

**EDGAR MOHS**

**LA  
SALUD EN  
COSTA RICA**



**EDITORIAL UNIVERSIDAD ESTATAL A DISTANCIA  
San José, Costa Rica, 1983**

El contenido de esta Unidad Didáctica fue revisado por:

Dr. William Vargas González

Esta Unidad Didáctica estuvo al cuidado de la Productora Académica:

Licda. Elizabeth Muñoz Barquero

Primera Edición:

Editorial Universidad Estatal a Distancia

San José, Costa Rica, 1983

© UNIVERSIDAD ESTATAL A DISTANCIA  
San José, Costa Rica

614  
M699p

Mohs Villalta, Edgar, 1939-  
La salud en Costa Rica / Edgar Mohs Villalta. -- la. ed. -- San  
José, C. R.: EUNED, 1983.  
164p. 21cm

Incluye apéndice y glosario  
ISBN 9977.64.033.5

1. Educación sanitaria. Costa Rica. 2. Higiene pública - Legislación  
Costa Rica. 3. UNED - Costa Rica, II. Título.



Impreso en Costa Rica  
en los Talleres Gráficos de la Editorial EUNED  
Reservados todos los derechos  
Prohibida la reproducción total o parcial  
Hecho el depósito de ley

***A MI ESPOSA CRISTINA Y A  
MIS HIJOS LORETTA, ERIKA  
Y EDGAR.***

Debo manifestar que no hubiera podido escribir este libro sin la ayuda ilimitada de la Licda. María de los Angeles Porras, quien revisó gran parte de la bibliografía y uno por uno todos los temas. Recibí la asesoría técnica de la Licda. Elizabeth Muñoz y del Dr. William Vargas; considero que sus consejos fueron de un inestimable valor para la obra y para mí una grata experiencia educativa. Mis secretarias Sra. Ana Doris Vargas, Sra. Flory Zúñiga y la Srta. Mayela Carrillo mecanografiaron varias veces cada página del libro, por lo que debo agradecerles su infinita paciencia.

# PRESENTACIÓN

*Muchos meses atrás cuando la Licda. Elizabeth Muñoz, Productora Académica de este libro, me consultó si quería trabajar como especialista para revisarlo, acepté muy gustoso a sabiendas de la responsabilidad que asumía, pero el mismo tiempo convencido de que el producto final sería una excelente obra didáctica.*

*El primer borrador lo constituían unas pocas páginas para cada tema, con muchas ideas, algunas expresadas con poca claridad para los estudiantes. La revisión final me llevó varias horas de una interesante lectura. Entre ese primer borrador y el manuscrito final hay una enorme distancia, producto del razonamiento, de la dedicación y del profundo conocimiento que acumula el Dr. Mohs en estos tópicos, y no puedo menos que felicitarlo por su brillante exposición y análisis de los problemas de salud en Costa Rica.*

*El libro consta de cinco temas y un apéndice que sintetiza las principales leyes, decretos y otras disposiciones que han afectado, de manera profunda, la estructura y políticas del Sector Salud.*

*En el primer tema se analiza la situación de salud en las últimas décadas con énfasis en la década pasada, utilizando algunos de los indicadores más sensibles para cuantificar los cambios. Entre otros factores responsables de estos cambios, “la favorable situación política y económica durante la década de los 70, junto a un terreno abonado por largos años de educación y lucha en el campo de la salud pública y la organización hospitalaria”, son de principal importancia.*

*La evolución histórica de las instituciones de salud, que se remontan hasta mediados del siglo pasado, y las principales realizaciones de las diferentes épocas hasta llegar a la organización actual, constituyen los fundamentos del segundo tema. Esta revisión constituye por sí misma un aporte extraordinario a la literatura médico-científica en el país.*

*La descripción de los principales programas que realizan las instituciones del sector salud y su coordinación, desarrollada en el tercer tema, complementa el tema anterior para ubicarnos en el momento actual.*

*En el tema cuarto se establecen relaciones entre la salud y el desarrollo económico-social, tomando algunos ejemplos de nuestra propia evolución.*

*Finalmente, en el último tema hace énfasis en los nuevos problemas de salud que emergen como consecuencia del desarrollo económico y social; propone una serie*

*de cambios indispensables y el apoyo decidido a algunos programas actuales para avanzar en nuestra evolución hacia un futuro de mayor bienestar físico y mental de la población costarricense. “Al presentarse el nuevo perfil de problemas, se hace evidente la necesidad de organizar la investigación científica y tecnológica, especialmente en lo que se refiere a transferencia de ciencia y tecnología, porque sin ella no es posible enfrentarse con éxito a los nuevos retos”, dice el Dr. Mohs.*

*El objetivo de esta obra es ofrecer a los alumnos de la Carrera de Enfermería de la UNED, un instrumento para el estudio de los problemas de salud de la población costarricense. Sin embargo, por sus características es una obra de consulta para todo el público interesado en este campo, así como para los profesionales médicos, enfermeras, nutricionistas y los estudiantes de todas las disciplinas afines a las ciencias de la salud. Para facilitar la comprensión del contenido se ha elaborado un glosario de términos y, para los estudiantes en particular, se presentan al final de cada tema los ejercicios de autoevaluación, que son de gran importancia para medir el aprendizaje. En cada tema se adiciona una bibliografía de apoyo seleccionada con el fin de brindar al lector otras fuentes, a las que puede acudir para profundizar en algunos tópicos.*

*La edición de La Salud en Costa Rica es un nuevo aporte de la extraordinaria labor editorial que la Universidad Estatal a Distancia viene realizando en los últimos años en Costa Rica.*

*William Vargas González*

# INTRODUCCIÓN

*Para los alumnos de la carrera de Enfermería es fundamental tener una visión amplia y coherente de los problemas de salud de Costa Rica, toda vez que tanto el proceso formal de enseñanza-aprendizaje como las actividades posteriores que desarrollarán como graduados, están íntimamente relacionados con el estudio y la solución de tales problemas.*

*En comparación con los países poco desarrollados, Costa Rica tiene una situación de salud que puede considerarse verdaderamente privilegiada; sin embargo, si la comparación se hace con naciones desarrolladas, evidentemente es mucho lo que aún nos falta por hacer y más aún lo que debemos aprender.*

*Costa Rica atraviesa una etapa de transición; nuestros problemas son de dos tipos: unos, propios del subdesarrollo, como elevada tasa de mortalidad en algunas comunidades y ciertas infecciones y parasitosis o deficiencias nutricionales y, otros relacionados con el progreso y la vida moderna, los cuales afectan en particular las comunidades urbanas; ejemplo de estos problemas son la hipertensión arterial, las cardiopatías, neurosis, los accidentes, la obesidad y el cáncer.*

*Algo importante que debemos aprender es que como nuestra realidad es doble, doble es también el conocimiento y la tecnología que tenemos que emplear; por un lado, una tecnología relativamente simple para lidiar con los problemas propios del subdesarrollo y otra mucho más compleja y costosa para atender apropiadamente los problemas que han surgido como consecuencia del progreso. Además, actualmente debe ponerse énfasis sobre estos últimos porque son los predominantes y tanto su prevención como su curación y rehabilitación significan un enorme reto para el Sector Salud.*

*No es común ni sencillo el que un país pequeño y con recursos económicos tan limitados como Costa Rica se esté enfrentando con relativo éxito a los difíciles problemas que caracterizan la patología médica emergente, después de lograr controlar o erradicar aquella propia de un país subdesarrollado.*

*Explicar para comprender cómo y por qué ocurrió este fenómeno en nuestro país, es un propósito fundamental de esta unidad; habida cuenta de que los problemas de salud desbordan el marco de su propio sector, será necesario considerar hechos e intervenciones que se han presentado en otras áreas de la vida nacional, así como*

*aspectos políticos que han influido sobre las principales instituciones a cuyo cargo han estado los programas de salud Sin embargo, de aquí en adelante será necesario lograr una participación mayor de cada ciudadano en el cuidado de su propia salud, ya que los problemas actuales están íntimamente relacionados con la responsabilidad individual y por otro lado, las instituciones del Sector deberán coordinarse de tal manera que integren un verdadero Sistema Nacional de Salud.*

*E.M,*



# CONTENIDO

<i>PRESENTACIÓN</i> .....	7
<i>INTRODUCCION</i> .....	9
<b>TEMA I: LA SALUD EN COSTA RICA</b> .....	13
<i>Introducción</i> .....	15
1. Evolución de la mortalidad y de la morbilidad .....	15
2. Situación actual y principales causas de los cambios .....	27
<b>TEMA II: INSTITUCIONES DEL SECTOR SALUD: EVOLUCION HISTORICA</b> .....	35
<i>Introducción</i> .....	37
1. 1850-1900. Medicina asistencial básica .....	38
2. 1900-1940. Salud pública y beneficencia .....	39
<i>A. Subsecretar(a de Higiene y Salud Pública</i> .....	40
<i>B. Instituto Nacional de Seguros</i> .....	41
3. 1940-1970. Medicina preventiva institucionalizada	
Inicio del Plan Nacional de Salud .....	42
<i>A. Consolidación del Ministerio de Salud</i> .....	42
<i>B. Caja Costarricense de Seguro Social</i> .....	45
<i>C. Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados</i> .....	47
4. El Plan Nacional de Salud .....	48
<i>A. Principales medidas legales</i> .....	50
<i>B. Reorganización del sistema de Seguridad Social</i> .....	51
<b>TEMA III: COORDINACION JNTERINSTITUCIONAL Y PROGRAMAS DE SALUD</b> .....	61
1. La salud y los niveles de atención médica .....	63
2. Principales programas de salud .....	69
<i>A. Ministerio de Salud</i> .....	69
<i>B. Caja Costarricense de Seguro Social</i> .....	71
<i>C. Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares</i> .....	79
<i>D. Instituto Nacional de Seguros</i> .....	82
<i>E. Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados</i> .....	83

<b>TEMA IV: SALUD Y DESARROLLO ECONOMICO-SOCIAL</b> .....	93
1. Nociones acerca del desarrollo .....	95
2. El enfoque de sistemas.....	97
3. Desarrollo económico-social y salud.....	98
4. Salud y tecnología médica apropiada.....	104
<b>TEMA V: PERSPECTIVAS DEL SECTOR SALUD</b> .....	111
1. La planificación. Recursos financieros y humanos.....	113
2. Perspectivas estructurales.....	116
3. Perspectivas en salud.....	117
4. Enseñanza e investigación científica.....	124
5. Transferencia de ciencia y tecnología.....	128
<b>APENDICE</b> .....	139
<b>GLOSARIO</b> .....	151
<b>BIBLIOGRAFIA GENERAL</b> .....	159

# LA SALUD EN COSTA RICA

---

1. Evolución de la mortalidad y de la morbilidad.
2. Situación actual y principales causas de los cambios.

## **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

1. Explicar qué es un indicador de salud.
2. Explicar algunos de los indicadores de salud usados en Costa Rica.
3. Identificar las principales causas de muerte en niños en los siguientes períodos:  
antes de 1950  
de 1950 a 1970  
de 1970 a la fecha.
4. Identificar las principales causas de muerte en adultos de 1960 en adelante.
5. Mencionar las causas más importantes que han dado lugar al mejoramiento en el campo de la salud.

## INTRODUCCION

Los problemas de salud de nuestro país comenzaron a encararse en forma amplia, organizada y sistemática cuando en 1927 se creó la *Secretaría de Salubridad Pública y Protección Social*; anteriormente los programas desarrollados, aunque muchos, fueron asistemáticos y de poca eficacia, aún cuando ciertamente ya se ponía mucho énfasis en los aspectos curativos de la medicina y en los de carácter preventivo.

En los años que siguieron, poco a poco fueron aumentando los centros de salud y los hospitales en los principales núcleos de población y tomaron gran fuerza las campañas contra las enfermedades prevalentes, las de saneamiento ambiental y para la higiene personal; fueron épocas muy difíciles debido a los exiguos presupuestos, la escasez de personal calificado y la pobreza generalizada en la población. Entonces, la mortalidad infantil era sumamente elevada pues estaba en alrededor de 350 por cada mil nacidos vivos y la mortalidad general era mayor de 40 por mil habitantes.<sup>1</sup>

En el Tema II se hace una descripción de carácter histórico más amplio; en este nos vamos a concentrar en la evolución de algunos indicadores de salud durante los últimos años, poniendo mayor énfasis en la población infantil, porque es en este grupo donde los cambios han sido más importantes. Los indicadores son medidas que sirven para cuantificar hechos y para seguir la evolución de ciertos elementos que influyen en el estado de salud de una población o lo definen. Algunos indicadores son la tasa de natalidad, la expectativa de vida al nacer, la tasa de mortalidad infantil, la tasa de mortalidad materna y la morbilidad, etc. Se establecen según normas internacionales y son muchos, pero aquí se usarán los más importantes. Por ejemplo:

$$\text{tasa de mortalidad infantil} = \frac{\text{No. de muertes de menores de 1 año}}{\text{No. de nacidos vivos en el mismo año}} \times 1000$$

### 1. EVOLUCION DE LA MORTALIDAD Y DE LA MORBILIDAD

Antes de 1950 los problemas de salud que constituían causas mayores de enfermedad y de muerte en niños eran enfermedades como el paludismo, la anquilosomiasis, tuberculosis, desnutrición, diarreas, neumonías y otras infecciones;

---

1. Pupo, C. *Nuestros males. Principios sanitarios que nadie debe ignorar*. San José, Imprenta Nacional. 1936.

después de 1950 y hasta 1970, disminuyeron bastante las tres primeras causas mencionadas, continuaron las otras tres y surgieron en términos relativos, enfermedades que se pueden prevenir mediante vacunación, y afecciones perinatales; después de 1970 y hasta la actualidad las principales causas de muerte son afecciones perinatales, malformaciones congénitas, y neumonías y bronconeumonías. (Figura 1).

En cuanto a la morbilidad, antes de 1970 predominaron las infecciones, parasitosis y deficiencias nutricionales; después de esa fecha y en el momento actual, las afecciones perinatales, malformaciones congénitas, accidentes e intoxicaciones y el asma bronquial son las principales causas de egreso del Hospital Nacional de Niños.

En los adultos, las causas de muerte cambiaron en la década de los años sesenta, colocándose desde entonces las enfermedades cardiovasculares, los tumores malignos y los accidentes en los primeros lugares. (figura 2.)

En relación con la morbilidad, en adultos predominan los trastornos emocionales o neurosis, enfermedades cardiovasculares como la hipertensión arterial, afecciones broncopulmonares y condiciones especiales como enfermedades venéreas, alcoholismo y problemas relacionados con el trabajo.

La distribución de las muertes según edades cambió tanto que, todavía en 1970, los menores de 15 años representaban cerca de la mitad de todos los fallecimientos; en cambio, en 1980, constituían solamente el 20%. Como puede verse en la Figura 3 sólo los menores de un año de edad participaban con un 30,90/o del total de muertes, contrastando enormemente esa cifra con el 14,5% que hubo en 1980.

Obviamente, lo que ha sucedido en estos últimos años es lo lógico: quienes deben fallecer en mayor proporción son los viejos y no los niños.

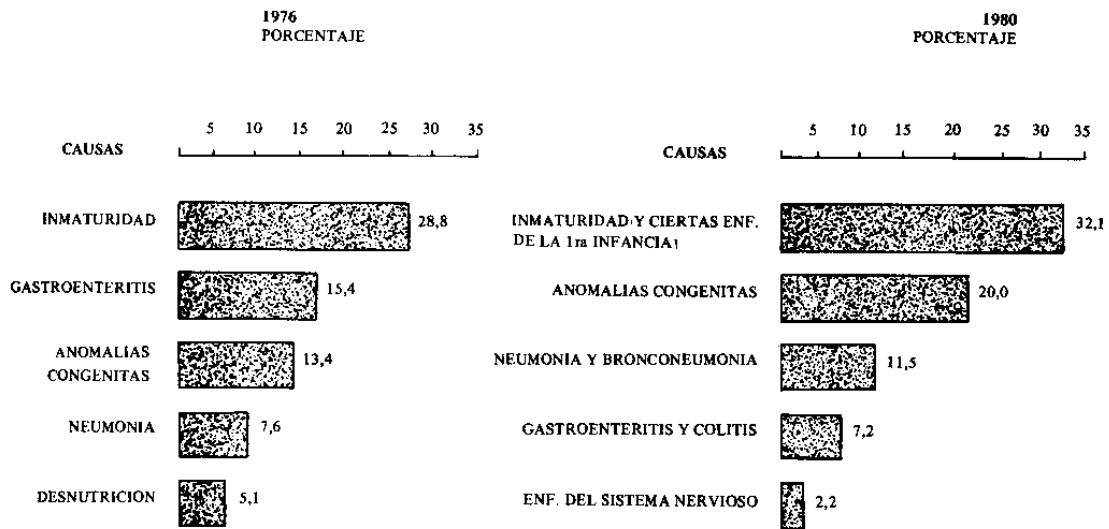
Si analizamos la mortalidad infantil dividiéndola en *neonatal* y *posneonatal*, encontramos que a mediados de los sesenta la posneonatal era aproximadamente dos veces más frecuente que la neonatal, tal y como ocurre en los países pobres, en los cuales la población presenta mayor incidencia de enfermedades infecciosas; sin embargo, pocos años más tarde se invierte esta relación hasta llegar en 1980 a ser la neonatal casi el doble de la otra (Cuadro 1).

### CUADRO 1

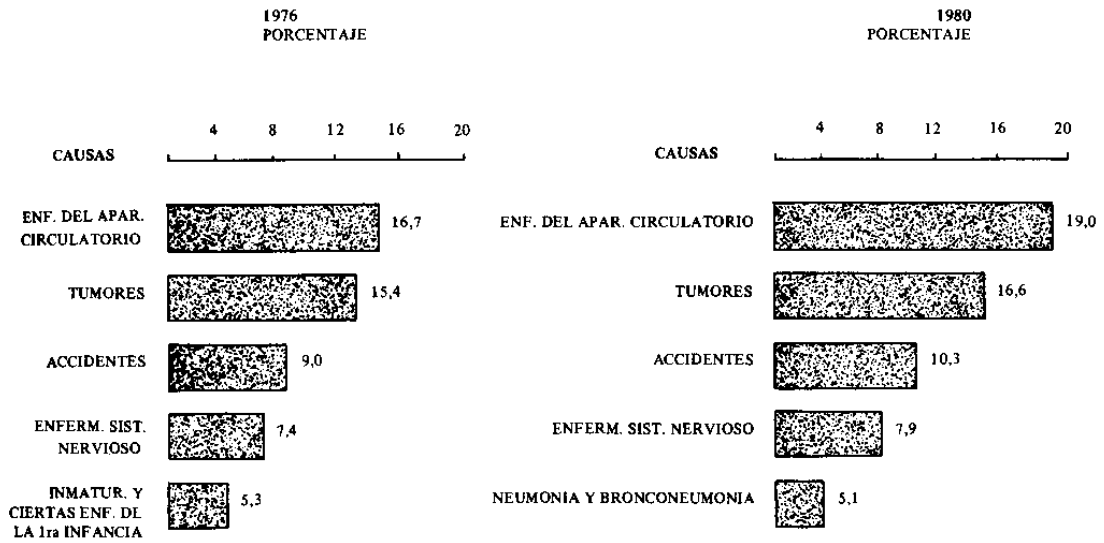
#### TASAS DE MORTALIDAD NEONATAL Y POSNEONATAL COSTA RICA

AÑO	NEONATAL	POSNEONATAL	INFANTIL
1965	27	49	76
1970	22	39,5	61,5
1975	17,7	19,4	37,1
1980	11,2	7,9	19,1

**FIGURA 1: PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN MENORES DE UN AÑO  
COSTA RICA 1976 - 1980**

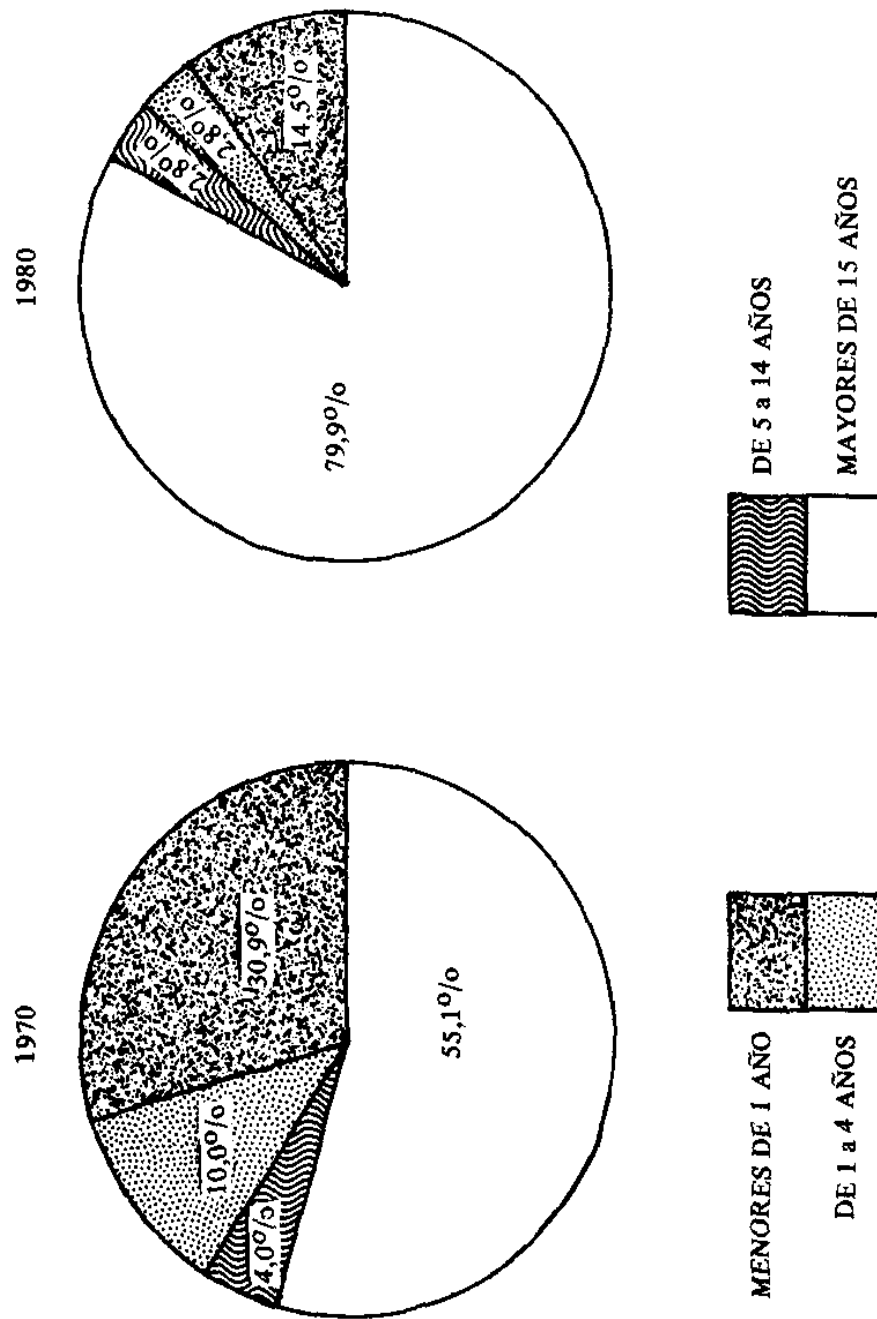


**FIGURA 2: PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN TODAS LAS EDADES  
COSTA RICA 1976 - 1980**



FUENTE: Dirección General de Estadísticas y Censos. 1980

**FIGURA 3: DEFINICIONES SEGUN GRUPOS DE EDAD  
1970 - 1980**





Algunos de los indicadores que muestran la evolución en Costa Rica de nuestros principales problemas de salud entre 1953 y 1980, pueden verse en el *Cuadro 2*: la natalidad comenzó a descender en la segunda mitad de los años 60, alcanzó su mayor reducción en la década siguiente y en 1980 aumentó moderadamente; el descenso de la natalidad debe haber contribuido a bajar la mortalidad infantil, al distribuirse entre menos el esfuerzo económico de los padres; a su vez, la disminución de la mortalidad contribuyó a bajar la tasa de natalidad, entre otras razones, porque al aumentar el bienestar de la familia, tanto material como cultural, disminuye la natalidad. Sin embargo, varios otros factores entre los que se destaca el continuo proceso de urbanización, también han contribuido a limitar los nacimientos: la mujer se incorpora al trabajo productivo. Se da un cambio en la relación entre hombre y mujer, y hay tendencia a un equiparamiento de responsabilidades en el hogar; todo esto coincide con un mayor acceso a programas de planificación familiar.<sup>2</sup>

En este mismo período la reducción de muertes en niños de uno a cuatro años de edad fue sumamente importante, lo mismo que las muertes por diarrea y enfermedad respiratoria inferior (neumonía y bronconeumonía); solo las afecciones perinatales no disminuyeron significativamente y, por eso, pasó este rubro a ocupar uno de los primeros lugares como causa de muerte y de hospitalización. Tales afecciones perinatales no se pueden prevenir con los programas de salud que se han puesto en práctica.

La evolución de la mortalidad infantil entre 1960 y 1980 puede verse en la *Figura 4*, en la cual se aprecia que de 1960 a 1970 el cambio fue muy pequeño y que la reducción importante y sostenida se produce después de 1970 hasta alcanzar en 1980 la cifra de 19,1 por mil nacidos vivos.

El caso de lo sucedido con las muertes que se pueden prevenir mediante vacunación es de los más ilustrativos acerca del progreso alcanzado en la última década; la poliomielitis desapareció desde 1974 y no se han registrado muertes por difteria a partir de esa misma fecha; el sarampión entre 1979 y 1980 fue reducido en un 97% y en el mismo lapso, el tétanos y la tos ferina se redujeron en 96 y 75%, respectivamente. La disminución de estas enfermedades tomadas en conjunto, contribuyó con casi un 25% a la disminución de la mortalidad infantil durante la última década.<sup>3</sup>

Haber librado a la población infantil de estas plagas es uno de los hitos más sobresalientes ocurridos en materia de salud pública en lo que va de este siglo.

---

2. Hoekelman, R.A. *Principles of pediatrics. Health care of the young*. U.S.A. McGraw-Hill Book Co. 1978. p. 873.

3. Mohs, Edgar. "Infectious diseases and health in Costa Rica: the development of a new paradigm". *Journal of Pediatrics Infectious Diseases*. 1:212. 1982.

**CUADRO 2**  
**INDICADORES DE SALUD EN COSTA RICA**  
**1953 - 1980**

	AÑOS			
	1953	1964	1973	1980
TASAS DE NATALIDAD	48	44	29	31,2
TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL	84	82	43	19,1
MUERTES DE 1 - 4 AÑOS POR 1000	12	7	3	0,9
NUMERO DE MUERTES INFANTILES POR:				
DIARREA	937	1.500	600	117
ENFERMEDAD RESPIRATORIA INFERIOR	276	609	191	153
AFECCIONES PERINATALES	172	782	556	546

**FUENTE:** Dirección General de Estadísticas y Censos.

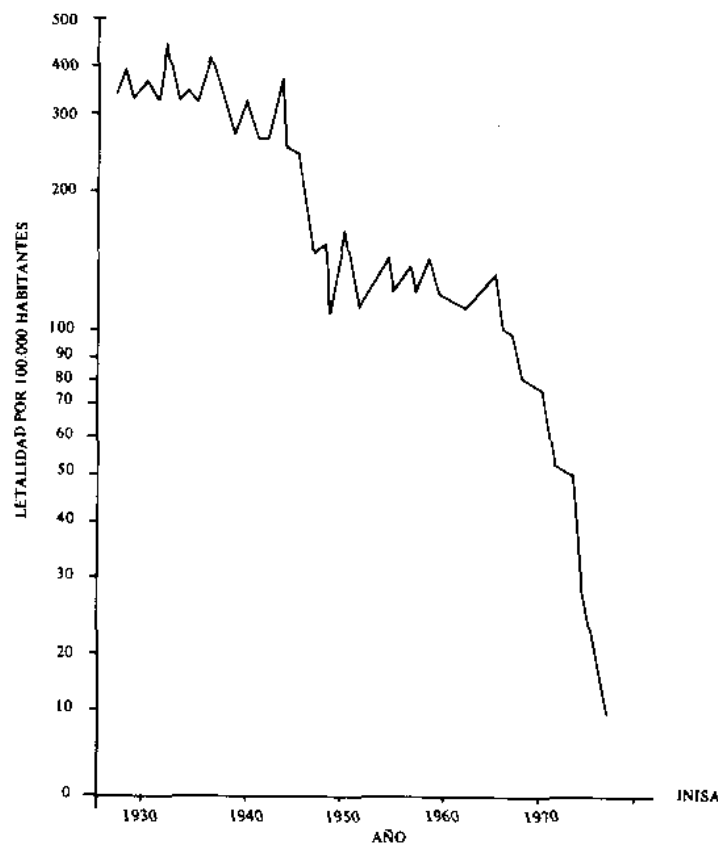
**FIGURA 4: MORTALIDAD INFANTIL  
COSTA RICA 1960 - 1980**



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

En la *figura 5* puede verse la evolución de la *letalidad por diarrea* en Costa Rica hasta 1979; se aprecian en ella dos épocas en las que hubo disminuciones significativas de esta letalidad: de 1940 a 1950, década que coincidió con una crisis económica (en parte provocada por la segunda guerra mundial), pero también con una amplia reforma social, y de 1970 en adelante, cuando varias intervenciones gubernamentales hicieron blanco sobre nuestros principales problemas de salud.

**FIGURA 5: LETALIDAD POR DIARREA  
COSTA RICA 1926-1979**

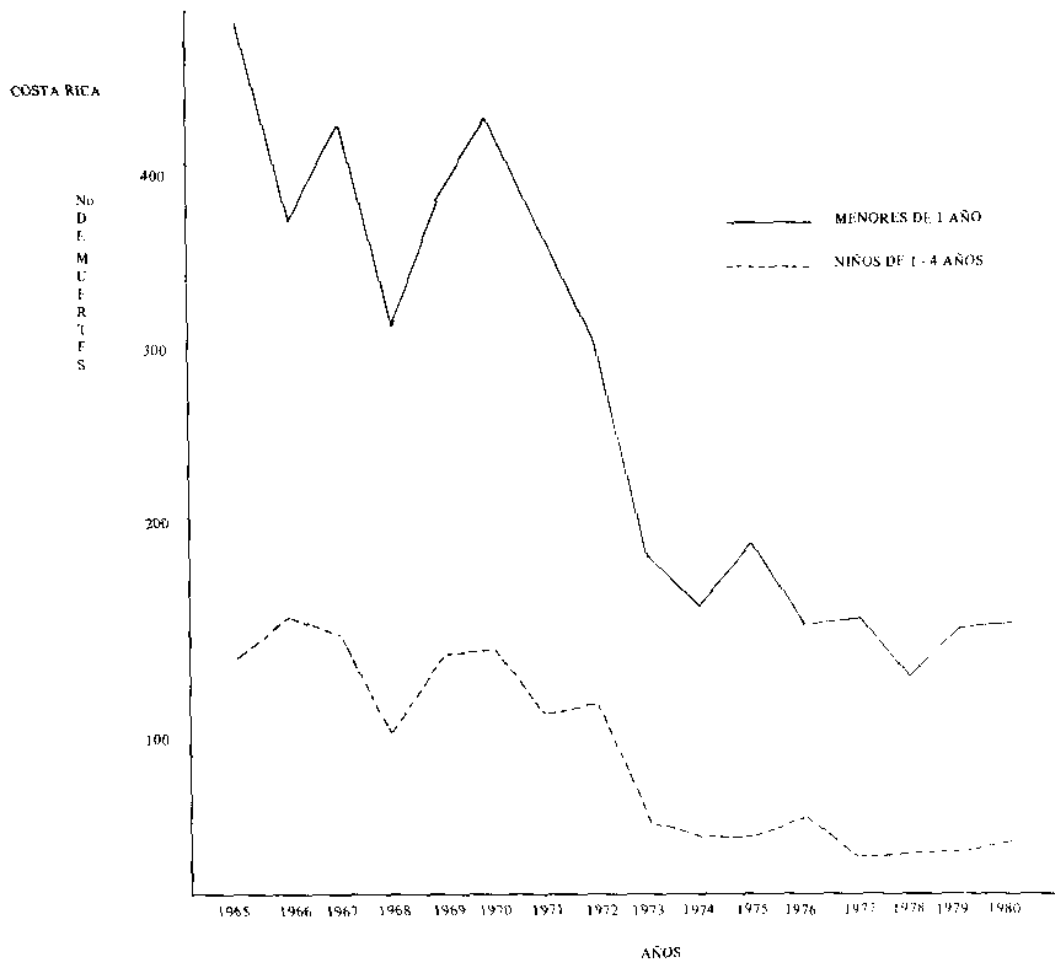


**FUENTE: Instituto de Investigación en Salud (INISA) Universidad de Costa Rica 1980.**

La reducción de la letalidad por diarrea en niños menores de un año, contribuyó a la disminución de la mortalidad infantil durante los últimos 10 años, con alrededor de un 30%.

La *segunda causa de mortalidad infantil* durante mucho tiempo, fue la *neumonía* y la *bronconeumonía*; la *figura 6* ilustra cómo descendieron estas enfermedades entre 1965 y 1980; la reducción de las muertes por *neumonía* y *bronconeumonía* contribuyó aproximadamente en un 12% al descenso de la mortalidad infantil en los últimos 10 años.

**FIGURA 6: MORTALIDAD POR NEUMONIA Y BRONCONEUMONIA EN MENORES DE 1 AÑO Y NIÑOS DE 1-4 AÑOS 1965-1980**



**FUENTE:** Dirección General de Estadística y Censos. 1980

Otra manera de apreciar la evolución de nuestros problemas de salud es revisar lo que ha ocurrido en el Hospital Nacional de Niños, en virtud de la gran concentración de pacientes que se produce en este centro procedentes de todo el país.

El Cuadro 3<sup>o</sup> muestra la morbilidad y mortalidad por *parasitosis intestinales*, de 1970 a 1980 y en él puede observarse la impresionante disminución del número de casos egresados con este diagnóstico en el período; por otro lado, hay que apuntar que desde 1977 no se registran fallecimientos por esta causa. La Figura 7 muestra un resumen de la morbilidad.

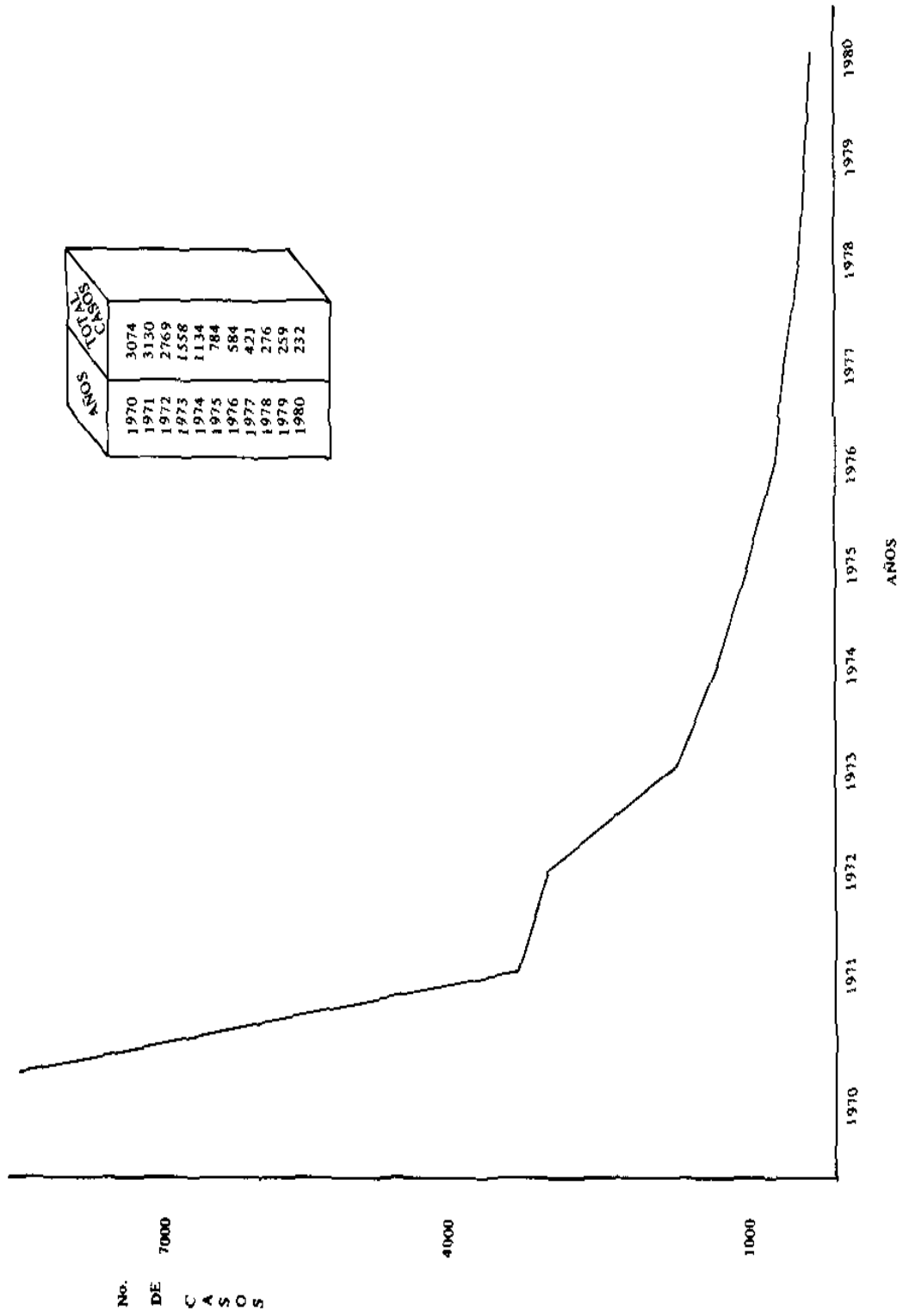
**CUADRO 3**  
**MORBILIDAD Y MORTALIDAD DE ALGUNAS PARASITOSIS INTESTINALES 1970 - 1980**

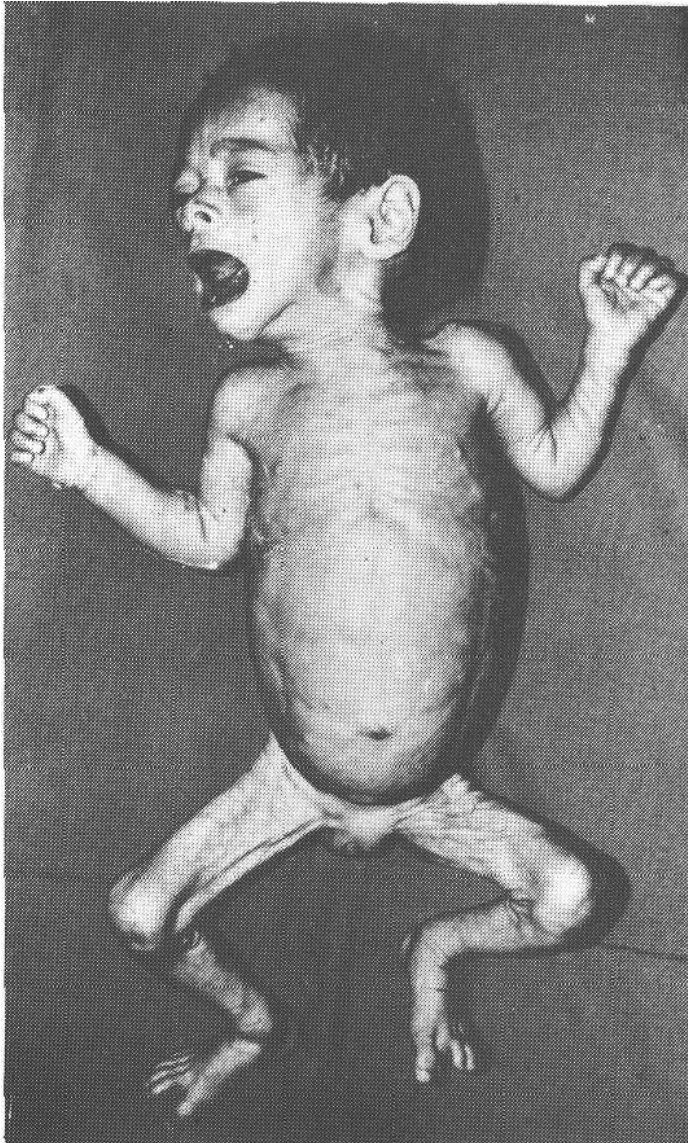
PARASITOSIS	1970		1971		1972		1973		1974		1975		1976		1977 *		1978		1979 **		1980	
	TOTAL	FALLEC	TOTAL	FALLEC	TOTAL	FALLEC	TOTAL	FALLEC	TOTAL	FALLEC	TOTAL	FALLEC	TOTAL	FALLEC	TOTAL	FALLEC	TOTAL	FALLEC	TOTAL	FALLEC	TOTAL	FALLEC
TOTAL	3074	8	3130	12	2769	9	1558	2	1134	7	784	1	584	3	421	0	276	0	259	0	232	0
AMIBIASIS	75	0	138	2	81	0	126	0	69	1	19	0	15	0	12	0	6	0	5	0	4	0
BALANTIDIASIS	3	0	5	0	5	0	2	0	1	0	2	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0
STROGILODIASIS	20	0	28	0	20	1	25	0	11	1	7	0	10	0	3	0	5	0	3	0	6	0
TRICHURIASIS	565	0	852	1	541	0	543	0	293	2	203	0	218	0	62	0	39	0	47	0	40	0
ASCARIASIS	566	0	626	2	509	1	428	0	230	2	174	0	155	1	70	0	40	0	66	0	89	0
PARASITOSIS MULTIPLE	1845	8	1481	7	1613	7	434	2	530	1	379	1	185	2	274	0	185	0	137	0	92	0

\* FUENTE: Morales y Lizano. *Rev. Med. Hospital de Niños* 13:71. 1980. *Documentos Médicos y Estadística, Hospital Nacional de Niños "Dr. Carlos Sáenz Herrera". San José, Costa Rica.*

\*\* Los datos de 1979 son estimados bajo regresión lineal simple.

