

**LA REFORMA DEL SECTOR SALUD
EN COSTA RICA
DURANTE LA DECADA
DEL**

70

EDGAR MOHS

**DIRECTOR Y PROFESOR
HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS
CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
UNIVERSIDAD DE COSTA RICA**

**LA REFORMA DEL SECTOR SALUD
EN COSTA RICA
DURANTE LA DECADA
DEL 70**

EDGAR MOHS

**DOCUMENTO PREPARADO CON EL APOYO DE UNICEF,
CONTRATO No.84.20**

El doctor Edgar Mohs fue Asistente del Director del Hospital Nacional de Niños de 1967 a 1970 y a partir de 1971, Director del mismo Hospital. Entre marzo de 1970 y diciembre de 1971, ocupó el cargo de Vice-Ministro de Salud y de Miembro de la Junta Directiva del ICAA. De 1974 a 1976 fue Jefe ad honorem de la Sección Infantil del Departamento de Materno Infantil del Ministerio de Salud y desde 1972 ha sido Miembro de la Junta Directiva del CONICIT.

Es Profesor de la Escuela de Medicina de la Universidad de Costa Rica desde 1966 y Profesor-Investigador ad honorem en el INISA desde 1976. Ha publicado 150 artículos científicos, 50 documentos técnicos, varios folletos y dos libros.

Es Miembro de tres Comités de Expertos de la Organización Mundial de la Salud y Consultor de la Organización Panamericana de la Salud en Infecciones Respiratorias Agudas.

INDICE

	Pág.
Presentación	
Breve Descripción de Costa Rica	1
El Desarrollo de la Salud Pública	3
1850 - 1900 Medicina Asistencial Básica	4
1900 - 1940 Salud Pública y Beneficiaria	5
1940 - 1970 Medicina Preventiva Institucionalizada (Sistema Hospitalario Nacional y la C.C.S.S	9
1970 - El Plan Nacional de Salud y la Reforma del Sector . . .	14
El Contexto Político	18
Papel de los Grupos de Presión	21
Resumen	24
Apéndice	28
Bibliografía General	41

BREVE DESCRIPCION DE COSTA RICA

Descubierta en 1502, obtuvo su independencia en 1821 y en 1825 inició su vida republicana, siendo sus primeros jefes de estado, maestros de escuela.

Costa Rica tiene un territorio de 51.100 Km² y está situada en el istmo centroamericano. (Mapa 1). Su población es de aproximadamente 2.5 millones, siendo la mayoría blancos y mestizos; otras razas representan menos del 5% y muestran una fuerte tendencia a integrarse con la mayoría. Alrededor de 10% de la población total está compuesta actualmente por inmigrantes y refugiados centroamericanos y latinoamericanos.

Su economía está basada en productos tradicionales como café, banano, azúcar y carne; en los últimos 20 años surgió una industria liviana y más recientemente el turismo se está desarrollando.

El país tiene sólidamente establecido un sistema político democrático occidental, que sólo ha sufrido dos breves interrupciones en los últimos 100 años. Todos los gobiernos han puesto gran énfasis en la educación y la salud, lo cual ha permitido que el analfabetismo sea menor del 10% y que la tasa de mortalidad general sea una de las más bajas del mundo. Por otro lado, como consecuencia de lo anterior y de su evolución histórica, los ciudadanos tienen un alto espíritu de solidaridad, acendrado respeto por las leyes, la justicia social y la libertad. El ejército fue abolido constitucionalmente en 1949 y el orden y la seguridad quedaron a cargo de una policía civil que durante el período electoral depende del Tribunal Supremo de Elecciones y cambia con el Gobierno de la República cada 4 años.

Durante la década de los 70, hubo una explosión del interés por la organización de servicios de salud accesibles para todos y ahora puede afirmarse que tal interés es otra de las características que distinguen a este país.

El cuadro 1 muestra algunos hitos de la historia de Costa Rica.



