

***TEORÍA GENERAL
DE PARADIGMAS
EN SALUD***

Edgar Mohs

TEORIA GENERAL DE PARADIGMAS EN SALUD

Introducción:

Lo que a continuación voy a presentar, es producto de la experiencia costarricense en relación con la identificación de tres principales etapas por las que ha pasado la salud en nuestro país en el siglo XX. Sin embargo, me adelanto a señalar que no por ello podría dejar de hacerse una generalización como la que pretendo.

He llamado a estas etapas, paradigmas, porque reúnen las condiciones señaladas en su definición por Thomas Kuhn⁽¹⁾: cada uno de estos paradigmas tuvo lugar en un conjunto de situaciones con características teóricas y prácticas que conforman un verdadero modelo, marco o época. Además, se han sucedido los unos a los otros, de tal manera que el primero originó al segundo, y éste a su vez, de algún modo destruyó al anterior para generar el tercero.

Paradigmas en la historia de la Medicina:

Durante los primeros 10.000 años de la historia de la Medicina, predominó el pensamiento mágico, el cual generó un concepto totalmente acientífico de la relación salud-enfermedad, atribuyéndole un origen sobrenatural.

En los mil años siguientes el concepto acientífico fue sustituido por uno más elaborado, mejor conocido como teoría del miasma que demuestra, claramente, los intentos serios que se hacían para encontrar una explicación a las enfermedades. No obstante que muchas ideas originales fueron concebidas por grandes científicos como Farr, Virchow y Villermé, llama la atención que ellos mismos defendieron apasionadamente la teoría del miasma, cuya validez no se basaba en hechos reales, sino más bien imaginarios y abusaba de la importancia de elementos sociales y físicos como el frío y el calor, la humedad y la sequedad. La teoría del miasma y sus variaciones simbolizan un segundo esfuerzo del hombre y revelan su preocupación por la salud; y la equivocación de Farr, Virchow y Villermé, ilustra una de las repetidas paradojas registradas en la Historia⁽²⁾.

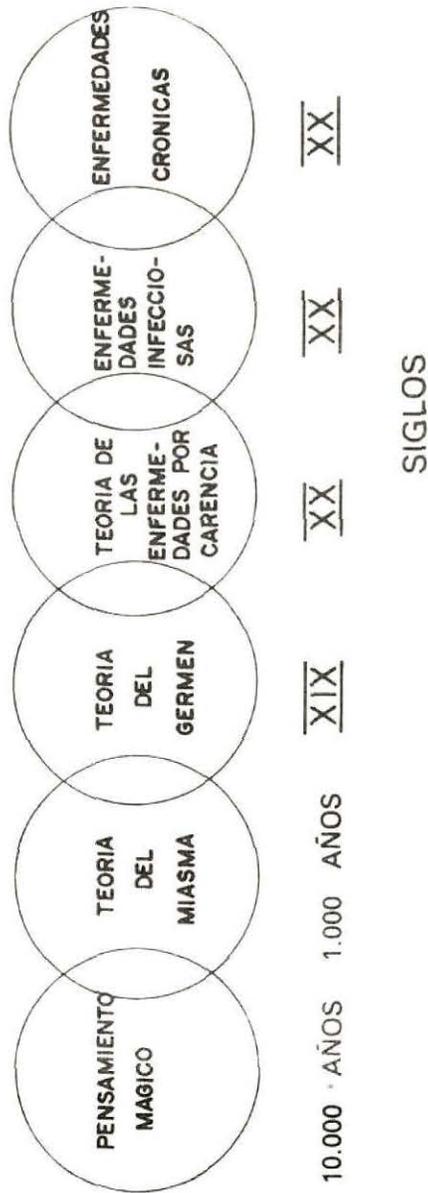
Durante unos 10 siglos la humanidad sufrió constantemente el azote de la plaga, el tifo, la peste, la disentería y otras epidemias las cuales, una vez presentes en determinado país, producían del 10% al 25% de mortalidad entre la población total.

En esta época aparece la peste negra en Europa, constituyéndose en la causante del mayor número de víctimas durante casi dos siglos. Tantos estragos ocasionó la peste durante la Edad Media, que la enfermedad fue representada como el primero de los cuatro Jinetes del Apocalipsis. Surge entonces en salud pública, un personaje muy importante precursor del epidemiológico: una especie de inspector de saneamiento, quien recorría día y noche las calles y caminos de ciudades y villorios, buscando focos de infección y dando la voz de alarma cada vez que comenzaba a crecer el número de casos de una determinada enfermedad en los lugares que atendía.

La era de la teoría del miasma terminó al descubrir Pasteur, a mediados del siglo XIX, que cada enfermedad es producida por un microorganismo; este fabuloso descubrimiento científico causó una revolución en las ciencias de la salud y su aplicación; a partir del conocimiento de los agentes etiológicos de las enfermedades, la Medicina avanzó velozmente y se inició una nueva salud pública con la Teoría del Germen, aunque ya se había avanzado bastante en algunos países en relación con medidas empíricas para prevenir las epidemias y para limitar su magnitud.

Al llegar al siglo XX, como puede verse en la figura No. 1 aparecen tres paradigmas consecutivos denominados, de las enfermedades carenciales, infecciosas y crónicas; a ellos nos vamos a referir con mayor detalle porque son los que hemos identificado en Costa Rica durante las últimas décadas.

FIGURA No. 1
 TEORIA GENERAL DE PARADIGMAS DE SALUD



El caso de Costa Rica:

Durante la colonia y las primeras décadas de independencia, la nación es paupérrima; gran cantidad de enfermedades afectan la calidad de vida de sus habitantes, al tiempo que reducen su esperanza de vida.

Los problemas de salud se comienzan a registrar en el siglo XVIII, y todos dan fe de que además de la extrema pobreza en la que vivían la mayor parte de los ciudadanos, la desnutrición, agravada con severas infecciones repetidas, eran la principal causa de mortalidad. La elevada mortalidad de los niños representaba la deplorable situación de salud de toda la población, donde la expectativa de vida era muy corta y gran número de niños fallecían en su primer año de existencia.