**FIGURA 7: MORBILIDAD EN ALGUNAS PARASITOSIS INTESTINALES  
(TOTAL DE CASOS) 1970 - 1980**



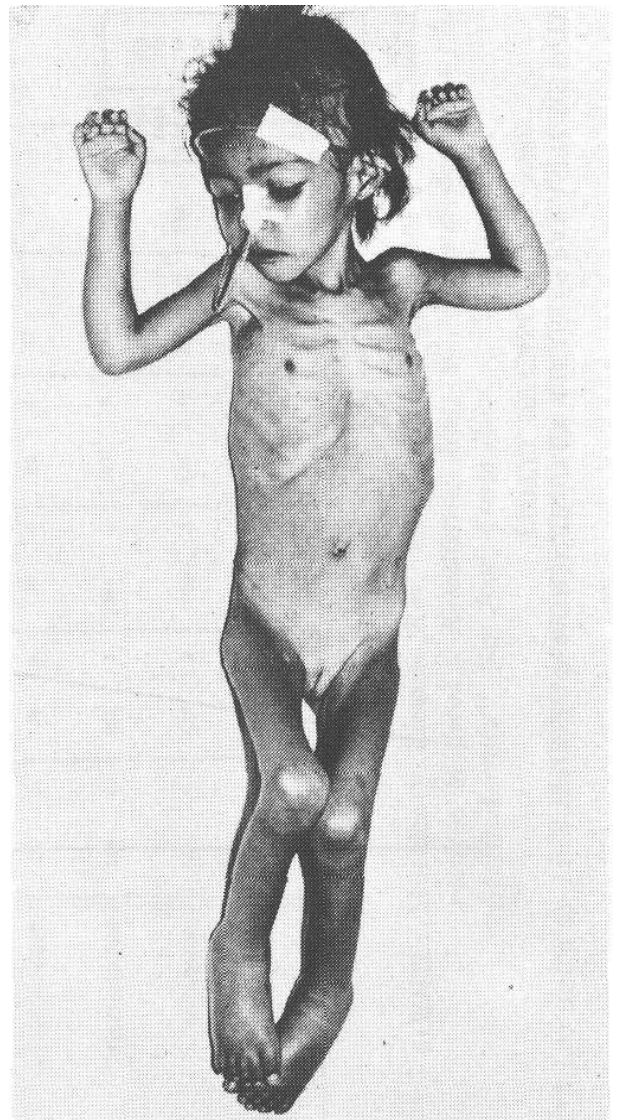


Fotografía No. 1

Niña de siete meses de edad, con desnutrición de tercer grado secundaria en relación con diarrea crónica por intolerancia a la leche de vaca. Había sido prematuro y su peso al nacer fue de 2 kg.

Fotografía No. 2

Niña de cuatro años de edad, con desnutrición de tercer grado secundaria en relación con agresión por parte de sus padres, quienes la tenían semiabandonada.





Otro de los problemas tradicionales que ha podido controlarse es el de la *desnutrición severa*; la *Figura 8* enseña lo que ha pasado con estos casos entre 1970 y 1980. Aún cuando siguen presentándose niños con desnutrición leve y moderada, los casos de desnutrición severa se han reducido en más del 800/o en estos últimos años y ahora la obesidad infantil es bastante más frecuente que la desnutrición severa; además, esta última está actualmente asociada a patología compleja como malformaciones congénitas, infecciones graves, retardo mental y síndrome del niño agredido, o sea que se trata fundamentalmente de una desnutrición severa pero secundaria en relación con esas serias condiciones mencionadas y, por lo tanto, diferente en su origen e implicaciones a la llamada desnutrición primaria que se observaba años atrás, cuyo origen es la mala alimentación.

## 2. SITUACION ACTUAL Y PRINCIPALES CAUSAS DE LOS CAMBIOS

Como consecuencia de todas las transformaciones descritas anteriormente, en el momento actual las causas de muerte en el Hospital Nacional de Niños han cambiado radicalmente como puede observarse en el *Cuadro 4*. La nueva situación que se está viviendo ha obligado a una reorganización profunda de este centro, desde el punto de vista de planta física, capacitación del personal, equipos y formación de nuevos especialistas. Ajustes similares han debido efectuarse también en los hospitales para adultos, tanto en los centrales o universitarios (más complejos por la naturaleza de las funciones que cumplen y afiliados a la Universidad de Costa Rica), como en los hospitales regionales.

CUADRO 4

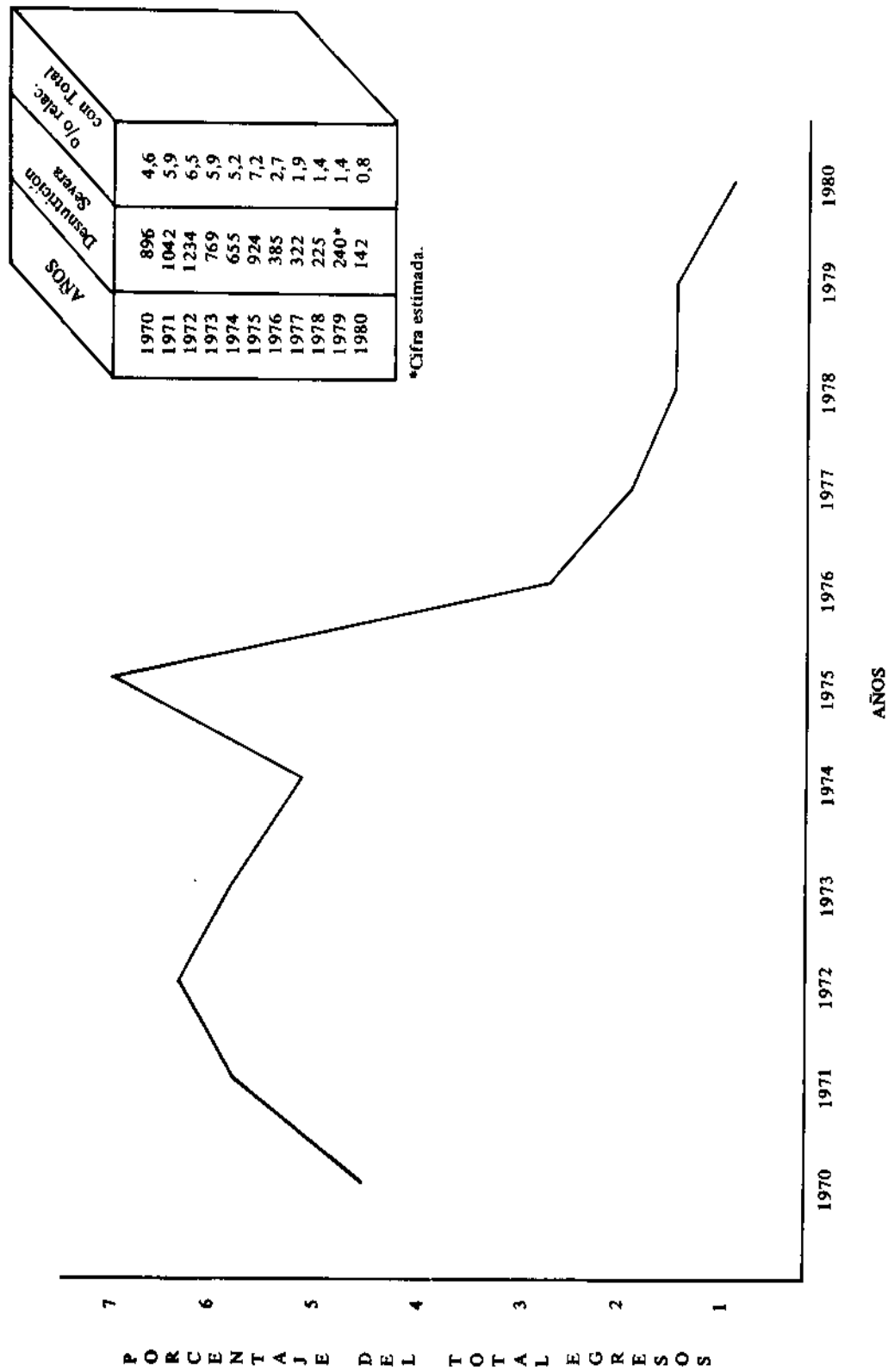
### CAUSAS PRINCIPALES DE MUERTE

1971	1981
1. Enfermedad diarreica	1. Afecciones perinatales
2. Neumonía y Bronconeumonía	2. Malformaciones congénitas
3. Septicemia	3. Neumonía y Bronconeumonía
4. Meningitis	4. Traumatismos y violencias
5. Inmaturidad	5. Tumores malignos.

Los principales hechos que pueden mencionarse como causantes de estos cambios son los siguientes:<sup>4</sup>

4. Mohs, Edgar. *Salud, Medicina y Democracia*. Universidad de Costa Rica. Escuela de Medicina. Oficina de Publicaciones. 1980. p. 160.

**FIGURA 8: EVOLUCION DEL NUMERO ANUAL DE CASOS DE DESNUTRICION SEVERA  
1970 - 1980**



Una favorable situación política y económica durante la década de los 70 junto a un terreno abonado por largos años de educación y lucha en el campo de la salud pública y la organización hospitalaria.

La decisión tomada en 1970 de elaborar un *plan nacional de salud* y llevar a cabo todas las reformas e intervenciones que se consideran necesarias para cumplir las metas en él establecidas.

La *extensión de los servicios médicos* mediante el desarrollo de un programa de salud comunitaria rural y urbana por parte del Ministerio de Salud así como el mejoramiento de la calidad de atención médica hospitalaria, responsabilidad de la Caja Costarricense de Seguro Social. Básicamente, se quiso que toda la población fuera atendida en cuanto a sus necesidades de salud pública por el Ministerio de Salud y en cuanto a sus necesidades de asistencia médica, por la Caja Costarricense de Seguro Social; por último, se invirtieron centenares de millones de colones en saneamiento ambiental, educación para la salud y nutrición.<sup>5</sup>

---

5. Mata, Leonardo et al. "La salud en Costa Rica en 1978. Ciencia y tecnología en un marco de prioridades". *Acta Médica Costarricense*. 22: 209. 1979.

## EJERCICIOS DE AUTOEVALUACION

1. Explique qué es un indicador de salud.
2. Defina lo que se entiende por mortalidad infantil.
3. Defina qué es morbilidad.
4. Indique cuáles son los problemas que predominan actualmente en la morbilidad de los adultos.
5. ¿Cuál es la diferencia entre desnutrición primaria y desnutrición secundaria? Indique a cuáles condiciones se asocian estos dos tipos de desnutrición.
6. Complete con la información pertinente el cuadro que sigue.

### CAUSAS DE MORTALIDAD EN NIÑOS

Antes de 1950	de 1950 a 1970	de 1970 en adelante

7. Indique cuáles han sido las principales causas de mortalidad en adultos desde 1960.
8. Mencione cuáles han sido las causas más importantes que han dado lugar al mejoramiento en el campo de la salud.

## RESPUESTAS

1. Los indicadores son medidas que sirven para cuantificar hechos y para seguir la evolución de ciertos elementos que influyen en el estado de salud de una población o la definen. Algunos indicadores son la tasa de natalidad, la expectativa de vida al nacer, la tasa de mortalidad infantil, la tasa de mortalidad materna y la morbilidad, etc.
2. La mortalidad infantil es un indicador de salud, y es el número de fallecimientos de niños menores de un año de edad, por cada 1.000 nacidos vivos.
3. La morbilidad es también un indicador de salud. Es la incidencia de una enfermedad en un determinado grupo de población. Se expresa generalmente por cada 100.000 habitantes.
4. En la morbilidad de los adultos predominan actualmente los trastornos emocionales o neurosis, las enfermedades cardiovasculares como la hipertensión arterial, las afecciones broncopulmonares y condiciones especiales como enfermedades venéreas, alcoholismo y problemas relacionados con el trabajo.
5. La desnutrición primaria tiene su origen en la mala alimentación. La desnutrición secundaria se debe a que el organismo no puede aprovechar los alimentos, porque se padece de alguna enfermedad, como en el caso de malformaciones congénitas, o como en el caso de niños que son agredidos o que no son debidamente atendidos por sus familiares o encargados. Tanto la desnutrición primaria como la secundaria pueden ser de primero, segundo o tercer grado, de acuerdo con la magnitud de la pérdida de peso.

## CAUSAS DE MORTALIDAD EN NIÑOS

Antes de 1950	De 1950 a 1970	de 1970 en adelante
<ul style="list-style-type: none"> <li>— paludismo</li> <li>— anquilostomiasis</li> <li>— tuberculosis</li> <li>— desnutrición</li> <li>— diarreas</li> <li>— neumonías</li> <li>— otras infecciones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— diarreas</li> <li>— neumonías</li> <li>— otras infecciones</li> <li>— enfermedades que se pueden prevenir mediante vacunación</li> <li>— afecciones perinatales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— afecciones perinatales</li> <li>— malformaciones congénitas</li> <li>— neumonías</li> <li>— bronconeumonías</li> </ul>

7. Desde la década de los años sesenta las principales causas de mortalidad en los adultos han sido las enfermedades cardiovasculares, los tumores malignos y los accidentes.
  
8. Dentro de un marco general: la estabilidad política y el desarrollo educativo, económico y social. En lo específico: las decisiones políticas y puesta en práctica de las medidas tomadas tras elaborarse en 1970 el Plan Nacional de Salud. La extensión de los Servicios de Salud a cargo tanto de la Caja Costarricense de Seguro Social como del Ministerio de Salud. El mejoramiento de la calidad de la atención médico hospitalaria. La financiación y desarrollo de programas de saneamiento ambiental, educación para la salud y nutrición.

## BIBLIOGRAFLA DE APOYO

Bogan M., Marco W. y Orlich M., Jessie. "Salud y Enfermedad". *Costa Rica contemporánea*. San José. Editorial Costa Rica. 1979. Volumen II.

Gwatkin, D; R. y Brandel, S.K. "Esperanza de vida y crecimiento demográfico en el tercer mundo" *Investigación y Ciencia*. 70. 8-17. 1982.

Pupo Pérez, Carlos. *Nuestros males. Principios sanitarios que nadie debe ignorar*. San José. Imprenta Nacional. 1936.

**INSTITUCIONES DEL SECTOR SALUD:  
EVOLUCIÓN HISTÓRICA**

---

1. 1850- 1900. Medicina asistencial básica.
2. 1900- 1940. Salud pública y beneficencia.
3. 1940 - 1970. Medicina preventiva institucionalizada. Inicio del Plan Nacional de Salud.
4. El Plan Nacional de Salud.



## **OBJETIVOS ESPECLFICOS**

1. Identificar las instituciones que forman el Sector Salud.
2. Reconocer los antecedentes históricos más importantes del Ministerio de Salud, la Caja Costarricense de Seguro Social, el Instituto Nacional de Seguros y el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados.
3. Mencionar los propósitos generales del Plan Nacional de Salud.
4. Citar las principales medidas legales que se tomaron para llevar a la práctica el Plan Nacional de Salud.

## INTRODUCCION

Hoy día denominamos Sector Salud al conjunto de instituciones que llevan a cabo actividades relativas a la prevención, promoción y recuperación de la salud, así como a las actividades docentes y de investigación que se realizan dentro del mismo campo. Mas el Sector Salud ha sido producto de un largo y complejo proceso, del que reseñaremos aquí sólo algunos momentos.

Las instituciones que actualmente forman el Sector Salud, fueron constituyéndose poco a poco a partir de la segunda mitad del siglo diecinueve. Conforme nuestro país fue desarrollándose y organizándose mejor, se crearon centros de salud y programas dirigidos a combatir las mayores calamidades públicas y posteriormente nacieron las instituciones especializadas en los diversos aspectos de la atención de la salud, por medio de un lento proceso de modernización.

Pueden reconocerse cuatro grandes etapas en la evolución institucional de nuestra medicina:

- La primera, la podemos ubicar a mediados del siglo pasado, y se distingue por brindar una atención básica, particularmente a los menesterosos.  
La segunda, abarca fundamentalmente el período 1900 a 1940 y se caracteriza por la introducción de programas de salud pública o salubridad y la extensión del concepto de beneficencia para asistir a los pobres. Se creó lo que llegaría a ser el Ministerio de Salud.
- La tercera, se extiende de 1940 a 1970 y se caracteriza por un marcado interés en la medicina preventiva, el intento de formar un Sistema Hospitalario Nacional y la creación de la Caja Costarricense de Seguro Social.
- La cuarta etapa, se inició en 1970 con la elaboración y puesta en marcha de un Plan Nacional de Salud que tuvo como principales objetivos, desarrollar un Sistema Nacional de Salud, abarcar a toda la población y controlar las infecciones comunes y la desnutrición.

Las principales instituciones que surgieron como producto de este largo proceso fueron: el Ministerio de Salud, la Caja Costarricense de Seguro Social, el Instituto Nacional de Seguros y el Servicio Nacional de Acueductos y Alcantarillados (hoy ICAA). Estas instituciones son las que componen ahora el Sector Salud en Costa Rica.

## 1. 1850— 1900. MEDICINA ASISTENCIAL BASICA

En la época precolombina y hasta los primeros años del siglo XVIII, la medicina fue ejercida por médicos brujos y sukias, pero con la llegada de los conquistadores españoles estas prácticas fueron combatidas y hasta perseguidos quienes las realizaron.

En 1790 llegó a Costa Rica Esteban Corti, primer médico graduado en Europa que ingresaba al país, pero pronto se le acusó de practicar la brujería y se le envió a Guatemala donde fue juzgado por la Inquisición.<sup>1</sup>

Entre la legislación más antigua en materia de salud se cita el Decreto del 3 de julio de 1845 mediante el cual se creó el *Hospital San Juan de Dios* y el Decreto del 29 de setiembre de ese mismo año que estableció la *Primera Junta de Caridad*<sup>2</sup>.

El Decreto No. LXIX del 12 de julio de 1852 fue emitido por el Congreso Constitucional de la República para llevar adelante el Hospital, obra que tropezó con muy serios contratiempos, particularmente de orden financiero.

Posteriormente, se decidió establecer un *centro para enfermos mentales*, pues en esa época muchos enfermos mentales no tenían donde ir y eran incomprendidos y maltratados por la gente. Para la construcción de este centro se destinó la suma de cinco mil “pesos” mediante Decreto No. XXIV.<sup>3</sup> Este fondo se robusteció posteriormente al crearse el Despacho de Fomento de Lotería Nacional, cuya administración se encargó a la misma Junta de Caridad del Hospital San Juan de Dios, esta Junta de Caridad cambió posteriormente de nombre y recibió el de *Junta de Protección Social de San José*.

Otros hechos significativos de esta época fueron:

- La creación de una *Escuela de Obstetricia* aprobada por la Facultad de Medicina el 14 de enero de 1889.
- La designación de los *médicos de pueblo* con funciones reguladas, que abarcaban aspectos tan diversos como: notificación de enfermedades epidémicas al Ministerio de Policía, registro de los casos atendidos y causas de enfermedad, prohibición de venta y consumo de artículos nocivos para la salud. Estos mismos médicos debían, a su vez, atender enfermos en los hospitales, ejercer la medicina legal y organizar Juntas Cantonales, a las que correspondía calificar el estado de pobreza de los vecinos.<sup>4</sup>

---

1. Ministerio de Salud. Unidad de Planificación.. San José. Mimeo. 4 de junio de 1977. p1. *Memoria del Ministerio de Salud y de la salud pública de Costa Rica. Cincuentenario 1927-1977*

2. Incera Vives, E. “*El Hospital San Juan de Dios, sus antecedentes y evolución histórica. 1845-1900*”. *Tesis de grado*. San José. Universidad de Costa Rica. 1968. pp. 133-135.

3. Ministerio de Salud. Unidad de Planificación. Op. cit. pp. 2-3.

4. Ibid. p4.

- Por últimos está el descubrimiento en 1890<sup>5</sup> tras varios años de investigación, del parásito conocido como *anquilostoma*, causante de una anemia severa común entre los pobladores de los barrios del sur de San José, que eran campesinos en su mayoría; lo anterior dio lugar a una serie de acciones importantes tales como la inclusión en 1907 de una partida específica en el Presupuesto Nacional para la campaña contra este flagelo, el convenio de ayuda técnica y económica para combatir el anquilostoma, suscrito el 31 de agosto de 1914 con la Comisión Sanitaria Internacional del Instituto Rockefeller, y la creación el 8 de abril de 1915, del Departamento de Anquilostomiasis adscrito a la Secretaría de Policía.

En esta campaña organizada para combatir y prevenir la anquilostomiasis, encontramos los *orígenes de los programas de Saneamiento Ambiental, Educación Sanitaria y Protección Social*

## 2. 1900— 1940. SALUD PÚBLICA Y BENEFICENCIA

Durante las primeras décadas del presente siglo se produce gran cantidad de leyes, reglamentos, decretos ejecutivos y disposiciones generales relacionadas con la *salud pública* acción que respondió primero a esfuerzos aislados, dispersos y carentes de adecuada coordinación, pero, conforme transcurrieron los años, se logró una infraestructura orgánica y administrativa propia, que favoreció los ideales de superación en este campo. Criterios de avanzada en materia de salud inspiraron las decisiones políticas de la época, como puede deducirse de la legislación que se menciona a continuación:

Por Decreto del 10 de setiembre de 1914<sup>6</sup> se creó el *Departamento Sanitario Escolar* para proteger la salud de menores entre 7 y 14 años de edad, que asistían a escuelas públicas. Este Departamento empleó los primeros *asistentes sanitarios escolares* que se adiestraron en el país y tenía a su cuidado clínicas escolares generales, dentales y oftalmológicas, el saneamiento escolar y las colonias veraniegas escolares creadas en 1920; estas colonias eran albergues transitorios para niños en situación de abandono o desamparo.

Posteriormente y en forma gradual, surgió y se amplió la legislación para *tratar y prevenir problemas de salud pública* tan diversos como la tuberculosis, la malaria, las enfermedades venéreas, la viruela, la lepra, la fiebre amarilla, la tifoidea, el uso de drogas estupefacientes; da sus primeros pasos la estadística vital y en 1920 se crearon las *primeras clínicas prenatales e infantiles consideradas como la base de la salud pública*, ya que con ellas se establece la protección del ser humano desde su concepción.

---

5. *Ibid.* p8.

6. *Ibid.* P11.

## A. *SUBSECRETARIA DE HIGIENE Y SALUD PUBLICA*

La falta de unidad que existía para el manejo de las actividades de salud, el grado y naturaleza de los problemas, la profusa legislación ya acumulada, la incorporación de un mayor número de médicos, otros profesionales y técnicos, el adiestramiento de personal, etc., determinaron la creación de la *Subsecretaria de Higiene y Salud Pública* el 12 de julio de 1922, adscrita a la Secretaría de Policía<sup>7</sup>. (Esta subsecretaría llegará a ser muchos años después nuestro Ministerio de Salud).

Complemento importante de esta reestructuración orgánica fue la Ley No. 52 “Sobre protección de la salud pública” del 12 de marzo de 1923; en ella se declara la *salud nacional como obligación del Estado* y la salud local, como responsabilidad de los municipios.

Para cumplir con las previsiones de esta ley era indispensable contar con personal adiestrado y de allí que muchos esfuerzos se orientaran hacia esta meta: en 1924 se creó la Escuela de Inspectores de Sanidad, en 1926 se redefinió el papel del asistente escolar.

En 1927 la escasez de asistentes escolares dio lugar a que se asimilaran a esta categoría las enfermeras graduadas por la Facultad de Medicina y por el Hospital Max Peralta de Cartago, que hicieran tres meses de práctica en la Clínica Escolar e Infantil de San José. A la vez, se recomendó a esas instituciones incorporar las asignaturas de Puericultura e Higiene Escolar al programa para enfermeras. También, por la ley de 1927, se creó la categoría de *visitadora social* para la Lucha Antituberculosa y en 1928, las primeras plazas de *enfermera obstétrica* para solventar la escasez de los médicos de pueblo<sup>8</sup>.

En 1927<sup>9</sup> se trasladaron a la Subsecretaría de Higiene y Salud Pública las labores a cargo de la Secretaría de Beneficencia, que dependía del Despacho de Relaciones Exteriores; eran labores relativas a los hospitales, lazaretos, asilos, casas de maternidad e instituciones protectoras de la infancia.

Robustecida así la Subsecretaría, se constituyó poco después por Ley No. 24, del 4 de junio de 1927, en la *Secretaria de Salubridad Pública y Protección Social*. A partir de ese momento, ésta contó con autoridad política de la que carecía y, con ello, con el apoyo necesario para los proyectos sometidos a consideración del Congreso de la República.

Entre 1923 y 1931 surgen buen número de departamentos como el de Asistencia Pública (base de la lucha antivenérea), Estadística Vital, Ingeniería Sanitaria, Profilaxis Dental, Drogas Estupefacientes. También se constituyen en unidades mejor estructuradas, con el nombre de “lucha” las siguientes: la *Lucha contra el Paludismo*, la *Lucha Antituberculosa* y la *Lucha Antileprosa*.

---

7. *Ibid.* p13.

8. *Ibid.* p.19.

9. *Ibid.* p14.

En el año de 1931 se creó el *médico oficial*, que sustituyó al médico de pueblo, con mayor número de funciones y un criterio de trabajo inspitado en la protección social y el bienestar de la colectividad, y ya no en el de caridad.

En 1934 aparecen los *directores de unidades sanitarios* con iguales atribuciones que los médicos oficiales: jefe de sanidad, médico forense, médico escolar, encargado de la asistencia a los pobres y de accidentes de trabajo.

Vale la pena señalar también el Decreto Ejecutivo No. 5, del 8 de octubre de 1935<sup>10</sup> que dejó sin efecto el Decreto de Creación de la Hermandad de Caridad para el Hospital de Limón, y sustituyó la Junta de Caridad por una *Junta de Asistencia Social*; este decreto muestra el cambio que empezaba a darse del concepto de “caridad” que prevaleció durante tanto tiempo atrás, por el de protección social ya con participación del Estado.

## **B. INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS**

Esta institución originalmente tenía el nombre de *Banco Nacional de Seguros*; es una institución autónoma del Estado y fue creada por la Ley No. 12 del 30 de octubre de 1924. Esta ley, sin embargo, es realmente la culminación de un interesantísimo capítulo de nuestra historia, cuyo origen podemos localizar en el siglo XIX.

Antes de 1924, los seguros estaban en manos de compañías extranjeras, las que manejaban primero seguros contra incendio; estos seguros eran necesarios dado el auge del comercio y la industria a principios del siglo XX; los comerciantes, por ejemplo, hacían grandes inversiones en la importación y necesitaban protegerlas. En esa época se desató “la plaga ~ algunos comerciantes quemaban sus establecimientos para cobrar su seguro y esto ponía en peligro no sólo las propiedades sino la vida de los ciudadanos. Era pues menester regular las relaciones de las compañías con los asegurados, por la razón antes apuntada y porque, por otra parte, los asegurados aunque no fueran culpables, no siempre podían cobrar las pólizas. También existía el problema de la fuga de dineros del país hacia el extranjero. Para tratar de resolver esta situación, entonces, proliferaron no sólo ideas sino proyectos de ley.

Es necesario hacer notar que la creación del Banco Nacional de Seguros está estrechamente ligada al intento de legislar sobre los accidentes de trabajo, esto es, sobre lo que deben hacer los patronos ante los accidentes sufridos por sus trabajadores. Estos accidentes son propios del desarrollo económico de un país, pero nuestros trabajadores por esa época no tenían protección de ninguna especie: si tenían algún accidente o contraían alguna enfermedad debida a sus labores, dependían del buen corazón del patrón y nada más. Las compañías aseguradoras extranjeras se negaban a proteger los riesgos de trabajo. El primer proyecto de ley que nos habla de protección a la *incapacidad* y de *indemnización económica* como responsabilidad patronal se hizo en 1907. Pero habrían de pasar años para que esto fuera una realidad: se legisló en 1925.

---

10. *Ibid.* p28.

Después de haberse creado el Banco, en 1924, dicha entidad asumió en 1925 la responsabilidad total por el Cuerpo de Bomberos. Es lógico este paso, si tenemos en cuenta que el Banco se iba a hacer cargo de los seguros contra incendio y por tanto era de rigor el poder contar con un cuerpo de bomberos muy bueno; sólo de esa forma se podía garantizar un margen de seguridad a la gente y un mínimo de pérdidas para el Banco.

En 1925 el Banco comenzó a ofrecer sólo pólizas de vida, pero ya en 1926 asume el monopolio sobre el seguro de incendio y de accidentes de trabajo, por mucho tiempo Riesgos Profesionales y hoy Riesgos de Trabajo.

Poco a poco el Banco se hizo cargo de otros seguros, entre ellos el de Fidelidad o Bono de Posiciones que cubre los riesgos por pérdida de dinero y otros valores, el de riesgos por vehículos motorizados, en 1943, y en 1969 el de cosechas. En 1940 se le facultó para hacer préstamos para la construcción con la póliza de vida como garantía.

El Instituto Nacional de Seguros tiene su nombre actual desde 1948 y su gobierno está a cargo de una Junta Directiva y un Presidente Ejecutivo nombrados por el Consejo de Gobierno. (Ver *Figura 1. Organigrama del I.N.S.*)

### 3. 1940 — 1970. MEDICINA PREVENTIVA INSTITUCIONALIZADA. INICIO DEL PLAN NACIONAL DE SALUD.

#### A. CONSOLIDACION DEL MINISTERIO DE SAL UD

La puesta en práctica de la medicina preventiva requiere una fuerte organización y una gran coordinación, tanto dentro de cada institución como entre varias instituciones. Muchas medidas tomadas en estas décadas dieron como resultado que la secretaría de Salubridad se viera fortalecida paulatinamente, ya con la creación o reorganización de departamentos o direcciones, ya con cooperación internacional, ya con cambios estructurales y mejor dotación financiera. Mencionaremos ahora algunas de estas medidas, que posibilitaron luego muchos logros.

El 20 de mayo de 1941 fue promulgado el *Reglamento General de Patronatos y Juntas de Protección Social*<sup>11</sup>. En este documento se otorgó a estas entidades el carácter de asociaciones permanentes de orden público y se les confió la administración de los hospitales, asilos, cementerios y otros centros, dejando su dirección técnica y fiscalización económica a cargo de la Dirección General de Asistencia Médico Social. La operación de los centros de salud, a cargo de las juntas mencionadas, era financiada en buena parte por medio de subvenciones del Gobierno, el Impuesto de Beneficencia y la Lotería Nacional<sup>12</sup>.

---

11. Ministerio de Salubridad Pública. *Manual de Disposiciones Legales*. San José. Dirección General de Asistencia Médico Social. Segunda edición. 1957. p32.

12. *Ibid.* p16.





En 1943 se promulgó el *primer Código Sanitario* por Ley No. 33 del 18 de diciembre<sup>13</sup>. Esta derogó la No. 52 de 1923 “Sobre protección a la salud pública”; este Código recogió la profusa legislación acumulada a lo largo de los años y la amplia experiencia existente en materia sanitaria. También se refería a la estructura orgánica de la Secretaría de Salubridad, y a las normas y controles en materia de salubridad local e internacional.

Otra ley importante, emitida en 1950, fue la conocida como *Ley General de Asistencia Médico Social*<sup>14</sup>. Esta ley creó la Dirección General de Asistencia Médico Social la cual, con la asesoría del Consejo Técnico de Asistencia Médico Social —creado por la misma ley— tendría, entre otras, las siguientes atribuciones:

- Coordinar las instituciones médico-asistenciales y las de protección social.
- Proveer dirección técnica y ejercer la fiscalización económica de los mencionados centros.
- Ejercer la supervisión técnica de instituciones análogas de tipo particular.

La aplicación de la Ley General de Asistencia Médico Social hizo necesaria también la modificación de la distribución de los fondos provenientes de la Lotería Nacional<sup>15</sup>, años después, la promulgación del *Reglamento General de Hospitales Nacionales*<sup>16</sup>.

Al finalizar la década de los 40 la Secretaría de Salubridad había cambiado su nombre por el *Ministerio de Salubridad* y contaba con la Dirección de Salubridad, a cuyo cargo quedaron todas las labores propias de la salubridad pública, la Dirección General de Asistencia Médico Social, responsable de las instituciones médico-asistenciales y la Dirección Administrativa.

El año 1970 marca el comienzo de un Sistema Nacional de Salud, la cobertura para toda la población y el control de las enfermedades infecciosas más comunes. A principios de la década de los 70, el Ministerio de Salubridad Pública se abocó a estudios exhaustivos de la situación de salud que entonces prevalecía en el país, las nuevas demandas en materia de salud, la disponibilidad y rendimiento de los recursos existentes, tanto humanos como materiales, y el grado de integración y coordinación de los servicios. Estableció las premisas para otorgar prestaciones de salud (Ver *cuadro 1*) y formuló primero el diagnóstico de salud y luego el *Plan Nacional de Salud* para la década 1971 — 1980; también procedió a tomar una serie de decisiones políticas para lograr los nuevos objetivos, a las que nos vamos a referir al final de este tema<sup>17</sup>.

---

13. Ministerio de Salud. Unidad de Planificación. *Op. cit.* p.27.

14. CR. Leyes y decretos. “Ley general de asistencia médico social”. No. 1153 (38). *La Gaceta* No. 89. San José. 23 de abril de 1980.

15. Ministerio de Salubridad Pública. *Manual de Disposiciones Legales*. San José. Dirección General de Asistencia Médico Social. Segunda edición. 1957. p13.

16. C.R. Leyes y decretos. Decreto Ejecutivo No. 1743 S.P.P.S. *La Gaceta*, No. 143 (Alcance No. 719). San José. 14 de julio de 1971.

17. Ministerio de Salud. Unidad de Planificación. *Op. cit.* p29.

## CUADRO 1

### PREMISAS PARA OTORGAR SERVICIOS DE SALUD

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

## B. CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Encontramos antecedentes de la seguridad social en Costa Rica en la Ley No. 13 de 1926, que clasificó al ofidismo como enfermedad profesional de los trabajadores agrícolas. También en los Decretos Ejecutivos No. 2, de julio y el No. 8, de noviembre de 1935, que reglamentaban la Ley No. 30 de diciembre de 1934, sobre la hospitalización de trabajadores de la industria del banano y la utilización del uno por ciento retenido por ley, de la venta del banano.

Ya en 1941 se promulgó la *Ley sobre los septos sociales obligatorios*<sup>18</sup> y el 7 de julio de 1943, entró en vigencia la Ley No. 24<sup>19</sup> que incorporó a la Constitución Política la Sección III “De las Garantías Sociales”, cuyo Artículo 63 dispone lo siguiente:

“...se establecen los seguros sociales en el beneficio de los trabajadores manuales e intelectuales regulados por el sistema de contribución forzosa del Estado, patrono y trabajadores, a fin de proteger a éstos contra las riesgos de enfermedad, ma-

18. C.R. Leyes y Decretos. “Ley de creación de los seguros sociales obligatorios”. No. 17. *La Gaceta*. No. 247. San José. 4 de noviembre de 1941.

19. C.R. Leyes y decretos. “Ley de adición del Capítulo de Garantías sociales a la Constitución Política.” No. 24. *La Gaceta*. No. 147. San José. 7 de julio de 1943.

ternidad, invalidez, vejez, muerte y demás contingencias que la Ley determine. La administración y el gobierno de los seguros estarían a cargo de una institución autónoma denominada Caja Costarricense de Seguro Social". El 22 de octubre de 1943 se dictó la Ley Constitutiva de la Caja<sup>20</sup>.

El Régimen de Enfermedad y Maternidad se empezó a aplicar el 10 de setiembre de 1942<sup>21</sup>, en forma gradual, limitado inicialmente al grupo económicamente activo del área urbana metropolitana y cabeceras de provincia con mayor densidad de población. Se cotizó sobre una base de ₡ 400.00 mensuales y este servicio abarcó únicamente a los asegurados directos. Entre 1944 y 1947 la cobertura se extendió en el Valle Central al incluirse la población rural y establecerse el seguro familiar. El Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte entró en vigencia el 10 de enero de 1947 para dar protección obligatoria contra esta contingencia a la población asalariada.

Al finalizar la década de los 50, el Régimen de Enfermedad y Maternidad abarcaba el 27% de la población económicamente activa y el 18% de la población total del país. El de Invalidez, Vejez y Muerte el 8% y el 7%, respectivamente.

Por Ley No. 2738<sup>22</sup>, la Asamblea Legislativa impuso a la Caja la obligación de universalizar los seguros a su cargo, incluyendo la protección familiar en el Régimen de Enfermedad y Maternidad, en un plazo no mayor de 10 años. No obstante, esto no se logró. A fines de la década de los 60, únicamente un 38% de la población activa, un 450/o de la total y un 600/o de la población asalariada estaban protegidos por el Régimen de Enfermedad y Maternidad y sólo el 24% de la población activa y el 28% de la total, por Invalidez, Vejez y Muerte. La protección familiar en el área metropolitana se hizo realidad apenas en 1965.

La Ley No. 4750<sup>23</sup> reformó el Artículo No. 3 de la Ley Constitutiva de la Caja eliminando los topes de cotización para el Régimen de Enfermedad y Maternidad, medida que obedeció a la decisión política de acelerar el proceso de universalización de los seguros.

Al finalizar la década de los 70, la extensión del seguro por Enfermedad y Maternidad era ya de 84,3% de la población total (2.162.080 habitantes) y en Invalidez, Vejez y Muerte el 17,6% sobre la población total<sup>24</sup>.