MAPA 1. COSTA RICA

CUADRO 1
HITOS EN LA HISTORIA DE COSTA RICA

Hitos	Fecha
Cristóbal Colón descubre Costa Rica	1502
Abolición de la esclavitud	1813
Independencia de España	1821
Primera Universidad	1843
Escuela primaria universal y compulsiva	1869
Abolición de la pena de muerte	1882
Voto universal	1889
Coeducación secundaria	1907
Voto secreto	1928
Erradicación de viruela	1938
Reforma social	1942
Voto de la mujer	1949
Abolición del ejército	1949
Erradicación de la fiebre amarilla	1952
Seguro Social universal	1970
Erradicación de la poliomielitis	1974
Erradicación de difteria	1974
Neutralidad activa y permanente	1983

EL DESARROLLO DE LA SALUD PUBLICA

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

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

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

Tercera - 1940 - 1970. Surje un marcado interés por la medicina preventiva y existe un intento de formar un Sistema Hospitalario Nacional.

Se crea la Caja Costarricense de Seguro Social.

Cuarta 1970- Se elaboró y puso en marcha un Plan Nacional de Salud cuyos principales objetivos fueron desarrollar un Sistema Nacional de Salud, otorgarle servicios a la totalidad de la población y controlar o erradicar las infecciones comunes y la desnutrición.

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.

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. El decreto No. LXIX de 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 el Decreto No. XXIV. 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 a enfermos en los hospitales, ejercer la medicina legal y *organizar Juntas Cantonales*, a las que correspondía calificar el estado de pobreza de los vecinos.

-Por último está el descubrimiento en 1890 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 dió 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, la creación el 8 de abril de 1915, del Departamento de Anquilostomiasis adscritos 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 PUBLICA Y BENEFICENCIA

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

Por Decreto del 1o. de setiembre de 1914 se creó el Departamento Sanitario Escolar para proteger la salud de menores entre 7 y 14 años de edad, que asistían a escuelas públicas. Este Departamento empleó los primeros asistentes sanitarios escolares que se adiestraron en el país y tenía a su cuidado clínicas escolares generales, dentales y oftalmológicas, el 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.

2.1 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 Subsecretaría de Higiene y Salud Pública el 12 de julio de 1922, adscrita a la Secretaría de Policía. (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 dió lugar a que se asimilara 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 de 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 enfermeras obstétrica para solventar la escasez de los médicos de pueblo.

En 1927 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 Secretaría 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, como el nombre de "lucha" las siguientes: la Lucha contra el Paludismo, la Lucha Antituberculosa y la Lucha Antileprosa.

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 inspirado en la protección social y el bienestar de la colectividad, y ya no en el de caridad. En 1934 aparecieron los directores de unidades sanitarias con iguales atribuciones que los médicos oficiales: jefe de sanidad, médico forense y médico escolar, 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, 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.

2.2 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 incendios; estos seguros eran necesarios dado el auge del comercio y de la industria a principios del siglo XX; los comerciantes, por ejemplo, hacían grandes inversiones en la importación y necesitaban protegerlas. En esa época se desató "la plaga del incendiarismo", 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 tenía 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.

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 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

Creación del Sistema Hospitalario Nacional y la Caja Costarricense de Seguro Social.

3.1 CONSOLIDACION DEL MINISTERIO DE SALUD

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 la cooperación internacional, ya con cambios estructurales y mejor dotación financiera. Mencionaremos ahora alguna de estas medidas, que posibilitaron luego muchos logros.

El 20 de mayo de 1941 fue promulgado el Reglamento General de Patronatos y Juntas de Protección Social. En este documento se otorgó a estas entidades el carácter de asociaciones permanentes de orden público y se les confió la administración de los hospitales, asilos, cementerios y otros centros, dejando su dirección técnica y fiscalización económica 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.

En 1943 se promulgó el primer Código Sanitario por Ley No.33 del 18 de diciembre. 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. Esta ley creó la Dirección General de Asistencia Médico Social la cual, con la asesoría del Consejo Técnico de Asistencia Médico Social -creada 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 y, años después, la promulgación del Reglamento General de Hospitales Nacionales

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-asistencial y la Dirección Administrativa.

3.2 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 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 seguros sociales obligatorios y el 7 de julio de 1943, entró en vigencia la Ley No.24 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 los riesgos de enfermedad, maternidad, invalidez, vejez y

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.

