Juricentro. San José, Costa Rica. 2009.

Castillo Víquez, Fernando. La protección de los Derechos Fundamentales en la Jurisdicción Constitucional y sus vicisitudes. I Edición. Editorial Juricentro. San José, Costa Rica. 2008.

Piza Escalante, Rodolfo y otros. Principios Constitucionales. I Edición. Editorial Investigaciones Jurídicas. San José, Costa Rica. 2008.

Patiño Cruz, Silvia. El recurso de amparo en Costa Rica. I Edición. EDITORAMA S.A. San José. 2008.

Alvarez Molina, Marianella. La Tutela de los Derechos Fundamentales en Costa Rica por medio del Recurso de Amparo. I Edición. Editorial Investigaciones Jurídicas. San José, 2007.

Peces, Gregorio y otro. Curso de Derechos Fundamentales. Teoría General. Universidad Carlos III de Madrid. 1999.

Rivero Sánchez, Juan Marcos. Constitución, Derechos Fundamentales y Derecho Privado. I Edición. Tomo I, Biblioteca Jurídica DIKE, 2001.

Castro Padilla, Fernando, A. y otros. La tutela de los Derechos Fundamentales en Costa Rica por medio del Recurso de Amparo. I Edición. Investigaciones Jurídicas S.A. San José. CR. Marzo-2007.

Nikken, Pedro. El concepto de Derechos Humanos. Artículo publicado en: Estudios Básicos de Derechos Humanos. IIDH. San José, 1994.

Instituto Centroamericano de Estudios Fiscales. La educación y la Salud en las Américas. Una mirada desde los Derechos Humanos. Guatemala. 2008.

SITIOS DE INTERNET

http://www.poder-judicial.go.cr

http://www.pgr.go.cr

http:www.oacnudh.org.gt/definicion_historia.asp

http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/924354545698_spa.pdf

http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9243545698_spa.pdf

24

# La calidad desde los usuarios del servicio de salud

*Allan Abarca Rodríguez*[1]

Resumen

*Una gestión evaluativa de la prestación de los servicios de salud es incompleta e incorrecta si no considera la percepción de los consumidores o clientes. A partir de un compendio de experiencias internacionales, que incluye a Costa Rica, este artículo aborda el asunto de la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud, los indicadores para su evaluación y las necesidades de revitalizarla en la práctica.*

## *Introducción*

La definición de un *cliente* para los servicios ofrecidos por instituciones públicas, ha dividido a los especialistas en temas de gerencia. Los principales focos de la crítica parten del señalamiento que el término 'cliente' es despectivo y minimiza el concepto de ciudadano que existe detrás de la prestación de cada

1 Magister Scientiae en Salud Pública (UCR) y Magister Scientiae en Gobierno y Asuntos Públicos (Flacso-México); actualmente imparte docencia en el Posgrado de Salud Pública de la Universidad de Costa Rica, específicamente en los cursos "Economía de la Salud" y "Políticas de Salud".

servicio (y con esto degenera la capacidad de exigir derechos). Esta perspectiva -la del "cliente"- reduce la relación a la capacidad de compra y las reglas básicas con las que opera cualquier mercado económico.

En forma complementaria o como sinónimos se utiliza 'el contribuyente', 'el público', 'el consumidor', 'el usuario', 'el involucrado' o -el anglicismo- *stakeholder*. La maraña conceptual puede ser, para algunos, calificable como irrelevante, mientras que para otros son límites imprecisos que tienen repercusiones sensibles en lo que a los resultados finales de un servicio se espera.

John Alfor defiende que la relación entre oferente y cliente en el sector público tiene una perspectiva distinta que la ocurrida en el sector privado ya que si bien en ambas ocurre un intercambio, la que se activa en el sector público acentúa un más allá del simple valor monetario y que debe incidir en una ciudadanía activa (2002:3).

¿Pero qué sucede en el campo de la salud? Parece definirse que el consumidor es aquella persona más reactiva al reclamo, con capacidad de compra del bien o servicio de salud y que, por lo tanto, tiene un poco de información más completa en su relación mercantil.

Mientras tanto, se define como paciente al agente más proclive a recibir información sesgada y, por ende, incompleta, lo que por un lado reduce su capacidad y disponibilidad de información y, por otro, la posibilidad de solicitar una reivindicación o mejora del servicio.

## *Desarrollo*

### *La satisfacción del cliente en los servicios de salud*

Se puede afirmar que las personas que recurren a la atención en servicios de salud, normalmente denominadas como *pacientes*, deben ser consideradas como personas clientes y ciudadanas a su vez. Ellas ingresan en la necesidad, tan evidente en América Latina, de elevar la eficiencia y la calidad del servicio:

> *"La satisfacción o insatisfacción de los pacientes y sus familiares con los servicios sanitarios es un elemento de capital importancia para explorar y conocer cuáles son sus preferencias. Su estudio constituye un instrumento imprescindible para hacer realidad la orientación de los servicios hacia el usuario"* (De León, Arteaga, Schiattino; 2003:81).

Para Alvarado y Vera, en la formulación de políticas sanitarias, el nivel de satisfacción de los pacientes gana terreno día con día:

> *"El estudio del grado de satisfacción de los pacientes tiene mucha importancia como criterio de evaluación de la calidad de la atención y es útil para quienes deben ejercer las funciones de regulación y financiamiento de los sistemas de salud. De igual forma, el grado de satisfacción de los pacientes se ha relacionado con la efectividad de la atención médica."* (Alvarado, Vera, 2001:82).

Esto último quiere decir que con menor grado de satisfacción es de esperar que, por ejemplo, las personas pacientes regresen menos a sus controles de salud, se adhieran menos a las recetas y que tengan menos incidencia positiva en su salud.

Para tener un adecuado diagnóstico de las demandas, necesidades y expectativas de una clientela hay que estimular canales de escucha y de comunicación recíproca; por eso Motta defiende una programación de trabajo bajo esos principios:

> *"(Hay que crear) áreas destinadas a escuchar las opiniones de los usuarios (institucionalizar canales de comunicación con los usuarios); éstas áreas harían, en esencia,* la administración de las quejas *y de los* feedbacks *de los usuarios:* escuchar a los usuarios *y hacer llegar las informaciones positivas y negativas a los funcionarios y miembros del equipo, para que ellos puedan reprogramar su trabajo."* (2001:92).

Las necesidades de los consumidores de servicios de salud fueron adquiriendo presencia hacia mediados de los años setenta. En ese sentido Corella recuerda que en 1974 se inician los primeros Consejos Comunitarios de Salud, luego se transforman en 'Comisionados de Salud' y, más tarde, llegan los 'Servicios de Atención al Paciente':

> *"Estos servicios, cuya consolidación se efectuó a nivel de la institución hospitalaria, tienen como misión atender las quejas de los usuarios sobre los procedimientos y situaciones con los que no están conformes, así como ayudarles en todo lo que puedan necesitar, haciendo de enlace amistoso entre ellos y la dirección del centro, o entre ellos y los profesionales del mundo sanitario e incluso de la élite institucional."* (1996:325).

### *La evaluación de la satisfacción*

Varias son las experiencias, ya sea de investigaciones o de diseño institucional, que se han elaborado para estudiar esta complejidad resultante: la persona usuaria y

el servicio, sobre todo porque en cada experiencia incide el marco normativo, el espectro sociocultural de las personas, sus expectativas, y las condiciones sociales y económicas del contexto.

Montero Chacón define variables e indicadores para medir la satisfacción del cliente en distintas dimensiones o variables de su contacto con el servicio: de la relación médico paciente, de los aspectos de la organización de la atención, etcétera. Con esto elabora una serie de indicadores, entre los cuales destacan los referidos al grado de satisfacción por: la consulta médica, la resolución de las dudas del paciente, la privacidad, la comodidad, la limpieza, la rapidez en la atención, la atención ante problemas urgentes, el tiempo dedicado a la consulta y la resolución de su problema, además se pregunta por grado de sensación de estar en buenas manos (*cfr.*; Montero; 1997:54-56).

Así, la satisfacción que pueda tener una persona usuaria se deriva entonces de la gestión de la institución a la que se recurre, que inicia un proceso e incide en resultados; deben de contemplarse allí las expectativas de un servicio de calidad que incluye el acceso al lugar y los servicios, la amabilidad o condición humana del trato, y la agilidad en la respuesta.

Pero aún y cuando la percepción pueda ser el resultado de la atención recibida o percibida versus las expectativas, hay una serie de normas-valores que pueden resultar fundamentales y que para los administradores de un servicio podrían pasar por desapercibido (véase tabla 1).

La calidad del servicio es importante por tres aspectos:

- Es altamente valiosa para los usuarios o pacientes de los servicios, tanto potenciales como habituales, ya

**Tabla 1. Algunas dimensiones valuables de un servicio de calidad aplicables al sector salud (según Berry *et ál.*)**

| Factor | Buenos ejemplos | Malos ejemplos |
|---|---|---|
| **Formalidad** | El servicio siempre disponible al tiempo que se requiere | Fallas en el servicio telefónico |
| **Responsabilidad** | Presencia del personal quienes trabajan atendiendo o notificando | Largas esperas sin información |
| **Competencia** | Personas realizan tareas con destreza | Personal inadecuadamente entrenado para las tareas de atención |
| **Acceso** | Fácil de hallar la dirección, fácil de obtener. Accesible para personas con discapacidad | Parqueo limitado |
| **Cortesía** | Personal refinado y ayudante | Personal condescendiente |
| **Comunicación** | Personal médico que explica el diagnóstico y las alternativas de tratamiento sin uso de jerga técnica | Escasez de información acerca de qué está sucediendo o qué es lo más cercano a lo que sucede |
| **Credibilidad** | Sentimiento personal de veracidad y dependencia | Personal que usted siente que no le ha dado la información correcta |
| **Entender/Conocer al cliente** | Personal que realiza un esfuerzo por encontrar los requerimientos individuales del paciente | Personal que no reconoce a un usuario regular del servicio |

Fuente: Berry *et ál.* 1985:18.

que al menos satisface su necesidad de ser atendido con el máximo esmero posible.

- Resulta beneficioso para el personal porque este aumenta su prestigio y su autoestima.
- Resulta clave para la reducción de costos y la mejora de los servicios en el marco del ejercicio del presupuesto institucional.

En el caso de los usuarios, estos elevan su confianza en los tratamientos presentes y futuro. Hay que recordar que cuando el usuario acude a un centro de salud normalmente padece de uno o más de los siguientes síntomas: preocupación, ansiedad, estrés, temerosidad y vulnerabilidad. Tales sentimientos se exacerban con las largas esperas, la insuficiente información, la percepción de insensibilidad a sus necesidades y las deficiencias en las instalaciones físicas.

Para quienes se han formado en alguna ciencia de la salud dedicada a la atención clínica, su profesión u oficio emerge quizás como una convicción laboral-personal, pero cuando la organización en la que se inserta revela aspectos deplorables (en su cultura organizacional o entorno físico), entonces es muy probable que aparezca la desmotivación y la frustración. Solamente si son incrementados los niveles de satisfacción del personal se espera que sea devuelto de igual forma hacia las personas pacientes (Moullin; 2003:6).

La calidad en servicios de salud ha sido múltiplemente discutida. No obstante, se puede señalar que son las necesidades de los usuarios las que en principio las definen. Así, no basta que un área particular de los servicios sea de calidad:

> *"(...) excellent medical treatment in a hospital may not lead to patient satisfaction if people have*

*arrived anxious due to lack of car parking, or if they did not receive any explanation of what was going to happen to them."* (Moullin; 2003:16).

En el año 2002 tres investigadores realizan un estudio exploratorio acerca de la calidad del servicio en un centro de salud ubicado en Chimaltenango; este es uno de los primeros ejercicios de evaluación de servicios ejecutado en Guatemala (Centro de Salud de Acatenango, con una cobertura de 75% de indígenas (etnia katchiquel); se entrevistaron a 270 pacientes mayores de 16 años que asisten a consulta entre el 15 de febrero y el 16 de abril del 2002). La evaluación se basa en tres dimensiones que identifican grados de satisfacción: sensibilidad, tangibilidad y aseguramiento.

La dimensión de *sensibilidad* considera evaluar la atención recibida y el tiempo de espera para ser atendido. La dimensión de la *tangibilidad* mide la evaluación de limpieza del centro (incluye hasta la limpieza de los mismos baños). Finalmente, la dimensión del *aseguramiento* toma en cuenta el profesionalismo (explicaciones médicas) y la cortesía que brinda el personal del centro (trato) (De León, Arteaga, Schiattino; 2003:82-83).