En el siglo XIX y en las primeras décadas del siguiente se comienza a reconocer que los problemas fundamentales padecidos por la población tiene origen en la elevada prevalencia de muchas enfermedades infecciosas (malaria, tuberculosis, afecciones respiratorias, diarreas, parasitosis, prevenibles por vacunación, etc.). Como consecuencia, se deduce que la principal causa de la enfermedad y de la muerte se encuentra en la falta de control sobre las infecciones.

Sin embargo, en los años 40 y 50 de este siglo XX, la difusión del descubrimiento de la etiología de flagelos como el beriberi, la pelagra y el escorbuto, “puso de moda” la creencia de que las deficiencias nutricionales eran una de las causas más importantes de la enfermedad y de la muerte en la población en general pero especialmente en la infantil. En otras palabras, el conocimiento y el interés viraron de las enfermedades infecciosas al campo de la nutrición y las deficiencias nutricionales lo que impregnó en todas partes, la organización y los esquemas para entender, describir y resolver los problemas de salud. Estos esquemas concedieron el primer lugar a todo aquellos relacionado con la nutrición y como consecuencia de este cambio de apreciación, se comenzó a formar, entre nosotros, alrededor de los años cuarentas, un enfoque particular, un paradigma que se mantuvo hasta 1969.

El Paradigma de las Enfermedades Carenciales:

Entre 1940 y 1969, se desarrolla en Costa Rica el paradigma de las Enfermedades Carenciales o de la Desnutrición (cuadro No. 1); en

CUADRO No. 1
EL PARADIGMA DE LA DESNUTRICION 1940-1969
(Las enfermedades carenciales)

| Causas | Problemas | Estrategias | Base Filosófica | Actitud Sociológica |
|---------------------------|---------------------------------------|--|---|---|
| Pobreza | Desnutricion | Mejoria de dieta (Distribucion de Alimentos) | Crecimiento economico e industrializacion como prerrequisitos | Nosotros no podemos resolver nuestros problemas |
| Ignorancia | Parasitosis | Grandes departamentos de Nutricion en los Ministerios de Salud | De la socialización de la medicina, a la socialización total | Aqui nada cambia |
| Explotación | Enf. infecciosas | Aumento numero camas hospitalarias | Enfasis en Medicina Curativa | Nuestro pasado fue glorioso |
| Falta de alimentos | Alta mortalidad | Mas medicos y especialistas | Medicina Preventiva Retornica | |
| | Elevada hospitalizacion | Politizacion de la medicina | | |
| | Oferta limitada de servicios de salud | | | |
| | Servicios basados en los hospitales | | | |

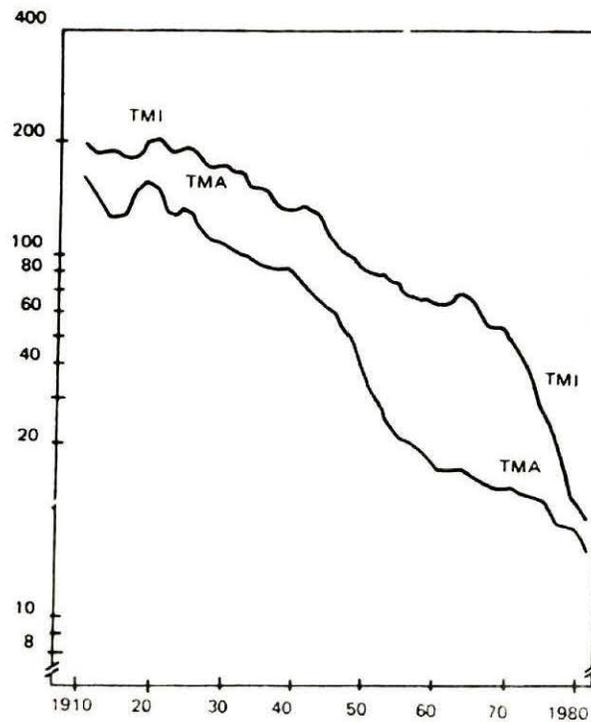
él los problemas de salud de la población se atribuyen a la pobreza, la ignorancia, explotación y falta de alimentos. Se reconocen como principales problemas la desnutrición, la parasitosis, las enfermedades infecciosas, la elevada mortalidad, la frecuente hospitalización y la oferta limitada de servicios de salud (los pocos que se ofrecen se basan en los hospitales, es decir, el centro de salud de cualquier comunidad es el hospital). Bajo este concepto se desarrollan algunas estrategias: mejoramiento de la dieta mediante la distribución de alimentos; creación de grandes departamentos de nutrición, en los Ministerios de Salud; aumento de número de camas en los hospitales; *incremento en la cantidad de médicos y enfermeras y politización* de la Medicina. Las escuelas de medicina se convierten en campos de discusión de los problemas nacionales, y predomina el pensamiento de que del aula universitaria van a surgir las soluciones para el desarrollo de estos países porque se sigue considerando que el desarrollo constituye un pilar fundamental para resolver los problemas de salud y se cree que el desarrollo se alcanzará estabilizando los servicios de salud y estabilizando también los medios de producción. *Ciertas reflexiones que se originaron en las universidades* evocan por un lado grandezas logradas en un remoto pasado y por otro buscan ingenuamente un milagro en el futuro. Descartan toda posibilidad de hacer las cosas ahora y con sus propias manos.