El Régimen de Enfermedad y Maternidad se empezó a aplicar el 1 de setiembre de 1942, en forma gradual, limitando inicialmente al grupo económicamente activo del área urbana metropolitana y cabeceras de provincia con mayor densidad de población. Se cotizó sobre una base de ₡ 400.00 mensuales y este servicio abarcó únicamente a los asegurados directos. Entre 1944 y 1947 la cobertura se extendió en el Valle Central al incluirse la población rural y establecerse el seguro familiar. El Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte entró en vigencia el 1 de enero de 1947 para dar protección obligatoria 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, 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 45% de la total y un 60% de la población asalariada estaban protegidos por el Régimen de Enfermedad y Maternidad y sólo el 24% de la población activa y el 28% de la total, por Invalidez, Vejez y Muerte. La protección familiar en el área metropolitana se hizo realidad apenas en 1965.

La Ley No. 4750 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.

3.3 INSTITUTO COSTARRICENSE DE ACUEDUCTOS Y ALCANTARILLADOS

Como sabemos el agua es indispensable para la vida pero también es 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, 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 a la 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

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.

Conforme pasaron los años, fueron construyéndose otros acueductos en las zonas urbanas pero no como respuesta a un plan de prioridades del país, sino más bien, por iniciativa y con recursos económi-

cos 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, 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 han 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 instalado para la planta de tratamiento en Tres Ríos, cuando ésta era administrada por la Municipalidad de San José. En 1951 comienza esta labor en el laboratorio de 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 tratamiento de las aguas para garantizar su potabilidad. (El agua potable, recordemos, es una 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 evaluación de aguas negras y residuos industriales líquidos, así como del aspecto normativo de los sistemas de alcantarillado pluvial en áreas urbanas. (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. 1970- EL PLAN NACIONAL DE SALUD Y LA REFORMA DEL SECTOR

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 y de la desnutrición infantil. A principios de la década de los 70, el Ministerio de Salubridad Pública se abocó a estudios exhaustivos de la situación 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 (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.

CUADRO 1

PERMISAS 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 local.
4. Debe dársele preferencia a la buena atención ambulatoria que se presta, en 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 servicios y la investigación de problemas médicos y administrativos.
6. El costo de los servicios deben estar de acuerdo con la capacidad económica del país.

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

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.

4.1 PRINCIPALES MEDIDAS LEGALES

-La ley No.5349 de Traspaso de los Hospitales a la Caja Costarricense de Seguro Social para universalizar el Sistema de Seguridad Social y con ello garantizar a toda la población acceso a servicios de atención médica de buena calidad.

-La Ley No.5395 conocida como Ley General de Salud. Esta ley sustituyó al Código Sanitario de 1949 y definió en forma muy clara las relaciones que en materia de salud deben existir entre el Estado, los individuos y las empresas. Reunió una serie de principios obligatorios concernientes a la salud individual y de la colectividad, orientados a la consecución del mejor nivel de salud posible y responsabilizó al Ministerio por la definición de las políticas nacionales

respecto a la planificación, coordinación y control de las actividades públicas y privadas relativas a la salud.

-La Ley No.5412 o Ley Orgánica del Ministerio, 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 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.

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

En el Artículo 6, la Ley dispone que la atención de las acciones de salud en materia de medicina preventiva, no reservadas por Ley a la Caja, son responsabilidad del Ministerio de Salud.

El Artículo 7, por su parte, expresa que las rentas e ingresos que de cualquier naturaleza estuvieran recibiendo las instituciones del Ministerio de Salud, Junta 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 8, declara que esta Ley es de orden público y deroga todas las disposiciones legales anteriores en cuanto se le opusieran.

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

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

-El Decreto Ejecutivo No.6919, del 4 de abril de 1977 que estableció la Comisión Nacional de Recursos Humanos, cuyo fin primordial era determinar las necesidades de profesionales de las ciencias médicas para los próximos años.

-El Decreto Ejecutivo 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 (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 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, 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 que creó el Sub-sistema 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 Sub-sistema forma parte del Sistema de Planificación Nacional.

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

- | | |
|--------------------------|-----------------------------------|
| -Región Noroeste | -Región Oeste |
| -Región Este | -Región Central |
| -Región Huetar Norte | -Región Chorotega (Pacífico Seco) |
| -Región Huetar Atlántica | -Región Brunca (Pacífico Sur) |

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.