Los especialistas llaman la atención en cuanto que el concepto de calidad o de satisfacción no deja de ser relativo al espectro social, cultural y económico de alguna zona:

> *"No se puede apartar el concepto de calidad y satisfacción el reflejo del contexto social donde se desarrolla la investigación, pues ésta transmite realidades socio económicas e influencias culturales. Dicho de otro modo, las opiniones, expectativas y exigencias, respecto de una situación, van a diferir dependiendo de aspectos tales como educación, raza, posición socioeconómica y género." (De León, Arteaga, Schiattino; 2003:85).*

¿Hay tratos relativamente uniformes en un mismo centro de salud? Algunos estudios indican el sesgo que ocurre en la prestación de servicios sanitarios. Así por ejemplo, en el servicio de urgencias del Hospital de Elche (España) se detecta, en el año 1985, que los tiempos de espera de los hombres son menores que los de las mujeres, incluso con menor tiempo en hacerles el diagnóstico y menor cantidad de pruebas diagnósticas (Se estudiaron todas las personas pacientes de la sección de Urgencias del Hospital General de Elche; se elige aleatoriamente una semana por cada trimestre del año 1985; se excluye a las personas pacientes en edad geriátrica y quienes demandan atención en las secciones ginecológicas y obstétricas).

Si bien es cierto ese estudio no es concluyente, *"los resultados indican la posibilidad de una acción desigual de los servicios de urgencias que necesita más investigación."* (Ruiz *et ál.*; 1995:76).

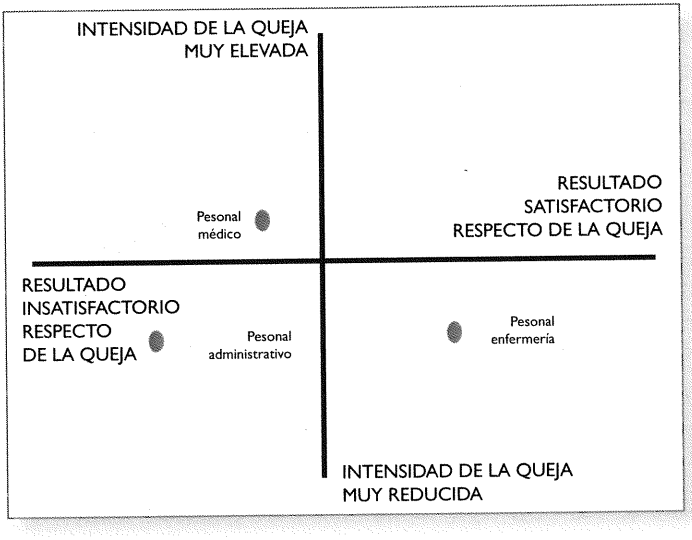
¿Qué elementos son significativos en la valoración de la calidad del servicio? En 1997 se efectúa en Chile un estudio sobre la atención que se recibe en hospitales, la cual permite concluir que si bien las áreas peor evaluados por los usuarios de los servicios de 18 hospitales tienen que ver con *infraestructura* (baños, camas y salas de espera) y los *tiempos de espera*, lo cierto del caso es que la mala atención por parte del personal médico y de otros (as) funcionarios (as) son las que más fuertemente se asocian con la insatisfacción en la atención recibida (*Cfr.*; Alvarado, Vera; 2001). Se estudia una muestra de 1904 pacientes hospitalizados, 1860 consultantes en policlínicos de especialidades y 2055 personas que acuden a servicios de urgencias. Se analizan descriptivamente las variables y se construye un modelo de regresión logística múltiple para medir la insatisfacción global con la atención que se recibe.

Por eso es que el estudio confirma que si se revirtiera tal situación, esa sería la variable de mayor impacto para esperar una reducción de insatisfacción de las personas pacientes.

En un artículo publicado en 1995, Arthur Dolinsky construye una matriz que representa los escenarios de una estructura de quejas, esto a partir de evaluar las quejas en cuanto a su intensidad y el resultado –satisfactorio o insatisfactorio– que percibe quien la interpone (véase figura 1). (*Cfr.* Emanuel EJ; Emanuel LL. Ann. Intern. Med., 1996, Vol. 124 (2), pp. 229-239). Es posible observar cómo se clasifican las quejas a partir del tipo de funcionario del centro de salud.

La exigibilidad de los derechos en salud, particularmente los del buen trato, ha encontrado una serie de

**Figura 1. Modelo de escenarios posibles de las quejas en un sistema de salud.**




Fuente: Dolinsky, 1995.

limitaciones en su evolución y defensa habida cuenta de cierta parsimonia tanto del cliente como del gerente de servicios de salud. El ciudadano sufre una transformación de su condición de "ciudadano exigente" al de una persona "receptora pasiva":

> *"(...) la relación usuario-servicio se realiza según un síndrome de nosotros-ellos. Por la excesiva centralización y el paternalismo, la población aprende a convivir con la sumisión y la falta de crédito en relación a los servicios. Personas debilitadas por la enfermedad y sin recursos o alternativas, se someten fácilmente al 'poder' establecido en los frentes de atención y no solamente aceptan imposiciones burocráticas para ser atendidos, sino que también reactivan valores tradicionales para conquistar los derechos que les son negados. Por ejemplo, apelan al sentimiento de bondad de los líderes y del personal de atención como último recurso en la búsqueda de derechos que les fueron negados por los canales normales"* (Motta; 2001:92-93).

Por otra parte, hay carencias efectivas en la evaluación de la gestión del servicio; tal y como se visto anteriormente, muchas son las variables por considerar. La calidad se estrecha consecuentemente con las expectativas y los requerimientos de los usuarios del servicio; para ello Pasuraman *et ál.* señalan tres tipos de grupos de consumidores quienes parten desde distintas perspectivas:

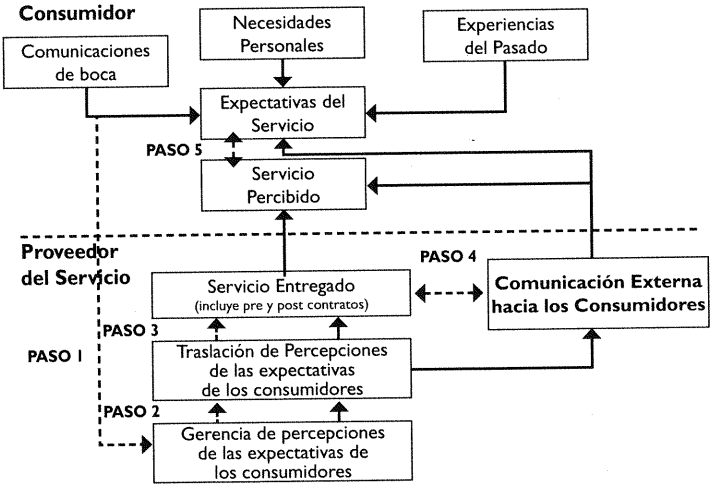
a. Aquellas personas consumidoras que perciben la calidad del servicio resultante frente a una comparación de sus expectativas antes de su experiencia de recibir el servicio.
b. Los usuarios cuyas percepciones de calidad son derivadas tanto del proceso del servicio como del resultado del servicio.

c. Para quienes la calidad del servicio es de dos tipos: normal o excepcional (Parasuraman, Zeithaml, Berry; 1985:24-25).

Así, Parasuraman construye un modelo de análisis que provee una estructura para investigar sobre la deficiencia del servicio. Este se interpreta señalando que hay distintos niveles en donde hay que buscar la discordancia entre expectativas y percepciones en las personas consumidoras (véase figura 2).

Lo más evidente del proceso es que en la definición de qué se ofrece y cómo se ofrece se tienen dos dimensiones cohabitantes: la del proveedor de servicio y la del consumidor. Es en la del proveedor donde se ejercitan las acciones de gerencia a efectos de responder con las especificaciones debidas.

**Figura 2. Modelo de análisis expectativas vrs percepciones de un servicio de calidad en salud, según Parasuraman.**




Fuente: Parasuraman *et ál.*, en Moullin Max; 1985: 33.

Claro está, el modelo supone una constante retroalimentación entre proveedor y personas consumidoras para tratar de empatar la 'expectativa sugerida' y el 'servicio entregado'. De hecho lo que se señala como etapa 5 en realidad es la etapa tanto inicial -explicitación de lo requerido o pautado- como la del momento del contraste con lo finalmente obtenido.

## *Reflexión crítica del caso de Costa Rica*

Los estudios realizados en Costa Rica son escasos. En un trabajo de investigación ejecutado en 1997 en la Clínica Clorito Picado el investigador Montero Chacón estudia los factores que inciden sobre la cultura organizacional y el grado de satisfacción *post* la consulta médica, esta última valorada por médicos y por los usuarios. El cuestionario aplicado arroja que la principal insatisfacción de los clientes tiene que ver con la impuntualidad en la atención de la consulta así como en el proceso de otorgamiento de citas (1997: IV).

Tres indicadores obtienen un grado de 'satisfacción excelente': a. respeto a la privacidad, b. limpieza y c. satisfacción general. Mientras tanto once indicadores resultan con un grado de satisfacción adecuada: 1. sensación de estar en buenas manos, 2. continuidad en los servicios, 3. organización general de los servicios, 4. grado de atención recibida en la consulta, 5. el médico brinda información necesaria, 6. coordinación con otros servicios, 7. educación brindada al paciente, 8. tiempo que le dedica su médico, 9. comodidad, 10. preocupación del centro por la salud y 11. trato en general. (Montero; 1997:76).

Por su parte fueron calificados en forma 'regular' las siguientes variables: a. la calidad general de los servicios, b. la resolución de los problemas generales, c. la

resolución de los problemas urgentes, d. la puntualidad del médico y e. la rapidez de los servicios de salud.

En el ámbito institucional, en mayo de 1999, la Junta Directa de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) acuerda la creación de la Superintendencia General de Prestación de Servicios de Salud (SUGESS), este es un órgano de carácter técnico para supervisar y fiscalizar los servicios de salud.

No obstante, por ciertos criterios legales-administrativos, a inicios del 2005 se toma la decisión de cerrar la SUGESS (por desborde de las funciones propias de una superintendencia). En lo particular se crea una *Dirección Institucional de Control de Servicios de Salud*, que va a ser la responsable de las relaciones de coordinación con las diferentes unidades del nivel central y los establecimientos de salud. En lo que se refiere a *la supervisión* esta se efectúa aplicando la Ley de Control Interno desde la misma administración. Adicionalmente, emerge la *Auditoría General de Servicios de Salud*, como un órgano de desconcentración máxima del Ministerio de Salud.

Ahora bien, la CCSS establece, en su momento, un formulario a manera de registro de información de quejas. En ella destaca la precisión informativa sobre el tipo de establecimiento, el área origen de la queja, el servicio, la especialidad, la tipificación de la queja y la caracterización del usuario. Los contralores de servicios fueron notificados en el transcurso del año 2006 que cesaran la aplicación del formulario, al parecer se decide la preparación de un mejor instrumento.

Según los datos de quejas que tiene la institución, en el año 2001 se recibieron 1365 quejas, en el 2002 se cuantifican 9620, en el año 2003 un total de 11959 y, finalmente, en el 2004 se procesan 9865 quejas. No obstante,

la metodología de aplicación y la no presencia de contralores en todas las áreas de salud, clínicas y hospitales hace que esas cifras sean irrelevantes y hasta poco fiables para el análisis.

Quizás, lo que más llama la atención es que las circunstancias que mayormente demandan quejas son: el inadecuado trato del personal, la inadecuada o insuficiente información, y el acceso a citas y los tiempos de espera (véase cuadro 1).

Se reitera que esos datos no deben de tomarse tal cual, por ejemplo, en el año 2006 aún no se había introducido la información que habían reportado algunos centros de salud referentes al año 2004, además, no se incluye la tramitación sobre denuncias penales.

En forma complementaria, el Departamento de Sistemas de Información de la SUGESS era la instancia encargada de formular las encuestas de satisfacción de los usuarios tanto en consulta externa como en hospitalización. El conjunto de preguntas del cuestionario se refería a: opinión del usuario sobre el tiempo de espera para ser atendido; limpieza y ventilación del establecimiento; confianza sobre la capacidad del persona médico y de los medicamentos; conocimiento acerca de la Contraloría de Servicios, y constatar si había recibido información sobre derechos y deberes como usuarios de los servicios de salud.