La base filosófica de estos enfoques se sustentan, en primer lugar, en la creencia de que el crecimiento económico y la industrialización son prerrequisitos para resolver los problemas de salud. En segundo lugar, se señala la socialización de la medicina como un paso para el establecimiento de un estado socialista y una alternativa para resolver los problemas de salud. En tercer lugar, se continúa enfatizando la Medicina curativa, al tiempo que la preventiva permanece en el ámbito retórico. Se habla mucho de la Medicina preventiva; se repite que “es mejor prevenir que curar”, pero en la práctica es poco lo que se avanza en ese campo ya que el sistema sigue basándose en Medicina curativa. Este paradigma termina de conformarse con una actitud psicológica: la de que nosotros no podemos resolver nuestros problemas. La mayor parte de la gente de esa época estaba convencida de que la solución de estos problemas no estaba a nuestro alcance. Con frecuencia se oía decir que nada cambia o que los cambios se tienen que producir muy lentamente y además se observaba una tendencia a destacar que el pasado fue mejor. En resumen, se considera que en el presente nos aquejan problemas muy graves pero somos incapaces de resolverlos;

como en el presente y el futuro son tristes, algunos pueblos de América Latina tienden a exaltar el pasado y a refugiarse en él.

En esa época, la mortalidad infantil es muy elevada, pues gira alrededor de 200 por mil y la mortalidad de adultos, también es muy alta, de 20 por mil (figura 2).

FIGURA No. 2
**TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL Y ADULTA
COSTA RICA, 1910 - 1989**



SIMBOLOS

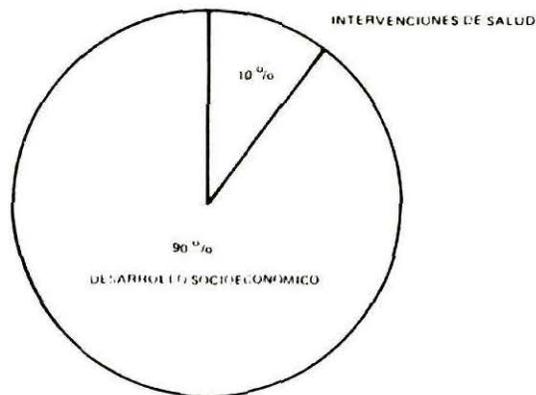
TMI - Tasa de mortalidad infantil por 1000

TMA - Tasa de mortalidad adulta (edades 20 - 49) por 10000

FUENTE: L. Rosero 1984

La mayor parte de la gente considera que los problemas de salud sólo se van a resolver cuando haya desarrollo socio-económico, y se afirmaba que éste resolvería el 90% de los problemas de salud, mientras que las actividades de médicos, enfermeras, auxiliares, asistentes, nutricionistas, odontólogos y otros trabajadores, solamente podrían solucionar el restante 10% (Figura 3). Esta forma de pensar condujo a una parálisis de la acción y a infertilidad en el pensamiento, lo cual coincidía con el hecho observado de que nada cambiaba en el campo de la salud.

FIGURA No. 3
**DETERMINANTES DE LA SALUD DE LA POBLACION
SEGUN EL ANTIGUO PARADIGMA**



MOHS 1985

El Paradigma de las Enfermedades Infecciosas:

La situación descrita corresponde a la Costa Rica anterior a 1970; a partir de ese año, se produce un cambio en la reflexión sobre las soluciones a problemas de salud del país y por eso decimos que comenzó a desarrollarse un nuevo Paradigma que llamamos de las Enfermedades Infecciosas (cuadro 2); tal cambio se inspiró en la Teoría de Sistemas y el Estructuralismo. (3-4)

CUADRO No. 2
EL PARADIGMA DE LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS
(DESPUES DE 1970)

| Causas | Problemas | Estrategias | Base Filosófica | Actitud Sicológica |
|---------------------------------------|--|---|--|--|
| Enfermedades infecciosas | Desnutricion | Control y erradicacion de enfermedades infecciosas y Parasitosis Intestinal | Familias más sanas con- tribuirán más al desa- rrollo económico y social | Nosotros podemos re- solver nuestros problemas |
| Parasitosis intestinal | Alta mortalidad | Planificación familiar | Oferta plena de servicios de salud basados en Centros y Puestos de Salud | Esto tiene que cambiar |
| Embarazo no deseado | Alta morbilidad | Promocion Leche Materna | Menos politización y mayor cientificación de la medicina | Lo importante es lo que hagamos ahora |
| Bajo peso al nacer | Elevada hospitalización | Atencion Primaria de Salud Universal | Salud para toda la población | |
| Alimentación artificial | Baja cobertura de los servicios de salud | Utilización Tecnología apropiada | Enfasis real en la Medicina Preventiva | |
| Oferta limitada de servicios de salud | | Reformas legales y adminis- trativas del sector salud | | |
| Servicios basados en Hospitales | | | | |

Contrariamente a lo que se había hecho hasta entonces, se pone en un primer lugar a las enfermedades infecciosas y su erradicación se señala como la clave para resolver los problemas sanitarios, especialmente de la niñez. Aun cuando se identifican los mismos problemas se les atribuyen causas inmediatas muy diferentes. Entre esas causas se da prioridad a las enfermedades infecciosas, parasitosis intestinales, *embarazo no deseado*, *bajo peso al nacer*, *oferta limitada de servicios de salud* y servicios basados en hospitales. Hecho el reconocimiento de estas causas, se empiezan a desarrollar estrategias muy diferentes de las que se venían desarrollando. Se destaca como principal estrategia, el control y la erradicación de enfermedades infecciosas y de la parasitosis intestinal. En segundo lugar, se promueve la planificación familiar, la lactancia materna, la atención primaria de la salud para todos, la utilización de metodología apropiada y la aplicación de reformas legales y administrativas en el Sector Salud, las cuales provocan cambios sustanciales en la práctica y el pensamiento salubrista en Costa Rica.

Esta orientación no se origina accidental ni arbitrariamente, sino se sostiene en una sólida base filosófica que en uno de sus elementos establece qué familias más sanas contribuirán al desarrollo económico y social del país. Con este sustento filosófico, se produce, en cierta forma, una inversión del enfoque anterior que sostenía como prerrequisito para resolver los problemas de salud, el desarrollo económico y social. Ahora, se colocan las intervenciones en salud en un lugar preponderante, al tiempo que se propicia una oferta plena de servicios de salud, basada en centros y puestos de salud, en lugar de hospitales. Así, la inversión en el enfoque filosófico incide en la forma de brindar y organizar los servicios.