EL CONTEXTO POLITICO

Durante la campaña política de 1969, el candidato del partido Liberación Nacional, don José Figueres, había ofrecido acelerar el desarrollo económico social del país y había puesto mucho énfasis en que en Costa Rica era posible erradicar la pobreza extrema. Al asumir la Presidencia de la República en mayo de 1970 comenzó inmediatamente a trabajar para alcanzar estos propósitos, junto con su gabinete. El Presidente Figueres logró despertar en muchos de sus colaboradores una gran motivación y en un gran sector de la población logró también desencadenar un espíritu de colaboración y participación; al mismo tiempo abrió grandes esperanzas en los sectores más pobres.

Es posible que el señor Figueres sintiera que esta era su última oportunidad de servirle al país como Presidente (había sido Jefe de Estado en 1948-49 y Presidente en 1954-58) y por eso estaba decidido a utilizar su experiencia y el poder para impulsar grandes transformaciones especialmente de carácter social. El partido político de oposición (conservador) y el partido comunista comentaban con escepticismo las declaraciones de don José Figueres y a veces las calificaban de extravagancias. Pero en términos generales, el pensamiento del Presidente correspondía al de un verdadero reformador con una ideología social-demócrata adaptada al medio.

El grupo que tomó el liderazgo dentro del sector salud, estaba imbuido de las ideas reformistas del Presidente, sabía que tenía su confianza y apoyo y actuó seriamente y rápidamente para cambiar el estado de cosas imperantes, particularmente en lo que se refiere a la salud de los niños, que eran los más vulnerables y los más afectados.

Dos objetivos generales se propuso este grupo:

1. Derribar barreras económicas, universalizando la atención médica.
2. Erradicar o controlar las enfermedades infecciosas comunes, conciderando que ellas constituían otra poderosa barrera para conseguir mejores niveles de salud.

La idea del Presidente Figueres de erradicar la pobreza extrema presuponia establecer mecanismos para mejorar la redistribución del Producto Nacional Bruto, así como aumentar la producción. En cuanto a lo primero, tomó la forma de dos instituciones:

El Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS) creado por la Ley 4760 del 8 de mayo de 1971, cuyos fines rezan así:

-“Formular y ejecutar una política nacional de promoción social y humana de los sectores más débiles de la sociedad costarricense.

-Atenuar, disminuir o eliminar las causas generadoras de la indigencia y sus efectos.

-Hacer de los programas de estímulo social un medio para obtener, en el menor plazo posible, la incorporación de los grupos humanos marginados de las actividades económicas y sociales del país.

-Preparar los sectores indigentes en forma adecuada y rápida para que mejoren sus posibilidades de desempeñar trabajo remunerado.

-Atender las necesidades de los grupos sociales o de las personas que deban ser provistas de medios de subsistencia cuando carezcan de ellos.

-Procurar la participación de los sectores privados e instituciones públicas, nacionales y extranjeras, especializadas en estas tareas, en la creación y desarrollo de toda clase de sistemas y programas destinados a mejorar las condiciones culturales, sociales y económicas de los grupos afectados por la pobreza, con el máximo de participación de los esfuerzos de estos mismos grupos.

-Coordinar los programas nacionales de los sectores públicos y privados cuyos fines sean similares a los expresados en esta Ley”.

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

La otra institución, fue más bien originalmente un fondo creado por la Ley 5662 o de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares, publicada en la Gaceta del 28 de diciembre de 1974. Aunque este fondo estuvo discutiéndose durante el gobierno del señor Figueres, le correspondió crearlo al Presidente Daniel Oduber cuya administración se extendió de mayo de 1974 a mayo de 1978.

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

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

Del fondo se toma el 20% para la formación de un capital, con el cual se financia el Régimen no Contributivo de Pensiones por un monto básico que ampara a quienes no tienen derecho a acogerse a los beneficios de los regímenes contributivos de la Caja Costarricense de Seguro Social, porque no han cotizado, o por no haber completado el número de cuotas reglamentarias. Por disposición de esta ley los dineros de 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, además, de un recargo del 5% sobre el total de sueldos o salarios que los patronos públicos y privados paguen mensualmente a sus trabajadores, con las excepciones que señala la ley.

El hecho excepcional en Costa Rica, de que el mismo partido político -Liberación Nacional (socialdemócrata)- ganara dos elecciones consecutivas, permitió que la gran reforma del sector social, iniciada en 1970, pudiera continuar durante ocho años; este lapso hizo posible el cumplimiento de las metas y el perfeccionamiento del proceso político y técnico seguido por el ambicioso proyecto contenido en el Plan Nacional de Salud.