En las visitas efectuadas por este investigador -desde finales del año 2005 a enero de 2007- a distintas Contralorías de Servicios del sector salud, se pudo constatar que se siguió utilizando el machote de encuestas del año 2004, sin embargo, lo más significativo es que en la mayoría de las ocasiones se aprecia que no existe un control de validez en la aplicación, es decir, la selección aleatoria de las personas que aplican la muestra es sumamente

**Cuadro 1. Tipificación de quejas, CCSS, 2002 a 2004 –en números absolutos y porcentuales–**

| TIPOS | 2002 | | 2003 | | 2004 | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Frec | Por. | Frec | Por. | Frec | Porc. |
| 1. Inadecuado trato personal | 3 293 | 34,2 | 4 544 | 38,0 | 3 609 | 36,6 |
| 2. Insuficiente o Inadecuada información | 798 | 8,3 | 778 | 6,5 | 572 | 5,8 |
| 3. Acceso a citas y tiempos de espera | 2 407 | 25,0 | 2 641 | 22,1 | 2 332 | 23,6 |
| 4. Infraestructura y ambiente físico | 217 | 2,3 | 243 | 2,0 | 175 | 1,8 |
| 5. Supuesto biombo | - | - | 13 | 0,1 | 5 | 0,1 |
| 6. Supuestos ilícitos (otros no clasificado) | 92 | 1,0 | 79 | 0,7 | 74 | 0,8 |
| 8. Supuestos abuso deshonesto | - | - | - | - | 3 | 0,0 |
| 9. Supuestos acoso sexual | - | - | - | - | 1 | 0,0 |
| 10. Por los trámites | 754 | 7,8 | 586 | 4,9 | 626 | 6,4 |
| 11. Suministros agotados: medicamentos y otros | 68 | 0,7 | 249 | 2,1 | 179 | 1,8 |
| 12. Reprog. de procedimientos y cirugías | 58 | 0,6 | 375 | 3,1 | 372 | 3,8 |
| 13.Confiabilidad en el diagnóstico y tratamiento | 102 | 1,1 | 457 | 3,8 | 484 | 4,9 |
| 14. Supuesta discriminación | - | - | - | - | 44 | 0,4 |
| 15. Extravío de expediente | - | - | - | - | 75 | 0,8 |
| 16. Extravío de reportes, incapacidad, etc. | - | - | - | - | 66 | 0,7 |
| 17. Otra no clasificada o no anotado | 1 831 | 19,0 | 1 994 | 16,7 | 1 248 | 12,6 |
| Total | 9 620 | 100.0 | 11 959 | 100.0 | 9 865 | 100.0 |

**Fuente**: Contralorías de Servicios Institucional, CCSS. Consolidado Nacional de Quejas CCSS, 2004.

dudosa. Hasta el año 2006 aún no se tenía un robusto sistema de indicadores en torno al tema del cliente-ciudadano y su grado de satisfacción respecto a la atención que se recibe en los centros de salud.

## *Conclusiones y recomendaciones*

El usuario del servicio es aquella persona que tiene derechos y ejerce alguna acción para requerir la prestación o consumo de un bien o servicio, sea para su beneficio o la de algún familiar. Las anomalías deben entenderse en el plano de la incorrecta utilización de los recursos de la institución, la insuficiente capacidad organizativa o la carencia del personal para un adecuado rendimiento en la prestación del servicio.

Un modelo que valore la gestión de la calidad, vista desde la percepción del usuario del servicio en salud, debe tener tres gradientes. El primero de ellos es el que estipule un marco de regulación y de vigilancia general, aquí subyacen los derechos definidos constitucionalmente, las leyes afines, las resoluciones judiciales y las instituciones proclives a defender a los habitantes en su derecho a un trato digno, puntual y pertinente a la salud. El segundo marco lo establece la jerarquía de la institución rectora en la producción de salud (en el ámbito secretarial o ministerial). Finalmente, el tercer gradiente son los mecanismos internos que la propia institución desconcentrada prestadora de los servicios de salud (*vg.* área de salud) o área que presta los servicios (*vg.* servicio de ortopedia) genera para observar la correcta forma en que se ofrecen los servicios.

Todos los gradientes deben entrecruzarse entre sí y, de hecho, hay una normal influencia (positiva o negativa)

de cómo finalmente se ejecuta esa orientación; por ejemplo, una débil política de estímulo por valorar las percepciones de los usuarios desde la jerarquía de los que rectoran y prestan los servicios de salud, genera una débil tendencia de acciones autovalorativas en las unidades desconcentradas de la prestación.

El Ministerio de Salud de Costa Rica no ha tenido decisiones vigorosas para constituir una especie de observatorio de la relación usuario-institución en los servicios de salud y que, a largo plazo tienda a amortiguar las fricciones que se suceden en la prestación de los servicios. En ese sentido, al menos, habría que estimular nuevas formas de participación y de control de los servicios de salud. El control refiere a la forma y contexto en que distintos actos son ejercidos, estos pueden ser "veedurías ciudadanas de salud", "comités de vigilancia", "contralorías sociales de salud". En fin, hay que estimular la aparición de nuevas organizaciones que suplan las deficiencias habituales que, por ejemplo, acometen en las Juntas de Salud y en otras organizaciones locales, que tienen otras agendas de interés.

En el ámbito institucional, se percibe la existencia de una base fundamentada en el trabajo anterior de la SUGESS y en la experiencia internacional como para intentar la construcción de un "Índice Nacional de Trato en Instituciones Prestadoras de Salud". Un Índice de este tipo complementaría los Compromisos de Gestión y cualesquiera otras iniciativas que tienen que ver con la mejora de la gestión y de la prestación de los servicios de salud. El Ministerio de Planificación, el Ministerio de Salud y la Defensoría de los Habitantes son actores naturales para un planteamiento como ese.

Para una ampliación del tema *Cfr.* a) Secretaría de Salud. Dirección General de Evaluación del Desempeño. Trato Adecuado: preguntas y respuestas. Documento. México. SA, SE. 3p.; b) Secretaría de Salud. Dirección General de Evaluación del Desempeño. Propuesta Metodológica para la construcción de un índice de trato. Documento. México. SA, SE.; c) Peña-Viveros, Raúl, *et ál.* Factores asociados a la gestión de quejas contra médicos que laboran en hospitales del Instituto Mexicano del Seguro Social. Revista Salud Pública de México. Vol. 46. N. 3. Mayo-Junio 2004, pp.210-215.; d) Puentes-Rosas, Esteban, *et ál.* Trato a los usuarios en los servicios públicos de salud en México. Revista Panamericana de Salud Pública. 19(6), 2006. Pp.394-402.

## *Referencias bibliográficas*


Alford, John. Definiendo al cliente en el sector público. Una perspectiva de intercambio social. En: Public Administration Review. Mayo/Junio, 2002. Vol.62. N.3.

Alvarado, Rubén y Aldo Vera. Evaluación de la satisfacción de usuarios de hospitales del sistema nacional de servicios de salud en Chile. En: Revista Chilena de Salud Pública. Vol. 5 (2-3). 2001.

Corella, José María. La gestión de servicios de salud. Ediciones Díaz de Santos S.A. Madrid. 1996.

De León, Oscar; Arteaga, Oscar e Irene Schiattino. Medición del nivel de satisfacción de usuarios que asisten al Centro de Salud de Acatenango, Guatemala. En: Revista Chilena de Salud Pública. Vol. 7 (2). 2003.

Dolinsky, AL. Complaint intensity and health care services. En: Journal of Health Care Marketing. 1995; Summer; Vol. 15 (2), pp. 42-47.

Emanuel EJ; Emanuel LL. What is accountability in health care? En: Annals of Internal Medicine. [Ann Intern Med] 1996 Jan 15; Vol. 124 (2), pp. 229-239.

Gómez Arias, Rubén Darío. Gestión de Servicios en Salud Pública. En: Blanco Restrepo, Jorge Humberto y Maya Mejía, José María. Fundamentos de Salud Pública. Tomo I. Corporación para Investigaciones Biológicas. Colombia. Segunda Edición, 2005.

Montero Chacón, Douglas. Factores que inciden en la cultura organizacional y su relación con la satisfacción de la consulta médica. Clínica Clorito Picado, CCSS, 1997. ICAP. Mayo, 1997.

Motta, Paulo Roberto. Desempeños en equipos de salud. Manual. Primera Edición. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. FGC, editora. Brasil; 2001.

Moullin, Max. Delivering Excellence in Health and Social Care. Open University Press. Reimpreso 2003. Gran Bretaña.

Ruiz, María Teresa, *et ál.* Atención según el género del paciente en los Servicios de Urgencias: ¿diferente o desigual? En: Gaceta Sanitaria. 1995; N.9.

Parasuraman, A., Zeithaml, V. y Berry, L. *A conceptual model of service quality and its implications for future research.* En: Journal of Marketing. 49 (otoño): pp.41-50. 1985. Citado en: Moullin, Max. Delivering Excellence in Health and Social Care. Open University Press. Reimpreso 2003. Gran Bretaña.

25

# Una perspectiva de la teoría y la práctica de la Salud Pública

*Mauricio Vargas Fuentes*[1]

Resumen

*En el presente artículo se presenta una visión particular del autor sobre lo que se podría denominar el desfase entre la teoría y la práctica de la salud pública. Se considera que existe un vacío importante entre los profesionales que enseñan la salud pública y los que la practican, ya que generalmente no son los mismos. Los que enseñan conocen poco la realidad de la práctica y los que la ejercen conocen poco la buena teoría que debe sustentar la práctica.*

*En el contexto anterior, se revisan los conceptos que a criterio del autor, son esenciales para relacionar correctamente estos dos ámbitos del quehacer en salud pública: la salud como un derecho, la rectoría de la producción social de la salud, el enfoque gerencial aplicado a los servicios de salud y la promoción de la salud.*

## *Introducción*

He dedicado mi vida a la gerencia de la salud en dos ámbitos concretos pero de gran amplitud y relevancia: uno el relacionado con el proceso

1 Médico-Cirujano, Especialista en Administración de Servicios de Salud, Máster en Administración de la Salud. Docente-investigador de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Costa Rica (1985-actualidad).Coordinador de la Sección Gerencia y Políticas de Salud de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Costa Rica (2008-actualidad) Para la administración Chinchilla es ViceMinistro de Salud.

de construcción teórica del concepto desde el ámbito de la academia en el Instituto Centroamericano de Administración Pública y la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Costa Rica, y otro el de la construcción y dirección de empresa desde la gerencia de diversas organizaciones cooperativas administradoras de servicios de salud en Costa Rica y en instituciones públicas en sus diferentes niveles de gestión.

Igualmente, he tenido la oportunidad de brindar asesoría a diversas instituciones de salud pública de los países latinoamericanos.

La experiencia vivida me ha enseñado que existe un divorcio entre la teoría y la práctica de la salud pública. Los que enseñan en nuestras universidades no conocen o conocen poco los servicios de salud, y sustentan su enseñanza en lo que han escrito otros, y cuando mucho, en limitadas investigaciones. Los que dirigen organizaciones y sus proyectos y programas de salud, lo hacen sin el conocimiento teórico suficiente para que realmente se logre la equidad, la eficiencia, la eficacia, la efectividad y la calidad que requiere la población de los servicios de salud.

En este contexto, he considerado pertinente realizar algunas consideraciones sobre el tema de la teoría y la práctica de la salud pública que me parece importante discutir con el doble propósito de retroalimentar a la academia y el quehacer de los servicios de salud.

En el presente artículo, se revisan cuatro temas desde la perspectiva de su teoría y su práctica: derecho a la salud, rectoría de la salud, gerencia de la salud y promoción de la salud.

Para empezar, debo decir que con la experiencia desarrollada a lo largo de 25 años de trabajo en los ámbitos mencionados, es mi concepto que la esencia del correcto

trabajo en salud pública pasa por el aprendizaje de claros y concretos conceptos, y por el aprendizaje y validación de habilidades y destrezas gerenciales por parte de las personas que dirigen los sistemas y servicios de salud para que logren aplicarlos y producir los efectos esperados.

## *Desarrollo*

### *El origen del divorcio entre la teoría y la práctica de la salud pública*

Empecemos diciendo, que la salud pública es una disciplina multidisciplinaria. Pueden ser especialistas en salud pública una gran cantidad de profesionales que poseen diversas profesiones base: médicos, abogados, odontólogos, terapistas físicos, profesionales de la enfermería, nutricionistas, trabajadores sociales, sociólogos y muchos otros.

La razón para que esto sea de esta manera, no es una casualidad, ya que se encuentra en el concepto de salud como producto social que hoy aceptamos, ya que al estar determinada por múltiples factores de tipo biológico, ambiental, socioeconómico y cultural y por los servicios de salud, su abordaje parte de la premisa de que a la salud pública deben aportar para su construcción y desarrollo, las ciencias de la salud, las ciencias ambientales, las ciencias administrativas y económicas, entre otras.

En toda organización que conforma la institucionalidad de la salud pública, existen naturalmente profesionales de estas diversas disciplinas, por lo que parece lógico, que todos o al menos un importante porcentaje, se formen en el campo de la salud pública.

No obstante, hemos observado a lo largo del tiempo, como se ha formado y capacitado una gran cantidad de profesionales pero sin lograr el impacto deseado en la organización y funcionamiento de los sistemas y servicios de salud y la salud de la población como razón de ser de estos.

¿Por qué se ha dado y se sigue dando esta situación?

En mi opinión, son dos las razones fundamentales que la han generado:

La primera es que las Escuelas de Salud Pública han formado y capacitado teóricos de la salud pública, porque la mayoría de los docentes no conocen la realidad de los sistemas y servicios de salud y no saben, entonces, si en la práctica, la teoría que han enseñado ha sido aprendida y aprehendida por los estudiantes, y tiene sentido en la realidad mencionada. Son, como he dicho, en diversas instancias de discusión, escuelas endogámicas, ya que reproducen y recrean teorías producidas por otros, muchas veces de fuera de sus países y sin el soporte de investigación que podría ayudar a su validación en la práctica.