Simultáneamente, se procura disminuir la politización de la medicina, con lo que los temas pasan a ser más científicos que políticos. Es decir, en lugar de postular la revolución socialista para solucionar los problemas de salud, se comienza a tratarlos en un plano de mayor objetividad, con rigor científico y se anuncia una revolución democrática de carácter sanitario.

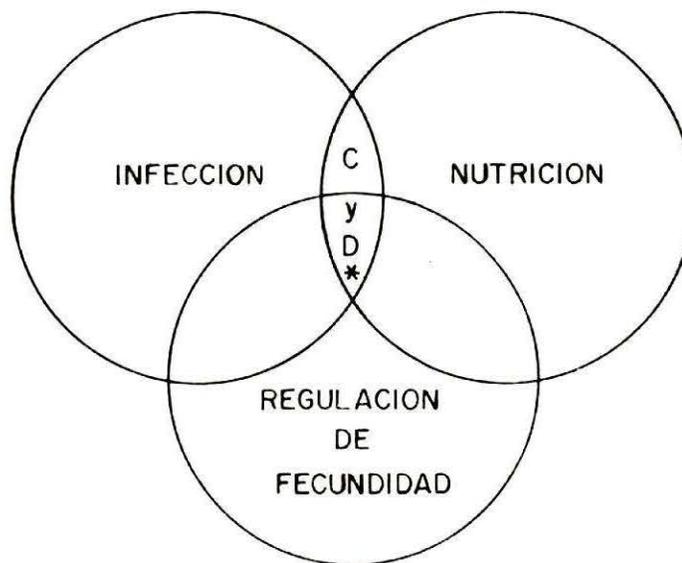
Otro logro importante es la postulación de que la salud debe ser para toda la población, lo que se hace en Costa Rica muchos años antes de que la Organización Mundial de la Salud promoviera su lema "Salud para Todos en el año 2000".

El último componente de este paradigma es la actitud psicológica, la cual cambió radicalmente, respecto de la anterior; ahora decimos: en Costa Rica podemos resolver nuestros problemas.

Cuando se reconoce que la situación de salud tiene que cambiar y que lo importante es que cambie pronto, se comienza a desarrollar un Sistema Nacional de Salud, que cuenta entre sus elementos conceptuales importantes un enfoque holístico, o sea global, mediante el cual, la Medicina se interesa tanto en el medio ambiente como en los ciclos de vida (figura 4).

FIGURA No. 4
ENFOQUE HOLISTICO DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO

EL AMBIENTE



* Crecimiento y Desarrollo

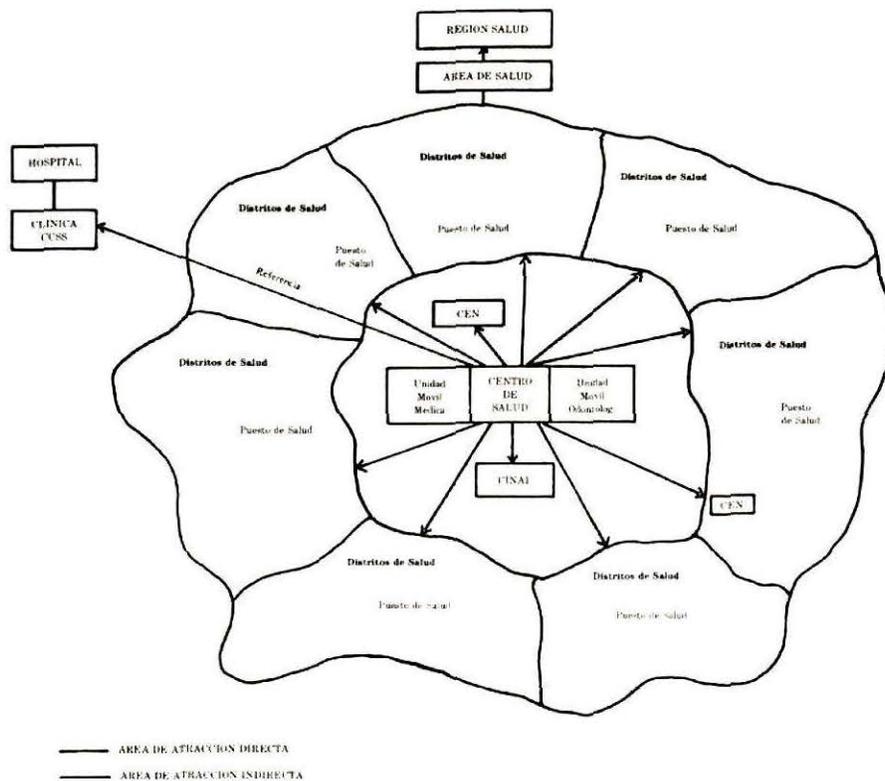
Este Sistema Nacional de Salud está influenciado por la Teoría de Sistemas (5) y en un determinado momento se pasa de una situación de desarticulación, producto del espontaneísmo, a una de centralización y concentración en la que hay un poder hegemónico de la sede central; luego, ya directamente bajo el concepto de sistemas, se empieza a desarrollar un Sistema Nacional de Salud, con fuerte descentralización y desconcentración (figura 5).