El Presidente Oduber impulsó con gran energía los programas iniciados en 1970 y los fortaleció vigorosamente con apoyo político y recursos financieros.

Es posible que además del fuerte liderazgo ejercido por el señor Oduber durante su administración, el hecho de haberse logrado en pocos años espectaculares resultados en el campo de la salud, contribuyeron a mantener durante 8 años consecutivos la necesaria voluntad política para la reforma del sector salud. Tales resultados alcanzados en un pequeño número de años, fue un acontecimiento inesperado pero importantísimo en nuestro medio, ya que prevalecía el dogma de que los progresos en salud requerían un largo período de latencia. En esta experiencia, se vió que el tutelaje político es importante en una primera etapa, pero que los impresionantes resultados, realimentan el proceso de manera fundamental y estimulan al personal de salud y a la población en general, a tal grado, que la dinamizan poderosamente y le confieren una cierta vital autonomía dentro de la natural interdependencia. El personal de salud se puso de pie, después de muchos años de desilusión y apatía, acelerando el progreso con su actitud positiva y entusiasta.

EL PAPEL DE LOS GRUPOS DE PRESION

Durante la década de los 70 y especialmente en los primeros años los diversos grupos de presión de la sociedad costarricense jugaron un papel muy limitado; aun cuando las asociaciones de desarrollo comunal, tenían una conciencia acerca de sus necesidades inmediatas, no poseían una idea clara sobre los medios que había que implementar para satisfacerlas. Por esto les tomó de sorpresa las diferentes iniciativas originadas en el Ministerio de Salud y su papel entonces fue de asombro y tímido apoyo. Las asociaciones profesionales fueron más beligerantes pero su posición fue de antagonismo al Ministerio de Salud. Esa oposición se expresó claramente en el caso del Programa de Salud Rural, cuando los colegios profesionales, se manifestaron en contra de él, alegando que el uso de personal auxiliar para ampliar la cobertura de servicios de salud, era un atentado contra la seguridad de las personas que recibirían estos servicios; ellos defendieron el principio de que la atención de las personas tenía que estar en manos de profesionales, porque no tenían experiencia ni conocimiento en relación con la organización de un sistema de salud para todos los habitantes, el cual implica el desarrollo en un nivel primario de atención que necesariamente emplea personal no profesional que actúa conforme a normas bien definidas y bajo supervisión profesional.

La misma Asociación Costarricense de Especialistas en Salud Pública, manifestó estar en completo desacuerdo con el Programa de Salud Rural, pero la firmeza de los funcionarios del Ministerio de Salud que

impulsan estas ideas y las reiteradas explicaciones que se dieron en conferencias, mesas redondas y por medio de folletos, neutralizaron las declaraciones de los grupos opositores y permitieron que las nuevas actividades se iniciaran, tanto en San Ramón, bajo el liderazgo del Dr. Juan Guillermo Ortiz, como en las zonas donde se libraba la lucha contra el paludismo, cuyo personal fue adiestrado para que adicionalmente, actuara en forma polivalente con funciones nuevas que incidieran sobre otros problemas de salud considerados a partir de ese momento, problemas fundamentales.

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

No obstante lo anterior, después de numerosas discusiones y negociaciones se llegó a un acuerdo entre el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social; en este acuerdo participaron representantes de la Asamblea Legislativa perteneciente al partido Liberación Nacional y el Segundo Vicepresidente de la República, Dr. Manuel Aguilar Bonilla

Otro obstáculo que surgió para este proyecto, fue la oposición que manifestaron autoridades superiores de la Organización Panamericana de la Salud, las cuales presionaron con fuerza al Ministro de Salud y al Presidente de la República, para que retirara la ley. Tanto el Presidente como el Ministro, oyeron los argumentos en contra del proyecto, pero apoyaron a los técnicos nacionales que lo propiciaron. A partir de 1974, el Presidente Oduber, su primer Vice-Presidente doctor Carlos Manuel Castillo y el Ministro de Salud, no sólo desarrollaron aceleradamente el Programa de Asignaciones Familiares, si no que

todo el proyecto reformista del sector salud, fue impulsado con energía y acierto y la participación activa y vehemente de las comunidades organizadas, especialmente de las zonas rurales, se hizo evidente. La tradicional demanda de la población por servicios de educación, se cambió por servicios de salud, porque se descubrió que era posible obtenerlos a corto plazo y a un costo razonable.