Muchos académicos universitarios creen que el conocimiento se genera en la Universidad producto de esa patológica endogamia. No reconocen que el conocimiento se encuentra fuera de las paredes universitarias, y que su responsabilidad debe ser la de conocerlo, investigar su razón de ser, retroalimentarlo y desarrollar nuevo conocimiento que mejore la realidad. Es que la poca investigación que se realiza en materia de salud pública, no reconoce muchas veces los requerimientos de esa realidad que es su razón de ser. Es investigación básica que responde a inquietudes personales.

La segunda es que nuestros sistemas de salud son organizaciones construidas sobre premisas organizacionales

y funcionales que permiten poco la inserción y desarrollo de nuevo conocimiento, no evolucionan al ritmo de los tiempos, causan, en muchos casos por esta razón, la frustración de los nuevos profesionales de la salud pública que llegan a ellas.

¿Cuáles son entonces las competencias esenciales que deben desarrollar los profesionales de la salud Pública?

Este es el tema que desarrollaré en las próximas líneas.

## *La salud como derecho humano fundamental*

Para empezar con este apartado, es importante aclararnos el concepto de derechos humanos para situar luego el concepto de derecho a la salud.

### *Concepto de derechos humanos*

Los derechos humanos están garantizados legalmente por el marco jurídico, que protege a las personas y los grupos de personas, de las acciones que menoscaban las libertades fundamentales y la dignidad humana (OMS, julio 2002: página 2).

Incluyen los derechos civiles, culturales, económicos, políticos y sociales y son de especial importancia para regular la relación entre las personas y el Estado. Es por esto que las obligaciones de los gobiernos respecto de los derechos humanos, se asientan en los principios de "respetar, proteger y cumplir".

Todos los derechos humanos son universales, indivisibles e interdependientes, están relacionados entre sí y es necesario que la comunidad internacional trate en forma global y equitativa, sobretodo otorgándoles el mismo peso.

A pesar de que es importante tener en cuenta para su aplicación en la práctica las particularidades nacionales

y regionales, así como los patrimonios históricos, culturales y religiosos, los Estados tienen el deber, sean cuales fueren sus sistemas políticos, económicos y culturales, de promover y proteger todos los derechos humanos y las libertades fundamentales.

Los derechos humanos fueron aprobados por la comunidad internacional posteriormente a la conclusión de la segunda guerra mundial en 1948, mediante la Declaración Universal de Derechos Humanos. No obstante, cuando los Estados estuvieron listos para dar a las disposiciones de la Declaración fuerza vinculante, la guerra fría ya había relegado el tema a segundo término y los había dividido en dos categorías. El mundo occidental argumentó que los derechos civiles y los políticos tenían prioridad y que los económicos y sociales eran solo aspiraciones. Por el contrario, el mundo oriental abogó porque el derecho a la alimentación, la salud y la educación eran los esenciales y los derechos civiles y los políticos eran secundarios.

Esta fue la razón para que en 1966, se crearan dos tratados distintos: el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP). Desde entonces se han generado diversos tratados, declaraciones e instrumentos jurídicos en los que se recogen los derechos humanos.

En este contexto, es muy importante que se comprenda lo siguiente (OMS, julio 2002: página 3):

- Los tratados internacionales de derechos humanos son vinculantes para los gobiernos que los ratifican.
- Las declaraciones no son vinculantes, pero muchas de las normas y reglas consagradas en ellas son expresión de principios obligatorios en el derecho internacional.

- Las conferencias de las Naciones Unidas dan lugar a documentos de política de consenso no vinculantes, como las declaraciones y los programas de acción.

### *Salud y Derechos Humanos*

Entre el concepto de salud y el de derechos humanos existen relaciones complejas.

Por ejemplo, la violación o la desatención de los derechos humanos pueden tener graves consecuencias para la salud. Las políticas y los programas de salud pueden promover los derechos humanos o violarlos, según sea la forma de plantearlos o aplicarlos. La susceptibilidad a la mala salud se puede reducir si se adoptan medidas para respetar, proteger y cumplir los derechos humanos.

A continuación se citan algunos derechos humanos que guardan relación estrecha con la salud (OMS, julio 2002: página 7):

- Tortura: "nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes. En particular, nadie será sometido sin su libre consentimiento a experimentos médicos o científicos".
- Violencia contra los niños: deben adoptarse "todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual".
- Prácticas tradicionales nocivas: se adoptarán "medidas eficaces y apropiadas para abolir las prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud de los niños".
- Participación: todos tienen "el derecho a una participación activa, libre y significativa".

- Información: todos tienen la "libertad de buscar, recibir y difundir informaciones e ideas de toda índole"
- Intimidad: "nadie será objeto de injerencias arbitrarias o ilegales en su vida privada".
- Progreso científico: se garantiza el derecho de toda persona a gozar de los beneficios del progreso científico y de sus aplicaciones.
- Educación: todos tienen el derecho a la educación, en particular a conocer los principios básicos de la salud y la nutrición de los niños, las ventajas de la lactancia materna, la higiene y el saneamiento ambiental y las medidas de prevención de accidentes, y a recibir apoyo fundamental de toda persona a estar protegida contra el hambre".
- Alimentación y nutrición: se garantiza "el derecho de toda persona a una alimentación adecuada y el derecho fundamental de toda persona a estar protegida contra el hambre".
- Nivel de vida: toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado, incluso alimentación, vestido, y vivienda adecuados, y a la asistencia médica y los servicios sociales necesarios.
- Todos tienen el derecho a la seguridad social, incluso al seguro social.

### *El derecho a la salud*

"Derecho a la salud no significa derecho a gozar de buena salud, ni tampoco que los gobiernos de países pobres tengan que establecer servicios de salud costosos para quienes no disponen de recursos (Naciones Unidas, agosto, 1999: página 4).

Significa que los gobiernos y las autoridades públicas deben establecer políticas y planes de acción destinados a que todas las personas tengan acceso a la atención de

salud en el plazo más breve posible. Lograr que esto ocurra, es el reto al que tienen que hacer frente tanto la comunidad encargada de proteger los derechos humanos como los profesionales de la salud pública."

El concepto de derecho a la salud implica al grado máximo de salud que se pueda lograr, se consagró por primera vez en la Constitución de la OMS en 1946, y se reiteró más adelante en la Declaración de Alma Ata de 1978 y en la Declaración Mundial de la Salud adoptada por la Asamblea Mundial de la Salud en 1998. Ese derecho ha sido confirmado en una serie de instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos.

El derecho al disfrute del grado máximo de salud que está previsto previsto en el derecho internacional como parte de los derechos humanos, implica que el Estado debe garantizar un conjunto de mecanismos sociales, como normas, instituciones y leyes, además de un entorno propicio.

Hoy se reconoce que el derecho a la salud está estrechamente vinculado con otros derechos y que, además, depende de que estos se den en la práctica, especialmente el derecho a la alimentación, a la vivienda, al trabajo, a la educación, a la participación, al disfrute de los beneficios del progreso científico y sus aplicaciones a la vida, a la no discriminación, a la igualdad, a no ser sometido a torturas, a la vida privada, al acceso a la información y a la libertad de asociación, reunión y circulación.

Como se puede notar, se acepta, aunque no en forma explícita, que la salud es un producto social.

Se acepta también que el derecho a la salud es un derecho inclusivo, que no solo abarca la atención de salud oportuna y apropiada, sino también los principales factores determinantes de la salud, como el acceso al agua

apta para consumo humano y a la garantía de acceso a condiciones sanitarias adecuadas, al suministro de alimentos adecuados, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, trabajo y medio ambiente sano y acceso a la educación e información sobre aspectos relacionados con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva.

Para concluir con este apartado, diremos que se aceptan cuatro criterios para evaluar el respeto del derecho a la salud (OMS, julio 2002: página 2):

a. Disponibilidad: debe haber un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas de salud.
b. Accesibilidad: los establecimientos, bienes y servicios de salud, deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones: no discriminación, accesibilidad física, accesibilidad económica (asequibilidad) y acceso a la información.
c. Aceptabilidad: todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser respetuosos de la ética médica, culturalmente apropiados y sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deben ser respetuosos de la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas que atienda.
d. Calidad: los establecimientos, bienes y servicios de salud, deben ser apropiados desde la perspectiva científica y médica y ser de buena calidad.

En síntesis, el derecho a la salud implica el derecho a la atención de las consecuencias de la mala salud y la atención de los determinantes de la salud.

### *Derecho a la salud y salud pública*

Como se pudo apreciar en las líneas anteriores, el derecho a la salud es un derecho aplicable desde una perspectiva individual. Por otro lado, debemos recordar que la salud pública visualiza a la salud desde una perspectiva colectiva.

Se podría concluir entonces, que equivocadamente la perspectiva de la salud pública entra en contradicción con la del derecho a la salud.

En este contexto, es importante entonces, realizar algunas consideraciones que permitan el entendimiento de la relación que existe entre los conceptos y su aplicación en la práctica.

En primer lugar debemos comprender el valor que agrega el enfoque de derechos humanos a la salud pública.

Este valor se puede visualizar en los siguientes puntos (OMS, julio 2002: página 2):

- El reconocimiento explícito de que la salud es un derecho humano y no un producto concedido por caridad.
- Se puede contar con herramientas sustentadas en el enfoque de derechos, que permiten diseñar, ejecutar y evaluar las políticas y programas de salud. Dadas las implicaciones de la concepción de derechos humanos, estas herramientas permiten mejorar los resultados de dichas políticas y programas.
- El enfoque de derechos humanos potencia el rol de la salud pública.
- El enfoque de derechos humanos aplicado, permite contar con una herramienta útil para el análisis de los determinantes de la salud.
- Los derechos humanos se convierten en normas que sirven de referencia para evaluar los resultados

de la ejecución de los programas gubernamentales en salud.

- Con programas de salud pública sustentados en los derechos humanos, se logra una sólida base para promover estos derechos fundamentales.
- Se siguen normas y reglas internacionalmente aceptadas cuando se incorpora el enfoque de derechos en los programas de salud gubernamentales.
- Además, al incorporar el enfoque de derechos en los programas de salud, se logra que los sistemas de salud den prioridad a las necesidades de los grupos de población vulnerables y marginados o sea no se centran en los promedios sino en esos grupos prioritarios. Bajo esta perspectiva se promueve la equidad en el sistema de salud.

### *Salud pública, derechos humanos y equidad*

El punto de encuentro entre salud pública y el enfoque de derechos es la equidad.

La equidad implica que la distribución de las oportunidades para lograr salud se orienta a partir de las necesidades de las personas y no por sus prerrogativas sociales

Esto significa que hay que eliminar las desigualdades en salud y esencialmente en los factores determinantes de la salud que están sistemáticamente asociados a una situación de desventaja presente en la sociedad.

En el discurso sobre derechos humanos, el principio de equidad se utiliza cada vez más como un importante concepto genérico de política que no tiene carácter jurídico, y con el que se expresa la necesidad de actuar con imparcialidad. Se ha utilizado en relación con asuntos de política como la accesibilidad, asequibilidad y la aceptabilidad de los servicios de salud disponibles.

La atención que se presta a los grupos vulnerables y desfavorecidos de la sociedad en los instrumentos internacionales de derechos humanos, refuerza el principio de equidad.

El campo de estudio y acción de la salud pública es la salud poblacional. Y desde esta perspectiva, los impulsores y diseñadores de los programas de salud gubernamentales tienen necesariamente el deber político, técnico, financiero y legal, de promover la equidad de ellos y esto se logra priorizando a los grupos más vulnerables y desprotegidos debido a condiciones subyacentes en la sociedad.

Queda claro entonces, que el punto de encuentro entre derechos humanos y salud pública se encuentra en la perspectiva de la equidad que ambos enfoques impulsan. Por lo tanto, no son contradictorios sino complementarios.

## *La rectoría de la producción social de la salud*

Este es un tema crucial para el futuro de la salud pública en nuestros países y sobre el que se debe generar un punto de encuentro entre teoría y práctica. Es, además, una de las competencias más importantes que deben desarrollarse para la adecuada gestión de la salud pública, específicamente en los funcionarios de su ente rector.

Son muy limitados los esfuerzos reales que se impulsan para que exista una adecuada rectoría de la salud, más si se reconoce a la salud como un producto social y además si se conceptúa correctamente el término rectoría, lo cual haré más adelante.

Como se apuntó en el apartado anterior, hoy entendemos la salud como un producto social, queriendo decir

con esto que está determinada por los múltiples factores anotados en el apartado anterior.

En realidad, la salud es en este momento, un producto social "no planificado".

En términos generales se define producto como el punto central de la oferta que realiza toda empresa y organización (lucrativa o no) a su mercado meta para satisfacer sus necesidades y deseos con la finalidad de lograr los objetivos que persigue.

Asimilando el concepto anterior a la realidad de la salud pública, y si aceptamos que el sistema de producción social de la salud no funciona realmente como un sistema, entendiendo además que su mercado meta es la población general y el objetivo el mejoramiento con equidad de su situación de salud, podemos comprender que en la actualidad, la situación de salud prevalente es un "producto no planificado" de los actores sociales que lo integran.

Es claro que los actores sociales que conforman el sistema de producción social de la salud no actúan realmente como un sistema, por lo que, entonces, no producen una situación de salud fijada como un objetivo o producto deseado. Es por lo tanto una situación de salud generada como producto de la entropía del sistema.