---

20. C.R. Leyes y decretos. "Ley constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social." No. 17. *La Gaceta*. No. 235. San José. 22 de octubre de 1943.

21. Caja Costarricense de Seguro Social. *El papel de los servicios de atención médica de la seguridad social en el desarrollo. Mesa Redonda. Brasilia, Brasil. 24-27 de noviembre de 1981*. San José. Julio de 1981, p.12.

22. C.R. Leyes y decretos. "Ley sobre la universalización de los seguros sociales obligatorios." No. 2738. *La Gaceta*. No. 111. San José. 17 de mayo de 1961.

23. C.R. Leyes y decretos. "Ley de eliminación de topes de la C.C.S.S." No, 4750. *La Gaceta*. No, 91. San José. 29 de abril de 1979.

24. Caja Costarricense de Seguro Social. *Op. cit.* p23.

### C. INSTITUTO COSTARRICENSE DE ACUEDUCTOS Y ALCANTARILLADOS

Como sabemos el agua es indispensable para la vida pero también es un medio de transmisión de muchas enfermedades y por eso, en nuestro país, se ha luchado durante mucho tiempo para suministrar agua a toda la población y por convertir el agua en agua potable. Esta tarea ha sido ardua pues requiere no sólo coordinación entre diversas entidades, sino muchos recursos técnicos y económicos.

Vale la pena que mencionemos algunos datos históricos para que se pueda apreciar mejor lo que hemos logrado hasta ahora. Por ejemplo, tenemos que la ciudad de San José durante los primeros años de la Colonia era más bien una pequeña aldea, muy pobre y despoblada, que tenía graves problemas para el abastecimiento de agua. Estos problemas se debían a la lejanía de las fuentes, la topografía del terreno, los densos bosques aledaños, y la pobreza de los habitantes. Inicialmente dispusieron de pozos; posteriormente se construyó una zanja de unos ocho kilómetros de longitud. Esta zanja pasaba por la avenida primera y al llegar a la esquina del actual Banco Nacional, doblaba al norte para terminar en el río Torres.

Conforme aumentó el número de habitantes, se hizo necesaria una red de distribución compuesta de pequeñas acequias que irradiaban de la acequia o zanja madre mencionada, trabajo que se completó en 1820. Como era agua de ríos, los pobladores la filtraban usando una piedra porosa, abundante en los alrededores de la ciudad<sup>25</sup>.

El primer intento de construir un acueducto se hizo en 1858, pero fracasó. Se nombró una comisión técnica para que estudiara la mejor forma de construir esta obra; la recomendación, fue a favor del uso del tubo de hierro, por considerarlo de más duración y estimaron que la población de 40.000 habitantes requería 75 litros de agua por día, por persona. El acueducto tendría una longitud de 3.000 varas con prolongación de la línea principal hasta el Hospital San Juan de Dios, que en ese entonces quedaba fuera del cuadrante de la ciudad.

En 1866 se compraron los terrenos para la construcción de los tanques de Aranjuez y finalmente en 1868 se inauguró la cañería, que le fue entregada a la Municipalidad para su administración.

Conformes pasaron los años, fueron construyéndose otros acueductos en las zonas urbanas pero no como respuesta a un plan de prioridades del país, sino más bien, por iniciativa y con recursos económicos de las Municipalidades y, en algunas ocasiones, del propio Ministerio de Salubridad.

Por lo que respecta al tratamiento de las aguas tenemos que, aunque desde tiempos lejanos se había asociado la calidad del agua con la aparición de ciertas enfermedades, no fue sino hasta 1854 que por primera vez se demostró científicamente que el agua podía ser agente transmisor de enfermedades. Los primeros métodos rudimentarios para determinar la calidad de agua y para estandarizar los procedimientos,

---

25. Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados. *Historia del primer abastecimiento de agua para la ciudad de San José*. San José. Oficina de Relaciones Públicas A & A. Mimeo. Mayo de 1979. p.1.

aparecen al comienzo del siglo XX. El primero consistió en la aplicación del *filtro rápido*, el que permite tratar aguas muy turbias y de color intenso, y también las que no tienen muy buena calidad sanitaria. El segundo fue la *aplicación de cloro* para reducir el contenido bacteriano del agua y mantenerla potable en las casas. Agregar cloro es indispensable, una vez que el agua ha sido filtrada y va a ser usada en los hogares y en la industria, porque no sólo elimina organismos que hayan quedado después de la filtración, sino que previene una ulterior contaminación.

Los *primeros pasos para controlar la calidad del agua en Costa Rica* se dieron en la década del 40, en un pequeño laboratorio instalada para la planta de tratamiento en Tres Ríos, cuando ésta era administrada por la Municipalidad de San José. En 1951 comienza esta labor en el laboratorio del entonces Ministerio de Salubridad Pública para análisis bacteriológicos y físico-químicos. En 1952 se inició la fluoración del agua en la planta de tratamiento de Tres Ríos, pero no tuvo éxito, por insuficiencia de recursos técnicos y económicos.

Los escasos recursos financieros y técnicos y la atomización del servicio de agua, hacían imposible la coordinación, del uso más racional de las fuentes hidrográficas y la uniformidad en la aplicación de los controles de calidad y tratamientos de las aguas para garantizar su potabilidad. (El agua potable, recordemos, es un agua libre de organismos patógenos y otras sustancias perjudiciales para la salud del ser humano). Debido a esta situación, se creó el Servicio Nacional de Acueductos y Alcantarillados (A y A) el 14 de abril de 1961, por Ley No. 2726.

Años más tarde, en 1976, se denominó Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados, por Ley No. 5915 del 12 de julio. Es un ente público y autónomo encargado de resolver todo lo relativo al suministro de agua potable, recolección y evacuación de aguas negras y residuos industriales líquidos, así como del aspecto normativo de los sistemas de alcantarillado pluvial en áreas urbanas 26 (Ver *Figura 2. Organigrama actual*).

En 1963 Acueductos y Alcantarillados instaló su primer laboratorio especializado con equipo para realizar los análisis según normas internacionales. En 1976 se empezó nuevamente la aplicación de fluoruro en el acueducto metropolitano mediante un convenio suscrito entre el Ministerio de Salud, la Caja Costarricense de Seguro Social y el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados, para la prevención de caries.

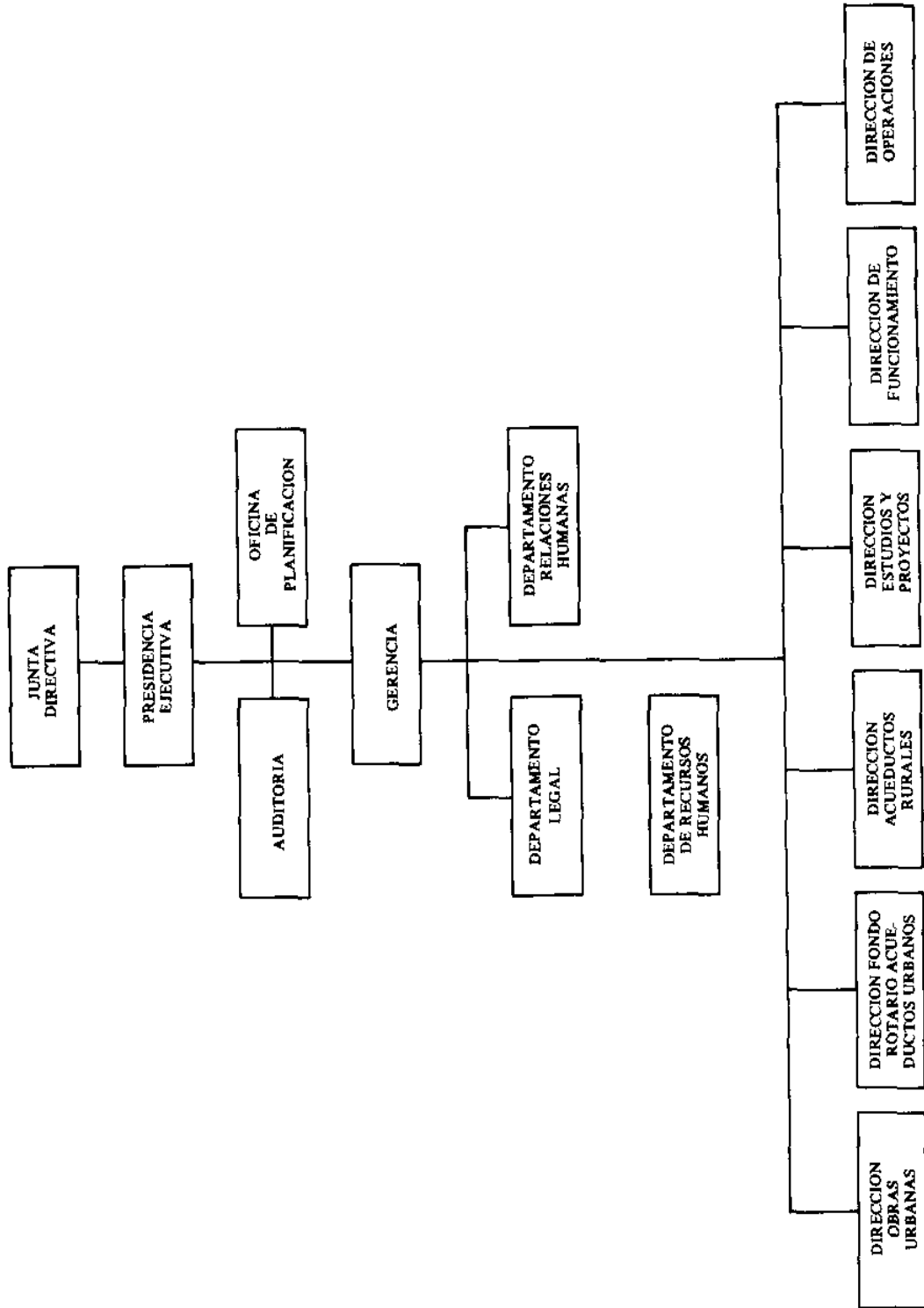
#### 4. EL PLAN NACIONAL DE SALUD

Durante el período de desarrollo de las instituciones que forman el Sector Salud, hemos señalado una cuarta etapa, que se inició en el año 1970, con la colaboración de un Plan Nacional de Salud.

---

26. Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados. *Ley Constitutiva del Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados, reformada y anexos*. s.f.

**FIGURA 2: INSTITUTO COSTARRICENSE DE ACUEDUCTOS Y ALCANTARILLADOS  
ORGANIGRAMA  
1982**



Aunque en dicha elaboración del Plan participaron todas las instituciones, los que asumieron una responsabilidad mayor fueron el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social; como ya mencionamos anteriormente, los propósitos fueron dotar de servicios de salud a toda la población costarricense mediante la reorganización del sector y el establecimiento de un Sistema Nacional de Salud que, esencialmente, facilitara la erradicación o el control de las enfermedades infecciosas comunes y la drástica reducción de la desnutrición. Se fijaron algunas metas específicas, entre las cuales podemos citar a título de ejemplos las siguientes:

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

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

A continuación veremos las principales características de las leyes.

#### A. PRINCIPALES MEDIDAS LEGALES

— La Ley No. 5349 de *Traspaso de los Hospitales a la Caja Costarricense de Seguro Social*<sup>27</sup> para universalizar el Sistema de Seguridad Social y con ello garantizar a toda la población acceso a servicios de atención médica de buena calidad.

— La Ley No. 5395 conocida como *Ley General de Salud*<sup>28</sup> Esta ley sustituyó al Código Sanitario de 1949 y definió en forma muy clara las relaciones que en materia de salud deben existir entre el Estado, los individuos y las empresas. Reunió una serie de principios obligatorios concernientes a la salud individual y de la colectividad, orientados a la consecución del mejor nivel de salud posible y responsabilizó al Ministerio por la definición de las políticas nacionales respecto a la planificación, coordinación y control de las actividades públicas y privadas relativas a la salud.

---

27. C.R. Leyes y decretos. "Ley de traspaso de los hospitales a la C.C.S.S." No. 5349. *La Gaceta*. No. 186. San José. 3 de octubre de 1973.

28. C.R. Leyes y decretos. "Ley General de Salud." No. 5395. *La Gaceta*. No. 222 (Alcance No. 172). San José. 24 de noviembre de 1973.

— La Ley No. 5412 o *Ley Orgánica del Ministerio* <sup>29</sup> que en adelante denominaría al Ministerio, Ministerio de Salud, permitió la reestructuración interna de sus dependencias. La Dirección General de Salubridad y la Dirección General de Asistencia formaron una sola unidad bajo el nombre de *Dirección General de Salud*. El Consejo Técnico de Asistencia Médico Social quedó adscrito al Despacho del Ministro y sus funciones fueron reducidas a la recaudación y distribución de los dineros destinados a la atención de los pacientes *Asegurados por el Estado* (antes conocidos como indigentes). Fueron creados el Consejo Nacional de Salud y la Unidad Sectorial de Planificación, entre otros organismos asesores. (Ver *Figura 3*. Organigrama actual del Ministerio de Salud).

Por otro lado, y como parte muy importante del Plan Nacional de Salud, se creó el *programa de salud rural* y se fortalecieron enormemente los saneamiento ambiental, abastecimiento de agua potable, inmunizaciones y nutrición.

## **B. REORGANIZACION DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL**

Hemos visto ya como, para llevar adelante el Plan Nacional de Salud, se tomaron varias decisiones trascendentes para la reorganización del Sector; en lo que respecta al Sistema de Seguridad Social, lo más relevante fue el traspaso a la Caja de los hospitales administrados por las Juntas de Protección Social y Patronatos, a lo cual se refiere la Ley No. 5349 ya mencionada.

El Artículo 20 de esta Ley se refiere a la atención obligatoria por parte de la Caja con cargo al Estado, de la población no asegurada e incapaz de sufragar los gastos por servicios médicos, grupo que se conoce *como Asegurados del Estado*.

En el Artículo 60, la Ley dispone que la atención de las acciones de salud en materia de *medicina preventiva*, no reservadas por Ley a la Caja, son responsabilidad del Ministerio de Salud.

El Artículo 70, por su parte, expresa que las rentas e ingresos que de cualquier naturaleza estuvieran recibiendo las instituciones del Ministerio de Salud, Juntas de Protección o Patronatos que se traspasaran a la Caja, serían giradas a la Caja Costarricense de Seguro Social con la previsión de que si resultaran insuficientes, el Estado debía crear rentas específicas para completar el pago de la atención de sus asegurados.

El Artículo 80 declara que esta Ley es de orden público y deroga todas las disposiciones legales anteriores en cuanto se le opusieran.

El complemento de la Ley No. 5349 es la No. 5541<sup>30</sup>, que define las condiciones laborales de los trabajadores de los Centros que serían traspasados a la Caja.

Otras acciones indispensables para el reajuste estructural y de organización interna que la Caja requirió se fundamentaron en:

---

29. C.R. Leyes y decretos. "Ley Orgánica del Ministerio de Salud." No. 5412. *La Gaceta*. No. 12. San José. 18 de enero de 1974.

30. C.R. Leyes y decretos. "Ley sobre decretos laborales." Traspaso de hospitales a la C.C.S.S. No. 5541. *La Gaceta*. No. 135. San José. 18 de julio de 1974.





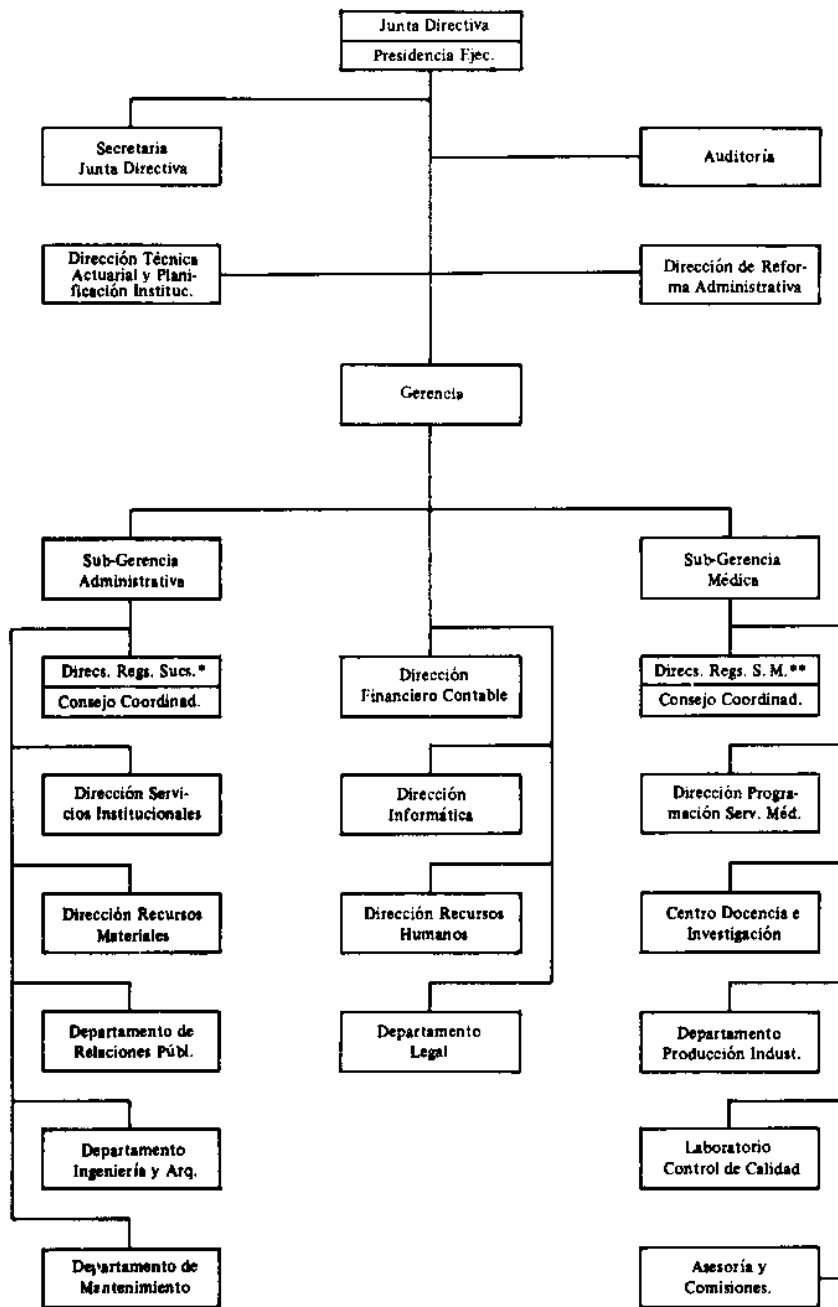
- El Decreto Ejecutivo No. 6919, del 4 de abril de 1977<sup>31</sup> que estableció la Comisión Nacional de Recursos Humanos, cuyo fin primordial era determinar las necesidades de profesionales de las Ciencias Médicas para los próximos años.
- El Decreto Ejecutivo No. 10653—P—OP de 1979, que dispuso la división del territorio nacional en cinco regiones para los efectos de investigación y planificación del desarrollo socioeconómico <sup>32</sup> (Ver *Figura 4. Organigrama de la Caja*).
- Los acuerdos tomados por la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social el 7 de junio de 1978<sup>33</sup> que se refieren a la reestructuración orgánica interna de los servicios médicos de la Caja, que incluía su desconcentración mediante las Direcciones Regionales.
- El Decreto Ejecutivo No. 9283—P de 1978 <sup>34</sup>, por el cual se creó el Sistema de Reforma Administrativa, como parte integrante del Sistema Nacional de Planificación, con el propósito fundamental de lograr eficacia, y productividad de la Administración Pública.
- El Decreto Ejecutivo No. 10157 P —OP de 1979 <sup>35</sup> que creó el Subsistema de Planificación y Coordinación Regional y Urbana, a fin de orientar y coordinar la acción del Gobierno en el ámbito regional y el desarrollo equilibrado de las regiones del país.

Este Subsistema forma parte del Sistema de Planificación Nacional.

El 15 de julio de 1978 la Junta Directiva de la Caja creó el Consejo Coordinador de los Servicios Médicos y dispuso la división territorial en las cinco regiones denominadas programáticas que coinciden con la regionalización a que se refiere el Decreto Ejecutivo No. 10653—P—OP antes mencionado. Son las siguientes:

- 
31. Caja Costarricense de Seguro Social. *Op. cit.* p. 23.
  32. C.R. Leyes y decretos. Decreto Ejecutivo No. 10653—P—O—P. *La Gaceta*. No. 199. San José. 24 de octubre de 1979.
  33. Caja Costarricense de Seguro Social. “*Actas Junta Directiva.*” Sesión No. 5217. San José. 7 de junio de 1978.
  34. Oficina de Planificación Nacional y Política Económica. *Decreto Ejecutivo No. 9283—E del 30 de octubre de 1978*. San José. OFIPLAN. s.f.
  35. Oficina de Planificación Nacional y Política Económica. *Decreto Ejecutivo No. 10157 P. O. P. del 19 d junio de 1979*. San José. OFIPLAN. 1979.

**FIGURA 4: CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL  
ESTRUCTURA ORGÁNICA**



\* Sucursales

\*\* Servicios Médicos

\* Incluye Jefaturas de Sucursales y de Agencias

\*\* Incluye Direcciones de Hospitales y de Clínicas.

Rige a partir de 1-12-80

REGION CENTRAL

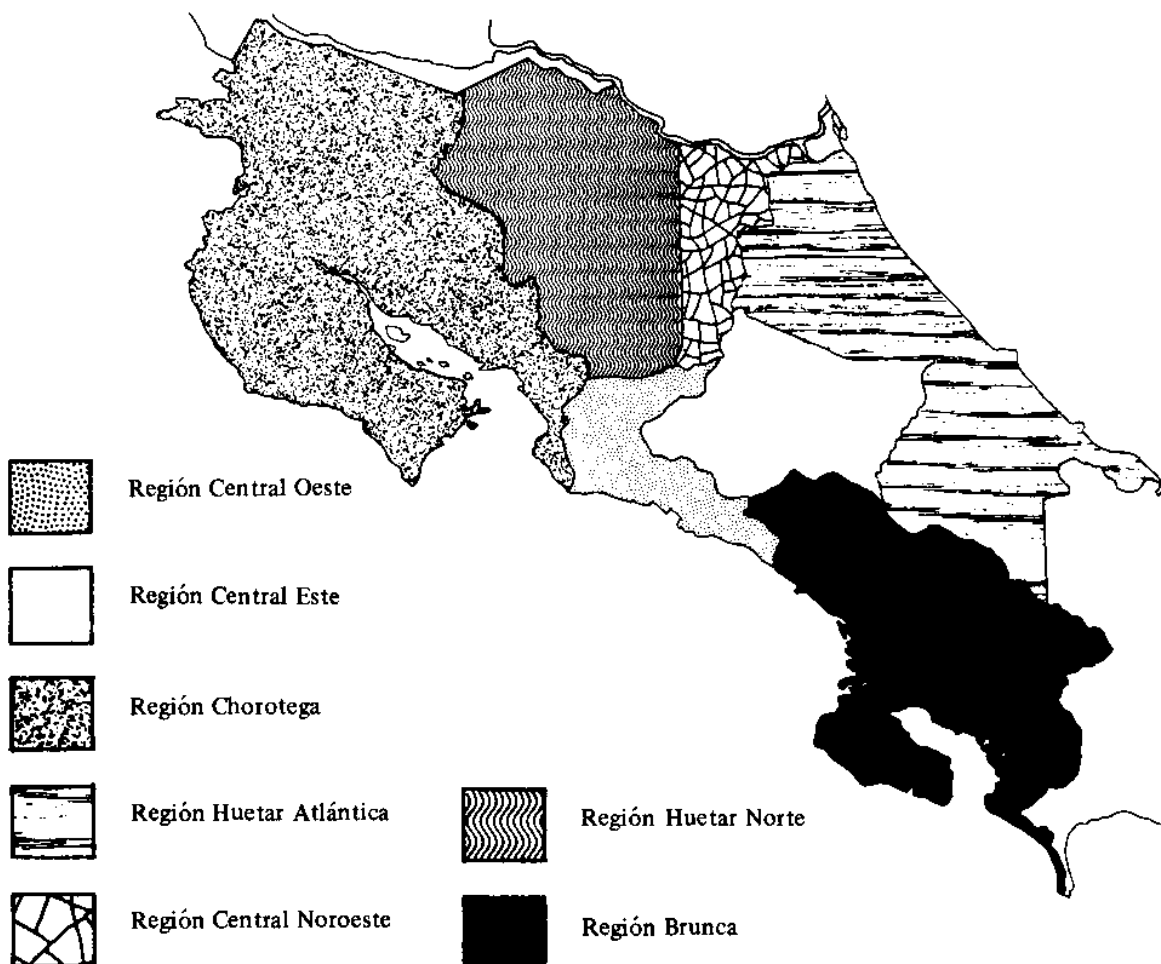
{ Región Noroeste  
Región Oeste  
Región Este

- REGION HUETAR NORTE
- REGION CHOROTEGA (Pacífico Seco)
- REGION HUETAR ATLANTICA
- REGION BRUNCA (Pacífico Sur)

(Ver Figura 5).

En abril de 1979 empezó a funcionar la regionalización administrativa, que territorialmente coincide con la de Servicios Médicos y cumple funciones relativas a cobertura y recaudación de cuotas.

**FIGURA 5: REGIONES PROGRAMATICAS DE SALUD  
CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**



## EJERCICIOS DE AUTOEVALUACION

1. ¿Cuándo se declaró por ley en Costa Rica que velar por la salud nacional es obligación del Estado?
2. A partir de la información de este tema ¿cuál es el antecedente más lejano del actual Ministerio de Salud?
3. Cite cuatro funciones que desempeñó el Médico de Pueblo.
4. Indique en qué año se crearon las primeras clínicas prenatales e infantiles y explique por qué estas se consideran la base de la salud pública.
5. Explique dos de los motivos que originaron la creación del Banco Nacional de Seguros (hoy Instituto Nacional de Seguros).
6. ¿Cuándo se promulgó la Ley sobre Seguros Sociales Obligatorios?
7. Busque en el Apéndice la Ley Nº 24, “Reforma de la Constitución Política”, de 1943. Resuma con sus propias palabras el contenido del Artículo 63.
8. Mencione tres razones que dieron lugar a la creación del Servicio Nacional de Acueductos y Alcantarillados (hoy Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados).
9. Cite tres de los propósitos generales del Plan Nacional de Salud.
10. Resuma el contenido de dos leyes relevantes promulgadas con el fin de llevar adelante el Plan Nacional de Salud.
11. Cite cuáles son las instituciones que actualmente constituyen el Sector Salud en nuestro país.

## RESPUESTAS

La salud nacional se declaró como obligación del Estado y la salud local como responsabilidad de los municipios, el 12 de marzo de 1923, con la Ley N°52 “Sobre protección de la salud pública”. Esta ley fue de suma importancia ya que la podemos considerar un antecedente directo de la universalización del seguro social.

2. El antecedente más lejano del Ministerio de Salud es la Subsecretaría de Higiene y Salud Pública, creada en 1922, adscrita a la Secretaría de Policía. La Subsecretaría se transformó en la Secretaría de Salud y Protección Social en 1927. En 1949, la Secretaría cambió su nombre por el de Ministerio de Salubridad Pública; desde 1974 tiene su nombre actual, o sea Ministerio de Salud.
3. Entre las funciones que tenían los Médicos de Pueblo podemos citar las siguientes: notificación de enfermedades epidémicas al Ministerio de Policía; el registro de los casos atendidos y las causas de enfermedad; atención de enfermos en los hospitales y organización de Juntas Cantonales, a las que les correspondía calificar el estado de pobreza de los vecinos.
4. Las primeras clínicas prenatales e infantiles se crearon en 1920. Estas clínicas se consideran la base de la salud pública porque con ellas se establece la protección del ser humano desde su concepción.
5. Era necesaria una institución que protegiera a los trabajadores en caso de accidentes sufridos o enfermedades contraídas en el desempeño de sus labores, pues no tenían ayuda o bien ésta era escasa y dependía solo del buen corazón de los patronos. Por otra parte, era también necesario evitar la fuga de dineros del país hacia el extranjero, lo que sucedía porque los seguros contra incendio, por ejemplo, estaban en manos de compañías extranjeras. Así, en 1924, se creó el Banco Nacional de Seguros que se hizo cargo de las pólizas de vida, de incendio y de seguro contra riesgos profesionales.
6. La “Ley sobre los seguros sociales obligatorios” se promulgó en 1941.
7. El Artículo 63, en síntesis, establece los seguros sociales para los trabajadores manuales e intelectuales. Contribuirán obligatoriamente el Estado, los patro-

nos y los trabajadores, para proteger a éstos contra los riesgos de enfermedad, maternidad, invalidez, vejez, muerte y otras contingencias. Los seguros sociales estarán a cargo de una institución denominada Caja Costarricense de Seguro Social.

8. No sólo el suministro de agua sino el de agua potable ha sido objeto de preocupación en nuestro país desde hace muchísimos años. (Recordemos, por ejemplo, que los primeros pasos para controlar la calidad del agua en Costa Rica se dieron en la década del 40). Sin embargo, había pocos recursos financieros y técnicos y el servicio de agua estaba en manos de tantos organismos diferentes que era imposible la coordinación, así como un uso más racional de las fuentes hidrográficas; también era necesario uniformar la aplicación de los controles de calidad y tratamiento de las aguas para garantizar así su potabilidad. El Servicio Nacional de Acueductos y Alcantarillados se creó para superar estos problemas en 1961.
9. Tres propósitos generales del Plan Nacional de Salud fueron:
  - Dotar de servicios de salud a toda la población.
  - Erradicar o controlar las enfermedades infecciosas más comunes.
  - Reducir drásticamente la desnutrición.
10. Dos leyes importantes promulgadas con el fin de llevar adelante el Plan Nacional de Salud fueron las siguientes:
  - La ley N° 5349 de “Traspaso de los Hospitales a la Caja Costarricense de Seguro Social” (1973) que establecía la universalización del Sistema de Seguridad Social, para dar a toda la población acceso a servicios de atención médica de buena calidad.
  - La Ley N° 5395 conocida como “Ley General de Salud” (1973). Esta ley define claramente las relaciones que deben existir entre el Estado, los individuos y las empresas, en lo tocante a salud. Responsabiliza al Ministerio de Salud por la definición de políticas nacionales relativas a la planificación, coordinación y control de las actividades públicas y privadas en cuanto a la salud. Esta ley sustituyó al Código Sanitario de 1943.
11. Las instituciones del Sector Salud son:
  - El Ministerio de Salud.
  - La Caja Costarricense de Seguro Social.
  - El Instituto Nacional de Seguros.
  - El Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados.

## BIBLIOGRAFIA DE APOYO

- Caja Costarricense de Seguro Social. *El papel de los servicios de atención médica de la seguridad social en el desarrollo. Mesa Redonda. Brasilia, Brasil. 24-27 de noviembre de 1981.* San José. Julio de 1981.
- Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados. *Historia del primer abastecimiento de agua para la ciudad de San José.* San José, Oficina de Relaciones Públicas del ICAA. Mimeo. Mayo de 1979.
- Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados. *Ley constitutiva del Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados, reformada y anexos.* s.f.
- Instituto Nacional de Seguros. *Algunos datos acerca del Instituto Nacional de Seguros.* San José, Revista Anual. Año II. Edición III. 1981.
- Ministerio de Salud. *Plan Nacional de Salud 1974—1980.* San José. 1975.
- Ministerio de Salud. Unidad de Planificación. *Memoria del Ministerio de Salud y de la salud pública de Costa Rica. Cincuentenario 1927—1977.* San José. Mimeo. 4 de junio de 1977.
- Monge Alfaro, Carlos. *Nuestra historia y los seguros.* San José, Editorial Costa Rica. 1974.
- Orlich Bolmarcich, José L. et. al. *Documento preliminar de trabajo para la definición de salud durante el período de gobierno 1970—1974.* San José. Ministerio de Salubridad Pública. 1970.
- Ortiz Castro, Edgar. *El control de la calidad de las aguas para suministro público.* San José. Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados. Mimeo. s.f.
- Trejos Escalante, Fernando. *Libertad y Seguridad.* San José. Imprenta Trejos. 1963.



## Tema III

# COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL Y PROGRAMAS DE SALUD

---

1. La salud y los niveles de atención médica.
2. Principales programas de salud.

## **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

1. Enumerar los niveles de atención médica y explicar en qué consisten.
2. Diferenciar los niveles de prevención de los niveles de atención médica.
3. Reconocer los principales programas de salud del país e identificar las instituciones que los llevan a cabo.

## 1. LA SALUD Y LOS NIVELES DE ATENCION MEDICA

Para una mejor comprensión de este tema nos referiremos primero al concepto de salud, después explicaremos qué son los niveles de atención médica y luego estudiaremos cuáles son los principales programas del Ministerio de Salud, la Caja Costarricense de Seguro Social, el Fondo de Desarrollo y Asignaciones Familiares, el Instituto Nacional de Seguros y el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados.

Se notará que hemos incluido el Fondo de Desarrollo de Asignaciones Familiares; se debe a que aunque no es propiamente hablando una institución, le brinda al Sector Salud un valioso apoyo con el que se financian muy importantes programas, como veremos más adelante.

Por salud se entiende hoy día, no sólo la ausencia de enfermedad, sino también el bienestar físico, mental y emocional del individuo como tal y de la colectividad en general. Se le considera un derecho de la población y es el Estado el que tiene la responsabilidad de velar porque sea adecuada para todos.

El Estado en Costa Rica cuenta con el Sector Salud para cumplir con su responsabilidad y para el desarrollo de sus funciones, el Sector cuenta con recursos humanos de todo orden incluyendo algunos sumamente especializados; también, cuenta con recursos materiales como son los financieros, las instalaciones físicas y el equipo. Su área de acción es todo el territorio nacional. No basta, sin embargo, con todo esto si no hay una división de tareas y coordinación entre las instituciones. Por eso han sido tan importantes las decisiones políticas tomadas particularmente durante los primeros años de la década de los 70 e igualmente importantes han sido la reestructuración orgánica de las instalaciones y la reorganización sectorial llevadas a cabo para lograr los nuevos objetivos generales con respecto a la salud; entre estos se destacan, como hemos mencionado ya, una cobertura universal en cuanto a atención primaria y asistencia hospitalaria, control sobre el ambiente y reducción de un 50% de la mortalidad por enfermedades infecciosas, parasitarias y desnutrición.

Para lograr una cobertura universal es necesario establecer niveles de atención, que permitan jerarquizar los problemas de salud de la población y asignar a cada uno los recursos apropiados:

Por *nivel primario* de atención médica se entiende aquel tipo de servicios que se ofrecen con personal profesional o paramédico, orientado a la solución o prevención de problemas comunes; el *nivel secundario* o *intermedio* es el que corresponde en general a clínicas periféricas y hospitales regionales, en los cuales personal profesional general y especializado, atiende problemas de una magnitud intermedia y emergencias; el *nivel terciario* o *complejo* es el que pertenece a los hospitales centrales y universitarios, en los que se recibe a los pacientes con enfermedades graves o complejas, que no pueden ser manejadas en los otros niveles.

Las acciones de salud han quedado fundamentalmente a cargo del Ministerio de Salud y de la Caja Costarricense de Seguro Social, pero coadyuvan en forma importante al bienestar de la población, en esta materia, otras instituciones como el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados con sus programas urbanos y rurales de distribución de agua potable y alcantarillados; las municipalidades con la recolección y disposición de la basura, el Ministerio de Educación y el Ministerio de Cultura Juventud y Deportes con sus programas de promoción humana y prevención de enfermedades. También el Instituto Nacional de Vivienda y Urbanismo con sus programas de mejoramiento de la vivienda, el Instituto Mixto de Ayuda Social y el Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares, creado en 1974<sup>1</sup> con el propósito de financiar programas diversos de ayuda social para hogares de ingresos muy bajos o que carecen totalmente de ellos.

El Ministerio de Salud, al trasladar a la Caja la responsabilidad que tenía por la operación de los hospitales, pudo entonces concentrar su atención y recursos en el desarrollo vigoroso y sistematizado de programas de Salud Pública como la vacunación contra enfermedades transmisibles, el saneamiento ambiental, la letrización de las áreas rurales y la extensión de los programas de *medicina rural*, los cuales benefician las poblaciones dispersas por medio de acciones de tipo preventivo, asistencial y de educación para la salud, todas ellas de nivel primario. Estos programas son desarrollados básicamente por personal de enfermería y auxiliar, adiestrados específicamente para esta forma de trabajo y tienen como base el *puesto de salud*.

El desarrollo en el área urbana de programas similares denominados de *medicina comunitaria*, que favorecen a grupos marginados de la periferia de la ciudad, son también programas de atención primaria cuya sede está en los *centros de salud*. Otros programas importantes son, por ejemplo, el control de la malaria, la lucha contra la tuberculosis, la lepra y las enfermedades venéreas.

La Caja Costarricense de Seguro Social, por su parte, ha orientado sus esfuerzos hacia la consolidación de una red hospitalaria y de clínicas periféricas, para hacer posible la jerarquización y la regionalización de la atención de los pacientes, en busca del mejor aprovechamiento de los recursos y la salud total de la población. Además

---

1. Ministerio de Salud. *Memoria Anual*. 1980. San José. 1980.

de la atención de nivel primario que en la Caja se practica en los dispensarios, clínicas y consultas generales de hospitales, se distingue la atención de nivel intermedio o secundario, en el cual intervienen las consultas externas de algunas especialidades y los hospitales de tipo periférico y regional. A este nivel secundario corresponde la atención de problemas generales de pediatría, medicina interna, cirugía, gineco-obstetricia, oftalmología, otorrinolaringología, neurología, etc. El nivel más complejo o terciario, corresponde a los hospitales nacionales que son también de carácter universitario y en los cuales se concentran los recursos humanos y materiales de más alto grado de especialización. En este nivel se lleva a cabo el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades más complejas, como por ejemplo, el cáncer pulmonar o la insuficiencia renal crónica; se hacen las intervenciones quirúrgicas de alto costo, como por ejemplo, las de corazón o los trasplantes de órganos y se organizan los cursos universitarios de especialización o posgrado.

El ideal de la atención, así jerarquizada, es lograr que funcione a cabalidad un sistema de referencias de pacientes, según la complejidad del problema de salud que presenten, lo que ocurrirá cuando todos los niveles ofrezcan los servicios que les corresponden en forma comprensiva, oportuna y de calidad óptima. En la *Figura 1* pueden verse estos niveles de atención médica y también el nivel básico de atención en el hogar, de problemas sin complejidad, el cual forma parte de la atención primaria y está a cargo de personal auxiliar de salud.