FIGURA No. 5
EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD



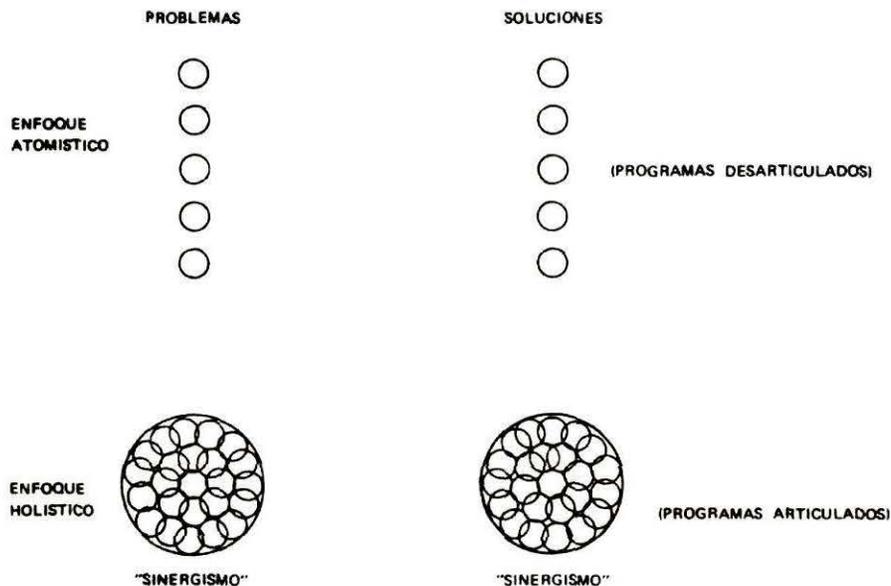
Se enfatiza la atención primaria, lo que también, por supuesto, significa enfatizar la importancia de los sistemas locales de salud y la relevancia que estos tienen en la identificación, atención y solución, en forma eficiente y eficaz, de los problemas que enfrenta la población, en sus propias comunidades. Así, el país se va dividiendo en áreas cada vez más pequeñas, en las que se puede trabajar más directamente con las personas. Esta división corresponde a la territorial: regiones, cantones, distritos y caseríos, con el fin de poder descender del planteamiento teórico hasta el individuo. Las subáreas del Sistema Local de Salud o sea de un cantón, son dirigidas y coordinadas por el centro de salud (figura 6).

FIGURA No. 6
ESTRUCTURA ORGANIZATIVA DE UN SILOS



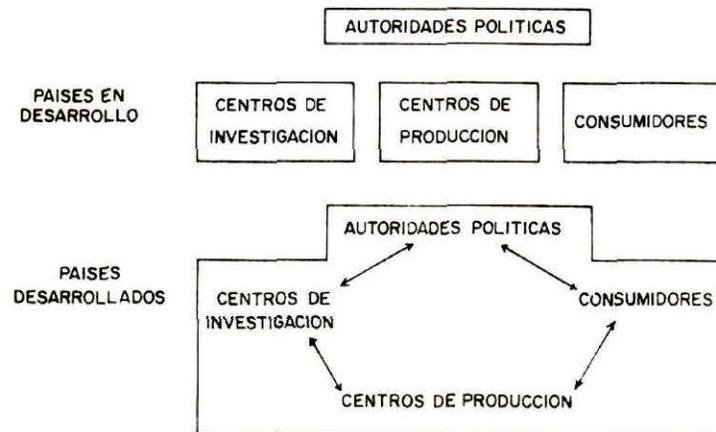
También, en esta época se abandona la forma lineal de ver las cosas, en la que a veces se confunden causas y efectos como sucedió en las discusiones acerca de la importancia de la infección y la nutrición en la desnutrición de los niños. Mientras la discusión se sostenía *linealmente*, no se obtenía solución, pero al adoptarse el pensamiento circular, al comprenderse la continuidad entre causa y efecto, comienza a entenderse cómo se influyen, recíprocamente, las infecciones y la nutrición deficiente en el origen de la desnutrición. Además, se concede importancia al sinergismo que hay entre los diversos problemas que afectan la salud, como por ejemplo, aquellos casos de diarreas, combinados con enfermedades prevenibles por vacunación y los de infecciones respiratorias; estos problemas así superpuestos van a producir un gran impacto sobre la salud de las personas (figura 5). En lugar de hablar de equilibrio de fuerzas, empezamos a hablar de equilibrio de flujos y utilizamos la célula como ejemplo vivo de lo que se puede lograr en el campo de la salud.

FIGURA No. 7
ENFOQUE HOLISTICO VS. ENFOQUE ATOMILISTICO



También comenzamos a tratar de cambiar nuestras interpretaciones de la relación entre la Ciencia, la Tecnología y el Desarrollo y a abandonar el esquema desarticulado característico de los países poco desarrollados, para adaptar enfoques integrados que habían surgido en los países desarrollados (Figura 8).

FIGURA No. 8
CIENCIA, TECNOLOGIA Y DESARROLLO



En los países poco desarrollados, las autoridades políticas están desconectadas, son independientes de los centros de investigación, los cuales funcionan de una manera autónoma de los centros de producción y de los consumidores; todos estos elementos vitales del ciclo de relación entre la Ciencia y la Tecnología están de espaldas unos a otros. En Costa Rica tratamos de crear espacios en los que aparecieran las autoridades políticas interactuando con los centros de investigación de las universidades o privados, con los centros de producción y los consumidores. Ese es el esquema en que se ha venido trabajando en los últimos años.

Se inició un nuevo ciclo en el que el enfoque holístico tomó el primer lugar. Encontramos que la identificación de problemas aislados daba origen a soluciones con programas también aislados, lo cual impedía que el elemento sinergismo se pudiera aprovechar. Así como hay un sinergismo entre los problemas (un problema unido a otro crea uno mayor), así las soluciones superpuestas, yuxtapuestas, por medio de programas articulados dan lugar también, a efectos e impactos mayores sobre los blancos que se han definido.

Por eso comenzamos a hablar de integración de instituciones y de programas, concepto que se ilustra con el papel desempeñado por la infección, la nutrición y la fecundidad sobre el crecimiento y el desarrollo humano, porque el crecimiento y el desarrollo se encuentran en la intersección de este tipo de cambios o de áreas (figura 4).