Con esto queremos decir que todos los actores sociales aportan "algo" a la situación de salud de un país. De lo que no queda duda, al menos en este momento, es que ese aporte no es "conducido", sino que es el producto de su quehacer cotidiano y entrópico en relación con los otros actores integrantes del sistema.

Es crucial entonces comprender, que la situación de salud de un país, debe ser un objetivo definido con plazo definido en el marco de un plan estratégico.

Se requiere entonces una correcta conducción del sistema de producción social de la salud para que los actores sociales que lo integran produzcan de forma planificada o al menos intencionada, un aporte concreto en el contexto de su razón de ser al mejoramiento con equidad de la situación de salud.

Esta es la esencia de la rectoría de la producción social de la salud, a la que podríamos definir como "la función mediante la cual el ente rector lidera, promueve y articula, de manera efectiva, los esfuerzos de los actores sociales y ejerce sus potestades de autoridad sanitaria, para proteger y mejorar la salud de la población. (Dirección General de Salud: Ministerio de Salud de Costa Rica, 2008: página 21).

Es importante, entonces, en este momento, definir los actores sociales que conforman el sistema de producción social de la salud.

Aceptamos que existen tres niveles de actores sociales que producen salud. El primero es el Sector Salud, el segundo el Sistema Nacional de Salud y el tercero el Sistema de Producción Social de la Salud.

Entendemos por Sector Salud, al conjunto de instituciones públicas, centralizadas o descentralizadas, que tienen como competencia explícita y legal la protección y mejoramiento del estado de salud de la población. (Dirección General de Salud: Ministerio de Salud de Costa Rica, 2008: página 16). Dicho de otra manera, la salud de las personas es su razón de ser.

Por Sistema Nacional de Salud entendemos, al conjunto de entes públicos y privados, nacionales e internacionales, que tienen como competencia explícita y legal la protección y mejoramiento del estado de salud de la población. Como se puede apreciar, incluye a las

instituciones públicas que conforman el sector salud y, además, a los entes privados e internacionales que trabajan en razón de esta.

El tercer concepto que debemos comprender correctamente, es el de sistema de producción social de la salud, entendiéndolo como el conjunto de entes públicos y privados, nacionales e internacionales que tienen como competencia explícita y legal la protección y mejoramiento del estado de salud de la población, incluyendo además a aquellos entes que **no** tienen como competencia explícita y legal la protección y mejoramiento del estado de salud de la población, pero impactan sobre ella ya que actúan sobre los determinantes de la salud.

Es claro que el sistema de producción social de la salud, es un sistema complejo, por lo que, como resultado de la interrelación de sus partes, se generan productos que no pueden explicarse a partir de las propiedades de los elementos aislados que lo componen. Además, la relación entre sus componentes puede ser consciente o inconsciente y producir efectos deseables o no sobre el resultado final, por lo que no siempre es posible identificar la manera como su acción conjunta, produce el estado de salud observado. (Dirección General de Salud: Ministerio de Salud de Costa Rica, 2008: páginas 17,18 ).

En este contexto conceptual, la rectoría de la producción social de la salud implica el ejercicio del liderazgo y la regulación sobre los entes que componen al sistema de nacional de salud. Le compete, además, el ejercicio del liderazgo "inteligente", **no** la regulación, porque no existe la competencia legal, sobre los actores que no tienen como razón de ser la salud, pero impactan sobre ella y sobre los determinantes.

Como se puede apreciar, como sistema complejo que es, la concreción en la práctica del ejercicio rector no es sencillo, pero si necesario, si verdaderamente se pretende mejorar el estado de salud de la población.

Por otra parte, el ente rector tiene niveles de gestión que deben trabajar de forma integrada. Estos niveles son el central, el regional y el local. En una organización adecuadamente diseñada, le compete al nivel central la formulación de políticas y normas, al nivel local la aplicación en la práctica de las políticas y normas formuladas y al nivel regional, la supervisión capacitante del nivel local para el adecuado ejercicio de sus responsabilidades rectoras.

El ejercicio del liderazgo le compete a todos los niveles en el contexto de su marco de actuación.

La práctica nos enseña, que probablemente con una clara identificación de los problemas de salud más apremiantes de una comunidad en el nivel local, ahí donde los cosas suceden, se pueden priorizar los determinantes que los condicionan y trabajar en forma inteligente con los actores sociales involucrados, a partir de la aplicación del marco legal cuando corresponda, pero, esencialmente, con un adecuado ejercicio del liderazgo sobre todos los actores sociales.

## *La gerencia de los servicios de salud*

Dos términos deben ser adecuadamente conceptuados en este apartado: gerencia y servicio de salud.

Comencemos comprendiendo el concepto de lo que lo que debe ser "gerenciado", y que en este caso es el servicio de salud.

Como parte de los problemas conceptuales existentes al interior de la práctica de la salud pública, es el de

servicio de salud. Tradicionalmente se ha entendido servicio de salud como servicio de atención médica. Es más, hasta organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, lo conceptúan de esta manera.

El Ministerio de Salud de Costa Rica, como parte del esfuerzo de desarrollo organizacional que realizó durante el período de gobierno 2006-2010, elaboró con el apoyo de un grupo de consultores de la Universidad de Costa Rica conducido por mi persona, un modelo conceptual sobre garantía de acceso a los servicios de salud y como parte de éste, el de servicio de salud.

Desde mi perspectiva, dicho planteamiento conceptual es de una gran solidez, por lo que para efectos del presente artículo, hago mío dicho concepto.

Se entiende por servicios de salud al *conjunto de servicios con que se provee a las personas, ya sea en forma individual o colectiva, incluidos los relacionados con el hábitat en que se desenvuelven, que tienen como fin proteger y mejorar con equidad, su estado de salud.* (Dirección General de Salud: Ministerio de Salud de Costa Rica, 2008: página 15).

De esta definición se concluye, que un servicio de salud es el que se le brinda a las personas, y que puede ser analizado desde dos perspectivas: la primera es la relacionada con la atención directa como puede ser la consulta médica o la visita domiciliar por parte de un técnico en atención primaria, y la otra la que se le brinda al hábitat humano como por ejemplo la recolección de desechos y excretas.

Esto es importante tenerlo claro, dado que tradicionalmente se interpreta como servicio de salud únicamente al que se brinda directamente a las personas.

En el modelo conceptual de referencia, se definen como servicios de salud de atención directa a las personas a aquellos que realizan actividades de promoción de la salud, prevención de enfermedades, atención y rehabilitación general o especializada, realizada de forma ambulatoria o mediante internamiento a las personas para su tratamiento y consecuente rehabilitación física o mental. Existen dos tipos de servicios de salud de atención directa a las personas:

- Finales: como la consulta ambulatoria, la hospitalización, la visita domiciliar, los provistos por los CENCINAI, los odontólogos, nutricionistas y psicólogos, entre otros.
- Intermedios: como los de laboratorio clínico, radiodiagnóstico y farmacia.

El Ministerio de Salud, promueve una nueva visión, con la que el autor del presente artículo se encuentra de acuerdo, y define también como servicio de salud, todos aquellos servicios que se ofrecen para la protección y mejoramiento del hábitat humano, algunos de los cuales se describen posteriormente.

Entendemos como servicios de salud de protección y mejoramiento del hábitat humano a todos aquellos que protegen y mejoran el espacio donde vive un individuo o grupo humano.

Como ejemplo de éstos se pueden citar los servicios de suministro de agua para uso humano, de recolección y transporte sanitario de excretas y residuos, entre otros.

Este nuevo enfoque, genera una ruptura epistemológica, poniendo al mismo nivel de importancia a los dos tipos de servicios, consolidando, desde mi perspectiva, la teoría y la práctica de la atención integral de la salud.

Según lo anterior, se identifican los siguientes tipos de servicios de salud (Dirección General de Salud: Ministerio de Salud de Costa Rica, 2008: páginas 7 y 8).

1. Intramuros de atención directa a las personas. Estos servicios se ofrecen en establecimientos públicos y privados, como las sedes de los EBAIS en Costa Rica, sedes de Área de Salud, consultorios médicos, clínicas, hospitales, farmacias, laboratorios clínicos, establecimientos con servicios de optometría, de quiropraxia, de terapia física, de terapias alternativas y complementarias, entre otros y el Ministerio de Salud.
2. Extramuros de atención a las personas, que son ofrecidos por personas físicas y jurídicas, públicas y privadas, y que se brindan en el domicilio de los ciudadanos, en los centros educativos, en los lugares de trabajo, en los espacios comunales y en el Ministerio de Salud.
3. Suministro de agua para uso humano. Estos servicios son también ofrecidos por proveedores públicos y privados, entre los que se encuentran en Costa Rica, el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (ICAA), las municipalidades, las Asociaciones Administradoras de Acueductos Rurales (ASADA) y otras organizaciones comunitarias.
4. Limpieza y mantenimiento de tanques de almacenamiento de agua para uso humano.
5. Recolección y transporte sanitario de excretas y residuos, servicios de captación y canalización de aguas residuales y aguas pluviales. Al igual que en el caso anterior, estos servicios pueden ser ofrecidos por proveedores públicos, que en el caso de Costa Rica pueden ser entre otros, las municipalidades, el ICAA y diversas empresas privadas.

6. Control de vectores y fauna nociva para las personas.

Definido el concepto de servicio de salud, pasaré a revisar el concepto de gerencia aplicado a los servicios de salud.

Gerencia es un concepto compuesto por otros dos conceptos: conducción y administración. Entendemos la conducción como la acción de dirigir y de llevar a una organización hacia una meta predefinida sustentada en un proceso de toma de decisiones inteligentes. El concepto de administración se relaciona con el conjunto de acciones de soporte que deben ejecutarse en apoyo al proceso de toma de decisiones para la adecuada conducción de las organizaciones.

Para comprender las implicaciones de una decisión inteligente, debemos comprender que toda decisión debe tomar en consideración la articulación de las cinco racionalidades que naturalmente existen en toda organización. La esencia es entonces, que exista dicha articulación y no su puesta en contradicción como sucede muchas veces.

Estas racionalidades son:

- Política
- Técnica
- Administrativa
- Legal
- Ética

La racionalidad política se relaciona con el rumbo que tiene definido una organización y que se sustenta en lineamientos de política.

La técnica, tiene que ver con todas aquellas normas que regulan el quehacer sustantivo de una organización. Por ejemplo, y para el caso de una organización de salud, las normas que regulan la práctica médica, la práctica en

el laboratorio clínico y la práctica en el servicio de radiología entre otros.

La administrativa se relaciona con todas aquellas normas que regulan el quehacer administrativo de una organización. Por ejemplo, las normas de contabilidad y presupuesto y las normas de recursos humanos. Es esperable, en el marco de una buena gerencia, que las normas administrativas sirvan de apoyo al quehacer sustantivo de la organización y no lo contrario como sucede muchas veces. Las personas que trabajan en este campo, creen que su labor existe por sí misma, cuando su razón de ser es brindar soporte al quehacer sustantivo como se apuntó anteriormente. Por otra parte, los que trabajan en esa parte sustantiva de la organización, no ven la necesidad de cumplir con la normativa administrativa. La responsabilidad de la gerencia es la de lograr que esto no suceda y que ambas racionalidades se complementen para el logro de la misión.

La legal es la relacionada con el marco jurídico y legal que regula el quehacer sustantivo y administrativo de una organización. La lógica aplicada por una buena gerencia nos dice que la práctica sustantiva y administrativa no debe estar en contradicción con el marco legal y jurídico de la organización.

Por último, menciono la más importante de considerar al tomar decisiones: la racionalidad ética. Recordemos que la ética estudia la moral y determina que es lo bueno y que es lo malo y desde este punto de vista como se debe actuar.

Comprender lo anterior es crucial, ya que las decisiones en materia de salud tocan la vida humana y la justicia en la distribución de los recursos que producen salud y

que finalmente garantizan una mejor calidad de vida de los seres humanos.

Comprendido lo anterior, debemos adentrarnos en el significado de una correcta conducción de las organizaciones. Como expresé antes, conducción implica dirección y para dirigir correctamente, el buen gerente debe poseer ciertas destrezas y habilidades que se lo permitan. Estas destrezas principales son: capacidad de liderazgo, capacidad de negociación, capacidad de motivar a sus colaboradores, capacidad de innovar, finalmente capacidad de comprender que conducción es la parte "arte" de la gerencia y se relaciona con algunas capacidades innatas de las personas, pero que hoy entendemos pueden ser también aprendidas y aprehendidas por esas personas que hacen gerencia.

Para lograr el desarrollo de capacidades gerenciales en las personas que dirigen, éstas deben ser sensibilizadas en las aulas universitarias confrontándolas con su "propio yo" y propiciar que se miren ellas mismas en el espejo y solamente a los demás. Preguntándose con total sinceridad si es a esa persona a la que merece la pena seguir.

Una adecuada mezcla de características innatas y adecuado proceso enseñanza-aprendizaje en las aulas universitarias, pueden coadyuvar al logro de buenos gerentes.