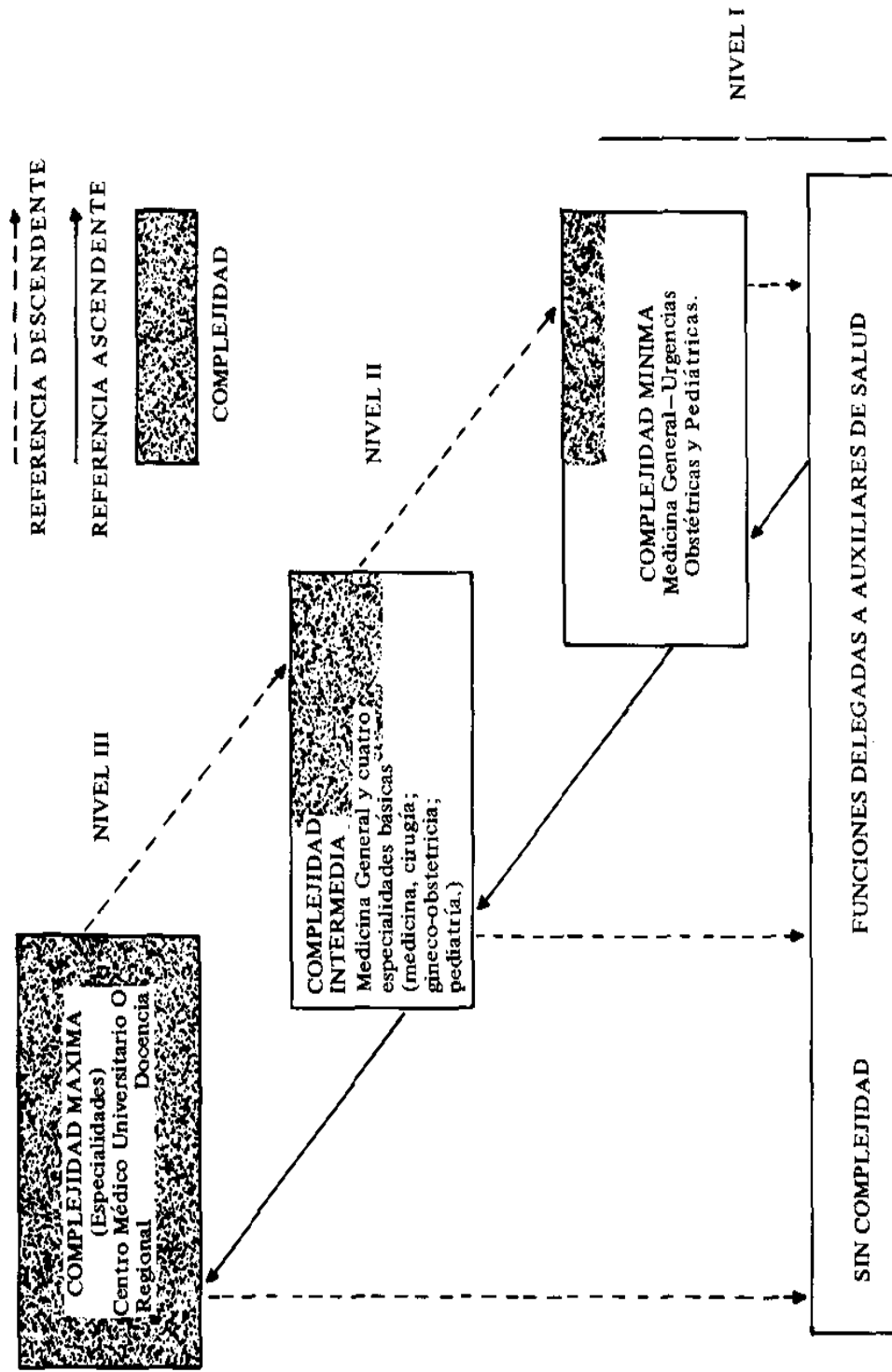
La demanda cada vez mayor de atención médica, la complejidad creciente de la administración de los servicios y el considerable aumento en los costos de operación, han obligado a introducir cambios tendientes a lograr la utilización más racional posible de los recursos. Por otra parte, la atomización de la medicina en subespecialidades, como consecuencia del vertiginoso avance de la ciencia y de la tecnología, está generando esfuerzos continuos y coherentes que tienden a evitar la deshumanización de los servicios. También pretenden lograr que el paciente sea considerado como un todo bio-sico-social, que vive normalmente con su familia en una determinada comunidad, donde tienen lugar las más variadas y profundas interacciones <sup>2</sup>.

El esquema organizativo que se ha seguido en la Caja es el de sistema abierto, dada la interacción que permanentemente ocurre entre los elementos de su ambiente endógeno y el macrosistema en que está inmerso. Tal esquema debe ser eficiente y tiene que evaluarse en forma permanente para estar corrigiendo los inevitables conflictos que sobre diversos aspectos se presentan frecuentemente en las grandes organizaciones. *La Figura 2* muestra la red de instalaciones que forma el subsistema de atención médica; los establecimientos ahí señalados son los principales: el hogar, puesto de salud, consultorios, clínicas periféricas y hospitales, rodeados por un determinado ambiente.

---

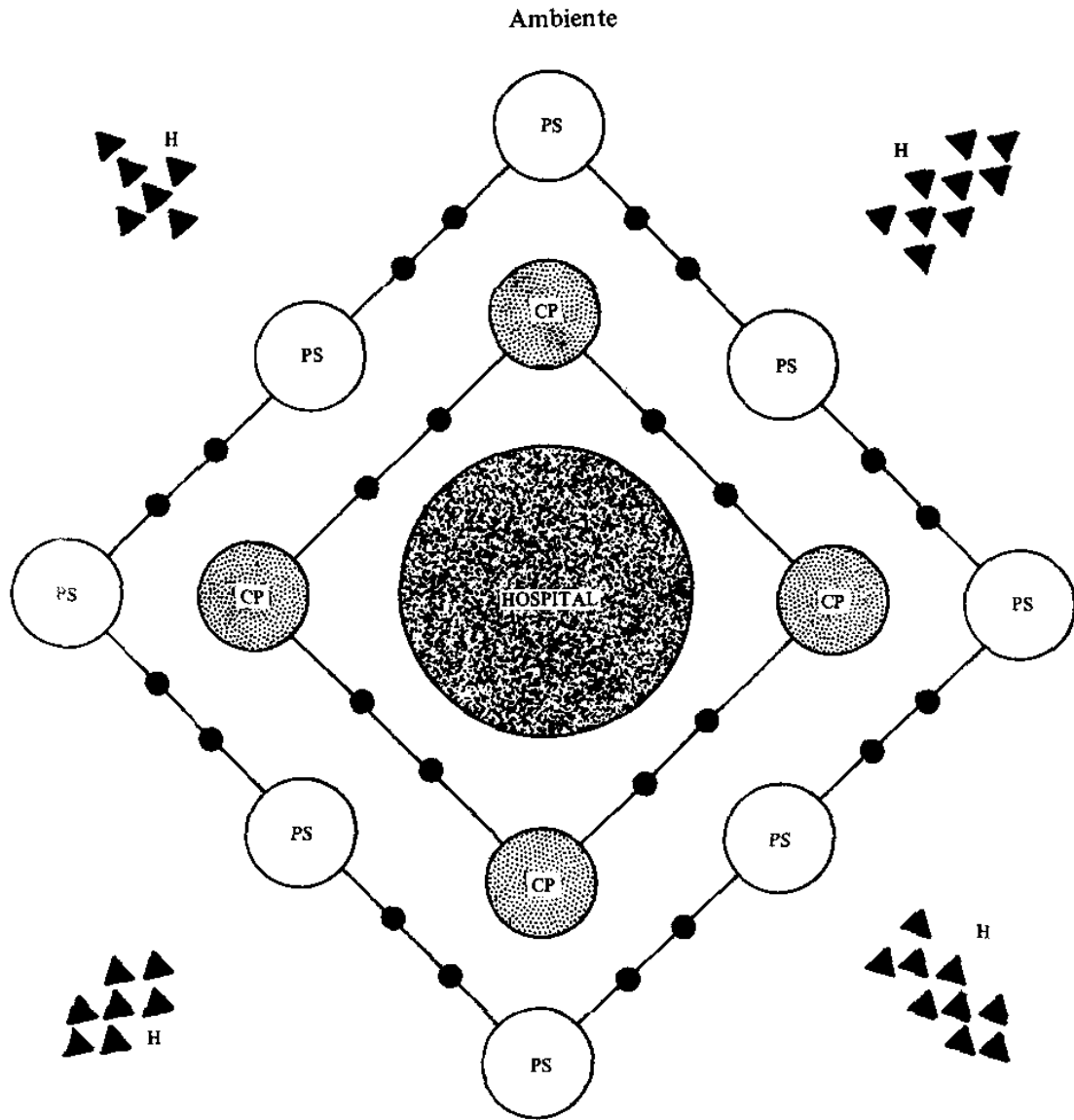
2. Leavell, H. y Clark, G. *Preventive medicine for the doctor in his community*. New York. McGraw Hill Co. 1965. p. 18.

**FIGURA 1: NIVELES DE ATENCION MEDICA Y FLUJO DE PACIENTES MEDIANTE REFERENCIAS**



**FUENTE:** Servicio de Trabajo Social Hospital Nacional de Niños. 1981

**FIGURA 2: RED DE INSTALACIONES DEL SUBSISTEMA DE ATENCION MEDICA**

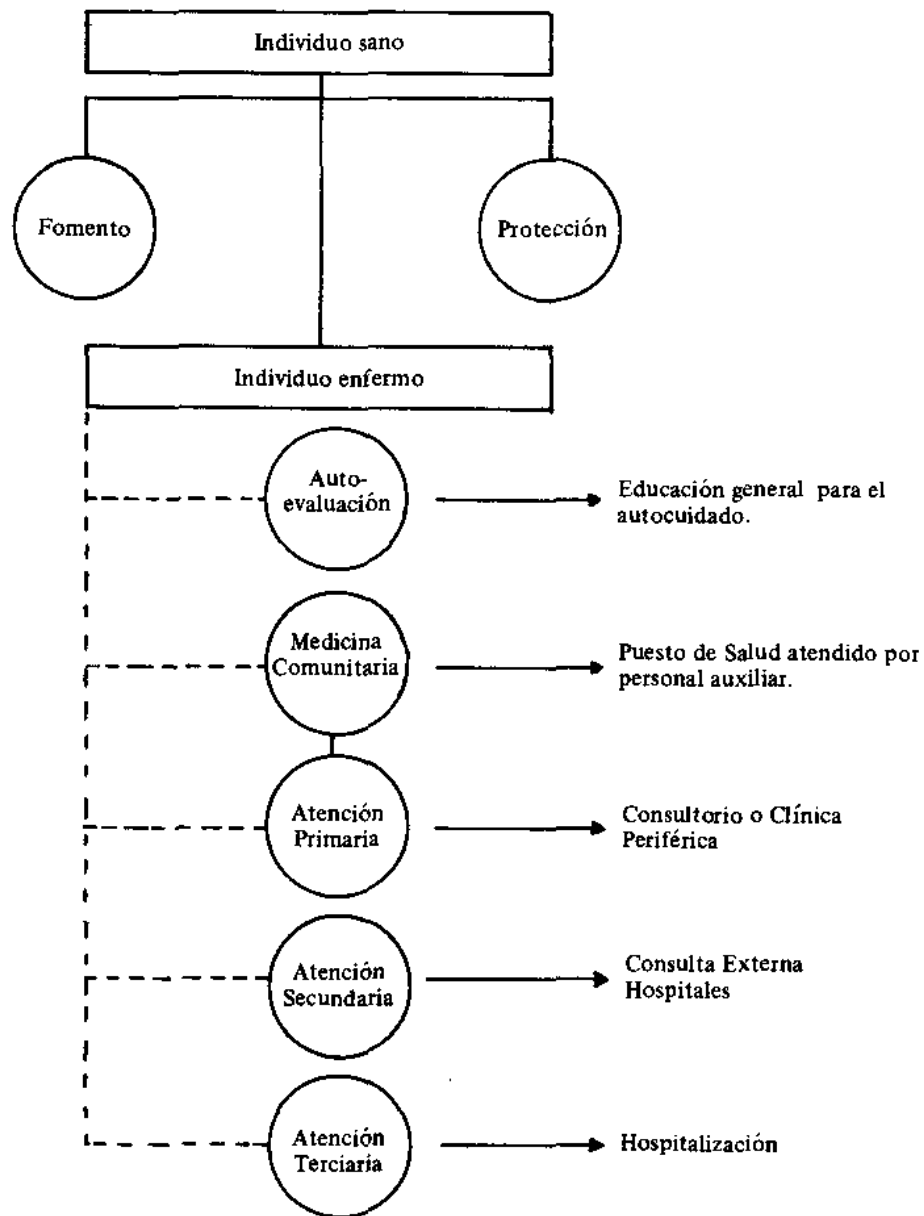


- Clínica Periférica
- Puesto de Salud
- ⊗ Consultorio (privado, oficial o mixto)
- ▲ Hogar

Ambiente

La forma en que una persona debe hacer uso de los servicios que prestan tanto el Ministerio de Salud como la Caja Costarricense de Seguro Social, está representado en el algoritmo de la *Figura 3*; primero aparece el individuo sano beneficiándose de servicios de fomento y protección (por ejemplo, saneamiento ambiental y vacunaciones); después se ve al individuo cuando ha enfermado y los pasos que puede seguir, dependiendo de la severidad del problema.

**FIGURA 3: ALGORITMO DE LA SALUD Y LA ENFERMEDAD**





## 2. PRINCIPALES PROGRAMAS DE SALUD

Ahora nos referiremos a los principales programas que están ejecutándose en el Sector Salud, según la institución responsable de ellos; sin embargo, no debe olvidarse que programas a cargo de organismos de otros sectores también contribuyen en forma importante a mantener y mejorar la salud de la población. Revisaremos los que tienen mayor relación con las funciones de la enfermera y mayor trascendencia para todos los ciudadanos.

### A. MINISTERIO DE SALUD

Algunos programas de esta Institución son los siguientes;

#### *Vigilancia Epidemiológica*

Además de actividades de investigación y supervisión de campañas sobre enfermedades agudas o crónicas que repercuten importantemente en la salud de la población, lleva a cabo la mayor parte de las inmunizaciones que se hacen con vacunas contra la difteria-tétanos-tos ferina (DPT), polio, sarampión, rubeola, paratoiditis, rabia, difteria-tétanos (DT), toxoide tetánico y vacuna contra la tuberculosis (BCG).

Este programa permanente de vacunaciones ha permitido erradicar la poliomielitis y reducir las otras enfermedades en alrededor de un 90% en la última década.

#### *Saneamiento Ambiental*

Tiene a su cargo el control de alimentos, la ingeniería sanitaria, la inspección de saneamiento y el control de radiaciones ionizantes. Todas estas actividades son importantes, pero se destaca el control de alimentos ya que en los últimos años la ingestión de alimentos contaminados ha sido una causa de diarreas más importante que el agua contaminada.

#### *Salud Rural*

Es uno de los programas más trascendentales que tiene el país; a él se debe buena parte del progreso que se ha logrado en la salud infantil; beneficia a más de 700.000 costarricenses que viven en 4.018 localidades dispersas y 160.976 viviendas (año: 1980). Las actividades que realiza han permitido abarcar prácticamente toda la población con *atención primaria integral*, que consiste fundamentalmente en educación para la salud, higiene personal, saneamiento ambiental, letrización, inmunizaciones, control prenatal, crecimiento y desarrollo del niño y primeros auxilios.

## *Odontología Sanitaria*

Es un programa que ha crecido mucho en los últimos años y está orientado hacia la prevención, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de las enfermedades de la cavidad oral, en especial de las caries dentales y la enfermedad periodontal. Realiza actividades que benefician a grupos económicamente débiles, en clínicas escolares, centros de salud y unidades móviles de penetración rural.

## *Nutrición*

Tiene como objetivos generales prevenir la desnutrición en los grupos de población más vulnerables y lograrla recuperación de los desnutridos; mejorar la educación nutricional de la población inculcando buenos hábitos de higiene y alimentación; promover la participación activa y consciente de la comunidad en el estudio y solución de sus problemas de nutrición. Para lograr lo anterior lleva a cabo actividades de educación nutricional, vigilancia epidemiológica, investigación operativa, alimentación complementaria, centros infantiles, producción familiar de alimentos y otras.

## *Materno—infantil*

Es uno de los más importantes programas del Ministerio de Salud, puesto que en un ámbito nacional tiene responsabilidad con respecto a la salud de la madre y del niño. En cuanto a la primera, el control del embarazo en las consultas prenatales, pretende garantizar en todo lo posible su mejor evolución y el nacimiento de un niño sano mediante una óptima atención del parto; en este sentido nuestro país ha avanzado notablemente al haber logrado que el parto sea atendido en hospitales o centros de salud en alrededor de un 85% de los casos. Parte del control prenatal es, por ejemplo, la vacunación contra el tétanos en nuestras zonas rurales, lo cual ha hecho disminuir esta enfermedad en los recién nacidos en un 97%; tanto en las actividades prenatales como en las posnatales, las enfermeras tienen un papel muy activo que cada vez se ensancha más porque sus conocimientos y habilidades así se lo permiten.

En relación con la parte infantil, este programa lleva a cabo acciones sumamente interesantes como por ejemplo la coordinación de proyectos en las maternidades del país, para fomentar el alojamiento conjunto (el niño junto a su madre inmediatamente después del parto) y la lactancia materna; también se propicia el establecimiento de bancos de leche humana para alimentar a recién nacidos y a lactantes enfermos. Por otro lado, está realizándose un *subprograma de rehidratación oral en el hogar* en el cual se emplean unos sobres que contienen sales y glucosa que se disuelven en agua hervida, con el fin de evitar la deshidratación en el curso de una diarrea aguda, o rehidratar al paciente que presentó una deshidratación leve. Este programa Materno Infantil tiene estrechos vínculos con el de Nutrición y el de Salud Rural. En estos programas, la enfermera ha estado participando en labores de dirección, supervisión y ejecución; específicamente tiene funciones como obstétrica y como puericultora, tanto en clínicas como en hospitales y en programas de planificación familiar.

## B. CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Se trata de un sistema de seguros y servicios sociales mediante el cual la población del país recibe protección contra contingencias sociales como la enfermedad, la invalidez, el retiro por edad, la falta de vivienda decorosa, etc. El sistema a su vez promueve el desarrollo integral del hombre y su integración permanente, activa y responsable, a la comunidad a la cual pertenece.

En la sociedad contemporánea, la seguridad social está enmarcada en una serie de principios básicos para el logro de sus objetivos y para el desarrollo continuo del Sistema. Entre ellos cabe citar los siguientes: el *principio de universalidad*, que supone que toda la población tiene acceso oportuno a la prestación de los servicios y que éstos son iguales y de óptima calidad para todos. La *solidaridad* mediante la cual la sociedad está obligada, por imperativo moral y por las previsiones legales que existen, a contribuir en la medida de sus posibilidades al bienestar común. El principio de *participación*, por el cual se trata de dar vida a la acción solidaria de la comunidad en la creación, gestión y distribución del patrimonio social que representa la seguridad social. El principio de *subsidiariedad* del Estado: los costos del funcionamiento del sistema no son costos del Estado, pero siendo la seguridad social uno de sus fines, debe procurarse por todos los medios que tal fin se logre, responsabilidad que se cumple no sólo por medio de la legislación y el control, sino también por la participación económica dirigida a los sectores más débiles, desde el punto de vista de desarrollo socioeconómico.

La Caja Costarricense de Seguro Social es la institución más importante del Sistema. De ella estudiaremos el régimen de Enfermedad y Maternidad, y el de Invalidez, Vejez y Muerte.

### *Régimen de Enfermedad y Maternidad*

Por medio de una compleja organización, administra los programas de atención médica. Tales programas abarcan:

#### *Servicios médicos individuales*

Se le prestan a toda la población, en forma ambulatoria en las consultas externas o a pacientes hospitalizados. Para lograr esta prestación, la Institución cuenta con una vasta red de establecimientos diseminados por todo el territorio nacional y ordenados con un criterio de complejidad creciente, que comprende:

- unidades pequeñas como los dispensarios de salud para las comunidades reducidas
- clínicas periféricas para los conglomerados mayores
- hospitales periféricos para ciertas áreas

- hospitales regionales para una zona de más tamaño, generalmente toda una provincia
- los hospitales centrales en San José, que funcionan como centros universitarios porque en ellos se enseña medicina, enfermería, etc. y como centros de referencia, porque en ellos se trata de resolver los problemas más complejos de la atención de pacientes.

### *Ciertas actividades de prevención*

Están incorporadas a los programas de asistencia médica, como parte del enfoque de prestación de servicios integrados; entre estas actividades pueden citarse, atención prenatal, inmunizaciones, educación para la salud, etc. El diagnóstico oportuno y la prescripción de un tratamiento correcto, son otra forma de prevenir problemas mayores, ya que se evita el desarrollo de complicaciones.

### *Actividades de rehabilitación*

Algunas están incorporadas también a los programas de hospitales y clínicas; prevenir la invalidez o tratarla cuando ya se ha presentado es uno de los objetivos que tiene el Sistema Nacional de Salud.

Para una mejor comprensión de las acciones a las que nos hemos estado refiriendo, deben verse a continuación los tres paradigmas (*Cuadros 1, 2 y 3*) sobre la historia natural de la enfermedad, desarrollados por Leavell y Clark.

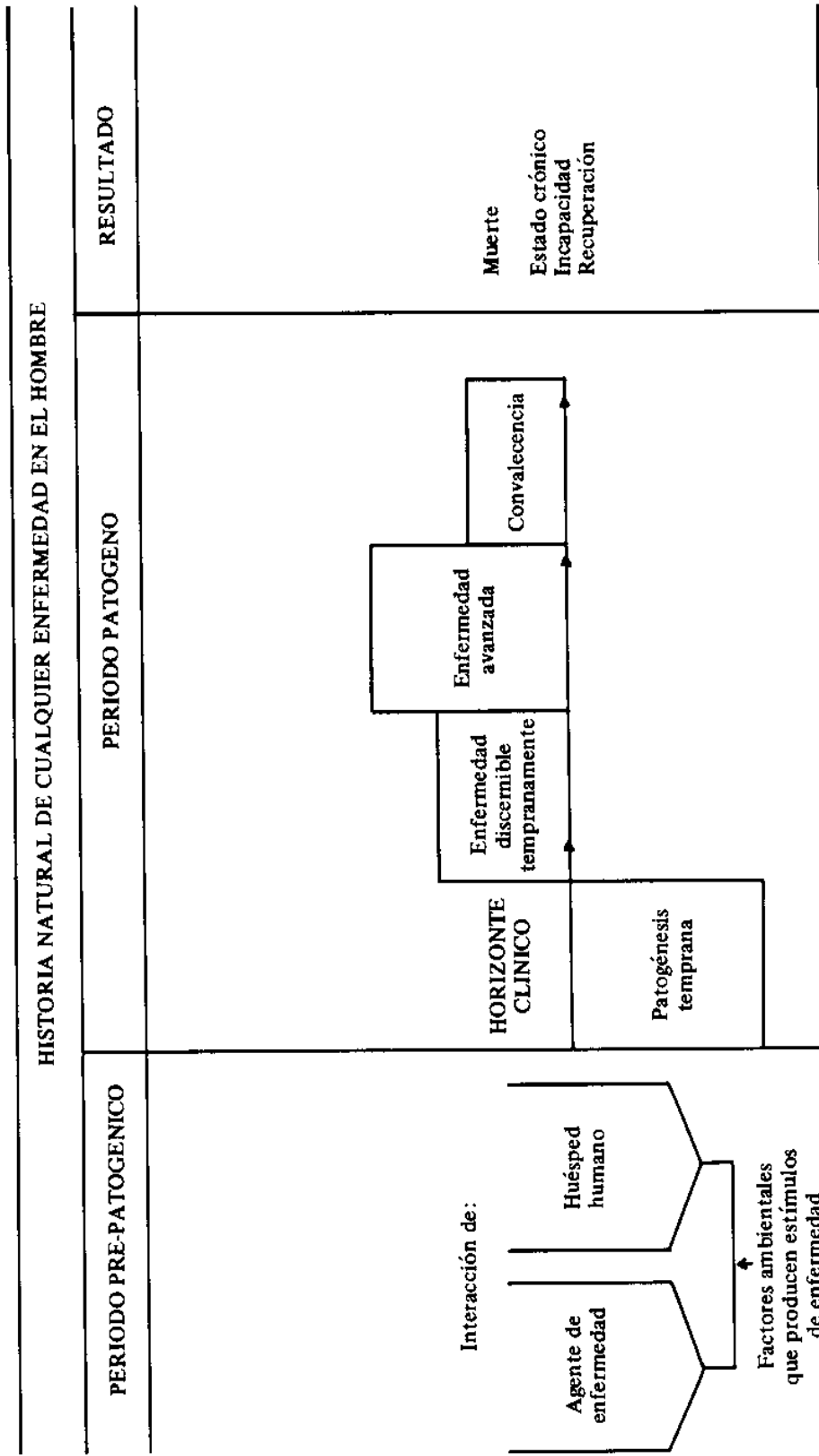
Este paradigma explica la evolución de las enfermedades, dividiéndolas en período prepatogénico y patogénico; establece la existencia de tres niveles de aplicación de medidas preventivas a los cuales denomina *prevención primaria*, *prevención secundaria* y *prevención terciaria*, y describe la conducta apropiada a las personas en cada uno de los períodos de la enfermedad y los niveles de prevención.

Conviene no confundir estos niveles de prevención con los niveles de atención médica a los que nos referimos anteriormente; estos últimos definen tipos de servicio y establecimientos que tiene el Sistema de Salud mientras que los niveles de prevención son formas de evitar la enfermedad y su progreso, independientemente de que esto ocurra en un puesto de salud, clínica periférica u Hospital Central. En un sólo nivel de atención médica pueden estar presentes los tres niveles de prevención, como sucede en los Hospitales Centrales.

Por otro lado, los hospitales centrales y algunos regionales tienen permanentemente *programas de enseñanza* diversos y reciben anualmente un elevado número de estudiantes de distintas carreras, con lo cual se logra crear un ambiente académico que favorece grandemente la atención médica; es de esta manera como estos centros se han convertido en verdaderos campos universitarios.

La enseñanza que se imparte es para profesionales y técnicos, para profesionales en proceso de especialización en cursos de posgrado y existen además innumerables programas de educación continua y adiestramiento en servicio. Las unidades

**CUADRO 1**  
**Paradigma No. 1: La historia natural de la enfermedad**



**FUENTE:** Leavell y Clark. *Preventive medicine for the doctor in his community*. New York. McGraw-Hill Book Company. 1965. p. 18.

CUADRO 2

Paradigma No. 2: Niveles de aplicación de medidas preventivas en la historia natural de la enfermedad.

PARADIGMA No. 1

PERIODO PRE-PATOGENICO	PERIODO PATOGENICO
------------------------	--------------------

PREVENCIÓN PRIMARIA		PREVENCIÓN SECUNDARIA		PREVENCIÓN Terciaria
PROMOCIÓN DE LA SALUD	PROTECCIÓN ESPECÍFICA	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO TEMPRANO	LIMITACIÓN DE LA INCAPACIDAD	REHABILITACIÓN
Educación sanitaria	Uso de inmunizaciones específicas	Medidas para encontrar casos, individuales y de masa	Adecuado tratamiento para detener la enfermedad y prevenir futuras complicaciones y secuelas	Provisión de facilidades hospitalarias y comunitarias para adiestramiento y educación, con el fin de usar al máximo las capacidades remanentes
Buenos estándares de nutrición ajustados a las diferentes fases de desarrollo	Atención a la Higiene personal.	Exámenes selectivos	Provisión de facilidades con el fin de limitar incapacidad y prevenir la muerte	Educación del público y de la industria para utilizar al rehabilitado.
Atención al desarrollo de la personalidad	Uso de saneamiento ambiental	Encuestas de selección de casos		Trabajo como terapia en los hospitales.
Provisión de condiciones adecuadas de casa, recreación y condiciones de trabajo.	Protección contra los riesgos ocupacionales	Objetivos		Ubicación selectiva
Genética	Protección contra accidentes.	Curar y prevenir la enfermedad		
Exámenes periódicos selectivos.	Protección contra carcinógenos.	Prevenir la difusión de enfermedades comunicables		
		Prevenir complicaciones y secuelas		
		Acortar el período de incapacidad		

PARADIGMA No. 2

FUENTE: Leavell y Clark. *Preventive medicine for the doctor in his community*. New York. McGraw-Hill Book Company. 1965. p. 18.

**CUADRO 3**

**Paradigma No. 3: Conducta preventiva en estado de salud y de enfermedad.**

PERIODO PRE-PATOGENICO		PERIODO PATOGENICO	
PARADIGMA No. 1			
PREVENCION PRIMARIA		PREVENCION SECUNDARIA	
PROMOCION DE LA SALUD	PROTECCION ESPECIFICA	DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO TEMPRANO	LIMITACION DE LA INCAPACIDAD
PREVENCION TERCIARIA		REHABILITACION	
PARADIGMA No. 2			
CONDUCTA DEL HOMBRE SANO FRENTE A ACCIONES PREVENTIVAS PRIMARIAS		CONDUCTA DEL HOMBRE ENFERMO FRENTE A ACCIONES PREVENTIVAS SECUNDARIAS	
CONDUCTA DEL HOMBRE ENFERMO FRENTE A ACCIONES PREVENTIVAS TERCARIAS		CONDUCTA DEL HOMBRE ENFERMO FRENTE A ACCIONES PREVENTIVAS TERCARIAS	
Participar efectivamente en programas de salud Consultar periódicamente al médico Buscar información adecuada para el mantenimiento de la salud Adoptar hábitos nutricionales adecuados		Consultar periódicamente al médico Percibir correctamente los síntomas y definir adecuadamente la propia enfermedad Buscar ayuda médica competente Adoptar el papel de enfermo en forma apropiada Ajustarse al sistema social hospitalario	
Abandonar oportunamente el papel de enfermo y paciente Adaptarse a una nueva identidad.			
PARADIGMA No. 3			

FUENTE: Leavell y Clark. *Preventive medicine for the doctor in his community*, New York. McGraw-Hill Book Company. 1965 . p. 18.

encargadas de la coordinación de estos programas son el Centro de Docencia e Investigación y la Dirección de Recursos Humanos.

Otro gran programa que desarrolla la Institución es el de *Investigación Biomédica, Epidemiológica y Operacional*; por medio de la investigación científica se trata de conocer mejor nuestros problemas de salud para así poder enfrentarlos más eficientemente; asimismo, para la organización y administración de los servicios de salud, la Unidad de Evaluación y Control de la Caja lleva a cabo regularmente investigaciones operacionales que buscan incrementar la eficacia de las acciones.

Lo que antiguamente se llamó proyección a la comunidad es lo que en un hospital moderno se realiza en los *departamentos de pediatría o medicina social; desafortunadamente* en nuestro medio sólo el Hospital Nacional de Niños cuenta con una unidad de éstas, aunque se espera que en los próximos años los hospitales de adultos establezcan departamentos similares.

El Departamento de Pediatría Social del Hospital Nacional de Niños realiza las siguientes actividades:

- Medicina preventiva
- Epidemiología
- Educación para la salud
- Nutrición pediátrica
- Enfermería en el domicilio
- Ciencias sociales
- Medicina por teléfono
- Medicina escolar y del adolescente
- Coordinación con otros Centros de Salud, especialmente lo relacionado con atención médica, como por ejemplo, el establecimiento de criterios uniformes de diagnóstico y tratamiento o el traslado de pacientes.

### *Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte*

El régimen de Invalidez, Vejez y Muerte que administra la Caja Costarricense de Seguro Social fue concebido, como hemos dicho, para proteger obligatoriamente a la población asalariada contra tales contingencias. En la actualidad, sin embargo, pueden acogerse a él personas no asalariadas o trabajadores independientes mediante convenios especiales autorizados por la Junta Directiva de la Institución.

También las personas que carecen de recursos económicos reciben algunos beneficios del *régimen* llamado *no contributivo*, que es financiado con dineros del Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares. Los términos de los programas de este régimen están descritos en el reglamento del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte, aprobado por la Junta Directiva en la sesión No. 4304, celebrada el 29 de junio de 1971<sup>3</sup>.

---

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



Los programas del régimen de Invalidez, Vejez y Muerte son:

- Pensión por invalidez
- Pensión por vejez
- Pensión por viudez y orfandad.

#### *Pensión por Invalidez*

Existe una Comisión Calificadora de Invalidez con el fin de estudiar y resolver las solicitudes de este tipo de pensión <sup>4</sup>. El monto de la pensión mensual por invalidez<sup>5</sup> está constituido por:

*Una cuantía básica igual al 40% del sueldo mensual promedio, tomando en cuenta los 48 sueldos mensuales más altos sobre los que se hubiere cotizado, durante los últimos diez años anteriores a la fecha en que se solicita la pensión.*

La Caja, para adecuar el monto de la pensión en su caso, se reserva el derecho de revisar la fundamentación de la información, cuando los últimos cuatro años de salarios devengados por el interesado indiquen un aumento en el monto que no corresponda a un sistema racional de administración de salarios.

Cuando el salario promedio mensual para efectos del cálculo de la pensión sea menor que ₡3.000,00 (tres mil colones), la cuantía básica de la pensión se calculará en la forma siguiente: El 70% de los primeros ₡300,00 del sueldo promedio mensual, el 50% del exceso de ₡300,00 hasta ₡600,00 del sueldo promedio mensual. El 40% del exceso de ₡600,00 hasta ₡900,00 del sueldo promedio mensual El 35% del exceso de ₡900,00 hasta ₡3.300,00 del sueldo promedio mensual.

Cuando el salario promedio sea superior a ₡.300,00, la cuantía básica será del 40% de la totalidad del salario promedio indicado.

*Un incremento adicional de 0,125% <sup>6</sup> del sueldo promedio antes indicado, por cada mes de cotización.*

El máximo de la pensión, no podrá en ningún caso, superar la suma de ₡14.000,00 (catorce mil colones) mensuales. Cuando el asegurado no haya cumplido 48 meses de cotización para el Seguro, el sueldo promedio para los efectos anteriores, será el que resulte de tomar en cuenta todos los sueldos sobre los que el asegurado cotizó <sup>7</sup>

---

4. *Ibid.*, artículo 33, p10

5. *Ibid.*, artículo36, p.11

6. *Ibid.*, artículo 36, p11 (Reformado por Junta Directiva, en sesión No. 5568 del 12 de noviembre de 1981).

7. *Loc. cit.*

### *Pensión por Vejez*

Los asegurados pueden acogerse al retiro con disfrute de pensión por vejez, de la siguiente manera: <sup>8</sup>

<i>Edad cumplida</i>	<i>Cuotas cotizadas</i>
57 años	408 cuotas mensuales
58 años	372 cuotas mensuales
59 años	336 cuotas mensuales
60 años	300 cuotas mensuales
61 años	264 cuotas mensuales
62 años	228 cuotas mensuales
63 años	192 cuotas mensuales
64 años	156 cuotas mensuales
65 años o más	120 cuotas mensuales.

Por cada mes de edad que tenga el asegurado después de los 57 años de edad, el plazo de espera de 408 meses para pensionarse disminuirá en 3 meses, sin que en ningún caso ese plazo llegue a ser inferior a 120 meses.

“...El monto mínimo de pensión mensual por vejez o por invalidez será de ₡1.000,00 (mil colones) mensuales, salvo cuando se dé la circunstancia de haber ingresado a este régimen después de los 55 años de edad”. En este caso se recibe una suma menor.

### *Pensión por viudez y orfandad*

En cuanto a las pensiones por viudez, orfandad, beneficios a padres y hermanos, se observará la correspondiente proporción y acrecentamiento en su caso, con base en montos mínimos y con apego a las disposiciones referentes a grupos de beneficiarios.

Cuando la pensión sea compartida por dos personas (la viuda o la compañera) dentro de los términos del artículo 49, párrafo segundo, el monto de la pensión mínima será el que resulte de dividir entre dos la pensión correspondiente según lo arriba indicado <sup>10</sup>.

Los beneficios en favor de viudos y huérfanos están descritos en los artículos que van del 44 al 60. <sup>11</sup>

8. Caja Costarricense de Seguro Social. *Op. cit.* artículo 14-58. pp.5-18

9. *Ibid.*, artículo 14, p.5 (Reformado por Junta Directiva, en sesión No. 5385 del 24 de enero de 1980.)

10. *Ibid.*, artículo 49, p.15. (Reformado por Junta Directiva en sesión No. 5385 del 24 de enero de 1980).

11. *Ibid.*, artículo 44-60, pp.13-19.

Un viudo tiene derecho a pensión si es inválido o mayor de 65 años de edad.

También tienen derecho a pensión los huérfanos si son menores de 18 años, solteros; los inválidos y los menores de 22 años que cursen estudios de enseñanza media, superior o técnica, siempre que aporten las credenciales que el Reglamento respectivo les exige. Hijas solteras, mayores de 55 años pueden acogerse a este beneficio. Para los efectos de pensión por fallecimiento de un asegurado se toman en cuenta hijos adoptivos e hijos nacidos fuera del matrimonio que prueben estas calidades según lo describe el Reglamento (artículo 50 y 52). Los pensionados tienen además derecho a los servicios médicos incluyendo rehabilitación y también aguinaldo.

En los programas de la Caja Costarricense de Seguro Social, la enfermera ha desempeñado un papel cada vez más importante, tanto en funciones tradicionales de administración, atención de pacientes o enseñanza, como en nuevos campos que se han abierto; entre estos pueden citarse especialistas en cuidados intensivos, en pacientes crónicos, en Oncohematología, Neurología, Nefrología, Endocrinología, Enfermedades Infecciosas, Neonatología, Pediatría Social, etc. Con seguridad en un futuro cercano habrá enfermeras clínicas y en investigación, trabajando a tiempo completo.

### C. FONDO DE DESARR OLLO SOCIAL Y ASIGNACIONES FAMILIARES

Con este nombre se conoce el fondo económico creado por la Ley No. 5662 del 28 de diciembre de 1974 <sup>12</sup>, con el propósito de financiar tres grandes programas de los cuales son beneficiarios directos e indirectos, personas y familias de muy bajos ingresos económicos o en estado total de desamparo.

#### *Asignaciones Familiares*

Mediante este programa se otorgan prestaciones en dinero en efectivo a trabajadores que además de escasos recursos económicos, tengan hijos menores de 18 años de edad o inválidos o hijos mayores de 18 y menores de 25 que cursen estudios de enseñanza superior.

Sólo en casos muy calificados, señalados en el respectivo Reglamento, la asignación familiar puede darse a otra persona o institución que tenga a su cuidado o cargo la crianza y educación de los hijos de otros dependientes de esos trabajadores <sup>13</sup>.

La asignación familiar no tiene el carácter de salario y no puede ser embargada, ni cedida ni traspasada bajo ningún título. De los recursos del Fondo se destina un 20% para la financiación de este programa.

---

12. C.R. Leyes y decretos. Ley de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares. No. 5662. *La Gaceta*. No. 248. San José. 28 de diciembre de 1974.

13. C.R. Leyes y decretos. Decreto Ejecutivo No. 4674-TSS. Reglamento a la Ley de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares. *La Gaceta*. No. 59. San José. 27 de marzo de 1975.

### *Régimen no contributivo de pensiones por monto básico*

Otro 20% del Fondo es para la formación de un capital que permita el funcionamiento de este programa cuya administración encomendó la misma Ley a la Caja Costarricense de Seguro Social, como programa adicional al Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte <sup>14</sup>.

Este programa se inició en marzo de 1975 <sup>15</sup> para proteger a personas desprovistas de patrimonio que sufran estados de invalidez, vejez o desamparo por la muerte del jefe de familia, y también a personas de bajos ingresos no protegidas por ningún otro régimen de pensiones del país.

La cobertura ha aumentado progresivamente en toda la nación. En junio de 1975 se entregaron 3.603 pensiones mientras que en diciembre de 1980 se entregaron 34.415, las cuales beneficiaron a 53.700 personas incluido un 70% de individuos de edad avanzada. El monto de la pensión fue inicialmente de ¢350,00 mensuales, y actualmente es de ¢500,00 por beneficiario con dos o más dependientes. Es un programa que opera dentro del sistema financiero de “reparto simple con reserva para contingencias”, o sea, que atiende obligaciones hasta donde sus ingresos reales disponibles alcancen, sin poderse reclamar derechos adquiridos.

Las personas cubiertas por el régimen no contributivo están protegidas a su vez, por el de Enfermedad y Maternidad de la Caja Costarricense de Seguro Social.

### *Desarrollo Social*

Las actividades de desarrollo social se financian con el restante 60% de los ingresos que constituyen el Fondo y sus dineros se canalizan por medio de las instituciones públicas que desarrollan ciertos programas específicos.