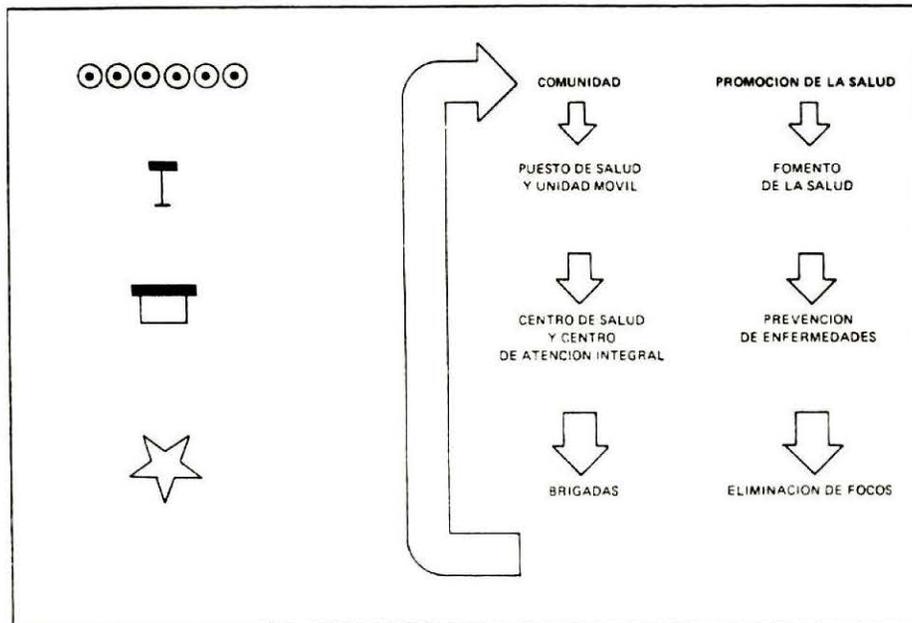
El antiguo enfoque diacrónico, característico del primer paradigma; fue reemplazado por un enfoque sincrónico que puso énfasis en las enfermedades infecciosas parasitarias.(6)

Desde esta perspectiva, ya no separamos lo que son los problemas de la salud de una población de los de enfermedad, sino que los vemos en una forma integral; lo que observamos en el espectro de la salud-enfermedad es un continuo donde la mayor parte de la población está sana; disminuye la que se reporta enferma; es menor aún la que visita a un médico; más pequeña la que padece enfermedades crónicas, menor la que necesita un medicamento, y todavía menor la que requiere hospitalización. Pero todos forman parte de un espectro, de un conjunto, que al verse en una forma integral, lo mismo interesa la población sana, para que conserve su condición saludable, como la que requiere hospitalización y de toda la biotecnología posible. Todo es importante;

nada se queda por fuera en este enfoque. A cada porción le corresponden recursos y tecnología diferentes y la gerencia del proceso tiene la responsabilidad de asignarlos en forma justa y apropiada.

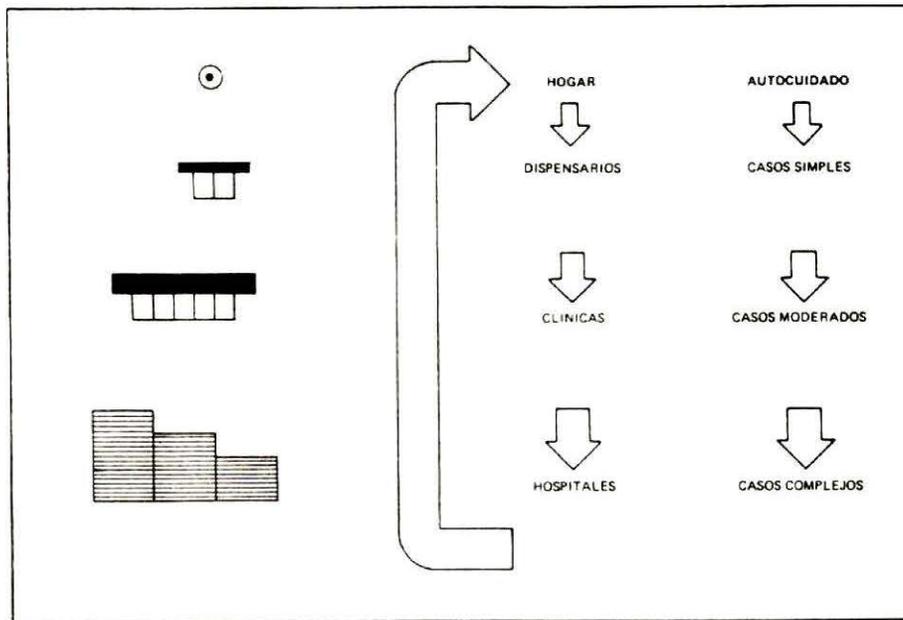
Así, se estableció que las dos instituciones más importantes del Sistema Nacional de Salud, la Caja y el Ministerio, debían cada uno encargarse de determinadas tareas. Al Ministerio le correspondió atender y organizar a las comunidades en actividades de promoción de la salud, prevención de enfermedades y la eliminación de focos epidémicos (figura 9).

FIGURA No. 9
MINISTERIO DE SALUD
SUBSISTEMA DE SALUD PUBLICA Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES
AMBITO: NACIONAL
OBJETIVO: TODA LA POBLACION



A la Caja Costarricense de Seguro Social, le correspondió atender los cuidados médicos de la población, mediante esquemas que van de lo simple a lo complejo; desde la atención en el hogar con el autocuidado, hasta la especializada en los hospitales (figura 10).