Por último, es esencial comprender que la organización debe crear las condiciones para que se facilite una buena gerencia. De nada sirve formar buenos gerentes, si cuando deben desarrollar su trabajo, la organización no posee las condiciones apropiadas para que esto se logre, ya que sus sistemas de trabajo son inflexibles y no permiten el trabajo creativo e innovador. En muchos casos, esta es la realidad de las instituciones de salud, ya que su

diseño organizacional y funcional ha permanecido anclado en los viejos estándares.

## *La promoción de la salud*

En el contexto de lo apuntado anteriormente, pasaré a describir a continuación, algunos conceptos importantes para comprender la teoría, pero sobretodo la práctica de la promoción de la salud.

Hemos dicho que la salud se entiende como un producto social debido a que sus factores determinantes son múltiples. Hemos dicho también que esos determinantes son de tipo biológico, ambiental, socioeconómico y cultural y los relacionados con los servicios de salud. Si esto es así, se debe entender de forma concreta, que la salud se promueve cuando se trabaja sobre estos determinantes.

Hoy día, muchos creen que hacen promoción de la salud cuando imparten charlas sobre diversos temas vinculados con los determinantes de la salud, esencialmente los estilos de vida. Este es probablemente, el problema conceptual de mayor importancia, dado que existe claridad de que las "charlas" no modifican conductas y que, por lo tanto, no modifican los estilos de vida que pretenden modificar.

Se requieren programas de educación para la salud, entendiendo que la educación si trabaja sobre conductas ya que tiene el método que lo permite.

Por otro lado, promoción de la salud implica no solo la implementación de programas de educación para la salud, sino también de acciones con los actores sociales relacionados con los determinantes ambientales como el agua potable, disposición de desechos y disposición de excretas, con los determinantes socioeconómicos y

culturales como los programas de educación formal y las políticas económicas de gobierno y los vinculados con la organización y funcionamiento de los servicios de salud que pueden generar problemas para su acceso y la solución de los problemas de salud de las personas cuando se presentan.

Lograr influir sobre estos aspectos no es fácil. ¿Cómo lograrlo? Esto se consigue con la aplicación de algunas destrezas gerenciales esenciales como las relacionadas con un adecuado ejercicio del liderazgo y de la negociación, fundamentalmente como parte del ejercicio rector de los Ministerios y Secretarías de Salud.

Por otro lado, la formación en el campo de la promoción de la salud que se brinda en todas las carreras, fundamentalmente en las relacionadas con las ciencias de la salud, deben tener claro lo anterior, porque no han sido la excepción cuando enseñan el tema centrándose en la educación para la salud, sin desarrollar realmente el método educativo y sin profundizar en la teoría de los determinantes de la salud, y si lo hacen, sin lograr enseñar las destrezas necesarias para que se trabaje e influya sobre su comportamiento.

## *Conclusiones y retos para el futuro*

La enseñanza formal en salud pública en el mundo arrastra una historia de prácticamente 90 años. Los problemas han sido crecientes, y ha sufrido la salud pública un progresivo aislamiento, tanto de los avances científicos, como de los esfuerzos por coadyuvar al desarrollo de mejores sistemas de salud.

Esto es, desde nuestra perspectiva, tremendamente doloroso, ya que se ha relegado a un espacio secundario

en los sectores académicos y también, en los niveles de aplicación, generando como dice Frenk (Frenk:162) un círculo entre aislamiento e irrelevancia.

Con el advenimiento del nuevo milenio, las instituciones de salud pública del mundo, y en particular de nuestra América Latina, enfrentan la necesidad de redefinir su misión ante los retos que produce un entorno cada vez más complejo.

Hoy más que nunca, las instituciones de salud pública, con especial énfasis en las que tienen la responsabilidad rectora en el campo y las que tienen la responsabilidad de generar conocimiento a partir de la investigación y de la formación de los recursos humanos, deben cuestionarse sobre su papel social, por el alcance de su acción y por las bases de su saber. En opinión del autor, esto es lo que actualmente debe generarse en todas las Escuelas de Salud Pública del continente: un profundo cuestionamiento sobre su papel social, el alcance de su acción y las bases que sustentan su saber.

Ante la magnitud de los problemas, que han llevado a muchos a abandonar el término salud pública, resulta realmente urgente, proponernos un renacimiento que, al asimilar la riqueza de nuestra intelectualidad, nos permita hablar de una nueva salud pública.

En gran medida, el reto de la salud pública, se encuentra en la necesidad de construir y consolidar una tradición intelectual fortalecida, que genere congruencia entre la generación de conocimientos y su aplicación en la práctica.

Debemos comprender, además, que como "ente" vivo, la salud pública debe estar en permanente proceso de construcción y renovación.

Desde esta perspectiva, se puede ordenar la reflexión, considerando que el desarrollo de un campo intelectual, se sustenta en los siguientes cuatro elementos, tal y como lo plantea Frenk (Frenk, 1994: páginas 166-167):

- Base conceptual, que permite establecer los límites del ámbito específico de investigación, enseñanza y acción. En nuestro caso, se trata de definir con precisión qué es la nueva salud pública.
- Base de producción, con la que se identifica el conjunto de instituciones donde se reunen los intelectuales que generan los conocimientos.
- Base de reproducción, que permite consolidar y dar continuidad al desarrollo intelectual. Para esto se utilizan tres vehículos principales: programas educativos para formar nuevos profesionales e investigadores; publicaciones para difundir resultados y agrupaciones para intercambiar ideas y compartir intereses.
- Bases de utilización que traduce los conocimientos en dos tipos de productos: desarrollos tecnológicos, incluidos nuevos esquemas de organización, y toma de decisiones basada en resultados de investigación.

La salud pública vive una crisis desde hace más de 20 años.

Esta crisis se inicia con la debilidad existente en la base de producción científica, ya que la investigación en salud pública ha ocupado un lugar secundario si se la compara con la investigación biomédica o clínica. Y probablemente, gran parte de este retraso se debe a la forma dominante en que la investigación científica se ha desarrollado, ya que generalmente choca con el espíritu integrador que deben caracterizar a la salud pública. Hoy, la investigación en salud se realiza de forma fragmentada.

El gran reto de la salud pública en este campo, pasa por comprender que la única diferencia entre la investigación en salud pública y la investigación biomédica y clínica se relaciona con el nivel de análisis, lo que permite diseñar programas integrales de investigación que aborden problemas específicos desde el nivel subindividual hasta el poblacional. Es además necesario integrar los objetos de tal manera que se estudien tanto las condiciones como las respuestas.

Integrar niveles y objetos de análisis, implica integrar disciplinas. Esta es la gran riqueza de la salud pública: integrar diversas ciencias biológicas, sociales y de la conducta alrededor de un problema o situación común.

Por otro lado, parte de la crisis, se encuentra en la reproducción del conocimiento, la cual se debe realizar a partir de la educación, las publicaciones científicas y las agrupaciones científicas o profesionales.

En este contexto, es clara la crisis que atraviesan las Escuelas de Salud Pública, muchas de la cuales mantienen baja calidad educativa, obsolescencia de sus estructuras organizativas, desvinculación con la investigación y la práctica y poca pertinencia de sus programas con las políticas de salud y la toma de decisiones nacionales.

Surge entonces el reto de lograr que las Escuelas de Salud Pública y otras instituciones de investigación y formación de recursos humanos en el campo concreten los siguientes aspectos:

- La vinculación real y cotidiana de la investigación a la enseñanza.
- La vinculación con los encargados de tomar decisiones de gobierno y la vinculación entre servicio y academia. Los que enseñan deben tener conocimiento

de la realidad y los que hacen salud pública deben estar bien formados en su teoría
- La renovación de las estructuras organizacionales
- La planeación estratégica, con capacidad de mirar hacia afuera, pero también hacia adelante y

Por último, la salud pública requiere de un nuevo estilo de liderazgo, y para esto es esencial la apertura permanente hacia el entorno, la cual tiene dos sentidos: por un lado los instrumentos que identifican las necesidades insatisfechas y las oportunidades que permitan priorizar programas de acción, y por el otro lado, los elementos que propicien la utilización de los conocimientos para el desarrollo de nueva tecnología y procesos más racionales de toma de decisiones.

Superar los retos apuntados, pasa por la correcta conducción del sistema de salud en su sentido más amplio. Pasa entonces por un correcto ejercicio de la responsabilidad rectora de los Ministerios de Salud.

## *Referencias bibliográficas*

Dirección General de Salud: Ministerio de Salud de Costa Rica (2008, octubre) Modelo Conceptual y Estratégico de la Rectoría de la Producción Social de la Salud. San José, Costa Rica: Publicaciones e Impresos Ministerio de Salud de Costa Rica.

Dirección General de Salud: Ministerio de Salud. (2009, julio). Modelo Conceptual y Estratégico del Rol Rector del Ministerio de Salud para la Garantía de Acceso a los Servicios de Salud. San José, Costa Rica: Publicaciones e Impresos Ministerio de Salud de Costa Rica.

Frenk, Julio. (1994, setiembre) La nueva salud pública. Washington, D.C.: Serie Paltex, publicación científica N.º 550, OPS-OMS.

Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas. Human Rigths: a Basic Handbook for UN Staff. (1999, agosto). Publicación de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos y la Escuela Superior del Personal de las Naciones Unidas.

OMS. (2002, julio). Veinticinco preguntas y respuestas sobre salud y derechos humanos. Serie Publicaciones sobre Salud y Derechos Humanos N.º 1.

26

# La medicina alternativa en Costa Rica, un capítulo que apenas se inicia

*Juan Carazo Salas*[1]

Resumen

*La Organización Mundial de la Salud junto con más de una decena de centros colaboradores se han dado a la tarea, desde el año 1991, de validar la eficacia y seguridad de las medicinas tradicionales, alternativas y complementarias, así como de promover el acercamiento de sus países miembros a estas formas de atención sanitaria. Muchos de estos países ya han incluido a las medicinas alternativas dentro de sus sistemas de salud. En Costa Rica se ha venido trabajando al respecto, pero son muchos los desafíos que aún se presentan para su integración al sistema de salud imperante.*

## *Introducción*

El uso de las medicinas tradicionales, alternativas y complementarias (MT/MCA), ha aumentado de manera muy importante en los últimos veinte años en el mundo occidental (OMS, 2002-2005). Este incremento en el uso de métodos no convencionales de

1 Médico, M.Sc. en Salud Pública, MSc. en Administración de Negocios. Profesor de la Escuela de Salud Pública (UCR), Médico Asistente de la Clínica Holística.

medicina ha llamado la atención de organizaciones de gran importancia a nivel mundial, tales como el Centro Nacional de Medicina Complementaria y Alternativa (NCCAM), los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos (NIH, por sus siglas en inglés) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), quienes, junto con más de una decena de centros colaboradores alrededor del mundo, se han dado a la tarea, desde el año 1991, de validar la eficacia y seguridad de muchas de estas medicinas no convencionales, sobre todo lo correspondiente al uso de plantas medicinales y de la acupuntura (NCCAM, 2007).

La OMS, desde el año 2005, hizo un llamado a sus países miembros para integrar estas formas de medicina en sus sistemas de salud, de manera que se pudieran conocer mejor, investigar apropiadamente, regular por parte de las autoridades de salud oficiales y aprovechar los beneficios de estas medicinas previamente validadas, en el tratamiento de los pacientes (OMS, 2002-2005).

Este esfuerzo realizado a nivel mundial, está apenas comenzando a permear nuestro sistema de salud, y es por esta razón que el presente trabajo busca analizar el papel de las medicinas tradicionales, complementarias y alternativas para la salud pública de Costa Rica.

Con este fin, se parte de la definición de estas formas de tratamiento, de la importancia que han ido tomando estas terapias en el mundo, y de su abordaje por parte de la Organización Mundial de la Salud, para luego señalar algunas particularidades que presentan para los sistemas de salud y cómo algunos países han resuelto estas particularidades. Finalmente se describe la situación de las medicinas tradicionales complementarias y alternativas

en nuestro país, así como los desafíos futuros para su inclusión en nuestro sistema de salud.

## *Desarrollo*

La Organización Mundial de la Salud define a las medicinas tradicionales, alternativas y complementarias (MT/MCA) como "prácticas, enfoques, conocimientos y creencias sanitarias diversas que incorporan medicinas basadas en plantas, animales y/o minerales, terapias espirituales, técnicas manuales y ejercicios aplicados de forma individual o en combinación para mantener el bienestar, además de tratar, diagnosticar y prevenir las enfermedades". (www.who.org)

El Centro Nacional para la Medicina Alternativa y Complementaria de los Estados Unidos (NCCAM), por su parte, define a estas medicinas no convencionales como un "conjunto diverso de sistemas, prácticas y productos médicos y de atención de la salud que no se consideran actualmente parte de la medicina convencional".

A estas dos definiciones de medicinas tradicionales, alternativas y complementarias, el NCCAM agrega un elemento muy importante para el presente trabajo. Es el que corresponde al sistema de salud preponderante en cada lugar, al que llama en forma genérica, "medicina convencional". Algunas de las medicinas que reciben en occidente, sobre todo en las Américas, el calificativo de alternativas o complementarias, pueden ser las formas de medicina convencional y oficial adoptadas por los sistemas nacionales de salud de otras regiones del mundo, en donde la medicina occidental no es la principal forma de atención de las enfermedades.