- El Ministerio de Salud, para su programa de nutrición a cargo de Patronatos Escolares y Centros de Educación y Nutrición (CEN).
- El Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS) y el Patronato Nacional de la Infancia para socorrer a familias desamparadas.
- El Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Salud y Nutrición, en sus programas de investigación y enseñanza y normación de los programas nacionales de nutrición.
- Algunos programas de capacitación técnica que realice el Instituto Nacional de Aprendizaje (INA).

---

14. Caja Costarricense de Seguro Social. *Reglamento del Régimen no contributivo de pensiones por monto básico*. Junta Directiva de la C.C.S.S. Sesión No. 4875. Artículo 1. San José. 12 de febrero de 1975.

15. Oficina de Asignaciones Familiares. *Órgano informativo de la oficina de Asignaciones Familiares*. 1(2). “Desarrollo Social y Asignaciones Familiares” San José. 1981.

- Contribución a la compra de tierras para el programa de asentamientos campesinos que realiza el Instituto de Tierras y Colonización (ITCO).
- Para la atención de ancianos reclusos en establecimientos para su cuidado<sup>16</sup>

### *Financiación del Fondo*

El Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares está constituido por los dineros provenientes de:

*Un recargo del 5% sobre el total de sueldos y salarios que los patronos públicos y privados pagan mensualmente a sus trabajadores. Se exceptúan de este recargo los Poderes Ejecutivo y, Legislativo, el Tribunal Supremo de Elecciones, las instituciones de asistencia médico-social, las instituciones de enseñanza superior del Estado, los patronos cuyo monto mensual de planillas no exceda los dos mil colones (¢ 2.000,00) y las actividades agropecuarias con planillas de hasta tres mil colones (¢3.000,00)*

La Caja Costarricense de Seguro Social, mediante contrato con la Dirección General del Fondo, recauda este 5% de las planillas correspondientes, prepara los listados, confecciona los cheques o giros, ejerce controles y efectúa, los pagos de programas y servicios a cargo de las Instituciones del Estado.

*Ingresos originados en la reforma a la Ley del Impuesto sobre las ventas No.3914, del 17 de julio de 1967 y las reformas a que se refiere el Artículo 16 de la Ley de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares. El producto de este impuesto lo recauda el Banco Central y de él gira el 37,5% en forma directa y trimestral a la Dirección General del Fondo.*

Por el interés que para el Sector Salud tiene, cabe agregar que del impuesto sobre las ventas, el Banco Central separa un 2% para el Instituto de Fomento y Asesoría Municipal (IFAM), con el fin de formar un capital destinado a financiar por medio de créditos a los gobiernos locales, algunos estudios y programas de obras sanitarias y de saneamiento ambiental tales como: cañerías, alcantarillados pluvial y sanitario; sistemas de recolección transporte, tratamiento y disposición de basura, entubamiento de ríos, arroyos y acequias; cordón y caño; aceras y pavimentación de calles en pueblos y ciudades, mataderos, mercados, terminales de autobuses y otras obras de proyección sanitaria<sup>17</sup>.

16. Ministerio de Salud. *Op. cit.*

17. C.R. Leyes y decretos. "Ley de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares." No. 5662. *La Gaceta*. No. 248. San José. 28 de diciembre de 1974.

## D. INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS

### *Servicios médicos*

Los seguros por Riesgos Profesionales y el seguro obligatorio de vehículos automotores, dan lugar a una demanda de servicios médicos. Para atender dicha demanda el I.N.S. compra servicios médico-hospitalarios a distintos Centros de Salud y maneja, además, su propia clínica de Consulta Externa.

Tiene en construcción un moderno complejo llamado “Albergue Temporal”, del cual la primera etapa ya está terminada y cuenta con 180 camas para pacientes en convalecencia, instalaciones para la rehabilitación física, ocupacional y recreativa. En estas instalaciones se pueden atender unas 1.000 personas diarias. Se le puede dar albergue a unos 225 pacientes incapacitados que le sean referidos para atención especializada.

### *Accidentes y Salud*

Se refiere a los seguros colectivos de Vida, Aeroseguro, Gastos Médicos, Póliza Básica de Accidentes, Accidentes a Corto plazo, Seguro de Turistas y Seguro Escolar. El I.N.S. desarrolla extensamente importantes *programas educativos* para prevenir o cuando menos disminuir, los accidentes de tránsito, los incendios, los riesgos profesionales y los accidentes en general.

En 1979 el Instituto inició un nuevo programa de rescate para auxiliar a personas en grave peligro; este programa cuenta con equipo material, y con equipo humano debidamente adiestrado en procedimientos médicos necesarios para salvar una vida.

### *Vivienda*

Desde 1940 el I.N.S. comenzó un programa de préstamos para construcción de casas de habitación con la Póliza de Vida como garantía; este programa ha constituido una relevante contribución para resolver el problema de escasez de vivienda adecuada en el país.

### *Actividades culturales*

El I.N.S. tiene uno de los mejores museos de Costa Rica, con valiosísimas piezas de jade, oro, piedra y cerámica. Esto le permite mantener programas de extensión cultural para todo el público.

## E. INSTITUTO COSTARRICENSE DE ACUEDUCTOS Y ALCANTARILLADOS

A continuación estudiaremos algunos de sus más importantes programas.<sup>18</sup>

### *Construcción de acueductos y alcantarillados*

Este programa ha sido intensamente desarrollado durante los años de vida de la Institución y por tal razón, nuestro país tiene uno de los índices más elevados de América Latina en cuanto a abastecimiento de agua potable y disposición de excretas. El abastecimiento de agua beneficia actualmente al 98% de la población urbana y al 61% de la rural; se hace una adecuada disposición de excretas en el 96% de la población urbana y en el 86% de la rural.

### *Operación y mantenimiento*

Es el programa que se refiere al manejo y mantenimiento de todos los sistemas que están bajo su responsabilidad. Con el propósito de ser más eficientes, el programa está descentralizado en las cinco divisiones regionales que tiene la Institución, las cuales coinciden con las de la Caja Costarricense de Seguro Social.

### *Control de la calidad del agua*

Es otro de los importantes programas que viene realizándose desde 1962, abarcando aspectos bacteriológicos y físico-químicos en forma sistemática, para garantizarle a los usuarios la mayor pureza posible del agua que están consumiendo.

### *Optimización de sistemas*

Es otro programa que el Instituto lleva a cabo para ir mejorando la eficiencia de las actividades que lleva a cabo, entre otras, la continua actualización de las redes de distribución de agua existentes, la determinación de indicadores de consumo real, factores de demanda, variaciones estacionales y anuales del consumo, etc.

### *Fondo rotatorio para acueductos.*

Fue creado en 1978 con el propósito de financiar la ejecución de obras y prestar asistencia técnica a localidades urbanas cuyos acueductos no son administrados por el Instituto.

---

18. Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados. *20 años*. Edición especial. San José. 1981.

### *Programa de ayuda comunal (PAC)*

Se inició también en 1978 dentro de la tercera etapa del desarrollo de acueductos rurales. Incorpora las comunidades al proceso de construcción de los acueductos con el carácter de responsabilidad compartida. El Instituto hace los estudios preliminares y los diseños, aporta materiales y supervisión técnica, por ejemplo, y la comunidad contribuye con la mano de obra.

Como hemos mencionado en el tema II, en 1976 el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados comenzó a aplicar nuevamente fluoruro en el acueducto metropolitano. Gracias a este programa, la población, especialmente los niños y los adolescentes, gozarán de mejor salud oral y general, ya que la adición de fluoruro disminuye notablemente la aparición de caries dentales.

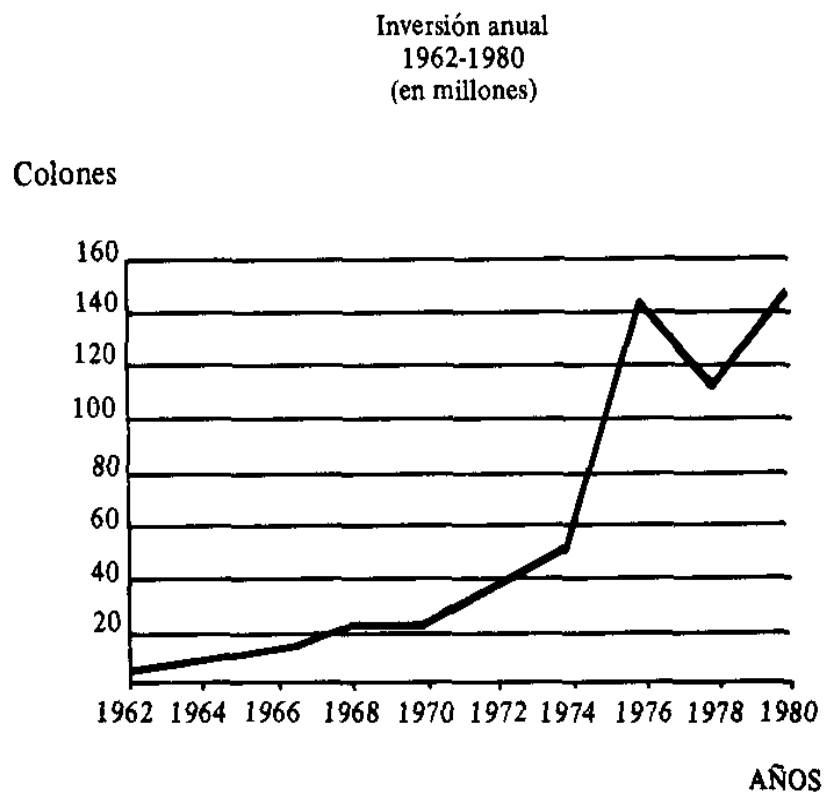
La importancia del Instituto para la salud y el bienestar de la población costarricense es algo innegable; es definitivo que estos programas han desempeñado un gran papel en la reducción de la mortalidad infantil y de la mortalidad por diarreas, observada en Costa Rica durante los últimos 10 años. Al mejorar y extender las redes de distribución de agua potable y de alcantarillado sanitario se combaten causas muy importantes de enfermedades infecciosas. Para financiar todas las obras, el país debió invertir enormes sumas de dinero como puede observarse en la *Figura 4*, hecho que pone de manifiesto la gran prioridad que han merecido dentro de los planes de desarrollo.

El sistema de salud y medicina, formado principalmente por el Ministerio de Salud, el Instituto Nacional de Seguros, el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados, y la Caja Costarricense de Seguro Social, puede representarse como se observa en la *Figura 5*, constituido a su vez por tres grandes subsistemas, a cada uno de los cuales corresponden funciones bastantes específicas: al subsistema de salud pública, corresponde la función de control del ambiente; al de medicina comunitaria y ambulatoria las de prevención individual y atención primaria y al sistema hospitalario, la biomedicina. La misma figura indica que tales funciones están íntimamente relacionadas y que en algunos aspectos son interdependientes.

La coordinación interinstitucional del sector le corresponde al Ministerio de Salud de acuerdo con disposiciones generales dictadas por la Oficina de Planificación Nacional. Sin embargo, a pesar de que en 1979 se creó el subsistema de planificación y coordinación regional y urbana del Sector Salud, debe señalarse que no ha sido posible avanzar en forma significativa en esta materia. Es probable que a esta deficiencia haya contribuido en forma importante la falta de un nuevo Plan Nacional de Salud para la presente década.

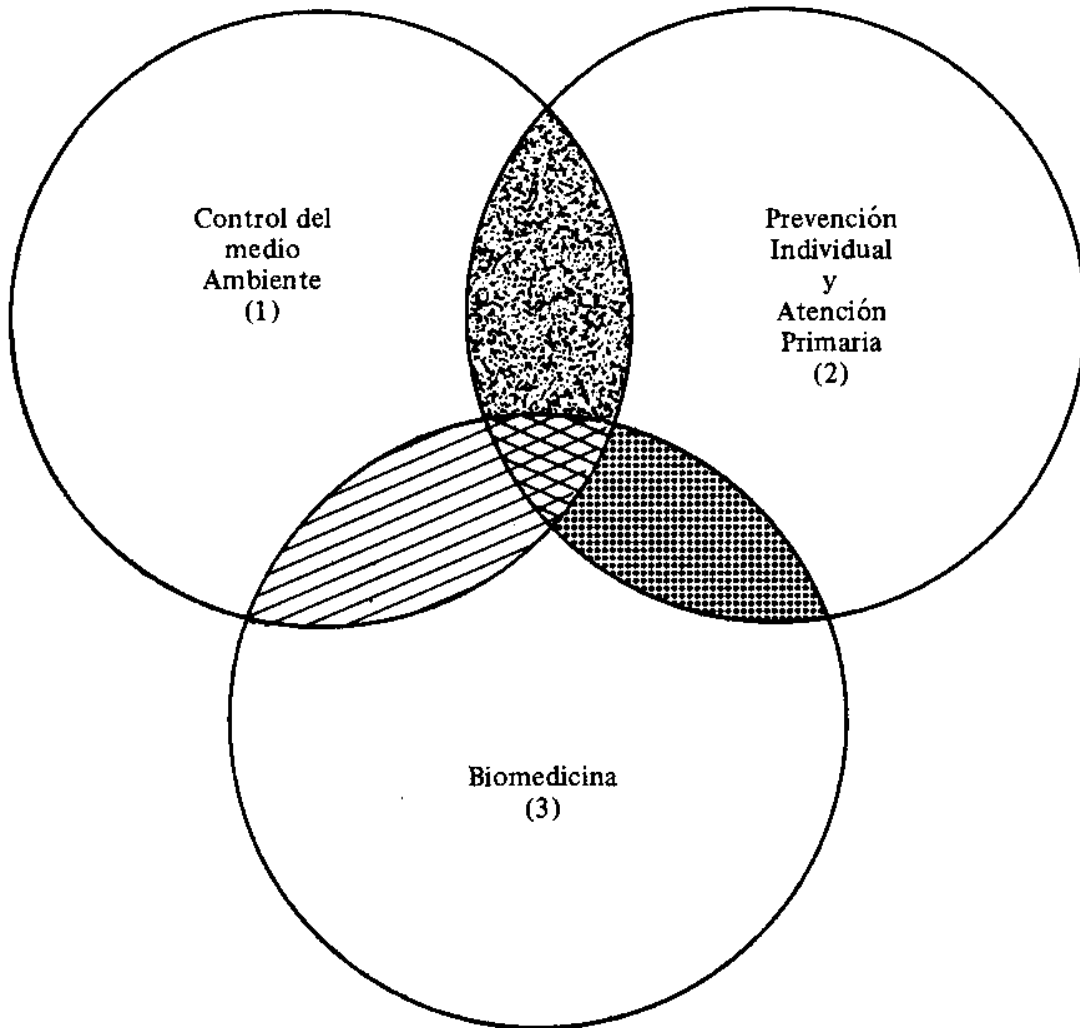


**FIGURA 4: INSTITUTO COSTARRICENSE DE ACUEDUCTOS Y ALCANTARILLADOS**  
**INVERSION ANUAL**  
**1962 - 1980**  
**(en millones de colones)**



**FUENTE:** Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados. *20 años*. Edición Especial. San José, Costa Rica. 1981. p.15

**FIGURA 5: SISTEMA DE SALUD Y MEDICINA**



- Subsistema 1: "Salud Pública" (M.S. e ICAA)
- Subsistema 2: "Medicina Comunitaria y Ambulatoria" (M.S. - C.C.S.S. - I.N.S.)
- Subsistema 3: "Sistema Hospitalario" (C.C.S.S.)

## EJERCICIOS DE AUTOEVALUACION

1. ¿Cuántos niveles de atención médica existen en Costa Rica y qué objetivo tiene cada uno?
2. ¿En qué consiste la prevención primaria, de acuerdo con la historia natural de la enfermedad?
3. Relacione los términos de la columna derecha con los términos de la columna izquierda, colocando los números correspondientes en los espacios en blanco.

a) _____ inmunización	1.	atención terciaria.
b) _____ saneamiento ambiental	2.	atención secundaria
c) _____ curar una enfermedad compleja	3.	atención primaria
d) _____ rehabilitación		
e) _____ protección contra accidentes		
f) _____ atención de parto normal		
4. Mencione cuáles son los principios básicos que enmarcan la seguridad social en la sociedad contemporánea.
5. ¿Cómo ha contribuido el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados a la mejoría de la salud del país?
6. Dé dos ejemplos de atención médica primaria, secundaria y terciaria, e indique las instituciones que brindan la atención médica de dichos ejemplos.
7. Indique en el espacio en blanco, la institución encargada, o las instituciones encargadas, de los programas mencionados en la columna izquierda.

a) enfermería a domicilio	_____
b) pensión por vejez	_____
c) inmunizaciones	_____
d) rehidratación oral en el hogar	_____
e) educación ambiental	_____
f) educación para la salud	_____

- g) medicina por teléfono \_\_\_\_\_
- h) pensión por orfandad \_\_\_\_\_
- i) compra de tierras \_\_\_\_\_
- j) odontología sanitaria \_\_\_\_\_
- k) nutrición. \_\_\_\_\_

8. Estudie en el Apéndice de esta unidad didáctica lo que concierne al Programa de Salud Rural. Explique cómo se definió la población rural y cuáles fueron las tareas que debía cumplir el Puesto de Salud.
9. Indique cuáles son las vacunas que incluye el programa de inmunizaciones del Ministerio de Salud.
10. Señale cuál enfermedad fue erradicada de Costa Rica con el uso de vacunas.
11. ¿Quiénes tienen derecho a pensión por viudez y orfandad?
12. Describa en qué consiste el Régimen no contributivo de pensiones por monto básico.
13. Explique cómo se financia el Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares e indique cómo se distribuyen sus ingresos.
14. ¿En qué se diferencian los niveles de atención médica de los niveles de prevención?
15. Cite tres programas específicos llevados a cabo por instituciones públicas, con dineros del Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares.
16. Los seguros por riesgos profesionales y el seguro obligatorio de vehículos automotores del Instituto Nacional de Seguros originan una demanda de servicios médicos. ¿Cómo atiende el I.N.S. esta demanda?
17. ¿En qué consiste el Programa de Ayuda Comunal (PAC) del Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados?

## RESPUESTAS

1. Los niveles de atención médica son los siguientes:  
Nivel primario, que es el que se ofrece con personal profesional o paramédico, con el fin de solucionar o prevenir problemas comunes. El nivel secundario o intermedio es el que se brinda, en general, en clínicas periféricas y hospitales regionales, en los que personal profesional general y especializado atiende problemas de magnitud intermedia y emergencias. El nivel terciario o complejo pertenece a los hospitales centrales y universitarios, en los que se recibe a los pacientes con enfermedades graves o complejas que no pueden ser manejados en los otros niveles.
2. Es aquel tipo de servicios que se ofrecen con personal profesional o paramédico, orientado a la solución y prevención de problemas comunes; se subdivide en promoción de la salud y en protección específica.
3. a)3; b)3; c)1; d)1; e)3; f)2;
4. Para lograr los objetivos de la seguridad social y mantener un desarrollo permanente del Sistema, la seguridad social se mueve dentro de los siguientes principios: universalidad, solidaridad, participación y subsidiariedad del Estado.
5. El Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados ha contribuido a mejorar la salud del país con sus programas, que han ayudado a reducir la mortalidad infantil y adulta por diarreas, ya que al extender y mejorar la distribución de agua potable y del alcantarillado sanitario, fue posible reducir los microorganismos y parásitos que causan dicha enfermedad.
6. Ejemplos de atención médica primaria: vacunación contra enfermedades transmisibles y saneamiento ambiental. Esta atención primaria la brinda el Ministerio de Salud.  
Ejemplos de atención médica secundaria: problemas generales de pediatría y gineco-obstetricia. Esta atención secundaria la brinda la Caja Costarricense de Seguro Social.

Ejemplos de atención médica terciaria: diagnóstico y tratamiento de cáncer pulmonar, intervenciones quirúrgicas de alto costo como los trasplantes de órganos. Esta atención también está a cargo de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Lo que persigue la atención médica jerarquizada de esta manera, es lograr que funcione adecuadamente un sistema de referencias de pacientes de acuerdo con la complejidad del problema de salud que presenten.

7. a) CCSS (Hospital Nacional de Niños); b) CCSS; c) Ministerio de Salud y CCSS; d) Ministerio de Salud; e) Ministerio de Salud; **Q** Ministerio de Salud y CCSS; g) CCSS (Hospital Nacional de Niños); h) CCSS; i) Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares; j) Ministerio de Salud; k) Ministerio de Salud y Fondo de Desarrollo social y Asignaciones Familiares.
8. La población rural se definió como la que habita en comunidades de menos de 500 habitantes y que, con los medios de transporte disponibles en la región, esté a más de una hora de distancia de las ciudades vecinas de mayor población. Al puesto de salud se le asignaron las siguientes funciones: promover el desarrollo de la comunidad, la educación sanitaria, los programas preventivos del Ministerio de Salud, el saneamiento ambiental, la información estadística y primeros auxilios en caso de accidentes o ciertas enfermedades, y referencia al médico de la mayor parte de estos.
9. D.P.T., polio, sarampión, rubeola, rabia, D.T., toxoide y B.C.G.
10. La poliomiелitis fue erradicada de Costa Rica con el uso de vacunas.
11. Un viudo tiene derecho a pensión si es inválido, o mayor de 65 años de edad. Un huérfano tiene derecho a pensión si es menor de 18 años, soltero (a); o si es inválido (a); o si es menor de 22 años y cursa estudios de enseñanza media, superior o técnica, siempre que aporte las credenciales que el Reglamento respectivo exige. También, las hijas solteras mayores de 55 años pueden acogerse a este beneficio.
12. Es un régimen financiado por el Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares y administrado por la Caja Costarricense de Seguro Social, como programa adicional al Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte. Mediante una pensión básica, protege a personas de bajos ingresos o en total desamparo, que no están cubiertas por algún otro régimen de pensiones del país.
13. El Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares se financia con dineros que provienen de:

Un recargo del 5% sobre el total de sueldos y salarios que los patronos públicos y privados paguen mensualmente a sus trabajadores (con las excepciones de ley). Con ingresos originados en la reforma a la Ley de Impuesto sobre ventas.

Los ingresos se distribuyen de la siguiente manera: Un 20% se destina para la financiación del programa de Asignaciones Familiares; otro 20% es para el Régimen no contributivo de pensiones por monto básico; el 60% restante se destina a actividades de Desarrollo Social.

14. Los niveles de atención definen los tipos de servicio y establecimientos que tiene el Sistema de Salud, mientras que los niveles de prevención son maneras de evitar la enfermedad y su progreso, independientemente de que esto ocurra en una clínica periférica, en un puesto de salud o en un hospital central; esto quiere decir que en un solo nivel de atención médica pueden estar presentes los tres niveles de prevención como es el caso de los hospitales centrales.
  
15. Los siguientes son tres de los programas específicos que llevan a cabo instituciones públicas con dineros del Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares:
  - Socorro a familias desamparadas. A cargo del Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS) y el Patronato Nacional de la Infancia.
  - Algunos programas de capacitación técnica. A cargo del Instituto Nacional de Aprendizaje (INA).
  - Contribución a la compra de tierras para el programa de asentamientos campesinos. A cargo del Ministerio de Tierras y Colonización (ITCO).
  
16. El I.N.S. compra servicios médico hospitalarios a distintos centros de salud y tiene, además, su propia clínica de Consulta Externa. También cuenta con un moderno complejo llamado "Albergue Temporal".
  
17. Este programa se inició en 1978 y consiste en incorporar a las comunidades al proceso de construcción de los acueductos, con el carácter de responsabilidad compartida. El Instituto hace los estudios preliminares y los diseños, aporta materiales y supervisión técnica, y la comunidad contribuye con la mano de obra.

## BIBLIOGRAFÍA DE APOYO

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

C.R. Leyes y decretos. "Ley de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares." No, 5562. *La Gaceta No. 248*. 28 de diciembre de 1974.

Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados. *20 años*. Edición especial. San José. Costa Rica. 1981.

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

Ministerio de Salud. *Memoria 1980*. San José. s.f.



## Tema IV

# SALUD Y DESARROLLO ECONÓMICO - SOCIAL

---

1. Nociones acerca del desarrollo.
2. El enfoque de sistemas.
3. Desarrollo económico-social y salud.
4. Salud y tecnología médica apropiada.

## **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

1. Establecer relaciones de influencia recíproca entre factores económico y sociales, y el nivel de salud.
2. Reconocer los factores que actualmente condicionan el progreso de la salud en Costa Rica.

## 1. NOCIONES ACERCA DEL DESARROLLO

Antes de entrar en la materia propia de este tema, es de interés revisar en forma breve algunas nociones relativas a desarrollo y desarrollo económico de un país.

El nivel de vida de una población influye, sin duda, en los aspectos de salud y ese nivel de vida a su vez estará determinado por el grado de desarrollo político y socioeconómico que el país haya alcanzado, los cuales constituyen el marco dentro del que se han de mover sectores como el de educación, economía, salud y otros.

El conocimiento amplio del contexto dentro del cual el Sector Salud se encuentra inmerso, favorece la mejor comprensión de la problemática que le caracteriza y las acciones que son necesarias para procurar a la población el mayor bienestar posible.

Existen diversas corrientes de pensamiento que explican el desarrollo; nos referiremos a tres que pueden ilustrar bastante las preocupaciones y tendencias en este campo; ellas son:<sup>1</sup>

- La que concibe el desarrollo como crecimiento.
- La que lo considera como una etapa
- La que lo define como un proceso de cambio estructural, global.

### *Desarrollo como crecimiento*

Quienes sostienen el primer criterio consideran el ingreso promedio por habitante (ingreso per cápita) como el indicador o medida más adecuado para definir el nivel y ritmo de desarrollo. Algunos de estos mismos autores acentúan la importancia de la inversión de capital considerando que a mayor inversión mayor capacidad productiva y de crecimiento del ingreso per cápita y menor grado de desempleo, sin entrar a precisar las consecuencias que las inversiones producen en la estructura económica, política y social del país.

En síntesis, esta corriente enfoca el problema del desarrollo como un proceso de perfeccionamiento que va de las formas primitivas de la actividad económica hacia modelos más modernos, como los que existen en países desarrollados. Como se ve, utiliza únicamente variables económicas para explicar la realidad del subdesarrollo.

---

1. Sunkel, Osvaldo y Paz, Pedro. *El subdesarrollo latinoamericano y La teoría del desarrollo*. México. Siglo Veintiuno. Editores S.A. 1977. p19

### *El subdesarrollo definido como etapa*

Es, al contrario del enfoque anterior, un enfoque inductivo, que parte de la observación de las características de una economía determinada, y centra su atención en aquella característica que se considera causante del problema del subdesarrollo; se determina qué etapa constituye dentro de la serie de etapas que tipifican el proceso y cuántas etapas la separan para lograr la meta propuesta de desarrollo, entendido este en términos de una economía capitalista o moderna sociedad industrial.

Este enfoque tiene la ventaja de que integra, para efectos de análisis, los factores económicos tanto como los de orden institucional y social y como desventaja el hecho de que el manejar aisladamente una variable como etapa dentro de la secuencia de etapas del proceso de desarrollo, pierde la posibilidad de lograr una explicación general e integral del proceso de cambio estructural, global, de una determinada sociedad.

### *Desarrollo como proceso de cambio estructural, global*

La tercera corriente incorpora en su análisis todas las variables político-económico-sociales, tanto internas como externas, que influyen en el proceso de desarrollo, todo dentro de una visión histórica-sistemática, mediante la cual se pretende explicar el subdesarrollo. Quienes utilizan este enfoque explican el desarrollo y el subdesarrollo como dos caras de un mismo proceso histórico universal, históricamente simultáneas y funcionalmente vinculadas; es decir, que interactúan y se condicionan mutuamente. Asimismo, que se trata de un proceso deliberado que busca igualar las oportunidades sociales, políticas y económicas dentro de la realidad que las circunda y que no pretende emular a las sociedades avanzadas, cuyas realidades son distintas. En resumen, este enfoque persigue la interpretación del proceso de desarrollo de los países, partiendo de una caracterización de su estructura productiva, de su estructura social y de poder, derivada de aquella; de la influencia de esa estructura social y de poder sobre política económica y social, de los cambios en las estructuras productivas y de poder derivados de las transformaciones que ocurren en los países desarrollados, y de las vinculaciones entre esos países y los no desarrollados.<sup>2</sup>

En cuanto al desarrollo económico, encontramos autores que explican, desde el punto de vista macroeconómico, las causas y mecanismos del aumento sostenido de la productividad del factor trabajo, sus consecuencias para la organización de la producción y la forma en que se distribuye y usa el producto social. Otros autores sostienen que la producción de los medios de subsistencia del hombre, es un hecho social del cual se derivan relaciones de producción determinadas y necesarias y que esas relaciones corresponden al grado de desarrollo de las fuerzas productivas.<sup>3</sup>

---

2. *Ibid.*, p. 39.

3. Furtado, Celso. *Teoría y política del desarrollo económico*. México Siglo Veintiuno Editores SA. 1972. pp. 9 y 19.

El progreso del análisis económico requiere un doble enfoque: por una parte, el estudio de los procesos históricos o de las realidades sociales globales y la construcción de tipologías relativas a dichos procesos; por otra parte, la profundización en la comprensión del comportamiento de las variables económicas dentro de su propia realidad o contexto, claramente definido. Ambos enfoques se complementan y se enriquecen mutuamente.<sup>4</sup>

Uno de los adelantos logrados es haber demostrado la importancia de las variables no económicas en el funcionamiento y en la transformación de los sistemas económicos, hallazgo que a su vez evidenció las limitaciones de la Teoría del Desarrollo como instrumento de apoyo a la toma de decisiones en el campo económico.

Cabe agregar que el concepto de industrialización, dentro del conjunto de nociones que explican el desarrollo de un país, es el antecedente más inmediato del desarrollo económico y hasta se tiende a asimilarlo como si fuera la misma cosa, pero en realidad, la industrialización aún cuando diversifica en forma muy importante la estructura productiva, no ha logrado el efecto deseado en cuanto a reducir la dependencia externa de las economías en vías de desarrollo, ni tampoco un ritmo autosostenido del crecimiento del ingreso per cápita y desarrollo social.

Estos hechos, sin embargo, han logrado respuestas de tipo pragmático: se intensificaron los esfuerzos de desarrollo social acentuándose la orientación de los recursos hacia las áreas de vivienda, salud, educación, todo lo cual mejora en forma directa las condiciones de vida de la población. Se acentúa la preocupación por la explosión demográfica; se da nuevo énfasis a la modernización y aumento de la productividad; a las condiciones de vida en las áreas rurales; se impulsa la planificación y se procura ampliar los programas de cooperación internacional.

También se dan respuestas de orden intelectual: se intensifican las investigaciones sobre estos temas y proliferan las instituciones interesadas, tanto en los países desarrollados como en aquellos en vías de desarrollo o periféricos<sup>5</sup>.

## 2. EL ENFOQUE DE SISTEMAS

Las consideraciones anteriores sobre desarrollo y desarrollo económico, nos permitieron ver en forma preliminar que existe una relación entre los diferentes componentes del desarrollo, especialmente teniendo en cuenta la tercera corriente o sea, la que lo considera como un proceso de cambio estructural, global. El enfoque de sistemas aclara mejor estas relaciones, porque explica que son tan intensas que se establecen situaciones de interdependencia, o sea que no podrá haber desarrollo sostenido de únicamente una variable, sino que tendrá que ser global.

Este enfoque de sistemas o enfoque global, según el cual los diversos sectores que configuran una nación (salud, agricultura, educación, economía, etc.) interactúan

---

4. *Ibid.*, p.76.

5. Sunkel, Osvaldo y Paz, Pedro. *Op. cit.* pp. 27-28.

constantemente entre sí y con el ambiente creando una red interdependiente de sectores, ha permitido comprender mejor la relación recíproca que existe entre salud y desarrollo social; *tal proceso determina que el desarrollo económico y social favorece el mejoramiento de la salud y a su vez, una mejor salud acelera el desarrollo económico y social de un país.*

### 3. DESARROLLO ECONOMICO—SOCIAL Y SALUD

La salud de una población depende en parte de los servicios médicos organizados, pero en una medida mucho mayor depende de las condiciones del ambiente, del tipo de vida y trabajo que la persona tenga, de los alimentos que se consuman, de las condiciones de la vivienda, de cómo se emplea el tiempo libre, de los hábitos de reproducción, etc. O sea, la integridad física y mental de la gente está muy relacionada con la forma de vida y con una responsabilidad individual que cuida la propia salud<sup>6</sup>.

Desde luego, en situación de pobreza extrema es imposible gozar de buena salud, pero tampoco se necesita la opulencia y más bien la abundancia también atenta contra la salud. Ingresos económicos modestos y hábitos de vida austeros e higiénicos, promueven mejores niveles de salud.

En nuestro país, como puede verse en el *Cuadro 1*, un sostenido aumento del ingreso per cápita y de los salarios en general, coincidió con una marcada disminución de la mortalidad infantil y la mortalidad general. No quiere esto demostrar una relación directa de causa y efecto, sino simplemente mostrar un relación que coincide razonablemente con la tesis de que el desarrollo económico y social favorece el mejoramiento de la salud. Fenómenos parecidos a este pueden apreciarse en el caso de la disponibilidad de agua potable y en el de la tasa de alfabetismo. El *Cuadro 2* muestra cómo aumentaron los salarios entre 1963 y 1980, lo cual seguramente mejoró los niveles de vida y en consecuencia la salud.

Desafortunadamente, tal situación de prosperidad general desapareció a partir de 1980 y en el presente año de 1982 la inflación es de alrededor del 100%, la devaluación del colón de un 700% y la desocupación está afectando, aproximadamente a un 10% de la fuerza laboral; de mantenerse esta crisis económica, es posible que se deterioren algunos aspectos de la salud de nuestra población.

---

6. Mohs, Edgar, "La responsabilidad individual y la salud". *Troquel*, 13:2. 1978.

**CUADRO 1**

**Ingreso per-cápita en dólares,  
mortalidad infantil y mortalidad general  
Costa Rica, 1969-1980**

Año	Per-cápita (dólares)	Mortalidad infantil (por mil nacidos vivos)	Mortalidad general (por mil habitantes)
1969	487	67,1	6,7
1971	570	56,4	5,9
1973	689	44,8	5,2
1975	958	37,1	4,9
1977	1.384	27,5	4,3
1979	1.683	21,5	4,2
1980	1.781*	19,1	4,1

1 dólar = 8,6 colones

\*1 dólar = 9,41 colones. Sujeto a ajuste.

FUENTE: Banco Central de Costa Rica.

**CUADRO 2**

**DISTRIBUCION DEL SALARIO EN COSTA RICA  
1963 y 1980  
(Colones)**

1963	
CATEGORIA	o/o
Menor de 400	72,8
400 a 2.000	24,1
Más de 2.000	1,5

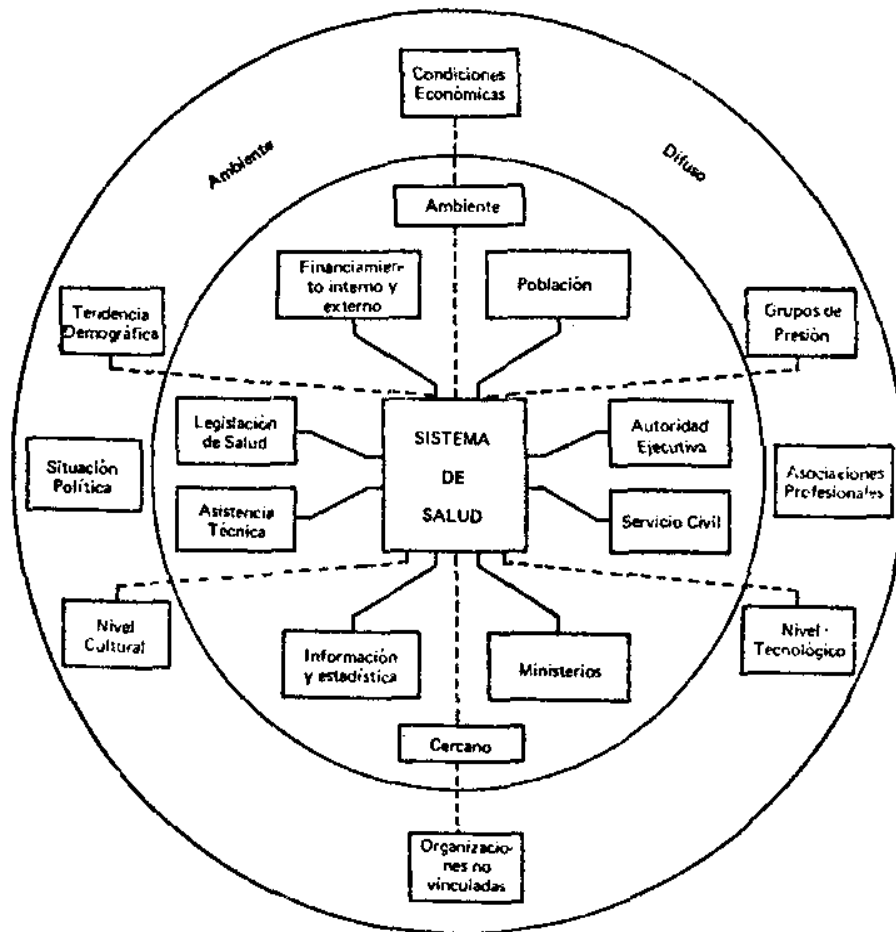
FUENTE: Dirección General de Estadísticas y Censos. "Censo de Población, 1967". San José. 1968.

1980	
	o/o
Menor de 1.000	25,0
1.001 a 3.000	54,0
Más de 3.000	21,0

FUENTE: Dirección General de Estadística y Censos. "Encuesta de empleo y desempleo." San José, 1980.

La *Figura 1* indica la relación entre el Sistema de Salud y otros sectores: los que están en un ambiente cercano, como población y financiamiento, tienen una estrecha relación con la salud y los que están en un ambiente difuso, como la situación política o el nivel tecnológico, tienen también importante relación, pero un poco más alejada.

**FIGURA 1: COMPOSICION HIPOTETICA DE LOS AMBIENTES DE UN SISTEMA DE SALUD**



**FUENTE:** XI Seminario Internacional sobre Administración de Servicios de Salud. OPS/OMS. México. 1972.



Por otro lado, es claro que *la salud de una familia se ve afectada por el número de hijos*; es decir, a mayor número de hijos, mayor mortalidad materna e infantil y más posibilidad de malformaciones congénitas, prematuridad y trastornos neurológicos o de conducta <sup>7</sup>. Esto es especialmente grave en condiciones de pobreza, porque además de lo anterior, entonces aumentan considerablemente las infecciones repetidas y la desnutrición, la agresión a los niños y la *patología social* en general. Cuando el número de hijos es pequeño, la salud de la familia mejora, pero también si se mejora la salud de la familia, el número de hijos disminuye; este es otro ejemplo de interacción estrecha entre dos hechos aparentemente indiferentes <sup>8</sup>.

También se ha establecido una *relación entre el nivel de educación y tamaño de la familia*: cuanto más bajo es el nivel educativo más grande es la familia, probablemente porque en ella no existe el concepto de planificación familiar. Lo mismo se ha observado entre disponibilidad de agua potable y mortalidad por gastroenteritis. Entre una vivienda inadecuada con alto grado de hacinamiento y frecuencia de infecciones respiratorias, también se ha señalado una relación directa; sin embargo, en este caso, la correlación no es tan fuerte como en los anteriores.

Para efectos estadísticos, en el Hospital Nacional de Niños los pacientes son clasificados en tres categorías: no asegurados, asegurados y privados. (Ver Cuadro3).

### CUADRO 3

#### CONDICION SOCIOECONOMICA Y MORTALIDAD EN NIÑOS HOSPITALIZADOS

Condición	Mortalidad
No asegurados	3%
Asegurados	1%
Privados	0,2%

FUENTE: Hospital Nacional de Niños. Documentos Médicos y Estadística. 1978.