FIGURA No. 10
CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL (E.M.)
SUBSISTEMA DE ATENCION MEDICA Y REHABILITACION
AMBITO: NACIONAL
OBJETIVO: TODA LA POBLACION



Como consecuencia de la aplicación y desarrollo de este paradigma, la mortalidad infantil bajó considerablemente en ocho años. Se pasó de los índices más altos en América Latina a los más bajos; la mortalidad infantil se redujo un 70% y en menores de 5 años un 80%, lo que produjo una profunda transformación en el país no sólo se eliminaron o redujeron muchas enfermedades infecciosas y carenciales, sino se clausuraron alrededor de 500 camas pediátricas equivalentes al 50% de las existentes en el país. (7)

El Paradigma de las Enfermedades Crónicas:

Al erradicar la desnutrición y otras carencias, controlando las infecciones y parasitosis y mejorando el ambiente básico, más rápido de lo que nos pudimos imaginar, se presentó una nueva situación en la que predominan las enfermedades crónicas y por eso decimos que estamos desarrollando un nuevo Paradigma con enfoque holístico sobre enfermedades crónicas (cuadro 3); ahora tenemos otro tipo de problemas en el campo de la salud infantil, porque predominan las afecciones perinatales, las malformaciones congénitas, el abuso o la agresión hacia los niños, los accidentes y las intoxicaciones. La demanda ilimitada de servicios públicos ocasiona una oferta insatisfactoria. Ciertamente, tanto los problemas como sus causas son diferentes y por eso las estrategias para enfrentarlos también tienen que ser diferentes. La base filosófica de este Paradigma es que debemos desarrollar más la responsabilidad individual toda vez que la mayor parte de los problemas actuales están estrechamente relacionados con la conducta del individuo. Si no se modifica su comportamiento, no se podrá avanzar en el control de este tipo de enfermedades, porque para evitarlas, tenemos pocos recursos tecnológicos lo que obliga a descansar en la educación como el medio más útil para cambiar la conducta.

También, como sucede con el progreso en general, se presenta una dependencia creciente de la ciencia y tecnología toda vez que tanto la prevención como la atención médica y la rehabilitación de las enfermedades crónicas son de una complejidad muchísimo mayor que las empleadas para superar a las propias de los paradigmas de enfermedades carenciales y enfermedades infecciosas.

CUADRO No. 3
EL PARADIGMA DEL ENFOQUE HOLISTICO DE LA SALUD
(Las enfermedades crónicas)

| Causas | Problemas | Estrategias | Base Filosófica | Actitud Sicologica |
|--|---|---|--|--|
| Niños no deseados | Afecciones perinatales | Planificación familiar | Desarrollo de la responsabilidad individual | Es nuestro deber resolver nuestros problemas |
| Atención prenatal y del parto, insuficientes | Malformaciones congénitas | Atención Perinatal Universal | Mejoría de la eficiencia | El cambio es parte de nuestras vidas |
| Condiciones ambientales inadecuadas | Abuso infantil | Partos institucionales de buena calidad | Endogenización de la ciencia y la tecnología | <i>Trabajamos pensando en el futuro</i> |
| Inadecuado estilo de vida | Accidentes e intoxicaciones | Mayor control del saneamiento ambiental | Salud contribuye a la democracia y la paz | |
| Patología social | Demanda ilimitada de servicios | Atención primaria con participación de la comunidad | Desarrollo de un Sistema Nacional de Salud | |
| | Decreciente eficiencia de los servicios | Mejor educación para la salud | Prevención, curación y rehabilitación son igualmente importantes | |
| | | Desarrollo científico y tecnológico | | |
| | | Medicina integrada pública y privada | | |
| | | Enfoque holístico vrs. enfoque atomístico | | |

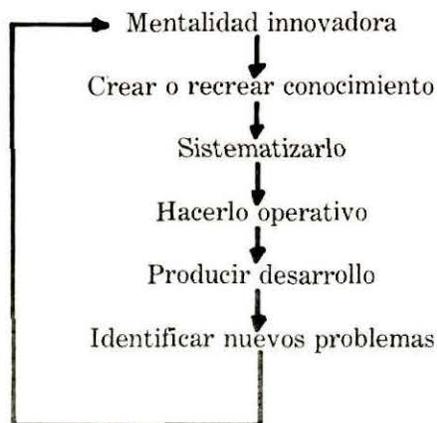
Cuadro No.3

Además tenemos que ser más eficientes y aquí vuelve a aparecer la yuxtaposición entre salud y educación, porque es sólo mediante la educación que nosotros podemos llegar a ser más eficientes; pero tenemos, inexorablemente, que alcanzar esa eficiencia, porque nuestros recursos son limitados y estamos enfrentando problemas propios de países industrializados que son muy complejos y de alto costo. Por la misma razón hay que hacer un gran esfuerzo de endogenización, interiorización de la Ciencia y de la Tecnología y apropiarnos tanto del conocimiento existente mediante el redescubrimiento, como generar conocimiento nuevo.

En cuanto a actitud psicológica, ha cambiado completamente; ahora decimos que es nuestro deber resolver nuestros problemas. Hemos cambiado tanto, en el curso de los últimos años, que ahora aceptamos que el cambio es parte de nuestras vidas y pensamos más que en el pasado, en forjar un futuro mejora para las nuevas generaciones.

Indudablemente, aunque enfrentamos, con muy pocos recursos, problemas muy parecidos a los que enfrentan los países desarrollados del mundo, podemos decir que nuestra calidad de vida es ahora muy superior a la de cualquier otra época anterior, pero para continuar progresando así será indispensable trabajar con la mayor eficiencia posible y con una gran capacidad de innovación y creatividad (figura 13) dentro de un enfoque sinérgico.

FIGURA No. 13
TEORIA Y PRACTICA DEL DESARROLLO



Comentarios:

Aunque esta experiencia heurística se realizó en Costa Rica, es lógico pensar que pueda aplicarse a otros países poco desarrollados en donde se vive el primer paradigma de las enfermedades carenciales. Así como las naciones industrializadas pasaron de un paradigma a otro en el curso de uno o dos siglos, vemos ahora que posiblemente todas las naciones tengan que transitar ese mismo camino aunque en circunstancias diferentes.