La OMS define la medicina tradicional como aquella que pertenece a la tradición de un pueblo, como son por ejemplo la medicina china, o el ayurveda de la India, o la medicina unani de los árabes. En realidad, todas las culturas antiguas contaron con alguna forma de medicina que hoy catalogamos como tradicional, que se desarrollaron a través de los años y que fueron influenciadas por factores históricos, cosmogonía, creencias y filosofía, solamente que no todas ellas resistieron el embate del tiempo, ni el de los cambios de paradigma. A pesar de que estas prácticas tradicionales varían mucho entre sí:

> *"la gran mayoría puede codificarse, regularse, enseñarse abiertamente y practicarse amplia y sistemáticamente, además de beneficiarse en muchos casos, de miles de años de experiencia", como bien lo señala la OMS* (OMS, 2002-2005).

La diferencia entre medicina complementaria y medicina alternativa radica en su uso con respecto de la medicina occidental, científica o alopática. La medicina complementaria es aquella que se utiliza conjuntamente con la medicina convencional, como es por ejemplo el uso de la aromaterapia para ayudar a mitigar la falta de comodidad del paciente después de la cirugía, mientras que la medicina alternativa, por su parte, es la que se utiliza en lugar de la medicina convencional, como puede ser el empleo de una dieta especial para el tratamiento del cáncer en lugar de la cirugía, la radiación o la quimioterapia recomendados por un médico convencional. También se ha acuñado el término "medicina integrativa", que es aquella en que se combinan terapias médicas convencionales y terapias de la medicina complementaria y alternativa para las cuales existen datos científicos de alta calidad sobre su seguridad y eficacia (NCCAM, 2007).

Existen muchas otras formas de clasificar a las medicinas tradicionales, alternativas y complementarias, por ejemplo, pueden clasificarse como terapias de medicación, si se utilizan medicinas con base de hierbas, partes de animales y/o minerales, o terapias sin medicación, si se realizan principalmente sin el uso de ésta, como es el caso de la acupuntura, las terapias manuales, el gigong, tai chi, la terapia termal, el yoga y otras terapias físicas, mentales, espirituales y terapias mente-cuerpo. La NCCAM por su parte, clasifica a las terapias de la medicina complementaria y alternativa en cinco categorías o dominios:

1. Sistemas médicos alternativos: estos se construyen en torno a sistemas completos y conceptuales de teoría y práctica, como es el caso de la homeopatía, la naturopatía, la medicina tradicional china y el ayurveda de la India.
2. Enfoque sobre la mente y el cuerpo: este enfoque utiliza una variedad de técnicas diseñadas con el fin de utilizar la capacidad de la mente para afectar la función y los síntomas corporales, como son por ejemplo, los grupos de apoyo a pacientes y la terapia cognitiva y conductual, la meditación, la oración, la curación mental y las terapias que emplean soluciones creativas como el arte, la música o la danza.
3. Terapias biológicas: éstas se refieren al uso de sustancias que se encuentran en la naturaleza, tales como hierbas, alimentos y vitaminas, transformados en suplementos dietéticos y en productos de herboristería, pero cuya eficacia aún no ha sido probada desde el punto de vista científico.
4. Métodos de manipulación y basados en el cuerpo: los métodos de manipulación y basados en el cuerpo en la medicina complementaria y alternativa hacen

énfasis en la manipulación o en el movimiento de una o más partes del cuerpo. Algunos ejemplos incluyen quiropráctica, osteopatía y masaje.

5. Terapias sobre la base de la energía (algunas no demostrables científicamente en la actualidad): éstas incluyen el empleo de campos de energía, utilizando terapias de biocampo como es caso el Reiki y la Pranoterapia, o terapias bioelectromagnéticas.

Lo anterior muestra que existe una gran diversidad de medicinas tradicionales, alternativas y complementarias, cada una con sus características particulares. Estas son muy utilizadas en la prevención, diagnóstico y tratamiento de una gran gama de enfermedades en muchas partes del mundo, son muchas las razones para su uso e, inclusive, para el aumento en su uso en los últimos veinte años.

En algunas regiones del globo, este aumento se debe a que es más accesible por sus habitantes y a la confianza que se les tiene, pues forman parte de sus tradiciones, por ejemplo en las regiones más pobres de Asia y de África, en donde cerca de la mitad de su población cuenta únicamente con este tipo de medicina.

En los últimos veinte años, las personas en los países desarrollados también han ido volviendo la mirada hacia las medicinas tradicionales, alternativas y complementarias, debido, entre otras causas a la preocupación acerca de los efectos adversos de los fármacos químicos, las limitaciones de algunas terapias convencionales, lo cruentas y el alto costo de algunas intervenciones, el mayor acceso de la gente a la información sanitaria y la modificación de sus valores y el aumento en la esperanza de vida que lleva consigo un riesgo mayor de que se desarrollen enfermedades crónicas y debilitantes tales como

las enfermedades coronarias, el cáncer, la diabetes y los trastornos mentales (Barnes, 2004).

El porcentaje de personas que han usado MT/MCA en los países desarrollados varía mucho, sin embargo, por lo general encontramos cifras elevadas de uso, como en Australia, en donde su uso ha sido reportado en niveles cercanos al 46%, en Francia al 49%, y en Canadá, esta cifra llega al 70%. Las MT/MCA incluso son practicadas por muchos médicos alópatas; por ejemplo en el Reino Unido, el 40% de los médicos utiliza alguna forma de MT/MCA en su consulta, y en Suiza el 46% (OMS, 2002-2005).

El gasto en salud en MT/MCA ha venido también en aumento debido al crecimiento en la demanda, y aunque las cifras no son exactas, la OMS cuenta con algunos datos al respecto. En Malasia, se estima un gasto anual en MT/MCA de unos 500 millones de dólares estadounidenses, comparado con unos 300 millones de dólares estadounidenses en medicina alopática. En los Estados Unidos, el gasto total realizado en 1997 en MT/MCA se estimó en unos 2700 millones de dólares estadounidenses, comparable con el gasto proyectado para todos los servicios médicos en ese mismo año. (OMS, 2002-2005).

Estas formas de medicina altamente sistematizadas son mucho más que otra forma de curar enfermedades. Muchas son toda una forma de vida, un modo diferente de ver y comprender el mundo, otra forma de entender al ser humano y su interrelación con el universo que lo rodea y comparten una visión ecológica del ser humano que funge como concepto unificador, al que se ha llamado "holismo".

A pesar de que la visión holística del ser humano es posiblemente tan vieja como el ser humano mismo, el

concepto de "holismo", del griego "holos" que significa entero, fue primero popularizado por el filósofo, economista y estadista sudafricano Jan Christian Smuts en su libro de 1926 llamado "Holismo y evolución". Para Smuts, holismo era una forma de comprender y describir organismos y sistemas como entidades más grandes que la suma de sus partes, aspecto muy diferente del reduccionismo analítico de la ciencia en boga (Gordon, 1985).

La medicina holística por su parte, tiene sus raíces en el "Movimiento de Salud Popular", que nació en los primeros años del siglo XIX y llegó a su pico máximo poco antes de la guerra civil de los Estados Unidos. Estas prácticas médicas populares eran una mezcla de la medicina tradicional europea, africana y amerindia, y eran las que la gran mayoría de la gente común utilizaba.

En esta época en los Estados Unidos, se alzaron diferentes movimientos que estaban descontentos por lo limitado de los alcances de la revolución norteamericana, respecto de la esclavitud y los derechos de las mujeres. Es por esta razón que muchas de las personas que pertenecieron a los movimientos por los derechos civiles y por los derechos de las mujeres, también pertenecían al Movimiento de Salud Popular. Este es el caso de Samuel Thompson y Silvestre Graham. El primero compiló una lista de remedios herbarios en su libro "New Guide to Health", el que vendió cerca de 100,000 copias entre 1822 y 1839. El segundo, fue uno de los que comenzó el movimiento de Salud Holística en los Estados Unidos, y entre sus prácticas estaba la alimentación integral, la importancia del consumo de frutas y vegetales, y el uso de la medicina natural, conceptos de autocuidado muy difundidos en la actualidad.

Estas personas veían la salud desde una perspectiva más amplia que solo el aspecto relacionado con el ser humano en particular, y no hacían diferencias entre el bienestar individual y el social, entre la responsabilidad personal y la social, conceptos que podríamos llamar, de salud pública. Sin embargo, la coalición de gente que formaba el movimiento de medicina popular fue poco a poco quebrantándose, hasta desaparecer.

En 1847 se creó la Asociación Médica Americana, que consolidó el poder de la medicina científica en los Estados Unidos y hundió en el olvido, por más de un siglo, a la medicina popular.

La guerra de Vietnam, el movimiento hippie, la lucha por los derechos civiles de los afroamericanos y el Informe Millis sobre la educación médica sirvieron como semillero para el renacimiento de los movimientos de medicina holística a partir de los años sesenta. Este nuevo cambio ha venido creciendo desde entonces, apoyado también en los movimientos ambientalistas que, buscando una forma de vida diferente para las personas, han ido generando valores diferentes que armonicen al hombre a todo nivel, físico, mental, emocional, social y ecológico (Hussin, 1985).

Los aspectos considerados por la medicina holística respecto de la salud de las personas, parecieran completar el concepto de salud aceptado por la OMS: "estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad", agregándole a esta definición dimensiones del ser humano que hasta el momento no han sido tomadas en cuenta, y añadiendo a la medicina convencional un aspecto muchas veces olvidado: calidad humana (Carazo V., 2003).

La OMS señala que existen tres tipos de sistemas de salud diferentes con base en la aceptación o no de las

medicinas tradicionales, alternativas y complementarias: el integrado, el inclusivo y el tolerante.

El integrado es el sistema en que estas prácticas están oficialmente reconocidas e incorporadas en todas las áreas de provisión sanitaria, en que estas medicinas están incluidas en la política nacional de fármacos relevante en el país, en donde los proveedores y los productos están registrados y regulados; en que las terapias de este tipo de medicina están disponibles en hospitales y clínicas (tanto públicos como privados), y, estos tratamientos son reembolsados por el seguro de salud, se realizan estudios relevantes, y se dispone de educación formal concerniente a estas prácticas, como sucede en China, la República Democrática de Corea, la República de Corea y Vietnam.

Otro tipo de sistema de salud es el que la OMS llama inclusivo. En este sistema se reconoce a las prácticas de medicina tradicional, alternativa y complementaria, pero aún no se han integrado estas prácticas a todos los aspectos señalados anteriormente. Este sistema es el que impera en Mali, Guinea Ecuatorial y Nigeria, pero también es el que está establecido en el Reino Unido y en Canadá.

El tercero y último de estos sistemas, es el tolerante, en donde el sistema sanitario nacional está basado enteramente en la medicina convencional, a la que se llama alopática, pero se toleran por ley algunas prácticas de medicina tradicional, alternativa y complementaria, como es el caso de los Estados Unidos, y el de la República de Costa Rica.

La OMS ha visto la importancia creciente de las MT/MCA y ha señalado en su "Estrategia de la OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005", los objetivos que considera fundamentales para aprovechar el conocimiento

de estas formas de medicina, pero al mismo tiempo ha asegurado la eficacia, seguridad y calidad de los productos y de las diferentes prácticas.

Estos objetivos se plantean a nivel de políticas de estado, integrando a la MT/MCA a los sistemas de salud nacionales, desarrollando e implantando políticas y programas nacionales sobre este tipo de medicina; a nivel de acceso, incrementando la disponibilidad y la asequibilidad de la MT/MCA según sea necesario, enfatizando el acceso a las poblaciones pobres; a nivel de su uso racional, fomentando terapéuticamente el uso sólido de una MT/MCA apropiada por parte de proveedores y consumidores; y a nivel de seguridad, eficacia y calidad, difundiendo los conocimientos básicos sobre MT/MCA y ofreciendo directrices sobre normas y estándares para asegurar la calidad.

La Organización Mundial de la Salud promueve en los países miembros la integración de las medicinas alternativas y complementarias a sus sistemas de salud, debido a que estas formas de atención de la salud han:

> *"...demostrado eficacia en áreas como la salud mental, el tratamiento de enfermedades no transmisibles, y el mejoramiento de la calidad de vida en lo concerniente a las enfermedades crónicas así como para la población en envejecimiento. Aún cuando se requiere de mayor investigación, investigaciones clínicas y evaluaciones, las medicinas tradicionales y complementarias han mostrado un gran potencial para el tratamiento de un amplio espectro de necesidades en el cuidado de la salud"* (WHO, 2001).

Es por esta razón que la OMS realiza esfuerzos para la difusión de la información concerniente a las MT/MCA y en la asesoría de aquellos países que desean

crear políticas de salud al respecto y definir el rol que jueguen estas terapias en la sociedad. Hasta la fecha, solamente 25 de los 191 estados miembros de la OMS han desarrollado una política nacional sobre MT/MCA (OMS, 2002-2005).