7. Viel, Benjamín. *La explosión demográfica*. México. Editorial Pax. Tercera edición. 1973.
8. Miller, B. y Burt, J, *Salud individual y colectiva*. México. Nueva Editorial Interamericana, SA. de C.V. 1973.

Los primeros son los más pobres y representan alrededor del 20% del total de pacientes hospitalizados; los asegurados tienen en promedio un nivel de vida más alto que los anteriores y representan generalmente el 79%; y los privados son menos del 10% y en general tienen ingresos económicos elevados. Así clasificados los casos, puede hacerse una relación entre su condición económico-social y la mortalidad, pudiendo observarse que entre los no asegurados la mortalidad es de 30/o, en los asegurados es de 1% y entre los privados es de 0,2%. Indudablemente en condiciones de pobreza, el riesgo de enfermedades y fallecer es mayor que cuando se dispone de adecuados ingresos económicos, tal como se ilustra con los datos anteriores.

En la *Figura 2* se puede ver la evolución que en nuestro país ha tenido la letalidad por diarrea entre 1930 y 1980, y la evolución de la mortalidad infantil durante el mismo período.

Este gráfico nos permite hacer algunas importantes consideraciones: en primer lugar, logra ejemplificar la estrecha relación existente entre enfermedad diarreica y mortalidad infantil, es decir, una parte importante de la mortalidad en niños menores de un año, cuando la tasa que prevalece es alta, está causada por gastroenteritis y por lo tanto, al controlarse esta, disminuye drásticamente la mortalidad infantil<sup>9</sup>.

Por otro lado, es necesario hacer notar que fue durante la década de los años 40 cuando se presentó la mayor reducción de muertes por diarrea en aquellas épocas. Tal fenómeno coincidió con las amplias reformas sociales que entonces se hicieron, de las cuales son símbolos la consolidación del Ministerio de Salud, la introducción del Código de Trabajo y la creación de la Caja Costarricense de Seguro Social, por lo que es lógico pensar que, posiblemente, al mejorarse las condiciones de vida de la población, disminuyó la letalidad por diarrea, la cual está muy relacionada con la pobreza, la contaminación ambiental, del agua y de los alimentos y con la higiene personal. Entre los años 50 y 70, nuestro país entró en una etapa de estabilización política y de relativa paz social, en parte debido al temor que dejó la revolución de 1948, pero también debido a la necesaria recuperación económica, lenta pero sostenida, que se inició después de esa misma fecha. Logramos estabilidad y paz, pero no se producen grandes cambios que mejoren la calidad de vida de las mayorías y en consecuencia, la reducción de la letalidad por diarrea fue muy pequeña. A partir de los años 70 se lograron progresos significativos en los campos económico y social, como hemos visto ya en temas anteriores, y entonces, nuevamente, es probable que en relación con ellos, tanto la letalidad por diarrea como la mortalidad infantil, volvieran a disminuir notablemente.

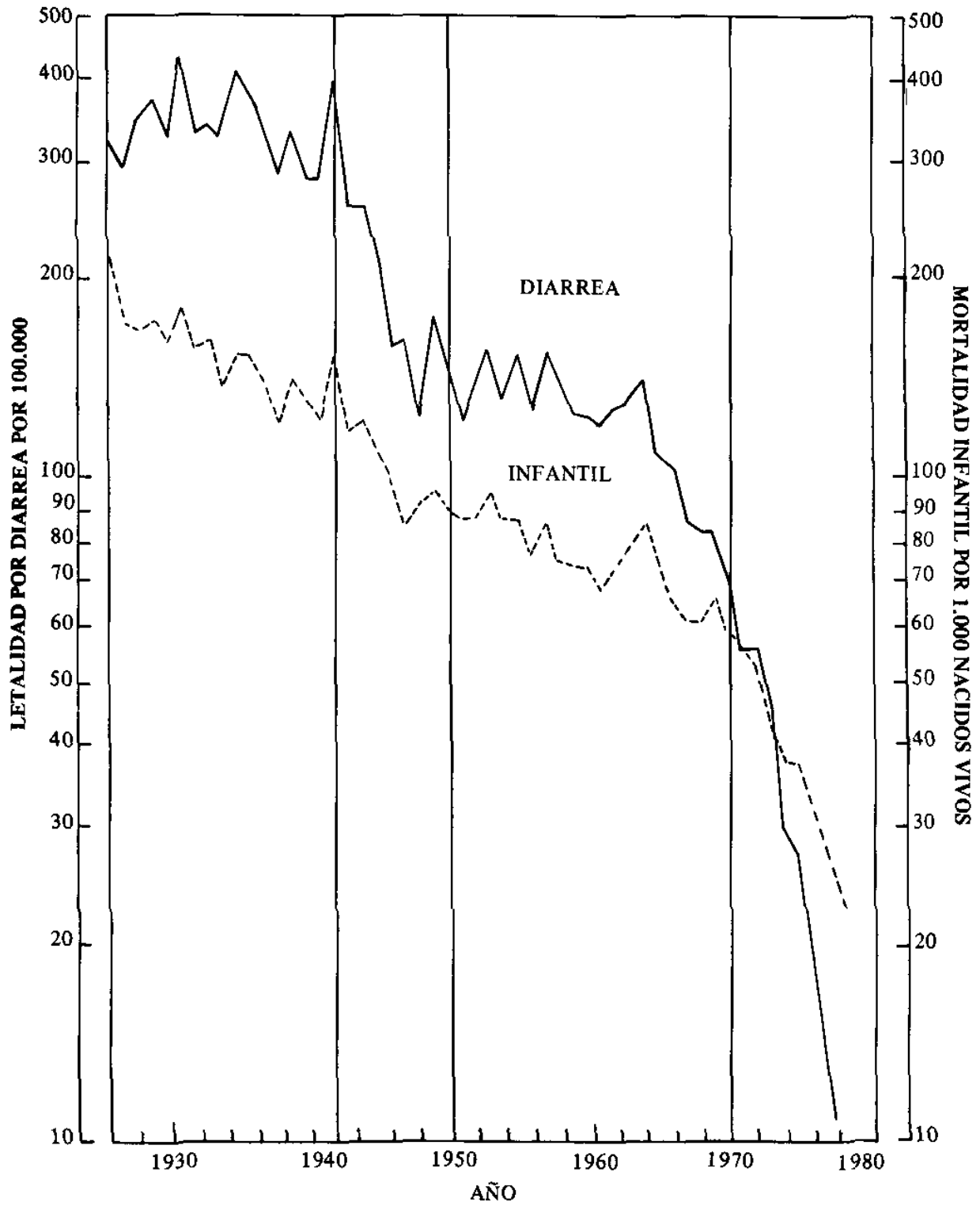
La experiencia anterior nos muestra con claridad cómo las condiciones de salud de un país están profundamente influidas por el desarrollo económico-social y por la organización global de la sociedad.

Una vez que como en Costa Rica, se han alcanzado niveles bastante satisfactorios de salud, —los más altos de América Latina— el papel que cada ciudadano desem-

---

9. Mata, Leonardo. "Epidemiologic perspective of diarrhea disease in Costa Rica and current efforts in control, prevention, and research. *Revista Latinoamericana de Microbiología*. 23: 109. 1981.

**FIGURA 2: RELACION ENTRE MORTALIDAD INFANTIL Y LETALIDAD POR DIARREA  
1930 - 1980  
COSTA RICA**



FUENTE: Instituto de Investigaciones en Salud (INISA). Universidad de Costa Rica. 1980.

peña, individualmente, en la protección de su propia salud, la prevención de las enfermedades y el desarrollo de su comunidad, se hace cada vez más grande y el progreso va a depender más del esfuerzo individual y la armonía social, que de grandes intervenciones del estado. Por ejemplo, hace algunos años la diarrea era la causa de muerte más importante en nuestro país; entonces, el Estado organizó y financió instituciones tales como las municipalidades o el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados, mediante los cuales se construyeron acueductos y otras obras sanitarias. Con ellos ha sido posible combatir con éxito las diarreas y reducir considerablemente el número de muertes. Ahora, la primera causa de muerte en Costa Rica para el grupo de edad que está entre 5 y 45 años, son los accidentes. Para reducirlos se necesitará la intervención del Estado en todo lo que se refiere a un ordenamiento del tránsito y sanciones para quienes violen las leyes, pero sólo con una marcada participación individual de los ciudadanos, tanto peatones como conductores de vehículos, se obtendrán buenos resultados.

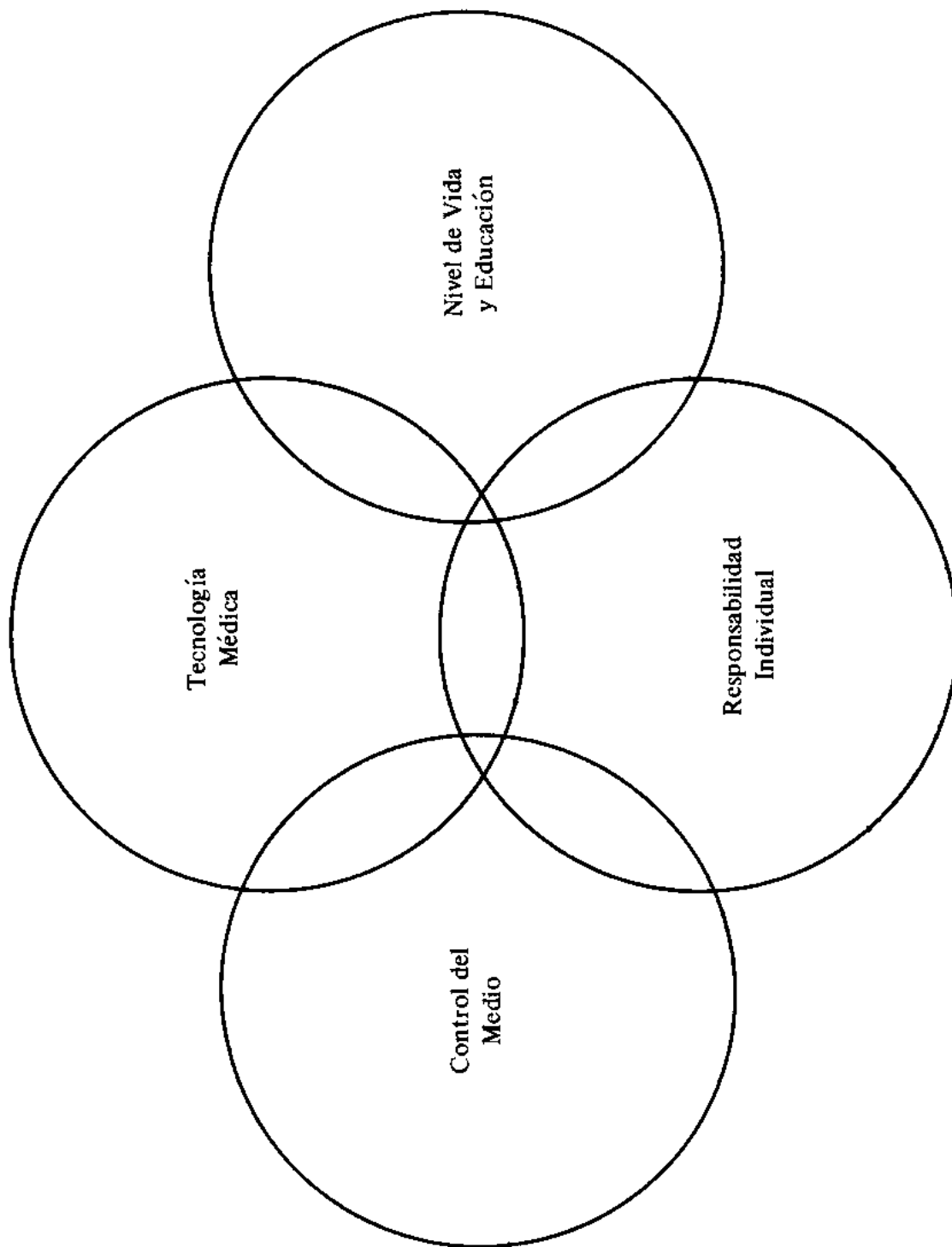
Es de esperarse que la mejoría de la salud de la población sea ahora un factor importante de desarrollo de la familia, la comunidad y de la sociedad.

#### 4. SALUD Y TECNOLOGIA MEDICA APROPIADA

En los últimos años ha venido tomando fuerza la idea de que aún cuando es muy importante lograr levantar el nivel de vida de una población, esto no es un prerrequisito inflexible para conseguir progresos sustanciales en la salud, en razón de la disponibilidad actual de una amplia gama de tecnologías médicas llamadas “apropiadas” por su simplicidad y bajo costo. No quiere esto decir que se deben descuidar los esfuerzos para controlar el ambiente o para distribuir mejor la riqueza entre todos los habitantes de un país; pero sí significa que independientemente de decisiones fuera del Sector Salud, dentro de éste muchos problemas pueden mejorarse al generalizarse el uso de tecnologías simples (microtecnologías). Ejemplos de estas son: el uso de soluciones de glucosas y electrolitos en agua, para prevenir la deshidratación por diarrea; o el uso de antiparasitarios eficaces, penicilina benzatina para evitar la fiebre reumática, vacunas para prevenir ciertas enfermedades contagiosas o medicamentos especiales para prevenir o curar la tuberculosis.

La *Figura 3* muestra cuatro importantes factores determinantes de salud; para lograr un desarrollo armonioso y sostenido es necesario dedicarle esfuerzo a los cuatro. No obstante, para acelerar ese desarrollo en medio de fuertes restricciones financieras, las posibilidades que brinda el capítulo de tecnología médica masificada son enormes. En nuestro país estas nuevas ideas se han puesto en práctica y muchos buenos resultados se deben precisamente a la difusión que tuvieron ciertas tecnologías médicas. Más aún, es previsible que ahora que Costa Rica está padeciendo una severa crisis económica, la aplicación de esta tecnología apropiada pueda evitar un deterioro de nuestros logros, porque la experiencia reciente puso de manifiesto que con ella se logra impulsar vigorosamente la salud de las comunidades.

**FIGURA 3: FACTORES DETERMINANTES DE SALUD**



## EJERCICIOS DE AUTOEVALUACION

1. De acuerdo con la información de este tema, mencione tres corrientes que expliquen el desarrollo.
2. ¿Qué se entiende por enfoque de sistemas?
3. Además de los servicios médicos ¿de qué otras condiciones depende la salud de las personas?
4. ¿Qué relación existe entre la salud de la familia y el número de hijos?
5. ¿Cuál es la relación observada entre la condición socioeconómica y la mortalidad de los niños internados en el Hospital Nacional de Niños? (Vea el Cuadro3).
6. De acuerdo con el gráfico de evolución de la letalidad por diarrea (Figura 2) ¿cuáles son los dos períodos en que se presenta una disminución importante y por qué?
7. En Costa Rica ¿cuáles son dos factores de los que depende en mayor proporción la posibilidad de continuar progresando en el campo de la salud?
8. Explique qué es una tecnología médica apropiada. Cite tres ejemplos.
9. Hemos afirmado que, actualmente, el papel que desempeña cada ciudadano es cada vez más importante en la protección de la salud, la prevención de enfermedades y el desarrollo de la comunidad. Ilustre estas tesis con un ejemplo.

## RESPUESTAS

1. Desarrollo como crecimiento; desarrollo como una etapa; desarrollo como un proceso de cambio estructural global.
2. El enfoque de sistemas o global consiste en considerar que los diversos sectores que configuran una nación, están relacionados entre sí e interactúan constantemente con el ambiente, creando una red interdependiente de sectores.
3. Aparte de los servicios médicos, la salud de las personas depende de la responsabilidad individual, de las condiciones del ambiente, del tipo de vida y trabajo que la persona tenga, de los alimentos que se consumen, de las condiciones de la vivienda, de cómo se emplea el tiempo libre y de los hábitos de reproducción.
4. Existe una relación de influencia recíproca; a mejor salud familiar, menor número de hijos y un número pequeño de hijos mejora la salud y el bienestar de toda la familia.
5. Clasificando a los pacientes en no asegurados, asegurados y privados, se observa que los no asegurados son los más pobres y en ellos la mortalidad es de 3%; los asegurados tienen un nivel de vida mediano y la mortalidad es de 1%; y en los privados, que en general gozan de ingresos económicos elevados, la mortalidad es de 0,2%.
6. El primer período se presentó entre 1940 y 1950 y probablemente se debió a las importantes reformas sociales que se implantaron en esa época.  
El segundo periodo se presentó de 1970 en adelante y coincidió con amplias intervenciones económico-sociales, que mejoraron la distribución del producto nacional y la condición de vida de la mayoría de la población. Además, mejoraron mucho los servicios médicos y se universalizaron.
7. La responsabilidad individual y la armonía social.
8. Una tecnología médica apropiada o simple es la utilización de recursos simples y de bajo costo, que sirven para ayudar a solucionar problemas de salud. Ejemplos de tecnologías médicas apropiadas son el uso de antiparasitarios eficaces, el

uso de penicilina benzatina para evitar la fiebre reumática y el uso de soluciones de glucosa y electrolitos en agua, para prevenir la deshidratación por diarrea. El uso de la tecnología apropiada es un posible factor de progreso de la salud en Costa Rica.

9. Le ofrecemos el siguiente ejemplo. Para combatir el alcoholismo se han creado programas de investigación, de prevención, de tratamiento de crisis agudas y de rehabilitación. Sin embargo, el alcoholismo no muestra una tendencia a disminuir y más bien los estudios demuestran que aumenta. Los programas gubernamentales parecen ineficaces porque probablemente sólo el desarrollo de una conciencia individual acerca de los problemas personales, familiares y sociales que produce el alcoholismo, y mediante el fortalecimiento del sentido de responsabilidad individual, podrá reducirse o controlarse esta enfermedad.



## BIBLIOGRAFIA DE APOYO

Asociación Demográfica Costarricense. *Embarazo entre las adolescentes. Resultado de una encuesta realizada en la Ciudad de Limón*. San José. Mimeo. 1980.

Furtado, Celso. *Teoría y política del desarrollo económico*. México Siglo-Veintiuno Editores S.A. 1972.

Miller, B. y Burt, J. *Salud individual y colectiva*. México. Nueva Editorial Interamericana, S.A. de C.V. 1973.

Mohs, Edgar. "La responsabilidad individual y la salud" *Troquel*. 13: 2. 1978.

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

Sunkel, Osvaldo y Paz, Pedro. *El subdesarrollo latinoamericano y la teoría del desarrollo*. México. Siglo Veintiuno Editores. S.A. 1977.

## Tema V

# PERSPECTIVAS DEL SECTOR SALUD

---

1. La planificación. Recursos financieros y humanos.
2. Perspectivas estructurales.
3. Perspectivas en salud.
4. Enseñanza e investigación científica.
5. Transferencia de ciencia y tecnología.

## **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

1. Diferenciar el concepto de servicio nacional de salud del concepto de sistema nacional de salud.
2. Explicar por qué se debe planificar la administración de los recursos financieros del Sector Salud.
3. Mencionar medidas que se pueden tomar para evitar o reducir los actuales problemas de salud en los siguientes campos:
  - prevención colectiva
  - prevención individual
  - atención médica.
4. Explicar la necesidad de desarrollar un sistema nacional de investigación científica y tecnológica en el Sector Salud.

## 1. LA PLANIFICACION. RECURSOS FINANCIEROS Y HUMANOS

Revisaremos ahora en forma muy breve qué se entiende por planificación, ya que no se comprendería el desarrollo en un sector complejo como el de salud, sin considerar aspectos de esta técnica.

La planificación es un proceso que permite el ordenamiento coherente de las decisiones por tomar, con el fin de alcanzar en la mejor forma posible los objetivos y metas propuestas. Dentro de este proceso, la evaluación de lo planeado desempeña un papel muy importante, ya que permite encauzar las acciones hacia su punto óptimo.

Las áreas de acción que requieren planificación tienen dos características básicas:

- Son muy grandes como para manejar todas las decisiones al mismo tiempo, de allí que se dividan en etapas que se desarrollan en secuencia.
- El conjunto de decisiones necesarias no puede subdividirse en subconjuntos independientes. Las decisiones anteriores deben revisarse a la luz de las que se adopten posteriormente. Estas dos propiedades o características explican por qué la planificación es un proceso <sup>1</sup>.

En nuestro país se ha dado mucha importancia a la planificación en reconocimiento precisamente de las necesidades que se pueden satisfacer en un país en vía de desarrollo y, por lo tanto, con recursos limitados. En 1965 se creó la Oficina Nacional de Planificación (OFIPLAN) y, posteriormente, se establecieron las oficinas sectoriales de los ministerios y unidades propias en las instituciones descentralizadas. Es así como, el Ministerio de Salud y la Caja, cuentan con tan valioso recurso de apoyo para la toma de decisiones tanto en el ámbito político como en el gerencial!

Un ejemplo de la importancia que tiene la planificación para el Sector Salud, es la administración de sus recursos financieros y humanos, los cuales han alcanzado cifras tan altas que lógicamente deben ser objeto de uso racional.

El Ministerio de Salud inició el año 1982 con un presupuesto general ordinario de (¢2.489,4 millones, de los cuales provienen 319,9 millones del Gobierno Central; 156,5 millones del Consejo Técnico de Asistencia Médico Social y la Oficina Coope-

---

1. Ackoff Russell, L. *Un concepto de planeación de empresas*. México. Editorial Limusa, S.A. 1979. pp. 14-15.

rativa Internacional de la Salud (OCIS) y 2.004 millones del Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares. El personal es de alrededor de 7.000 trabajadores.

Por otra parte, la Caja Costarricense de Seguro Social previó para 1982 un presupuesto general ordinario estimado en unos 4.000 millones de colones y su fuerza laboral es de 22.000 trabajadores, aproximadamente.

En 1970, el gasto del Sector Salud representó aproximadamente el 5% del producto nacional bruto. Con la realización del Plan Nacional de Salud, tal porcentaje se elevó al 8% en 1980, razón por la que en la actualidad los esfuerzos que se hacen están dirigidos a impedir un crecimiento mayor del gasto. Se estima ese 8% como la máxima inversión que el país puede hacer sin perjuicio de otros sectores, tomando en consideración que naciones desarrolladas como Inglaterra, e Italia, destinan para el mismo propósito, 5,6 y 7,4 % respectivamente de su producto interno bruto.

Como puede verse en el *Cuadro 1*, durante la década anterior, los gastos en salud crecieron de 100 a 712, mientras el producto interno bruto pasó de 100 a 525, o sea que los gastos aumentaron un 40% más que el producto interno bruto. Esto significa que el Sistema de Salud inevitablemente se verá desfinanciado y para evitar su colapso, debe recortar el presupuesto y detener su crecimiento; esto sólo podría lograrse planificando cuidadosamente y en forma global el futuro desarrollo y particularmente, la administración de sus recursos financieros y humanos.

Como elemento fundamental de la planificación, es importante referirse también a la *información*, dado el papel tan destacado que esta desempeña en la toma de decisiones en los distintos niveles y porque en el futuro tendrá una influencia aún mayor.

La información es un proceso en el cual se distinguen como etapas la generación, codificación, registro, procesamiento e interpretación de datos.

*El Sistema Gerencial de Información* por su parte, se refiere al marco conceptual en que se desenvolverá el sistema, datos, programas, procedimientos, personal y equipo requeridos para proveer a la Gerencia o a la Administración de un soporte de decisión y planificación con la ayuda de las computadoras. Dado que la planificación y la toma de decisiones de los gerentes o administradores se determinan por sus percepciones personales, prioridades, objetivos, metas y recursos, los sistemas de información necesariamente difieren en estructura, funciones, datos, tamaño y complejidad<sup>2</sup>. Qué información y para qué la necesitamos, son dos preguntas que deben contestarse con claridad a fin de obtener el mejor provecho de este otro valioso apoyo en la toma de decisiones.

Dentro del marco general de referencia de la Planificación, las perspectivas futuras de la salud de los costarricenses deben considerarse a la luz de un nuevo Plan de Salud y en relación con dos grandes aspectos específicos. la estructura del sector y el concepto de salud.

---

2. Presser, León et.al. *Ciencias de la Computación. II*. México. Editorial Limusa-Wiley. 1972.

### CUADRO 1

#### COMPORTAMIENTO COMPARATIVO DEL PRODUCTO INTERNO BRUTO, Y LOS GASTOS EN SALUD EN LA DECADA 1970 – 1979\*

AÑOS	PRODUCTO INTERNO BRUTO	GASTOS EN SALUD	
		TOTAL	PER-CAPITA
1970	100	100	100
1971	109	125	121
1972	125	153	144
1973	156	185	172
1974	203	223	201
1975	258	301	265
1976	317	370	318
1977	403	454	380
1978	463	519	424
1979	525	712	561

\*Año Índice 1970 = 100 0/o

**FUENTE:** Plan Nacional de Salud 1979-1982. Primera parte "Evaluación de la Situación Actual". Unidad de Planificación de la Salud, Ministerio de Salud. Liquidaciones de Presupuesto, Ministerio de Salud. Dirección Técnica de Planificación, C.C.S.S. Oficina de Planificación I.C.A.A. Banco Central de Costa Rica.

## 2. PERSPECTIVAS ESTRUCTURALES

Es posible que la estructura general del sector no se modifique sustancialmente en los próximos años. Aunque algunos piensan que se debería establecer un Servicio Nacional de Salud que fusione el Ministerio de Salud con la Caja Costarricense de Seguro Social, consideramos que esto sería un gran error y que es preferible tener dos instituciones especializadas cada una en el campo que está atendiendo, en vez de una sola, gigantesca y administrativamente torpe. En nuestro medio, donde la capacidad gerencial es limitada, el gigantismo institucional a lo que lleva es a la burocratización, ineficiencia y deshumanización.

Por otro lado, en la última década, la idea del Servicio Nacional de Salud fue sustituida por el concepto de Sistema Nacional de Salud, según el cual no se fusionan instituciones sino que se articulan y coordinan dentro de un plan nacional de salud y desarrollo. No se trata de tener múltiples organismos que hagan imposible una coordinación, pero tampoco debe existir una sola, porque esta elimina toda competencia profesional, limita la iniciativa y la responsabilidad individual y vuelve la demanda ilimitada para la Institución. Esta demanda ilimitada es consecuencia por una parte de la falta de servicios alternos de atención médica y por otra, de la insuficiente educación en salud que la población tiene; lo anterior da lugar a que se acuda en busca de atención médica con más frecuencia de la requerida. En estas circunstancias tiende a decrecer el rendimiento y la eficiencia en la prestación de los servicios porque su capacidad es rápidamente saturada.

Lo más lógico parece ser que tanto el Ministerio de Salud como la Caja Costarricense de Seguro Social y el Instituto Nacional de Seguros, continúen cada uno abarcando una parte del problema, consolidando programas tradicionales, abriendo nuevos programas, automatizando un mayor número de datos e integrándolos a una red de información de uso compartido por las distintas unidades. De esta manera se logrará una coordinación cada vez más eficaz entre ellas.

Es conveniente que el programa de Salud Rural del Ministerio de Salud, que representa el nivel de atención primaria continúe en ese Ministerio, porque de traspasarse a la Caja Costarricense de Seguro Social esta se haría inmanejablemente grande, multiplicándose los problemas administrativos que ya tiene. Además, es lógico suponer que en la distribución de recursos se vería afectado este programa de Salud Rural, ya que los recursos, siempre insuficientes, se destinarían mayoritariamente a los hospitales, con grave perjuicio para la atención primaria. En cambio, para el Ministerio de Salud se trata de un programa prioritario.

Otras instituciones como el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados y el Instituto Mixto de Ayuda Social deben continuar como están, buscando su autofinanciamiento y una mayor coordinación con los programas de Salud y Seguridad Social. En cambio, el Programa de Asignaciones Familiares y Desarrollo Social, después de la experiencia lograda en los últimos años, parece que sería mejor adscribirlo al Ministerio de Salud y lo mismo podría hacerse con el Patronato Nacional de la Infancia, porque las actividades que ambos llevan a cabo, caen dentro de los cam-

pos abarcados por el Ministerio, como es el caso de la protección a la familia y a los niños desamparados. Por otra parte, así como el Ministerio de Salud cambió de nombre en los últimos años para reflejar mejor sus funciones, con el mismo propósito la Caja Costarricense de Seguro Social debe convertirse en el Instituto Costarricense de Seguridad Social, ya que dejó de ser una agencia financiera para los asalariados, y se transformó en una institución de seguridad social para todos los costarricenses.

El otro cambio grande que consideramos debe darse, es el de organizar la atención médica en dos importantes vertientes: la medicina de adultos y la medicina infantil. La primera que comprenda además la geriatría y la segunda a los adolescentes, sin subordinaciones de ninguna especie, ya que la responsabilidad que cada una tiene es enorme y para sus respectivos desarrollos es necesario evitar interferencias de una con la otra.

La medicina privada o sea la posibilidad para las personas de obtener servicios privados escogiendo libremente al médico, tendrá que extenderse mediante programas como el de medicina mixta y ser un complemento del Sistema Nacional de Salud para que Este sea más eficiente en la atención que debe brindarle al gran sector de la población con bajos ingresos económicos. Por otra parte, probablemente la práctica médica individual sea reemplazada por la práctica en grupos de médico generales o de especialistas y seguramente en estos grupos serán incluidas enfermeras y otros miembros del equipo de salud. También puede preverse la aparición de cooperativas y otras nuevas formas de prestación de servicios médicos como las empresas de autogestión.

### 3. PERSPECTIVAS EN SALUD

Es de esperar que al haberse producido un significativo cambio en la estructura y nivel de salud de la población costarricense en los últimos años, consideremos ahora nuevos aspectos. Como actualmente nuestros principales problemas en todas las edades son trastornos cardiovasculares, enfermedades degenerativas y metabólicas, accidentes, afecciones perinatales y malformaciones congénitas, es lógico pensar que la detección temprana de estos trastornos ocupe primordialmente nuestra atención. Para ello, será necesario establecer programas nacionales de detección precoz introduciendo las tecnologías apropiadas.

Por otro lado, habrá que fortalecer las campañas de prevención de estos problemas, para lo cual será necesario incorporar efectivamente al programa de estudios de escuelas y colegios, las materias correspondientes porque la educación, sin duda, puede desempeñar un papel relevante. La responsabilidad individual en el cuidado de la salud, como ya se mencionó, tendrá que ser cada vez más importante y habrá que enseñar a cada persona que *la principal responsable de su salud es ella misma*, así como la forma de lograrlo.

El control del medio, mejores condiciones de trabajo, hábitos de vida y reproducción, formas adecuadas de diversión y ocio que excluyan el consumo de bebidas



alcohólicas o drogas, así como una más apropiada alimentación y práctica de deportes, serán parte de las cosas que tienen que lograrse para que en el futuro se pueda disfrutar de una mejor salud.

Debemos comenzar a considerar el espectro de la enfermedad y el concepto de individualidad biológica insertado en un determinado ambiente, como se señala en la *Figura 1*. En ella puede observarse que una forma de expresión de los problemas tiene que ver con el medio y puede controlarse con medidas generales pero otra, está en relación con las constitución genética y sólo podrá mejorar con medidas estrictamente biológicas<sup>3</sup>. En este ejemplo, se utiliza el caso de las enfermedades de la glándula tiroides para mostrar cómo su espectro va desde trastornos causados por el medio, hasta los producidos por alteraciones puramente genéticas.

La *Figura 2* ilustra el espectro de la desnutrición según el grado de desarrollo de una sociedad, indicando las causas y algunas consecuencias de la mala nutrición. En nuestro caso hemos estado en la situación intermedia, con tendencia al desplazamiento hacia los grados de mayor desarrollo.

Nuestro concepto de la muerte también debe modificarse para aceptarla como un evento natural; la explosión científica de los últimos 50 años, hizo creer a un amplio sector de la población en la eternidad y lo absurdo de la muerte, sin tomar en cuenta la calidad de la vida en edades avanzadas. Prolongar la agonía causada por una enfermedad incurable resulta ser antinatural y contrario a un buen cuidado de la salud, puesto que se deteriora profundamente la calidad de la vida<sup>4</sup>.

La medicina del futuro tiene que desarrollarse con igual fuerza en el campo de la promoción de la salud, la prevención individual y colectiva de las enfermedades, la atención médica de gran calidad y la rehabilitación de las lesiones dejadas por la enfermedad, para reincorporar a los inválidos a una vida productiva en sociedad<sup>5</sup>.

A fin de facilitar una comprensión de lo que en nuestro país podría hacerse para mejorar la salud de la población, se presentan los *Cuadros 2, 3 y 4* que resumen algunos de los pasos que se pueden dar próximamente. En el primero (grupo A), se mencionan ciertas medidas para fortalecer el nivel de prevención colectiva; en el segundo (grupo B) se muestran medidas para mejorar la prevención individual y en el tercero (grupo C), pueden observarse algunos pasos para modificar en parte la estructura actual de la Caja Costarricense de Seguro Social, mejorar la coordinación con el Ministerio de Salud y favorecer la atención médica integral.

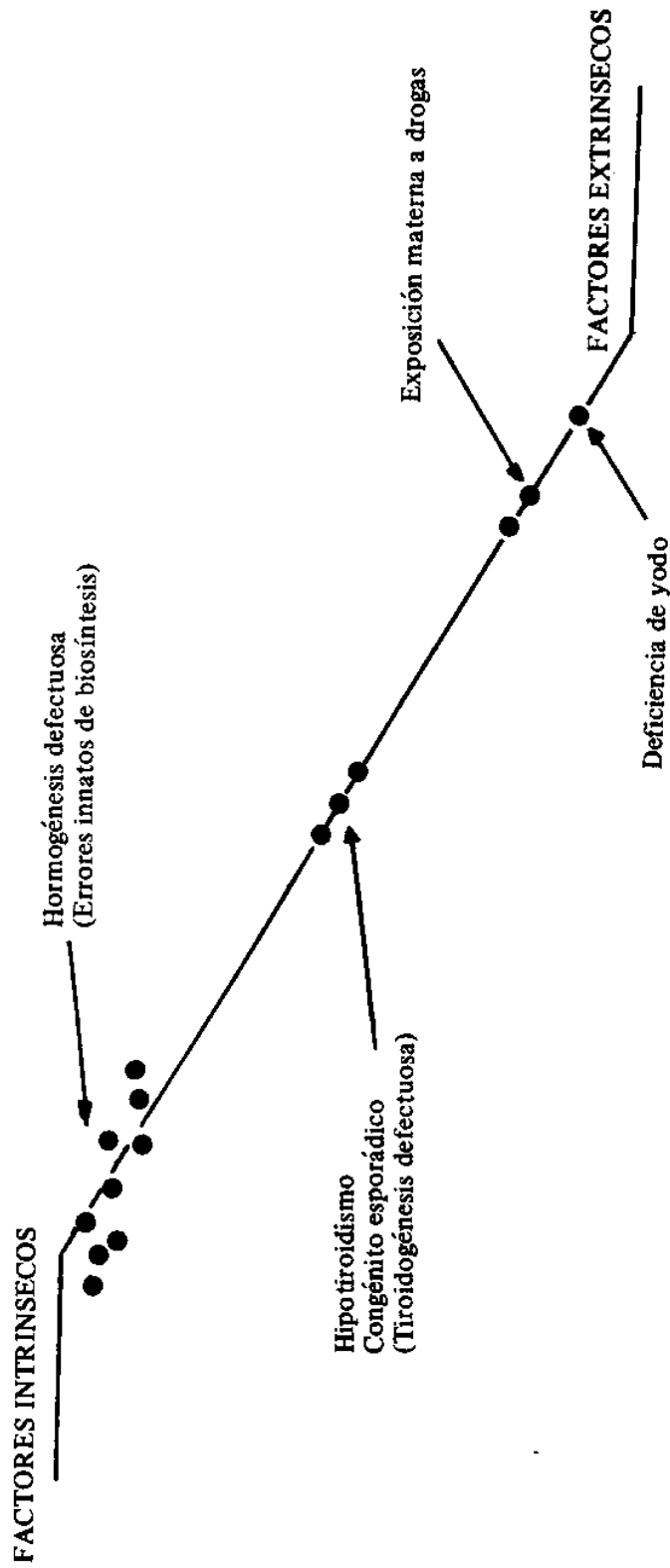
---

3. Burrow, G. y Dussault, J. *Screening neonatal thyroid*. New York. Raven Press. 1980. p. 301.

4. Civetta, L. "Beyond technology: intensive care in the 1980's". *Critical Care Medicine*. 9:763.1981.

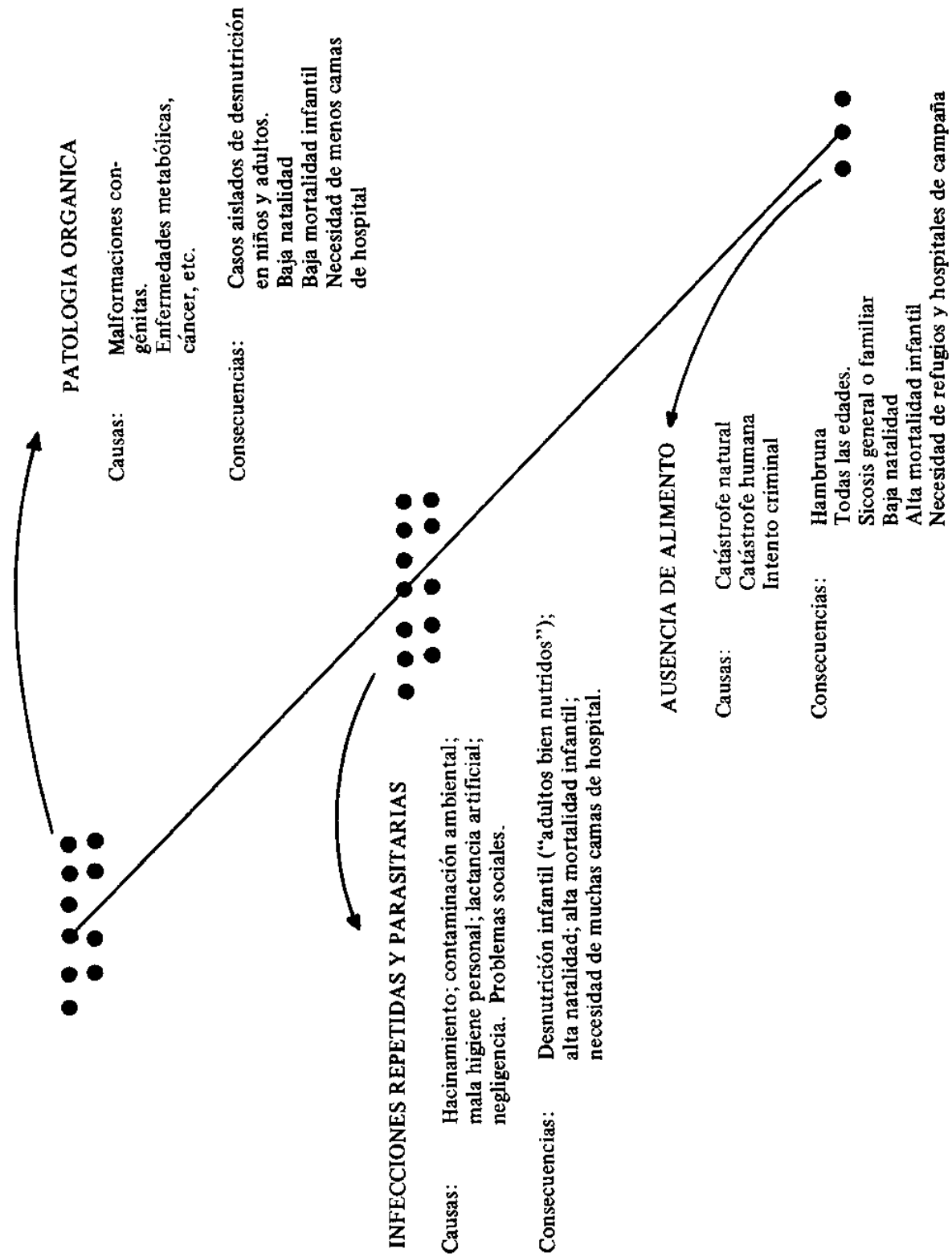
5. Mata, Leonardo, et al. "La salud en Costa Rica en 1978. Ciencia y tecnología en un marco de prioridades". *Acta Médica Costarricense*. 22: 209. 1979.