La primera diferencia que observamos es que hoy día disponemos de una amplia gama de tecnología apropiada que era desconocida en décadas anteriores y que debería facilitar la efectividad y eficacia de las intervenciones en salud. Esta es una diferencia ventajosa.

La segunda diferencia es desventajosa, pues tiene que ver con el hecho de que los países desarrollados se enriquecieron al mismo tiempo que superaron las enfermedades por carencia y las infecciosas; cuando tuvieron que enfrentar las enfermedades crónicas cuya atención es sumamente costosa, disponían de los recursos necesarios para ello. Costa Rica y otros países poco desarrollados que han alcanzado el paradigma de las enfermedades crónicas o que lo alcanzan en el futuro próximo, carecen de la riqueza necesaria para atender el elevado costo de las estrategias útiles para evitar o reparar el daño causado por tales padecimientos. Esta evidente desventaja, hace que tengamos que basar nuestras acciones en educación de la población y en fomento y promoción de la salud; desarrollo de una mayor responsabilidad individual, rigurosa selección de prioridades y constante búsqueda de eficiencia, así como en una más aguda capacidad creativa.

Nuestra posibilidad de mejorar la calidad de vida y la salud del mundo poco desarrollado depende de que sepamos interpretar correctamente la realidad que nos rodea y sepamos escoger o implementar las intervenciones sanitarias adecuadas, porque la historia de las naciones industrializadas no se repetirá y la acumulación de riqueza tomará aún más tiempo para producirse. Al estar llegando a su término este siglo XX, parece que la decisión apropiada para las naciones menos desarrolladas es emprender vigorosamente y sin pérdida de tiempo la implementación de los paradigmas holísticos (de las enfermedades infecciosas y crónicas) abandonando el estéril

paradigma de las enfermedades carenciales cuyo enfoque diacrónico ha resultado incapaz de conceptualizar adecuadamente los problemas y ejecutar las acciones correctas.

Sin embargo, debemos evitar los esquemas rígidos y dogmáticos y admitir que lo que hoy estamos proponiendo en términos generales, debe enriquecerse con las condiciones propias de cada comunidad y con nuevas observaciones que continuarán agregándose en el futuro hasta algún día cuando también serán abandonados.

BIBLIOGRAFIA

1. Kuhn, T.: *The Structure of Scientific Revolutions*. Second Edition Chicago. The University of Chicago Press, 1970.
2. Buc, C., Llopis A., Najera E., Terris M., Eds: El Desafío de la Epidemiología. Problemas y lecturas seleccionadas, Washington D.C.: Publicación científica No. 505, Organización Panamericana de la Salud, 1988: 3-27.
3. Bertalanffy, L. von: *General Systems Theory*. New York. George Brazillier, 1972.
4. Boulding, KE: *General Systems Theory: The Skeleton of Science*. Management Science, 1956.
5. Wiener, N: *Cybernetics. Control and Communication in the Animal and the Machine*. New York. John Willey & Sons, 1948.
6. Mohs, E: *Infectious Disease and Health in Costa Rica: The Development of a New Paradigm*. Pediatric Infectious Disease 1:212, 1982.
7. Mohs, E: *Evolution of Paradigms of Child Health in Developing Countries*. Pediatric Infectious Disease 4:532, 1985.

LEYENDAS DE LAS FIGURAS

Fig. 1:

En esta figura se presenta la evolución histórica de los paradigmas en salud; los últimos tres se realizaron en este siglo XX.

Fig. 2:

La evolución de la mortalidad infantil y de adultos muestra que fueron muy elevadas al principio del siglo y muy bajas en los últimos años.

Figura 3:

Antiguamente se creía que las intervenciones en salud tenían muy poco efecto sobre la salud de la población y se le atribuía un excesivo valor al desarrollo socio-económico.

Figura 4:

El enfoque holístico considera las interacciones entre infección, nutrición, fecundidad, el ambiente y el crecimiento y desarrollo de los niños.

Figura 5:

El Sistema Nacional de Salud es un conjunto de Instituciones con grandes relaciones entre ellas; cada una se especializa en determinado tipo de servicios que con complementarios unos de otros.

Figura 6:

El Sistema Local de Salud opera en cada cantón del país y está compuesto por varios distritos de salud que corresponden a cada distrito político.

Figura 7:

El enfoque atomístico es sincrónico y el impacto de sus soluciones es bajo; el enfoque holístico es diacrónico y de gran impacto.

Figura 8:

En los países desarrollados está integrada la ciencia, la tecnología y el desarrollo; en los países poco desarrollados no.

Figura 9:

Al Ministerio de Salud le corresponden actividades de promoción y fomento de la salud, así como prevenir las enfermedades.

Figura 10:

A la Caja Costarricense de Seguro Social le corresponde la atención médica y la rehabilitación de los pacientes.

RESUMEN

En Costa Rica se han identificado en forma secuencial tres paradigmas de salud en los últimos 50 años. El primero comenzó a desarrollarse en los años 40 y se le ha llamado de las enfermedades carenciales porque con un enfoque diacrónico puso un excesivo énfasis en la desnutrición. El segundo se inició en 1970 y se le reconoce como de las enfermedades infecciosas porque con un enfoque sincrónico u holístico, subrayó la importancia de las infecciones en la elevada morbilidad y mortalidad. El tercero y último es el paradigma de las enfermedades crónicas; surgió en los 80, está actualmente en proceso, lidia con los padecimientos crónicos, estilos de vida y medio ambiente y emplea un enfoque también holístico.

El reconocimiento de estos tres paradigmas le ha permitido a Costa Rica avanzar rápidamente en el mejoramiento de la salud de su población, al grado de que con un gasto anual en salud por habitante de \$130 (dólares americanos) muestra indicadores similares a los de países industrializados.

Esta experiencia particular podría ser útil para otros países poco desarrollados que aún están viviendo el paradigma de las enfermedades carenciales.

Palabras claves.

- **Teoría**
- **General**
- **Paradigmas**
- **Salud**