Este acercamiento promovido por OMS tiene también que ver con la formación del personal sanitario que se requiere en las diferentes regiones del mundo para abordar los diferentes problemas de salud que se presentan.

Como se menciona en el Informe sobre la Salud del Mundo 2006:

> *"La formación del personal sanitario es crucial para que el mundo pueda hacer frente a los principales retos sanitarios, como alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio, prevenir y tratar enfermedades crónicas y responder a las emergencias. Los responsables de políticas de todo el mundo deben centrarse en ampliar la capacidad de formar y educar a los futuros profesionales sanitarios. El mundo necesita un personal de salud adaptable y adecuadamente capacitado, integrado por profesionales que estén aprendiendo durante toda la vida y sepan cómo hallar y aplicar nuevas informaciones y competencias"* (OMS, 2006).

Lo anterior es importante para asegurar la calidad de la asistencia en este sentido con el fin de:

> *"Asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso"* (OMS 1985).

Los servicios de salud basados en medicinas tradicionales, complementarias y alternativas son diferentes de los servicios de salud convencionales, debido a que su filosofía se basa en una visión holística de la persona en sus distintas dimensiones (OMS, 2002-2005) y en que sus objetivos tienen más que ver con el fomento de la salud que con el ataque directo a la enfermedad, y es de gran importancia para la promoción de la salud.

Cada país, según su bagaje histórico, sus creencias, el peso que ha tenido la medicina científica en su sistema de salud, su forma de ver el mundo, y su cultura en general, han abordado y resuelto de manera diferente lo referente a la regulación de las prácticas de las medicinas tradicionales, alternativas y complementarias. (WHO, 2001).

En Chile, las políticas nacionales le otorgan igual importancia a las medicinas tradicionales y a la medicina alopática. La medicina tradicional y complementaria se encuentran reguladas por la Ley 19.253 de octubre de 1993, que toma en cuenta el rol que juegan estas medicinas en la salud pública. Un ejemplo es el Hospital de la Comunidad Mapuche, en donde se ofrecen servicios médicos tradicionales y alopáticos, y que se encuentra adjunto a la Universidad Mapuche, ambos apoyados financieramente por el Ministerio de Salud (WHO, 2001).

En Alemania no existe el monopolio legal de la medicina alopática, por ende, médicos no alópatas, pero certificados, pueden ejercer la medicina, y médicos alópatas certificados, pueden practicar medicinas complementarias. Sin embargo existen algunas restricciones con respecto a algunos actos médicos particulares. Solamente a los médicos alópatas y a los dentistas se les permite practicar la odontología. Solamente a los médicos alópatas se les permite tratar enfermedades de transmisión sexual,

enfermedades transmisibles y epidémicas, recetar algunos medicamentos, aplicar anestésicos y narcóticos, practicar la gineco-obstetricia, tomar placas de rayos X, realizar autopsias, y emitir certificados de defunción (WHO, 2001).

Noruega cuenta con las regulaciones más viejas de Europa en lo concerniente a la práctica de la medicina por personas que no son médicos alópatas, y en principio, cualquier persona en Noruega puede tratar pacientes, sin importar su entrenamiento ni profesión. Sin embargo, solamente a los médicos alópatas se les permite usar el título de "Doctor en Medicina", usar un título indicando la especialidad, o anunciarse, aún cuando cualquier persona puede poner un anuncio en la prensa con indicación solamente del nombre, la dirección, las horas de consulta e información general acerca de los servicios brindados. A pesar de ser muy abiertos a este respecto, las leyes noruegas son muy estrictas con aquellas personas no médicas alópatas o dentistas, que por sus tratamientos pongan en peligro serio o dañen la salud de las personas consultantes, esto según el Acta 9 del 19 de junio de 1936 (WHO, 2001).

En Costa Rica, según la Organización Mundial de la Salud, no existe ninguna asociación de medicina tradicional. Esta organización señala que en el país existen al menos 19 personas que practican medicina tradicional indígena y señala que existen dos quiroprácticos en el país.

En cuanto a la situación legal, se establece en OMS que la práctica de la medicina tradicional es ignorada por las leyes oficiales de salud. No hay registro de practicantes de medicina tradicional en Costa Rica, y los practicantes de medicina tradicional no están regulados. También se señala que no existen programas oficiales que sirvan de

enlace entre el sistema de salud establecido, y la medicina tradicional.

No obstante lo anteriormente señalado por la OMS, son muchos los avances que en este sentido se han venido realizando en los últimos veinte años en nuestro país en cuanto al acercamiento a las medicinas alternativas.

En el año 1990, del 12 de mayo al 21 de julio, se realizó el primer Curso de Terapéutica Homeopática avalado por el Colegio de Médicos y Cirujanos, lo que abrió las puertas para que se comenzaran a incluir conferencias sobre homeopatía en muchos de los Congresos Médicos Nacionales a partir de ese año (Salas, 2008). En 1994 el Colegio de Médicos y Cirujanos reconoció a la homeopatía como especialidad médica, y un pronunciamiento de la Sala de Jurisdicción Constitucional, el 9 de enero de 1998, permitió que los médicos alópatas recibieran la acreditación de estudios homeopáticos de postgrado, bajo el marco de la Regulación de Especialidades Médicas (Colegio de Médicos y Cirujanos, 2008).

A pesar de la posición oficial y no obstante el hecho de que en Costa Rica los servicios de salud convencionales se encuentran disponibles para la gran mayoría de los habitantes de nuestro país, el uso de las medicinas alternativas como primera opción terapéutica o como complemento a tratamientos de medicina convencional (también llamada alopática o científica, y que es la que se practica oficialmente en nuestros servicios de salud), lejos de ir desapareciendo, ha venido incrementándose en cantidad y en variedad (Peraza, 2007).

Existe en la actualidad una oficina del Ministerio de Salud que se ha dedicado desde hace ya cinco años a trabajar en normas de habilitación, tratando de juntar los pareceres de las personas que se dedican a estas

prácticas, y tratando de regularlas al menos con el mínimo de los requisitos de funcionamiento, de manera que no pongan en peligro la salud de aquellas personas que atienden (Peraza 2007).

Esta oficina ha estado trabajando también en un curriculum básico de materias de ciencias básicas, como sería el ciclo de biociencias de la Universidad de Costa Rica, que deben conocer a las personas no médicas que se dediquen a atender a otras, de manera que puedan, al actuar, contar con algunos conocimientos de base que les haga ser más conscientes en cuanto a los riesgos que implica atender gente, y en caso necesario, que puedan referir al paciente a su médico. También se están trabajando algunos perfiles básicos sobre medicinas alternativas y complementarias, tomando como base algunos curriculos extranjeros y consultas a expertos internacionales y universidades en Norteamérica, con el fin de establecer normas de acreditación que permitan el reconocimiento por parte del Consejo Nacional de Educación Superior Privada (CONESUP) de algunos de los practicantes de estas terapias, que han venido al país y buscan su regularización (Peraza, 2007).

Para que se puedan regular estas actividades hace falta un reglamento que las mencione, que sea aprobado y avalado por el Estado. Se ha estado trabajando en este reglamento, buscando normas de consenso con los diferentes actores involucrados; por ejemplo con los psicólogos, en el caso de los Remedios Florales de Bach, con el Colegio de Médicos y Cirujanos, y con asociaciones de practicantes de algunas de estas terapias.

Sin embargo, el problema principal es el concerniente a la calidad de la formación de los practicantes de medicinas alternativas, ya que en la actualidad en nuestro país no

existen normas obligantes, por lo tanto, no están al margen de ellas, y no se puede quebrantar el derecho al trabajo y la libertad de comerciar. Lo que sí se puede hacer es obligar al establecimiento a condiciones mínimas sanitarias, que es lo que en la actualidad se hace (Peraza, 2007).

## *Conclusiones*

Las medicinas alternativas han sido abordadas de manera muy diferente en todos los países, de manera que cada cuál ha solucionado el aspecto legal y formativo según ha podido o escogido, por lo que su trato es muy heterogéneo a través del mundo.

A pesar de lo anterior, la OMS ya ha emitido un mandato en donde se pide a los países miembros acercarse aún más a las medicinas tradicionales, alternativas y complementarias. En Costa Rica ya se ha comenzado fuertemente por parte de las autoridades de Salud a realizar ese acercamiento y a buscar los puntos de encuentro entre los practicantes, la regulación y la formación y acreditación. La formación es uno de los puntos más importantes en que se debe insistir para no poner en riesgo el bienestar de los pacientes, sobre todo en lo concerniente a practicantes no médicos.

En Costa Rica, las medicinas tradicionales, alternativas y complementarias, todavía no forman parte del currículum de ninguna de las escuelas de medicina; tampoco son parte de la oferta de servicios de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), y muy pocas han sido aceptadas como una especialidad médica. Sin embargo, el aumento en el número de personas usuarias, así como en la oferta de servicios privados de estas formas terapéuticas, y las iniciativas internacionales que proponen el acercamiento

de los sistemas nacionales de salud a estas formas de medicina, han hecho que las autoridades de salud de nuestro país, poco a poco, se vayan abriendo a las medicinas alternativas y hayan comenzado a establecer medidas enfocadas en regular mejor los servicios brindados y asegurar, hasta cierto punto, la calidad de la atención del lugar y la seguridad de los usuarios.

Quedan aún desafíos importantes para poder pasar de un sistema tolerante a uno inclusivo y mucho más aún para poder llegar a un sistema integrado que logre armonizar los grandes avances de la medicina científica con la calidad humana y visión ecológica de las medicinas alternativas.

Las medicinas tradicionales, alternativas y complementarias no solo son una herramienta muy valiosa en el abordaje de las enfermedades de los pacientes, ya sea como complemento o alternativa a la medicina alopática, sino que contribuyen de forma general a mejorar la salud de las personas, al poner en práctica una filosofía de vida que promueve una mejor calidad de vida.

## *Referencias bibliográficas*


Barnes, P., Powel- Grinner, E. (2002). Complementary and Alternative Medicine Use Among Adults: United States. Advance Data From Vital and Health Statistics. N° 343. Estados Unidos.

Carazo, V. (2003). Expandiendo el Horizonte médico, una opción holística. Recuperado el 10 de agosto del 2007, de *www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/BBE6B220-5E24-4-CB6-AFD8-6-A70CD9A60D7/112698/DrVladimirCarazo_ppt.PPT*

Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica. *www.medicos.sa.cr4.*

Entrevista con la doctora Yackeline Peraza, directora de la Oficina de Habilitación del Ministerio de Salud, Realizada por Juan Carazo en junio del 2007.

Entrevista con la doctora Julia María Salas Vargas, médico de la Clínica de Medicina Holística en enero del 2008.

Gordon, James (1985). Holistic Medicine: fringe or frontier? Explorations beyond the biomedical model. The new holistic health handbook. Penguin Books, p.20. Estados Unidos.

Hussin, M. (1985). Holistic Health and Social Responsibility. An historical and political perspective. New Holistic Health Handbook. Penguin Books, pp 381-383. Estados Unidos.

NCCAM (2007). ¿Qué es la medicina complementaria y alternativa? Get the facts. National Center for Complementary and Alternative Medicine. Recuperado en marzo, de *http://nccam.nih.gov/.*

OMS (2002-2005). Estrategia de la OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005. Recuperado en marzo, de *http://www.who.int/es/.*

OMS (2006). Informe sobre la salud del mundo 2006. Notas de orientación sobre políticas. Recuperado en marzo, de *http://www.who.int/es/.*

WHO (1985). The principies of quality assurance, report on a WHO meeting. World Health Organization. Regional Office for Europe. Euro Reports and Studies Series: N° 94. Copenague, Dinamarca.

WHO (2001). Legal Status of traditional medicine and Complementary/Alternative Medicine: A world wide review. Recuperado el 12 de abril del 2007, de *http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_EDM_TRM_2001.2.pdf*

Allan Abarca Rodríguez
María Teresa Acuña Calvo
Eyleen Alfaro Porras
Giselle Amador Muñoz
Eugenio Androetto Villalobos
Melany Ascencio Rivera
María Luisa Ávila-Agüero
Julio Bejarano Orozco
Juan Luis Bermúdez Madríz
Adriana Blanco Metzler
Hilda Bolaños Acuña
William Brenes Gómez
Elena Campos Chacón
Juan Carazo Salas
Alcira Castillo Martínez
Cinthia Chacón Aguilar
Horacio Chamizo García
Adolfo Ortíz Barboza
Rodrigo Marín Rodríguez
Duglas Mata Pernidi
Mª de los Ángeles Montero-Campos
Armando Moreira Mata
Veronique Morel Gonay
Ana Morice Trejos
Lucrecia Navarro Vargas
Isabel Román Vega
María del Rocío Sáenz Madrigal
Álvaro Salas Chaves
Aurora Sánchez Monge
Luis Tacsan Chen
Raúl Torres Martínez
Mauricio Vargas Fuentes
William Vargas González
Karen Vargas López
Sylvia Vargas Oreamuno
Ileana Vargas Umaña
Luis Bernardo Villalobos Solano

SIEDIN
UCR