FIGURA 1: HIPOTIROIDISMO. ESPECTRO DE LA ENFERMEDAD



FUENTE: Burrow, G. y Dussault, J. *Screening neonatal thyroid*. New York: Raven Press. 1980. p. 301.

FIGURA 2: ESPECTRO DE LA DESNUTRICION



## CUADRO 2

### PROXIMOS PASOS PARA MEJORAR LA SALUD GRUPO A

(Prevención colectiva)

1. Actualizar el Plan Nacional de Salud que concluyó en 1980, proyectándolo a 1990,
2. Desarrollar un sistema nacional de salud.
3. Impulsar la regionalización y la desconcentración técnico-administrativa.
4. Consolidar programas tradicionales y darles enfoque más ecológico (Programas de Salud Rural).
5. Mayor participación de la comunidad organizada.
6. Educación para la salud (transferencia al hogar de microtecnologías, como por ejemplo cuidados durante el embarazo, atención del recién nacido, etc.).
7. Responsabilidad individual y desmedicalización.
8. Modificar el patrón de reproducción evitando embarazos en jóvenes y dándole mayor importancia a la familia (higiene de la reproducción).
9. Lactancia materna y establecimiento de bancos de leche humana,
10. Apoyar la construcción de viviendas de bajo costo (erradicación del tugurio).
11. Campaña contra el humo, el ruido y otros contaminantes.

### **CUADRO 3**

#### **PROXIMOS PASOS PARA MEJORAR LA SALUD GRUPO B**

(Prevención individual)

1. Mayor participación de personal no médico (enfermeras, auxiliares de enfermería, técnicos en salud, etc.).
2. Rehidratación oral precoz en todas las comunidades.
3. Control higiénico de los alimentos y control de medicamentos.
4. Prevención de malformaciones congénitas, tumores y enfermedades cardiovasculares.
5. Prevención del retardo mental.
6. Prevención de accidentes e intoxicaciones.
7. Prevención de neurosis, violencias, alcoholismo y drogadicción.
8. Problemas del aprendizaje y estimulación precoz de pre-escolares,
9. Atención del adolescente en colegios y clínicas.
10. Exámenes de detección en masa (hipertensión arterial, cáncer, diabetes, tuberculosis, infección urinaria, sordera, problemas visuales, enfermedades metabólicas, etc.).
11. Programa nacional de prevención de caries.

## CUADRO 4

### PROXIMOS PASOS PARA MEJORAR LA SALUD GRUPO C

(Atención médica)

1. Separar la administración y la organización del Régimen de Enfermedad y Maternidad del de Invalidez, Vejez y Muerte, creando un gerente o director para cada régimen.
2. Desarrollar mecanismos de coordinación entre la Caja Costarricense de Seguro Social y el programa de Salud Rural del Ministerio de Salud,
3. Aumentar la participación de la enfermera en la atención de pacientes ambulatorios y hospitalizados.
4. Desarrollar la medicina del trabajo, del deporte, adolescente y escolar.
5. Tener servicios de emergencias, adecuadamente organizados en todos los hospitales y en las clínicas.
6. Crear secciones de medicina social y preventiva en todos los hospitales centrales y regionales.
7. Poner en práctica formas más personales de atención médica, como por ejemplo, las llamadas medicina de empresa o medicina mixta.
8. Formar equipos multidisciplinarios para la atención inmediata de las emergencias complejas y para la atención a largo plazo de los padecimientos crónicos.
9. Mejorar las posibilidades de diagnóstico, utilizando procedimientos no invasivos como ultrasonido o tomografía computada.
10. Incrementar la investigación científica, biomédica, epidemiológica y operacional.

Como puede apreciarse en ellos, la participación de la enfermera, como miembro de un equipo de salud y como profesional, puede considerarse que será cada vez más amplia y diversificada; en cada uno de los posibles próximos pasos, la enfermera está llamada a colaborar en forma activa, asumiendo en algunos casos nuevas responsabilidades para las que deberá estar capacitada. A diferencia de la intervención individual que caracterizó a los médicos del pasado, se formarán equipos multidisciplinarios tanto para promover la salud o prevenir la enfermedad, como para brindar atención médica y rehabilitación, porque la complejidad de los problemas actuales exige que intervengan profesionales y técnicos de diversos campos, para poder enfrentar con posibilidades de éxito, el inmenso desafío que ello significa. Por ejemplo,

fomentar la lactancia materna para promover la salud requiere una amplia organización nacional en la que participen varias disciplinas; y lo mismo se necesita para llevar a la práctica un programa nacional de detección precoz de errores congénitos del metabolismo, que prevea ciertas enfermedades, como por ejemplo el hipotiroidismo. Igualmente, para actuar en el campo de la atención médica y la rehabilitación, es indispensable la constitución de equipos, en Unidades de Cuidado Intensivo, para la atención de adolescentes, tratar severas malformaciones congénitas o para la cirugía cardíaca. Debemos estar tan capacitados para dar educación para la salud o el control prenatal, como para hacer transplantes de órganos, porque el éxito en el futuro dependerá de que sepamos manejar apropiadamente esta doble tecnología. El otro extremo de la vida, representada por las personas mayores de 65 años de edad, requerirá una atención cada vez mayor, porque en la actualidad este grupo representa alrededor del 4% de la población total del país y al finalizar este siglo será aproximadamente el 5%. Por otra parte, la vejez demanda, con gran intensidad, tanto servicios médicos como sociales; las enfermedades crónicas que padecen, los trastornos psicológicos que causa la soledad y el estado de desamparo en que se encuentran muchos de ellos, obliga a las instituciones nacionales a atender tales contingencias mediante programas de apoyo financiero, servicios médicos especializados, actividades apropiadas de entretenimiento y cuidados individuales y de vigilancia en el hogar. Es evidente la complejidad de tales programas y la necesidad de organizar equipos multidisciplinarios para poder llevarlos a cabo. En estos equipos la enfermera desempeñará a veces el papel de miembro y otras veces el de líder, pero participará activamente en todos, organizando y evaluando actividades o bien orientando y socorriendo directamente a las personas.

#### 4. ENSEÑANZA E INVESTIGACION CIENTIFICA

Tanto para que las perspectivas de la estructura del Sector Salud como las del concepto de salud vayan cambiando favorablemente, será necesario atender ciertas necesidades en el campo de la enseñanza y la investigación científica. A continuación discutiremos la necesidad de extender y renovar la docencia y la investigación en el Sector Salud, poniendo especial énfasis en esta última actividad y en la conveniencia de incorporarla a los programas tradicionales de salud pública y medicina.

Las ciencias de la salud son un conjunto de disciplinas que crecen continuamente y por lo tanto, están íntimamente ligadas a actividades de docencia e investigación que, lejos de constituir un lujo, son consustanciales al desarrollo.

Después de los progresos espectaculares que se han producido en las ciencias médicas durante el último siglo, nadie pone en duda la importancia de la investigación científica desde un punto de vista teórico. Sin embargo, desde un punto de vista práctico continúan presentándose grandes obstáculos para organizarla, financiarla e incorporarla a las actividades normales de los servicios de salud<sup>6</sup>.

---

6. Wade, N. "Third world: Science and technology contribute feebly to development". *Science*. 189: 770. 1975.

Esto ha sido especialmente difícil de realizar en los países poco desarrollados para los cuales paradójicamente tiene una trascendencia aún mayor que para las naciones industrializadas, puesto que sus problemas de salud son de una complejidad mayor y la necesidad de resolverlos es más urgente <sup>7</sup>.

Algunos de los hechos graves que se oponen al desarrollo de la investigación científica en estos países pobres son los siguientes:

Un marcado sentimiento de inferioridad, creado a lo largo de muchos siglos de dependencia, nos ha hecho creer que la ciencia y la tecnología tienen que venir de afuera, porque sólo los países ricos las pueden producir. Por otra parte, al considerárselas foráneas, se ven como cosas extrañas o ajenas a nuestras tradiciones y cultura y por lo tanto en forma contradictoria se admiran y se rechazan al mismo tiempo.

En segundo lugar, la educación que reciben nuestros jóvenes es en general anticientífica; la organización de las instituciones excluye las actividades relacionadas con la investigación y ésta se considera que deben hacerla sólo algunas personas o ciertas instituciones milagrosamente creadas con este propósito.

#### A atención médica, enseñanza e investigación

Tradicionalmente en nuestro país la atención médica se mantuvo separada de la enseñanza y la investigación. A partir de 1960 comenzaron a coordinarse estas áreas pero el énfasis estaba puesto en la relación entre docencia y atención médica, como una manifestación de la influencia de la Escuela de Medicina de la Universidad de Costa Rica. Es a partir de 1970 cuando se nota una mayor organización y desarrollo de la investigación, así como una tendencia a aceptar que para lograr una buena atención médica se requiere yuxtaponer la docencia y la investigación. Se hizo evidente también que para interrelacionar estos campos resulta indispensable desarrollar simultáneamente principios de administración, puesto que su coordinación es de bastante complejidad <sup>8</sup> La Figura 3 muestra las relaciones entre atención médica, enseñanza, investigación y principios de administración, en tres décadas.

Aun cuando en los niveles primario, secundario y terciario de atención médica, es conveniente que la organización del trabajo incluya la docencia y la investigación, estas actividades se hacen indispensables en los niveles secundario y terciario. Especialmente en el nivel terciario, que es del dominio de las especialidades, no parece concebirse una adecuada organización del trabajo sin el desarrollo simultáneo de la docencia y la investigación. En este nivel, la dedicación individual a la lectura es indispensable para funcionar bien al ritmo que imponen los problemas complejos que en él se atienden; el *Cuadro 5* muestra las diferencias que se establecen en rela-

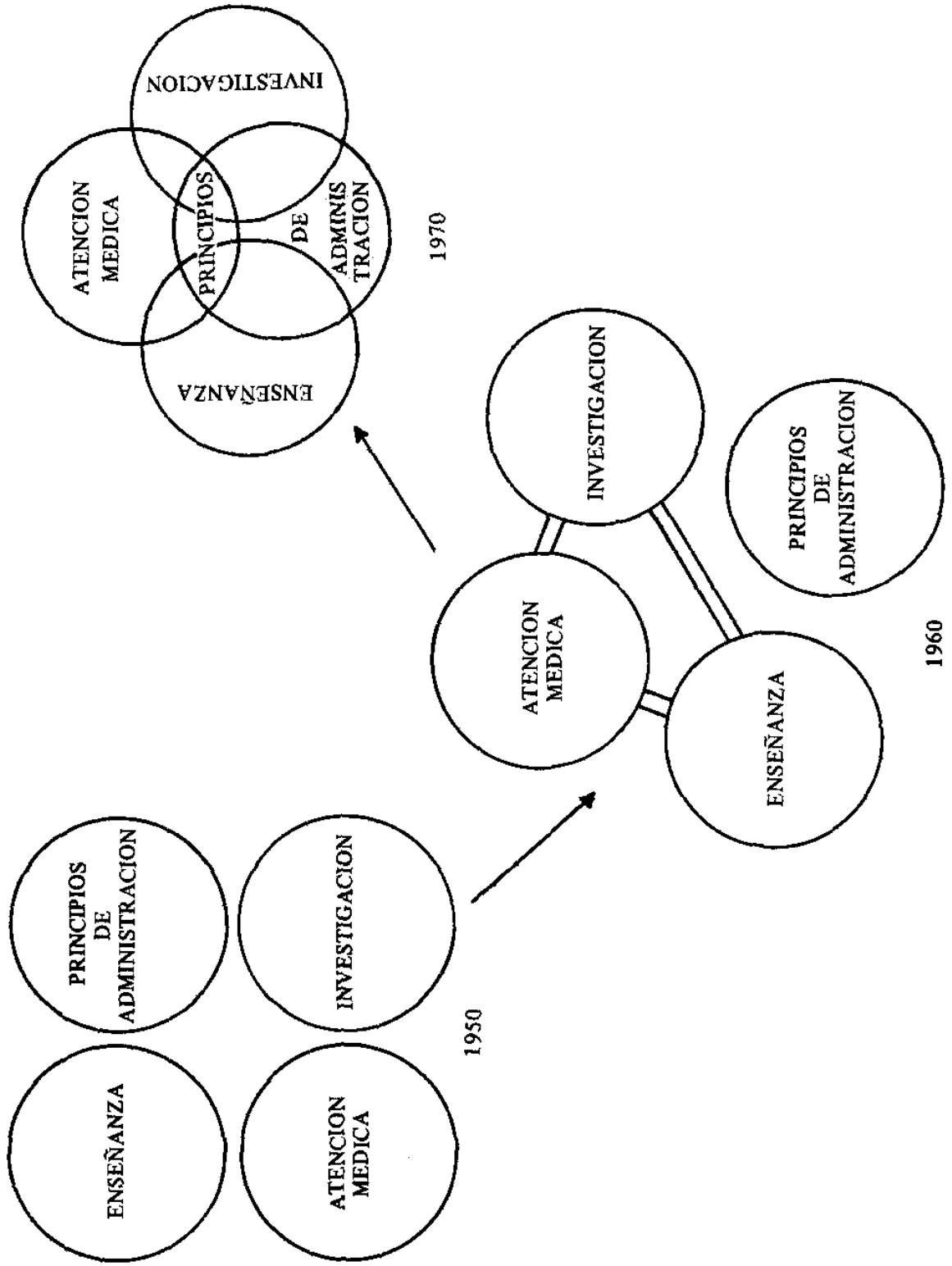
---

7. Engel, L.G. "The need for a new medical model: a challenge for biomedicine". *Science*. 196: 129. 1977.

8. Mohs, Edgar. *Salud, Medicina y Democracia. El surgimiento de una nueva era*. San José. Universidad de Costa Rica. Departamento de Publicaciones. 1980. p. 145.



FIGURA 3: EVOLUCION DE LA ATENCION MEDICA EN LOS HOSPITALES CENTRALES



ción con el tiempo que se dedique a la lectura y se expresan tales diferencias en relación con artículos científicos corrientes o libros pequeños leídos al cabo de 10 años. La enorme diferencia que llega a producirse en sólo 10 años entre una persona que no lee y otra que dedica dos horas diarias a la lectura, es de tanta trascendencia, que basta para ilustrar la importancia de estimular este hábito.

**CUADRO 5**  
**DIFERENCIAS EN RELACION CON LA DEDICACION A LA LECTURA\***

2 hrs. diarias	1 hrs. diarias	0 hrs. diarias
60 hrs. mes	30hrs. mes	0 años
730 hrs. año	365 hrs. año	0 años
7.300 hrs. en 10 años	3.650 hrs. en 10 años	0-10 años
14.000 artículos** o 730 libros***	7.300 artículos o 365 libros	0 artículos y 0 libros

**FUENTE:** Hospital Nacional de Niños. Dirección Médica. 1982.

- \* La lectura es esencial para mejorar la calidad del trabajo, la docencia y la investigación.
- \*\* Un artículo científico corriente: media hora.
- \*\*\* Un libro pequeño: ocho horas.

### *Necesidades de Investigación*

Para ilustrar la necesidad de investigación científica en el campo de la salud, he escogido un esquema que señala tres momentos en la evolución de las tasas de mortalidad infantil; cuando en un país la mortalidad infantil es de 100 por mil nacidos vivos, la mayor prioridad es el desarrollo económico-social y la extensión de servicios de salud porque los problemas de salud más importantes son enfermedades infecciosas de relativamente fácil prevención y la desnutrición. Cuando la mortalidad infantil es de 50 por mil nacidos vivos, los problemas de salud de la población ya han cambiado bastante. Ahora, por ejemplo, la desnutrición severa ha dejado de ser causa frecuente de morbilidad y de muerte, y patología como las afecciones perinatales, las malformaciones congénitas y los accidentes, han surgido como problemas de salud

pública. Al presentarse este nuevo perfil de problemas, se hace evidente la necesidad de organizar la investigación científica y tecnológica, especialmente en lo que se refiere a transferencia de ciencia y tecnología, porque sin ella no es posible enfrentarse con éxito a los nuevos retos. Y cuando la mortalidad infantil baja a 25 por mil nacidos vivos, los problemas preponderantes de salud del país son los correspondientes a la llamada patología compleja en cuanto a su prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. En esta situación, es natural que haya que desarrollar un Sistema de Investigación en Ciencia y Tecnología si se quiere tener alguna posibilidad de continuar progresando. Desde luego, en cada una de las tres etapas descritas, se requiere que esté presente el pensamiento científico, sin el cual no es posible pasar de una a otra como puede verse en la *Figura 4*.

#### *El conocimiento y su aplicación*

En el mundo existe un cuerpo de conocimientos grande, del cual en el curso del tiempo una parte se va volviendo anacrónica y es reemplazada por conocimiento nuevo, que en su mayor parte es generado en los países desarrollados. Para que este gran cuerpo de conocimientos sea relevante para los países poco desarrollados, se necesita que éstos se apropien de él mediante el redescubrimiento. Redescubrir es tan importante como descubrir para el que no posee suficiente conocimiento, porque tan útil es encontrar nuevo conocimiento como apropiarse del ya existente.

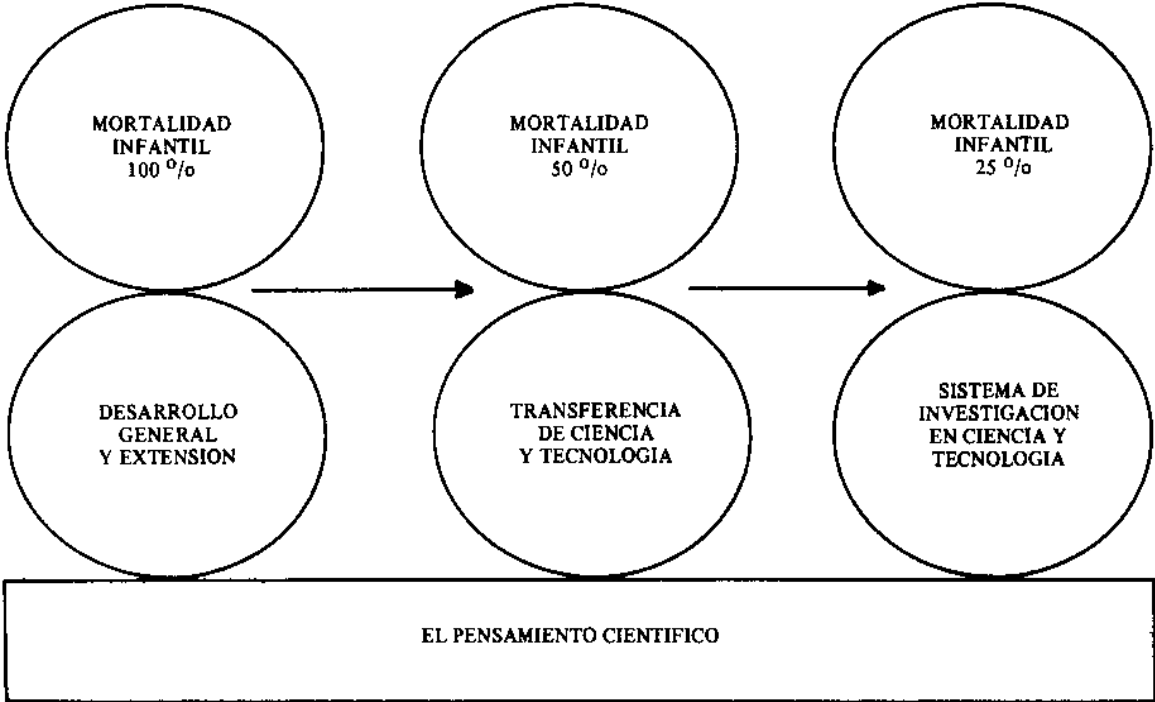
Pero redescubrir no es nada sencillo; se debe contar con toda una organización en ciencia y tecnología y se debe participar muy activamente en desarrollo experimental. Obviamente es necesario que existan las facilidades propias de estas actividades y estén las personas capacitadas. En nuestro medio, los recursos materiales o físicos se encuentran con más facilidad que los recursos humanos apropiados, porque tradicionalmente le hemos dado más importancia a los primeros que a los recursos científicos.

Como se observa en la *Figura 5*, para el desarrollo del conocimiento no sólo son todos los conocimientos necesarios, sino que se trata de campos entrelazados e interdependientes.

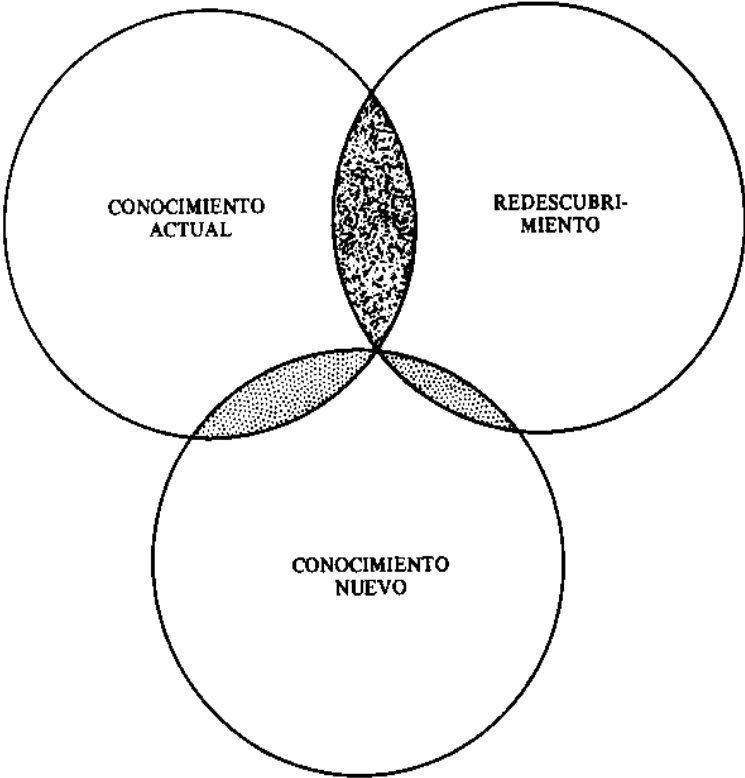
## 5. TRANSFERENCIA DE CIENCIA Y TECNOLOGIA

Este tópico reviste la mayor importancia para la etapa de transición en su desarrollo, en la que nuestro país se encuentra actualmente. La *Figura 6* muestra que para la existencia de un verdadero proceso de transferencia se requiere que haya un donador y un receptor y que como sucede en el caso de los trasplantes de órganos, ambos tienen que poseer ciertas características similares a las de compatibilidad.

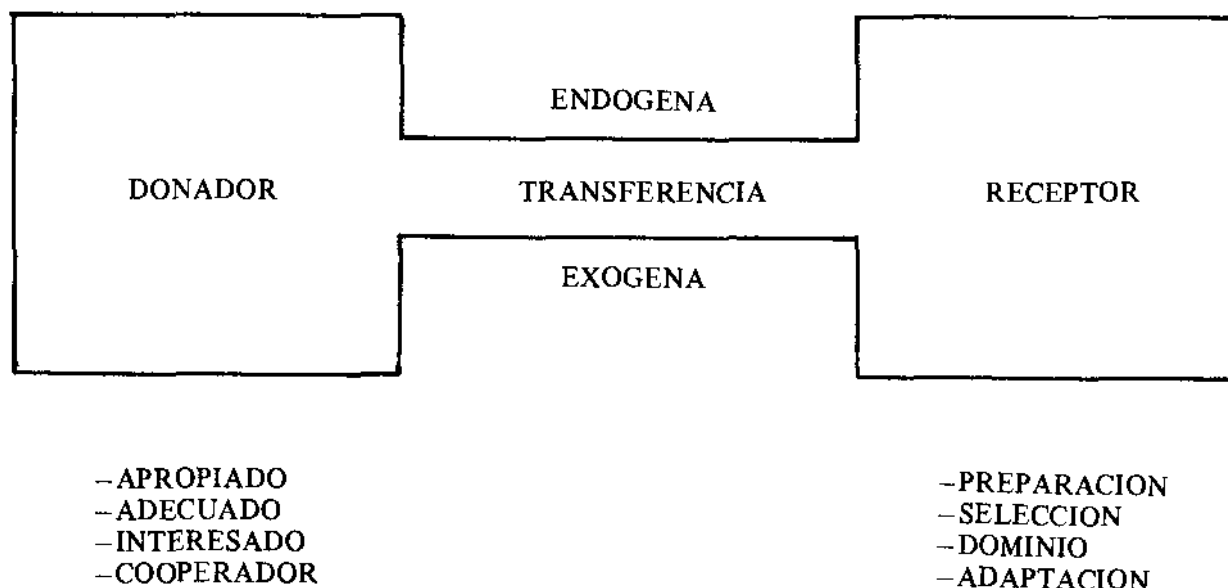
**FIGURA 4: NECESIDADES DE INVESTIGACION SEGUN TASA DE MORTALIDAD INFANTIL**



**FIGURA 5: EL CONOCIMIENTO Y SU APLICACION**



**FIGURA 6: TRANSFERENCIA DE CIENCIA Y TECNOLOGIA**

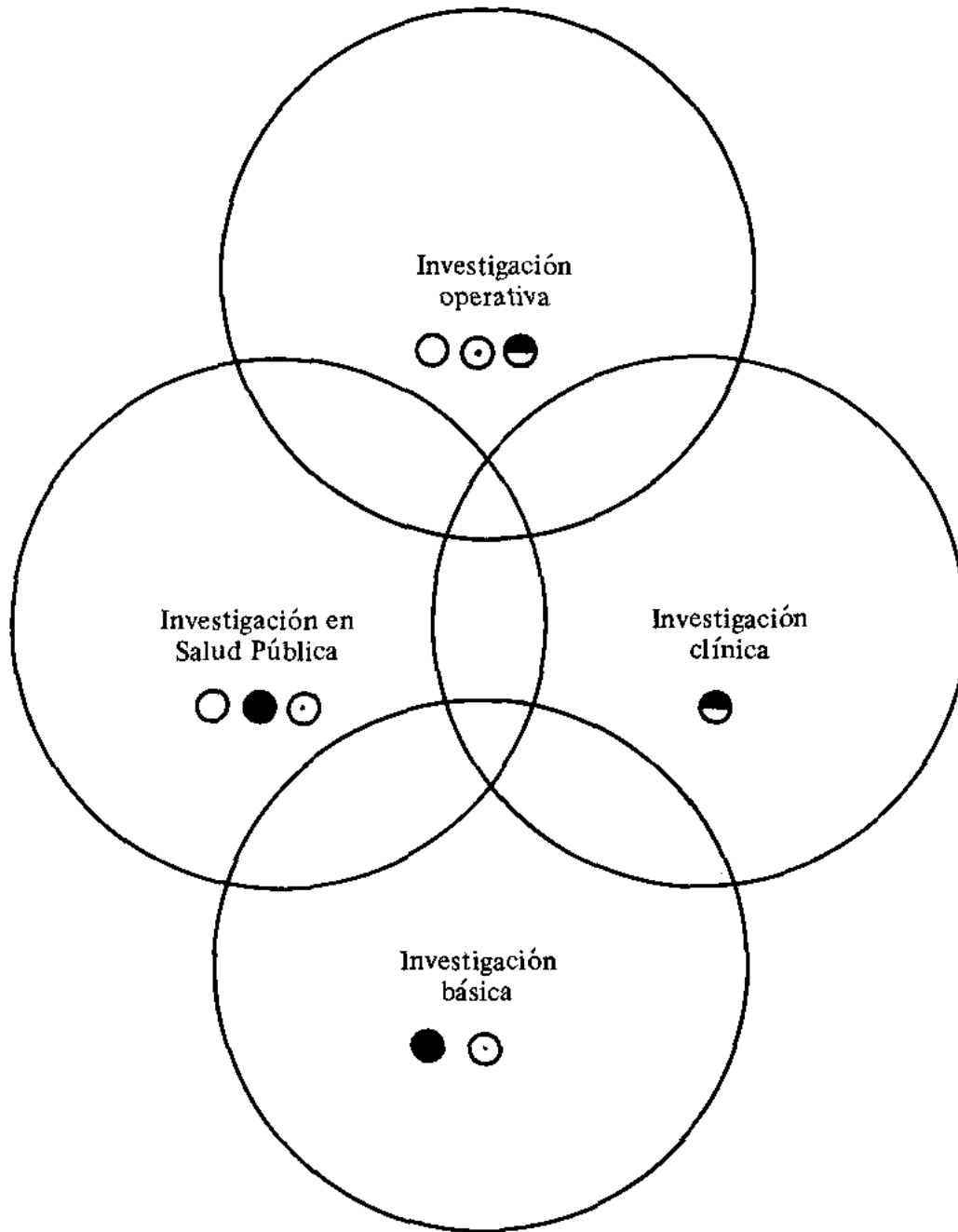


Por ejemplo, el donador debe ser el apropiado, o sea el necesario; debe estar interesado en el proceso y ser cooperador en lugar de competitivo. El receptor por su lado, tiene que estar preparado y tener dominio amplio del conocimiento para que pueda adaptar a su medio la ciencia y la tecnología transferida.

Por otra parte, existe una transferencia del exterior que llamamos *exógena* y es con la que más familiarizados estamos, pero hay otro tipo de transferencia igualmente trascendente que debe producirse dentro del mismo país y que denominamos *endógena*; de esta transferencia endógena somos nosotros exclusivamente responsables y quizás por eso sea más importante que la exógena.

Tanto para favorecer la transferencia como para estimular la ciencia y la tecnología autóctonas, debemos organizar un Sistema de Investigación en Salud y Medicina. Como puede verse en la *Figura 7*, este sistema comprendería los diferentes tipos de investigación y no se realizarían en un sólo lugar sino que en múltiples, incluyendo Ministerio de Salud, Instituciones, Universidades, Hospitales y Centros de Salud. Por otra parte, algunas investigaciones o parte de ellas deben realizarse en laboratorios, otras en individuos, otras en comunidades y otras más son investigaciones de operaciones o procesos.

**FIGURA 7: SISTEMA DE INVESTIGACION EN SALUD Y MEDICINA**



- |                         |                                   |
|-------------------------|-----------------------------------|
| ○ = Ministerio de Salud | ⊙ = Universidades                 |
| ● = Institutos          | ◐ = Hospitales y Centros de Salud |

El sistema de investigación debe orientar sus esfuerzos hacia la solución de nuestros principales problemas de salud procurando que los proyectos sean continuos, multidisciplinarios y de amplio espectro, así como de una gran calidad y rigurosidad, la cual dependerá del grado de competencia de los investigadores <sup>9</sup>.

Una red de información debe facilitar la comunicación entre los investigadores tanto nacional como internacionalmente.

Así como la docencia se incorporó a las actividades regulares de nuestros Hospitales desde hace varios años, en la etapa en la que hoy se encuentra la medicina nacional, parece igualmente importante que el componente de investigación adquiera carta de naturalización y fecunde continuamente las actividades docentes y la atención médica.

---

9. Wade, N. *Op. cit.*

## EJERCICIOS DE AUTOEVALUACION

1. ¿Cuál fue el porcentaje del producto nacional bruto que en 1980 se destinó al Sector Salud? En relación con ese porcentaje ¿por qué deben planificarse los recursos financieros del Sector Salud?
2. ¿Cuáles diferencias puede señalar entre un Servicio Nacional de Salud y un Sistema Nacional de Salud?
3. En forma general, ¿qué medidas de prevención pueden adoptarse para tratar de evitar los actuales problemas de salud?
4. ¿Cuáles son los dos extremos que recorre el espectro de la enfermedad?
5. Mencione un ejemplo de actividades que en un futuro deben llevar a cabo equipos multidisciplinarios para:
  - a) Promoverla salud
  - b) Prevenir la enfermedad
  - c) Brindar atención médica
6. Cite tres medidas diferentes que puedan considerarse próximos pasos para mejorar la salud en los siguientes campos:

Prevención individual  
Prevención colectiva  
Atención médica
7. Cuando la mortalidad infantil es de 25 por mil nacidos vivos o menos ¿qué debe organizarse en cuanto a ciencia y tecnología y por qué?



8. En el proceso de transferencia de ciencia y tecnología ¿cuáles de las siguientes características corresponden al donador y cuáles al receptor? (Señale con D las del donador y con R las del receptor).

apropiado:

interesado:

preparación:

dominio:

adecuado:

cooperador:

selección:

adaptación:

## RESPUESTAS

1. Fue el 8%. Se estima que ese 8% es la máxima inversión que el país puede hacer sin perjudicar otros sectores, si pensamos que países desarrollados como Inglaterra e Italia destinan al Sector Salud un 5,6 y un 7,4%, respectivamente, de su producto nacional bruto. En Costa Rica, en la década anterior, los gastos en salud crecieron un 40% más que el producto interno bruto. Esto significa que si el Sistema Nacional de Salud no recorta su presupuesto y no detiene su crecimiento, se verá gravemente desfinanciado. Es, pues, indispensable planificar el futuro desarrollo del Sector y en particular la administración de sus recursos financieros.
2. En un Servicio Nacional de Salud se fusionan todas las instituciones relacionadas directamente con la salud, dando lugar a un gigantismo inconveniente porque aumenta la burocracia, la ineficiencia y la deshumanización. Un Sistema Nacional de Salud está compuesto por varias instituciones especializadas en campos complejos, que se articulan en un plan nacional de salud y desarrollo y funcionan en forma interdependiente.
3. Los actuales problemas de salud de la población son más difíciles de prevenir que los que tuvimos anteriormente porque tienen que ver con la vida íntima de las personas. Debemos ahora desarrollar la responsabilidad individual, una educación orientada hacia la preservación de la salud y campañas masivas de detección temprana de signos de enfermedad.
4. En un extremo se encuentran los problemas causados por la acción directa del medio ambiente y en el otro los producidos por errores innatos de la biosíntesis o sea, de los delicados procesos que ensamblan sustancias como hormonas, enzimas, proteínas, etc., dando lugar a enfermedades hereditarias.
5.
  - a) Lactancia materna para todos los recién nacidos en todo el país.
  - b) Detección precoz de errores congénitos de metabolismo en todos los recién nacidos.
  - c) La atención de pacientes graves en una Unidad de Cuidados Intensivos.

6. Prevención individual:
- Rehidratación precoz en todas las comunidades; prevención de accidentes e intoxicaciones; programa nacional de prevención de caries.
- Prevención colectiva:
- Actualización del Plan Nacional de Salud que concluyó en 1980, proyectándolo a 1990; educación para la salud (transferencia al hogar de microtecnologías tales como cuidados durante el embarazo, atención del recién nacido); modificación del patrón de reproducción evitando embarazos en jóvenes y dar mayor importancia a la familia.
- Atención médica:
- Aumento de la participación de la enfermera en la atención de pacientes ambulatorios y hospitalizados; creación de secciones de medicina social y preventiva en todos los hospitales centrales y regionales; práctica de formas más personales de atención médica, como por ejemplo, las llamadas medicina de empresa o medicina mixta.
7. Cuando la mortalidad infantil baja a 25 por mil nacidos vivos, los problemas preponderantes de salud del país son los que corresponden a la llamada patología compleja en cuanto a su prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Es necesario entonces desarrollar un Sistema de Investigación en Ciencia y Tecnología para poder progresar en los problemas propios de la patología compleja.
8. Apropiado: D                      Interesado: D  
 Preparación: R                      Dominio: R  
 Adecuado: D                        Cooperador: D  
 Selección: R                         Adaptación: R

## BIBLIOGRAFIA DE APOYO

Ackoff Russell, L. *Un concepto de planeación de empresas*. México. Editorial Limusa, S.A. 1979. pp. 14-15

*British Medical Journal*. Editorial: "Enough is enough". 285:669-670. 1980.

Mata, Leonardo, et al. "La salud en Costa Rica en 1978. Ciencia y tecnología en un marco de prioridades". *Acta Médica Costarricense*. 22:209. 1979.

Mohs, Edgar. *Salud, Medicina y Democracia. El surgimiento de una nueva era*. San José, Universidad de Costa Rica. Departamento de Publicaciones. 1980. p. 145.

Presser, León, et al. *Ciencias de la Computación. JI*. México. Editorial Limusa Wiley. 1972. p.231.

# APÉNDICE

**LEYES, DECRETOS Y OTRAS DISPOSICIONES  
QUE HAN AFECTADO, DE MANERA PROFUNDA,  
LA ESTRUCTURA Y POLITICAS DEL SECTOR  
SALUD**

Nº 53. LEY SOBRE RIESGOS PROFESIONALES  
INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS  
31 de enero de 1925

Una de las conquistas sociales más antiguas logradas por los trabajadores costarricenses es precisamente el seguro por riesgos profesionales, o sea por los accidente y enfermedades profesionales a que están expuestos, como consecuencia de las labores que realizan por cuenta de un patrono.

La extensión del régimen y el papel importante que en el ámbito laboral desempeña este seguro, lo demuestran los datos correspondientes a 1980.

Total de pólizas vigentes	11.560	
Total de trabajadores cubiertos	300.000	
Total de accidentes cubiertos	79.082	
Total de siniestros pagados		¢133,7 millones

Actualmente se encuentra en la Asamblea Legislativa, con dictamen afirmativo de mayoría, el Proyecto de Ley sobre “Riesgos del Trabajo” (Expediente Nº 8405) publicado en la Gaceta NO 175, del 5 de setiembre de 1979.

En criterio de la Comisión Permanente de Asuntos Sociales, que dictaminé sobre este Proyecto, la nueva ley lograría los objetivos siguientes: universalizar la protección contra los riesgos de trabajo en un período corto; actualizar la estructura jurídica vigente adecuándola a la dinámica social imperante; mejorar sustancialmente las prestaciones económicas imprimiendo al régimen una auténtica dimensión de previsión social; incluir aspectos de salud ocupacional y de rehabilitación en las prestaciones médico sanitarias; consolidar y fortalecer el Código de Trabajo que desde su promulgación en 1943, no ha tenido modificaciones sustanciales.

Nº 5322. LEY DE TRANSITO. SEGURO OBLIGATORIO  
INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS  
27 de agosto de 1973.

El capítulo VII de esta ley establece el seguro obligatorio para vehículos, cuya administración se encomendé al Instituto Nacional de Seguros (INS).

La póliza respectiva protege según sus límites económicos a los que resulten lesionados y a los causahabientes de quienes perezcan, como consecuencia directa de un accidente automovilístico que ocurra en cualquier sitio del país. Ampara, en definitiva, a las víctimas de accidentes de tránsito, exista o no culpa del conductor del vehículo.

En 1980 el I.N.S. indemnizó por este concepto la suma de ¢55 millones de colones por 12.113 accidentes, 12.248 lesionados y 386 muertos. Esta protección básica obligatoria resulta aún más importante, si tomamos en cuenta que los accidentes ocupan el primer lugar entre las causas más frecuentes de muerte en nuestro país, entre el primer año de edad y los 45 años.

#### Nº 24. REFORMA DE LA CONSTITUCION POLITICA

La Gaceta Nº 147 del 7 de julio de 1943.

Esta ley se refiere a la modificación del Artículo 134 de la Constitución Política, mediante la cual se incorporó a nuestra Constitución Política el Título III, Sección III denominado “De las Garantías Sociales”.

El Artículo 63 de este Título dice textualmente “...Se establecen los seguros sociales en beneficio de los trabajadores manuales e intelectuales, regulados por el sistema de triple contribución forzosa del Estado, de los patronos y de los trabajadores, a fin de proteger éstos contra los riesgos de enfermedad, maternidad, invalidez, vejez, muerte y demás contingencias que la Ley determine. La administración y gobierno de los seguros sociales estará a cargo de una institución permanente, con esfera de acción propia, llamada Caja Costarricense de Seguro Social, que desempeña sus funciones con absoluta independencia del Poder Ejecutivo...”.

Este rango de constitucional que se confirió a los seguros sociales y a la institución que los administra, revela la trascendencia que desde entonces se reconoció a esta legislación social.

#### Nº 17. LEY CONSTITUTIVA DE LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL.

La Gaceta Nº 235, del 22 de octubre de 1943.

Esta ley describe y regula todo lo relativo a la administración y gobierno de los seguros sociales obligatorios a cargo de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Los dos regímenes establecidos inicialmente fueron el de enfermedad y maternidad y el de invalidez, vejez y muerte, que favorecían a trabajadores manuales e intelectuales que devengan sueldo o salario, menores de 60 años, cuyos ingresos no excedieran la suma de ¢3.600,00 mensuales.

Se trata de un sistema solidario tripartito que se financia con las cuotas que la institución fija a patrones, trabajadores y al Estado. Los dineros percibidos por este concepto forman dos fondos: uno de reparto que es el de enfermedad y maternidad y el otro de capitalización colectiva para cubrir los beneficios y gastos del régimen de invalidez, vejez y muerte.

Nº 2738. LEY DE UNIVERSALIZACION DE LOS SEGUROS  
SOCIALES OBLIGATORIOS  
12 de mayo de 1961.

Esta ley impuso a la Caja la obligación de universalizar los seguros sociales obligatorios en un plazo no mayor de 10 años, promoviendo así un esfuerzo nacional de ayuda solidaria para que toda la población tuviese acceso a la atención médica oportuna, integral e igual para todos. Se trató de la extensión horizontal de los seguros, la cual comenzó a realizarse en 1971.

Esta ley tuvo como propósito fundamental el mejoramiento de la atención médica, la eliminación de los servicios que se prestaban por caridad y la democratización de la medicina.

Nº 4750. LEY DE RUPTURA DE TOPES (COTIZACION)  
30 de marzo de 1971.

Fue promulgada esta ley para reformar el Artículo 30 de la Ley Constitutiva de la Caja, de tal manera que las coberturas del Seguro Social y el ingreso a éste fueran obligatorios para todos los asalariados y las cuotas de los regímenes, se calcularan sobre el total de las remuneraciones individuales. La ruptura de topes a que dio lugar esta ley, provocó lo que se ha llamado una extensión vertical de los seguros. Como se recordará, la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, estableció la cotización obligatoria pero solo para aquellos trabajadores asalariados cuyo ingreso no excediera la suma de ₡3.600.00 mensuales (Este límite es lo que se conoce como el tope).

PLAN NACIONAL DE SALUD  
Ministerio de Salubridad Pública, Oficina Sectorial de Planificación  
Abril 1971.

Primera parte: Información básica del Sector.

Segunda parte: Diagnóstico y recomendaciones de políticas para el decenio 1971-1980.



La oficina Sectorial de Planificación del Ministerio de Salud con la asesoría de la Oficina Panamericana de la Salud, llevó a cabo por primera vez en la historia sanitaria del país, un estudio que incluyó la obtención y procesamiento de los datos básicos sobre el Sector Salud, el diagnóstico de su situación y las recomendaciones para el decenio 1971-1980. Todo este trabajo dio lugar a la publicación de dos volúmenes en abril de 1971, uno de los cuales resume toda la información obtenida y el otro contiene el diagnóstico y las recomendaciones sobre las políticas que se podrían seguir durante el decenio mencionado.

Las limitaciones que durante el estudio se encontraron con respecto a las fuentes de información, como la falta de uniformidad en la recolección de datos y en la tabulación de las estadísticas, su inconsistencia y la consiguiente reserva con respecto a su confiabilidad, determinó la inclusión en el estudio de sólo cuatro organismos: Ministerio de Salubridad Pública (Dirección General de Salubridad y Dirección General de Asistencia), Caja Costarricense de Seguro Social, Instituto Nacional de Seguros y el Instituto Nacional de Acueductos y Alcantarillados.

La mayoría de las metas propuestas fueron logradas en el decenio y aun antes de lo previsto. Ejemplo de ello son los bajos índices de mortalidad infantil, natalidad, mortalidad materna que ahora tenemos, así como el aumento en la expectativa de vida al nacer y los cambios en la morbilidad del país.

## PROGRAMA DE SALUD RURAL

“Consideraciones acerca del programa. Utilización del personal auxiliar para ampliar la cobertura sanitaria en el medio rural”. Ministerio de Salubridad Pública.  
Julio de 1971.

La extensión de la cobertura de asistencia de la salud, de la población rural dispersa en nuestro país, fue una de las metas impuestas como parte de la reorganización del Ministerio de Salubridad Pública a partir de 1970.

El estudio realizado para sustentar el desarrollo del programa de medicina rural mostró que en 1968 el 35,5% de la población vivía en comunidades de menos de 500 habitantes y que la población rural representaba el 65,5% del total. El producto interno bruto fue en 1970 de ¢3.613,00 per-cápita, al que contribuía el sector agropecuario con el 24,1%. Por otro lado, la acción preventiva a cargo de la Dirección General de Salubridad representaba únicamente el 5% del total de gastos del Sector Salud, lo que da idea de lo poco que podrían avanzar los programas en este campo, obstaculizados adicionalmente por las condiciones negativas del saneamiento ambiental, que tampoco había logrado el impulso exigido por las circunstancias; tal era el caso de la dotación de agua potable, la disposición y tratamiento de excretas, la disposición de basura y el control de insectos roedores.

Esta información fundamentó el énfasis que entonces se dio al Programa de Salud Rural; se definió primero lo que se entendería como población rural dispersa: “aquella que habita en comunidades menores de 500 habitantes y cuyas distancias a las ciudades vecinas de mayor población, sobrepasaran una hora de tiempo, con los medios de movilización que tenían a mano los pobladores de la región”. Se diferenció el término “agrario”, que indica ocupación, de “rural”, que indica residencia, pues por ser la población rural eminentemente agraria se confunden los conceptos.

Para poder ampliar la cobertura de atención de la salud a las áreas rurales dispersas se diseñó entonces un programa a desarrollar, por auxiliares rurales con buen adiestramiento y supervisión de parte de médicos y enfermeras, y el apoyo completo del distrito sanitario más accesible.

El nuevo Puesto de Salud con auxiliares rurales promovería el desarrollo de la comunidad, la educación sanitaria, los programas preventivos del Ministerio de Salud, el saneamiento ambiental, la información estadística y primeros auxilios en caso de accidentes o algunas enfermedades, y referencia al médico de la mayor parte de estos.

Los representantes del Plan Tripartito de Operación OSP-OMS, UNICEF y Gobierno de Costa Rica, que entonces se firmó, participarían en el análisis de las labores, del cumplimiento de objetivos y en cualquier planteamiento de revisión y modificación del Programa, del cual los beneficiarios han sido las comunidades de menos de 1.000 habitantes. La primera etapa del Plan comprendía el período 1971-1974 y las dos restantes estarían sujetas a los resultados de la evaluación de la primera.

La cobertura en 1980 alcanza a 717.500 habitantes y 160.976 viviendas en 4.018 comunidades.

Nº 5395. LEY GENERAL DE SALUD  
La Gaceta Nº 222 del 24 de noviembre de 1973.

Esta ley sustituyó al antiguo Código Sanitario de 1949. Declara la salud como un bien de interés público tutelado por el Estado, correspondiendo al Poder Ejecutivo, por medio del Ministerio de Salud, la definición de la política nacional de salud, dictar las normas, planificar y coordinar todas las actividades públicas y privadas que se refieran a la salud, así como la ejecución de aquellas que por ley le competen, con potestad para dictar reglamentos autónomos en esta materia.

Toda persona, natural o jurídica está sujeta a los mandatos de esta ley, de sus reglamentos y órdenes generales y particulares, ordinarias y de emergencia y. a su vez, a ser informada debidamente por el funcionario competente, sobre las normas obligatorias vigentes en materia de salud.

El Libro I de esta Ley se refiere a los derechos y deberes de los individuos con respecto a su salud personal y a las restricciones a que están sujetos en consideración a la salud de terceros y a la conservación y mejoramiento del ambiente.

El Libro II se refiere a las autoridades de salud, sus atribuciones ordinarias y ciertas medidas especiales.

El Libro III señala las sanciones por delitos contra la salud, los procedimientos y competencias.

#### Nº 5349. LEY DE TRASPASO DE LOS HOSPITALES La Gaceta Nº 186 del 3 de octubre de 1973.

Con el propósito de acelerar la universalización del seguro de enfermedad y maternidad, y a la vez lograr un sistema integral de salud que hiciera posible la mejor utilización de los recursos humanos y materiales disponibles, en beneficio de la calidad de la prestación de los servicios, se promulgó la Ley Nº 5349 conocida como Ley de Traspaso de los hospitales a la Caja.

El Ministerio de Salud, las Juntas de Protección Social y los Patronatos a cargo de instituciones médico-asistenciales quedaban obligadas al traspaso de sus instituciones según se fuera conviniendo con la Caja.

Es importante destacar el Artículo 20 en el cual se dispone que la Caja prestará atención médico hospitalaria a la población no asegurada, incapaz de sufragar gastos por estos conceptos, para lo cual el Gobierno Central debía proveer los recursos financieros requeridos.

Este grupo de población así cubierta por el Seguro Social se denominó posteriormente "Asegurados del Estado".

El traspaso consistió en la transferencia a la Caja de cada hospital con sus instalaciones físicas, equipo, personal y fuentes de financiación, quedando el Estado obligado a financiar los déficit operacionales que se produjeran.

#### Nº 5412. LEY ORGANICA DEL MINISTERIO DE SALUD La Gaceta Nº 12 del 18 de enero de 1974.

Esta es la primera Ley Orgánica con que contó el Ministerio de Salud pues antes disponía sólo del Código Sanitario. Regula en el Libro I las atribuciones del Ministerio, su organización general, incluidos el Despacho del Ministro, la Unidad Sectorial de Planificación, la Asesoría Legal, la Auditoría General, el Consejo Nacional de Salud, el Consejo Técnico de Asistencia Médico Social, la Junta de Vigilancia de Drogas Estupefacientes, el Instituto Nacional sobre Alcoholismo, la Secretaría de la Política Nacional de Alimentación y Nutrición, el Despacho del Director General de Salud. El Libro II

se refiere al financiamiento, del cual forma parte el Régimen Económico Financiero de las Instituciones de Asistencia Médica y la Administración Sanitaria Municipal, y el Libro III se dedica a los Recursos y Procedimientos.

Este instrumento legal dio lugar a la reorganización interna del Ministerio, con miras a las nuevas metas y políticas impuestas para la década de los años 70, y lo constituyó en la entidad rectora del Sector Salud, por medio de las funciones normativas y de planificación que le atribuyó.

#### Nº IO.653-P-OP. DECRETO EJECUTIVO SOBRE REGIONALIZACION La Gaceta Nº 199, del 24 de octubre de 1979.

Este Decreto Ejecutivo dispone que para efectos de investigación y planificación del desarrollo socioeconómico, el territorio costarricense se divide en cinco regiones:

1. La Central, que abarca todos los cantones de San José, excepto Pérez Zeledón; buena parte de Majuela, Heredia y Puntarenas y también Cartago.
- II. Región Chorotega, que comprende Guanacaste, Upala (Majuela) y algunos Distritos de Puntarenas.
- III. Región Brunca, compuesta por Pérez Zeledón (San José) y algunos Cantones colindantes de Puntarenas.
- IV. Región Huetar Atlántica, con Limón y el distrito de Horquetas del Cantón de Sarapiquí (Heredia).
- V. Región Huetar Norte, que incluye parte de Alajuela y Puerto Viejo y la Virgen de Sarapiquí (Heredia).

#### LA REFORMA ADMINISTRATIVA EN LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Junta Directiva. Sesión Nº 5217 del 7 de junio de 1978.

En esta fecha la Junta Directiva de la Caja resolvió encargar a su Presidente Ejecutivo de llevar adelante el proceso de regionalización, desconcentración físico-funcional y sectorización, tanto de las actividades médico asistenciales como las administrativo-financieras.

La regionalización coincide con la división territorial prevista en el Decreto Ejecutivo Nº 10653 ya mencionado. Por la naturaleza compleja de los hospitales nacionales concentrados en San José, la Región Central se subdividió en Central Este, Central Oeste y Central Noroeste.

Tanto la Ley Nº 5525 del 2 de mayo de 1974, sobre Planificación Nacional, como el Decreto Ejecutivo Nº 9283 del 30 de octubre de 1978, que esta-

bleció el Plan de Reforma Administrativa, sirvieron de marco legal a la reestructuración interna de los servicios médico asistenciales y administrativos de la Caja.

La Dirección de Reforma Administrativa fue creada con vigencia a partir del 10 de marzo de 1979, para actuar como órgano asesor técnico, dependiente directamente de la Presidencia Ejecutiva de la Caja.

Nº 4760. LEY DE CREACION DEL INSTITUTO MIXTO  
DE AYUDA SOCIAL (IMAS)  
Alcance Nº 41, La Gaceta Nº 98, del 8 de mayo de 1971.

Por medio de esta ley se creó esta nueva Institución, para resolver el problema de pobreza extrema en el país. Sus fines son:

- “Formular y ejecutar una política nacional de promoción social y humana de los sectores más débiles de la sociedad costarricense.
- Atenuar, disminuir o eliminar las causas generadoras de la indigencia y sus efectos.
- Hacer de los programas de estímulo social un medio para obtener, en el menor plazo posible, la incorporación de los grupos humanos marginados de las actividades económicas y sociales del país. Preparar los sectores indigentes en forma adecuada y rápida para que mejoren sus posibilidades de desempeñar trabajo reenumerado. Atender las necesidades de los grupos sociales o de las personas que deban ser provistas de medios de subsistencia cuando carezcan de ellos.
- Procurar la participación de los sectores privados e instituciones públicas, nacionales y extranjeras, especializadas en estas tareas, en la creación y desarrollo de toda clase de sistemas y programas destinados a mejorar las condiciones culturales, sociales y económicas de los grupos afectados por la pobreza, con el máximo de participación de los esfuerzos de estos mismos grupos.  
Coordinar los programas nacionales de los sectores públicos y privados cuyos fines sean similares a los expresados en esta Ley...”

La fuente principal de financiación del IMAS es el recargo de un medio por ciento mensual sobre los salarios o sueldos, ordinarios y extraordinarios, que paguen a sus trabajadores las empresas empadronadas en el INA, el Seguro Social o en el Banco Obrero.

Nº 5662. LEY DE DESARROLLO SOCIAL Y ASIGNACIONES  
FAMILIARES

La Gaceta Nº 248 del 28 de diciembre de 1974.

Esta Ley creó un fondo especial para el desarrollo social y asignaciones familiares, administrado por la Dirección General que la misma ley creó.

Los dineros provenientes de este fondo tienen como objetivo promover y completar programas y servicios de carácter socioeconómico, que favorezcan a personas o familias de escasos recursos, administrados por instituciones como el Ministerio de Salud (programas de nutrición a cargo de Patronatos Escolares y centros locales de educación y nutrición), el IMAS, el Patronato Nacional de la Infancia, la Clínica Nacional de Nutrición, el INA, el ITCO.

Del fondo se toma el 200/o para la formación de un capital, con el cual se financia el Régimen no Contributivo de Pensiones por un monto básico, que ampara a quienes no tienen derecho a acogerse a los beneficios de los regímenes contributivos de la Caja Costarricense de Seguro social, porque no han cotizado, o por no haber completado el número de cuotas reglamentarias. Por disposición de esta ley los dineros por este concepto se le giran a la Caja Costarricense de Seguro Social, que administra este Régimen no Contributivo de Pensiones paralelamente al de Invalidez, Vejez y Muerte.

Del mismo fondo se otorgan prestaciones en dinero o asignaciones familiares a trabajadores de bajos ingresos, que tengan hijos menores de 18 años de edad o inválidos, o mayores de 18 años y menores de 25, siempre que sean estudiantes de una institución de educación superior.

Constituyen este fondo dineros provenientes de la Reforma a la Ley del Impuesto sobre las Ventas No. 3914 del 17 de julio de 1967 y sus reformas y, además, de un recargo del 5% sobre el total de sueldos o salarios que los patronos públicos y privados paguen mensualmente a sus trabajadores, con las excepciones que señala la ley.

Nº 5525. LEY DE PLANIFICACION NACIONAL  
2 de mayo de 1974.

Esta ley establece un Sistema Nacional de Planificación con los siguientes objetivos descritos en el Capítulo 1:

- a) Intensificar el crecimiento de la producción y de la productividad del país.
- b) Promover la mejor distribución del ingreso y de los servicios sociales que presta el Estado.
- c) Propiciar una participación cada vez mayor de los ciudadanos en la solución de los problemas económicos y sociales.

El Capítulo II describe los Organismos del Sistema que son, en forma resumida: La Oficina de Planificación Nacional y Política Económica de la Presidencia de la República (OFIPLAN), las unidades u oficinas de planificación de los ministerios, instituciones descentralizadas y entidades públicas y locales; los mecanismos de coordinación y asesoría.

Del capítulo III al VI se refiere en detalle a cada uno de los Organismos y a la eficiencia de la Administración Pública.

Con base en esta ley se emitió posteriormente (30 de octubre de 1978) el Decreto Ejecutivo No. 9283-P de “Creación del Sistema de Reforma Administrativa”, cuyo propósito primordial es lograr la eficacia, eficiencia y productividad en la Administración Pública. Integran el Sistema OFIPLAN las unidades sectoriales y regionales, las comisiones de actividades sustantivas y de apoyo que se establecieron para atender las disposiciones del Plan de Reforma Administrativa.

# GLOSARIO

## ABORTO:

Pérdida del producto de la concepción antes de que sea viable. Cualquier interrupción del embarazo antes de 28 semanas (180 días de gestación con feto muerto). (Indicador de salud).

## AFECCION PERINATAL:

Toda patología, adquirida o congénita, que ocurre en el periodo perinatal. (Indicador de salud).

## ALGORITMO:

Método y notación en las distintas formas de cálculo. En medicina se ha estado utilizando como un método didáctico, que señala ordenadamente los diferentes pasos que componen un proceso de diagnóstico o de organización de los servicios de salud.

## AUTOPSIA:

Examen post-mortem efectuado por un médico anatomopatólogo, para confirmar o rectificar la causa del fallecimiento, y también para fines docentes y de investigación. (Indicador de salud).

## CAMA HOSPITALARIA:

Aquella que un hospital tiene disponible para dar servicio a un paciente determinado, durante 24 horas del día. (Indicador de salud).

## CENSO DIARIO DE PACIENTES HOSPITALIZADOS:

El número de pacientes internos presentes a la hora de realizarse el censo del día, más el número de los pacientes internos que fueron admitidos como ingresos dicho día, pero egresaron en el mismo día, después de la hora del censo del día anterior. (Indicador de salud).

## COBERTURA:

Es la relación entre el Servicio y la población por cubrir. (Indicador de salud).

## CONSULTA MEDICA:

Es la atención, tratamiento o cualquier cuidado profesional otorgado por un médico a un paciente ambulatorio. (Indicador de salud).



**CRECIMIENTO VEGETATIVO DE LA POBLACION:**

Es el crecimiento de la población por los hechos vitales (diferencia entre los nacimientos y las defunciones). (Indicador de salud).

**DEFICIENCIA NUTRICIONAL:**

Es la designación colectiva que abarca una amplia gama de trastornos nutricionales, que producen enfermedad como consecuencia del déficit de algún nutriente específico. Puede ser primaria, si lo que la causa es la falta de alimentos, o secundaria cuando los alimentos no pueden aprovecharse debido a que se padece alguna enfermedad. (Indicador de salud).

**DESNUTRICION 1<sup>er</sup> GRADO (LEVE):**

Según clasificación de Gómez, peso del 75%, a menos del 90% de la norma para la edad. (Gómez, Federico. Científico mexicano que elaboró esta clasificación usada internacionalmente.) (Indicador de salud).

**DESNUTRICION 2° GRADO (MODERADA):**

Según clasificación de Gómez, peso del 60% a menos del 75% de la norma para la edad. (Indicador de salud).

**DESNUTRICION 3<sup>er</sup> GRADO (SEVERA):**

Según clasificación de Gómez, peso menor que el 60% de la norma para la edad. (Indicador de salud).

**DIA CAMA:**

Cada periodo de 24 horas durante el cual una cama hospitalaria se mantiene a disposición para el uso de los pacientes internados. (Indicador de salud).

**DIA PACIENTE O ESTANCIA:**

Cada período de 24 horas o menos que permanece ocupada una cama hospitalaria. Cada uno de los días que permanece un paciente en el hospital.

**DIAGNOSTICO:**

Es una palabra utilizada por un médico para identificar una enfermedad que padece un paciente, o una afección para la cual el paciente requiere, busca o recibe atención médica.

**DIAGNOSTICO PRINCIPAL:**

Diagnóstico del estado patológico principalmente responsable del inmediato envío o referencia del paciente al hospital o de su muerte.

**DROGA ESTUPEFACIENTE:**

Cualquier sustancia natural o sintética que tenga acciones farmacológicas similares a la morfina (analgésico-narcótico).

**EGRESO HOSPITALARIO:**

El paciente que sale del hospital porque el médico le di o de alta o bien por fallecimiento. (Indicador de salud).

**EMPRESA DE AUTOGESTION:**

Empresa en la cual los empleados son al mismo tiempo dueños y participantes en la gestión administrativa de ella.

**ENFERMEDAD DEGENERATIVA:**

Enfermedades de tipo progresivo, generalmente de causa desconocida. Casi siempre afectan uno o varios órganos y causan un alto grado de invalidez.

**ENFERMEDAD PERIODONTAL:**

Enfermedad de las encías.

**ENFERMEDAD TRANSMISIBLE:**

Aquella enfermedad contagiosa que, por su transmisibilidad, es necesario se notifique al Ministerio de Salud tan pronto se confirme el caso.

**ESTANCIA PROMEDIO:**

Número de días calendario promedio, desde la admisión hasta el egreso de cada paciente hospitalizado, durante un período dado. (Indicador de salud).

**ESTRUCTURA:**

Proporciones y relaciones que caracterizan un conjunto económico localizado en el tiempo y en el espacio.

**ESTRUCTURA PRODUCTIVA:**

Se refiere a la organización de las fuerzas que producen la riqueza de un país; puede ser primitiva o moderna; monopolística u oligopólica; estatal, privada, mixta.

**EXPECTATIVA DE VIDA:**

Esperanzas de vida al nacer, o sea, el número promedio de años en que se estima la vida de los individuos. (Indicador de salud).

**FECUNDIDAD:**

Es la manifestación de la fertilidad. (Indicador de salud).

**FERTILIDAD:**

Es la posibilidad de engendrar. (Indicador de salud).

**GIRO DE CAMA:**

Índice que representa el número de pacientes que, en promedio, recibió cada cama hospitalaria en un año. (Indicador de salud).

#### HOSPITAL CENTRAL O UNIVERSITARIO:

Es el centro de atención médico hospitalaria más especializado del Sistema, que recibe pacientes referidos por cualquier otro hospital del país; desarrolla importantes y vastos programas docentes y de investigación y está afiliado a la Universidad de Costa Rica.

#### INDICADOR DE SALUD:

Los indicadores son medidas que sirven para cuantificar hechos y para seguir la evolución de ciertos elementos, que influyen en el estado de salud de una población o lo definen. Algunos indicadores son la tasa de natalidad, la expectativa de vida al nacer, la tasa de mortalidad infantil, la tasa de mortalidad materna, la morbilidad, etc.

#### INGRESO PER-CAPITA:

Es el resultado de la división del producto nacional bruto entre el número total de habitantes de un país.

#### INVESTIGACION OPERATIVA:

Utiliza el enfoque planeado (método científico) y un grupo multidisciplinario para representar las complicadas relaciones funcionales de las actividades, para su análisis cuantitativo.

#### MACROECONOMIA:

Es una disciplina de las ciencias económicas, que estudia sus grandes relaciones como por ejemplo, la balanza de pagos, deuda externa, deuda interna, tipo de cambio de la moneda, etc.

#### MACROSISTEMA (SUPRASISTEMA):

Es el contexto dentro del cual opera el sistema con el cual interactúa. El sistema recibe insumos del macrosistema o ambiente más amplio y éste a su vez recibe el producto proveniente del sistema, el cual debe ser objeto de una evaluación continua; ésta constituye la retroalimentación del sistema.

#### MALFORMACION CONGENITA:

Todo patrón alterado que afecta la estructura anatómica y funcional del embrión, feto, o recién nacido. (Indicador de salud).

#### MODELO ECONOMICO:

Conjunto coherente de relaciones entre datos que pueden expresarse cuantitativamente, capaz de explicar y tornar inteligible el funcionamiento de una unidad económica simple o compleja.

#### MORBILIDAD:

Incidencia de una enfermedad en un determinado grupo de población; generalmente se expresa por 100.000 habitantes. (Indicador de salud).

**MORTALIDAD FETAL HOSPITALARIA:**

Defunción de un producto de la concepción, acaecida en el hospital antes de la expulsión o de su extracción completa del cuerpo de la madre, independientemente de la duración del embarazo. (Indicador de salud).

**MORTALIDAD GENERAL:**

Número de personas que fallecen por cada 1.000 habitantes. (Indicador de salud).

**MORTALIDAD HOSPITALARIA:**

Los pacientes que fallecen durante su permanencia en el hospital. Generalmente se expresa como un porcentaje. (Indicador de salud).

**MORTALIDAD INFANTIL:**

Los fallecimientos de niños menores de un año de edad por cada 1000 nacidos vivos. (Indicador de salud).

**MORTALIDAD NEONATAL:**

Los fallecimientos de niños dentro de su primer mes de vida. (Indicador de salud).

**MORTALIDAD NEONATAL PRECOZ HOSPITALARIA:**

Defunción en el hospital de aquellos niños menores de siete días de nacidos en el hospital. (Indicador de salud).

**MORTALIDAD POSNEONATAL:**

Es el fallecimiento que se produce después del primer mes y hasta el primer año de vida. (Indicador de salud).

**NACIMIENTO VIVO:**

Expulsión o extracción completa del cuerpo de la madre, independientemente de la duración del embarazo, de un producto de la concepción que después de dicha separación, respire o muestre otra señal de vida. (Indicador de salud).

**NEONATAL (PERIODO):**

Grupo de edad que abarca niños menores de 28 días de nacidos por 1 .000 nacidos vivos en ese año. (Indicador de salud).

**OPERACION QUIRURGICA:**

Uno o más procedimientos quirúrgicos, realizados en una misma ocasión, sobre un paciente, por la misma vía de acceso o para un propósito común. (Indicador de salud).

**PACIENTE AMBULATORIO:**

Aquel que recibe atención en consultorios o clínicas externas o sea, que no requiere ser hospitalizado.

**PACIENTE DE ATENCION A DOMICILIO:**

Un paciente de hospital o de otros centros de salud que recibe servicios médicos en su residencia.

**PACIENTE EXTERNO DE EMERGENCIA:**

Un paciente admitido al Servicio de Emergencias o servicio equivalente del Hospital, para el diagnóstico y tratamiento de una afección que requiere inmediatos servicios médicos y otros relacionados con éstos.

**PATOLOGIA SOCIAL:**

Aquellas situaciones que favorecen el surgimiento de problemas de salud en los individuos, como por ejemplo, el alcoholismo, la prostitución o la desocupación.

**PERINATAL (PERIODO):**

Es el período que va de la veintiochoava a la cuarentava semana de gestación hasta el séptimo día de post-parto. (Indicador de salud).

**PORCENTAJE DE OCUPACION:**

Relación entre los días-paciente y los días-cama, expresada como porcentaje. (Indicador de salud).

**POSNEONATAL (PERIODO):**

Grupo de edad que incluye niños de 28 días a un año de edad. (Indicador de salud).

**PREPATOGENICO (PERIODO):**

El tiempo que transcurre entre el momento en que una persona tiene contacto con un agente nocivo (patógeno) y el momento en que se inician los síntomas de enfermedad.

**PROCEDIMIENTO NO INVASIVO:**

Es un procedimiento para diagnóstico, que utiliza ultrasonido o electrodos sobre la piel sin penetrarla.

**PROCEDIMIENTO QUIRURGICO:**

Cualquier manipulación individual, separada y sistemática, sobre o dentro del cuerpo, que puede ser completa en sí, normalmente realizada por un médico, sin o con instrumentos, para restaurar partes del cuerpo desgarradas o deficientes, para extirpar tejidos enfermos o lesionados, para extraer cuerpos extraños, para asistir en partos, o para facilitar el diagnóstico.

#### PRODUCTO NACIONAL BRUTO:

Refleja el valor monetario de la producción total de bienes y servicios, que ha tenido lugar en el año económico en estudio; se llama producto nacional bruto porque incluye el consumo de capital que ha sido necesario durante el proceso productivo. El consumo de capital representa la pérdida de valor que sufren los bienes de capital por su uso en el proceso productivo. Este consumo de capital es lo que conocemos como depreciación. Cuando deducimos la depreciación o el cómputo de la renta nacional, obtenemos el producto nacional neto.

#### PRODUCTO SOCIAL:

El producto total dividido por la unidad de tiempo de ocupación del conjunto de la fuerza de trabajo de una colectividad.

#### PROGRAMA DE ENSEÑANZA CLINICA SOBRE ESPECIALIDADES:

Unidad organizada del cuerpo médico de un hospital docente, que cuenta con un Jefe de Programa, personal docente y otros médicos, aprobada para la enseñanza de posgrado de médicos residentes, que participen en diversos programas que conducen a la obtención de un título de especialista.

#### PROGRAMA DE MEDICINA MIXTA:

Es un programa en el que el paciente escoge a un médico particular, al cual le cancela el costo de la consulta, pero las medicinas, exámenes de laboratorio y radiología, se realizan en algún establecimiento de la Caja Costarricense de Seguro Social.

#### PUERICULTURA:

Lo referente al cuidado del crecimiento y desarrollo de los niños, para evitar enfermedades.

#### RADIACION IONIZANTE:

Radiación electromagnética o corpuscular capaz de producir iones, directa o indirectamente, en su peso a través de la materia. Ejemplo: rayos alfa, gama, beta, equis y neutrones.

#### SALUD COMUNITARIA RURAL:

Programa ambulatorio y domiciliario de atención básica de la salud en la zona rural. Incluye actividades de educación para la salud, preventivas y de asistencia médica básica. Están a cargo de un equipo de salud compuesto fundamentalmente por personal auxiliar, bajo la supervisión periódica de un médico.

#### SALUD COMUNITARIA URBANA:

Conjunto de acciones intra y extra institucionales, de medicina integrada, que están a cargo de un equipo de salud con participación activa de la comunidad.

#### SISTEMA:

Es un concepto amplio que abarca fenómenos de las ciencias biológicas y físicas al igual que de las ciencias sociales.

Se trata de un conjunto' de elementos endógenos y exógenos en interacción e interdependencia, que funcionan como un organismo en la ejecución de funciones específicas, entre las cuales existen relaciones coherentes y relativamente estables.

Se distingue el sistema cerrado que supone muy poco intercambio o ninguno, a través de sus límites. Contrariamente, el sistema abierto mantiene un intercambio constante con el ambiente que lo enmarca.

#### SUBSISTEMA:

Es una parte de un sistema que cumple una finalidad necesaria para alcanzar el propósito general del sistema y de cuán bien ella se integre o interfuncione dependerá la eficiencia del sistema.

#### TASA DE FECUNDIDAD:

Número de partos atendidos por cada 100 mujeres de 15 a 44 años de edad. (Indicador de salud).

#### TASA DE MORTALIDAD PERINATAL:

Fallecimientos en el hospital durante el período comprendido entre las 28 semanas de gestación y los primeros siete días de vida. (Indicador de salud).

#### TASA DE NATALIDAD:

Es la relación entre el número de nacimientos inscritos en el Registro y la Población a mitad del período en consideración. (Indicador de salud).

#### VARIABLE:

Es un factor o una cifra que se utiliza para hacer comparaciones o en función del cual se hacen ciertas deducciones.

# BIBLIOGRAFÍA GENERAL

Ackoff Russell, L. *Un concepto de planeación de empresas*. México. Editorial Limusa, SA. 1979.

Asociación Demográfica Costarricense. *Embarazo entre las adolescentes. Resultado de una encuesta realizada en la Ciudad de Limón*. San José. Mimeo. 1980.

Berg, Alan. *Estudios sobre nutrición. Su importancia en el desarrollo socio-económica* México. Editorial Limusa. 1975.

Bogan M., Marco W. y Orlich M., Jessie. "Salud y Enfermedad". *Costa Rica contemporánea*. San José. Editorial Costa Rica. 1979. Volumen II.

Burrow, G. y Dussault, J. *Screening neonatal thyroid*. New York. Rayen Press. 1980.

Caja Costarricense de Seguro Social. *El papel de los servicios de atención médica de la seguridad social en el desarrollo. Mesa redonda. Brasilia, Brasil. 24-27 de noviembre de 1981*. San José. julio de 1981.

\_\_\_\_\_ . *Reglamento de Invalidez, Vejez y Muerte*. Microfotografía y publicaciones. San José. 1979.

Civetta, L. "Beyond technology: intensive care in the 1980's". *Critical Care Medicine*. 9:763. 1981.

Costa Rica, Leyes y Decretos. Decreto Ejecutivo N° 1743. S.P.P.S. *La Gaceta*. N° 143 (Alcance N° 719). San José. 14 de julio de 1971.

\_\_\_\_\_ • Decreto Ejecutivo N° 10653. P-O-P. *La Gaceta*. N° 199. San José. 24 de octubre de 1979.

\_\_\_\_\_ • Ley constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social. N° 17. *La Gaceta*. N° 235. San José. 22 de octubre de 1943.



- \_\_\_\_\_. Ley de adición del Capítulo de Garantías Sociales a la Constitución Política. N° 24. *La Gaceta*. N° 147. San José. 7 de julio de 1943.
- \_\_\_\_\_. Ley de creación de los seguros sociales obligatorios. N° 17. *La Gaceta*. N° 247. San José. 4 de noviembre de 1941.
- \_\_\_\_\_. Ley de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares. N° 5562. *La Gaceta*. N° 248. 28 de diciembre de 1974.
- \_\_\_\_\_. Ley de eliminación de topes de la C.C.S.S. N° 4750. *La Gaceta*. N° 91. San José. 29 de abril de 1979.
- \_\_\_\_\_. Ley de traspaso de los hospitales a la C.C.S.S. N° 5349. *La Gaceta*. N° 186. San José. 3 de octubre de 1973.
- \_\_\_\_\_. Ley general de asistencia médico social. N° 1153 (38). *La Gaceta*. N° 89. San José. 23 de abril de 1980.
- Costa Rica. Leyes y Decretos. Ley orgánica del Ministerio de Salud. N° 5412. *La Gaceta*. N° 12. San José. 18 de enero de 1974.
- \_\_\_\_\_. Ley sobre derechos laborales. Traspaso de hospitales a la C.C.S.S. N° 5541. *La Gaceta*. N° 135. San José. 18 de julio de 1974.
- \_\_\_\_\_. Ley sobre la universalización de los seguros sociales obligatorios. N° 2738. *La Gaceta*. N° 111. San José. 17 de mayo de 1961.
- Engels, L.G. "The need for a new medical model: a challenge for biomedicine". *Science*. 196:129. 1977.
- Furtado, Celso. *Teoría y política del desarrollo económico*. México. Siglo Veintiuno Editores SA. 1972.
- Gwatkin, DR, y Brandel, S.K. "Esperanza de vida y crecimiento demográfico en el tercer mundo". *Investigación y Ciencia*. 70. 8-17. 1982.
- Hanlon, John. *Principles of public health administration*. U.S.A. The C. V. Mosby, Co. 1969.
- Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados. *Historia del primer abastecimiento de agua para la ciudad de San José*. San José. Oficina de Relaciones Públicas del ICAA. Mimeo. Mayo de 1979.

- \_\_\_\_\_. *Ley constitutiva del Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados, reformada y anexos*. s.f.
- \_\_\_\_\_. *20 años*. Edición especial. San José. 1981.
- Instituto Nacional de Seguros. *Algunos datos acerca del Instituto Nacional de Seguros*. San José. Revista Anual. Año 11. Edición III. 1981.
- \_\_\_\_\_. *Memoria Anual 1980*. San José. 1980.
- Leavell, H. y Clark, G. *Preventive medicine for the doctor and his community*. New York. Mc Graw Hill Co. 1965.
- Mata, Leonardo, et al. "La salud en Costa Rica en 1978, Ciencia y tecnología en un marco de prioridades". *Acta Médica Costarricense*. 22:209. 1979.
- Miller, B. y Burt, J. *Salud individual y colectiva*. México. Nueva Editorial Interamericana, SA. de C.V. 1973.
- Ministerio de Salud. *Memoria 1980*, San José. s.f.
- \_\_\_\_\_. *Plan Nacional de Salud 1974-1980*, San José. 1975.
- Ministerio de Salud. Unidad de Planificación. *Memoria del Ministerio de Salud y de la salud pública de Costa Rica. Cincuentenario 1927-1977* San José. Mimeo - 4 de junio de 1977.
- \_\_\_\_\_. Unidad Sectorial de Planificación. *Evaluación de la situación de salud en la década 1971-1980*. San José. 1980.
- Mohs, Edgar. "La responsabilidad individual y la salud". *Troquel* 13:2 1978.
- \_\_\_\_\_. *Salud, Medicina y Democracia. El surgimiento de una nueva era*. San José. Universidad de Costa Rica. Departamento de Publicaciones. 1980.
- Monge Alfaro, Carlos. *Nuestra historia y los seguros*. San José. Editorial Costa Rica. 1974.
- Morley, David, *Pediatric priorities in the developing world*. Londres. Editorial Butterworth y Co. 1973,
- Newell, Kenneth, *La salud por el pueblo*. Ginebra. Organización Mundial de la Salud. 1975.

- Orlich Bolmarcich, José L. et al, *Documento preliminar de trabajo para la definición de salud durante el período de gobierno 1970.1974*. San José. Ministerio de Salubridad Pública. 1970.
- Ortiz Castro, Edgar. *El control de la calidad de las aguas para suministro público*. San José. Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados. Mimeo. s.f.
- Presser, León. et al. *Ciencias de la Computación. IL México*. Editorial Limusa-Wiley. 1972.
- Pupo Pérez, Carlos. *Nuestros males. Principios sanitarios que nadie debe ignorar*. San José. Imprenta Nacional. 1936.
- Sáenz, L. et al. *Salud en Costa Rica*. Ministerio de Salud. San José. 1981.
- Sunkel, Osvaldo y Paz, Pedro. *El subdesarrollo latinoamericano y la teoría del desarrollo*. México. Siglo Veintiuno Editores, S.A., 1977.
- Trejos Escalante, Fernando. *Libertad y Seguridad*. San José. Imprenta Trejos. 1963.
- Wade, N. "Third world: Science and technology contribute feebly to development". *Science*. 189:770. 1975.

Este libro se terminó de imprimir en el mes de octubre de 1983 en los Talleres Gráficos de la Editorial EUNED. Su edición consta de 1000 ejemplares, impresos en papel bond 75 g con forro de cartulina gofrada. Estuvo al cuidado de la Dirección Editorial de la UNED.

Levantado de textos: GAUDISEÑOS  
Confección de dibujos y artes finales: Freddy Chacón T.  
Diseñó la portada: Martín Murillo A.