Otras leyes importantes de ese período agitado para el sector salud, fueron la Ley 4750 del 30 de marzo de 1971, que obligó a una cotización para los regímenes del Seguro Social, calculado sobre el total de la remuneraciones individuales; la Ley 5395 del 24 de noviembre de 1973, o Ley General de Salud, que sustituyó al antiguo Código Sanitario de 1949; y la Ley 5412 del 18 de enero de 1974, o Ley Orgánica del Ministerio de Salud, la cual reorganizó y modernizó a ese Ministerio, poniéndolo en condiciones de jugar un papel de cabeza del sector.

Por tanto, estas últimas leyes como otras disposiciones que pueden verse en el apéndice, fueron menos controversiales que las que analizamos anteriormente. Catorce años después de iniciada esta trascendental reforma, resulta interesante constatar que en todo el proceso privó el sentido costarricense tradicional, de hacer cambios sucesivos en busca del bienestar de toda la población, dentro de un marco de legalidad y buscando el consenso por medio del convencimiento en lugar de recurrir a la fuerza y a los actos brutales.

También resulta halagado ver que esa reforma condujo a espectaculares mejoras en la salud de la población, en un plazo que anteriormente era considerado absolutamente imposible de alcanzar con instrumentos civilizados.

RESUMEN

Con el establecimiento del Ministerio de Salud en 1927 y de la Caja Costarricense de Seguro Social en 1943, se pusieron las bases para desarrollar un moderno sistema de salud que abarcara tanto la prevención y la promoción de la salud, como la curación de los enfermos y la rehabilitación de los inválidos (1-2). De otra parte, la inauguración del Hospital Nacional de Niños en 1964, marcó un hito en la lucha a favor de la niñez.

Durante las primeras décadas se trabajó tenazmente en saneamiento ambiental, higiene personal en la paulatina ampliación de establecimientos médicos; además, la incorporación de productos como el D.D.T. y de antimicrobianos como las sulfas y la estreptomina, tuvieron un gran impacto en el control del paludismo y de la tuberculosis, entre otras enfermedades infecciosas que en esa época figuraban como las principales causas de muerte en Costa Rica.

Lo anterior determinó el descenso de la mortalidad en todos los grupos de edad de la población, pero principalmente entre los adultos, lo cual se hizo evidente entre 1940 y 1960 cuando la tasa de fallecimientos en adultos bajó de 8 por mil habitantes a 2.5 por mil, una reducción de casi 70%. (3).

Como en los niños menores de cinco años de edad, las causas de muerte eran diferentes a las de los adultos, la mortalidad no bajó en igual forma y en 1970 se mantenía alta 68 por mil nacidos vivos siendo sus causas ciertas enfermedades infecciosas, parasitosis intestinales y desnutrición, entre las que se formaban un círculo vicioso muy difícil de romper; un elevado índice de prematuridad y el abandono que se había hecho de la lactancia materna, contribuían directamente al exceso de la mortalidad observada entonces y cerraban brutalmente el círculo mencionado.

A partir de 1970, se tomó la decisión de eliminar barreras económicas, universalizando la atención de la salud, por medio de la unificación de hospitales y la atención médica ambulatoria en una sola Institución: la Caja Costarricense de Seguro Social; y por otro lado, desarrollando un programa de atención primaria con personal auxiliar, que cubriría a toda la población dispersa en pequeñas comunidades, a cargo del Ministerio de Salud.

Simultáneamente se desarrollaron amplios programas de saneamiento ambiental, eliminación adecuada de excretas y abastecimiento de agua potable en zonas rurales; también se impulsaron actividades de planificación familiar y fomento de la lactancia materna.

El Ministerio de Salud fue totalmente reorganizado, creándose un sola Dirección General de Salud, una nueva Ley General de Salud y una nueva Ley Orgánica; la Caja Costarricense de Seguro Social emprendió un ambicioso plan de construcción y remodelación de Centros de Salud que incluía equipamiento y capacitación de personal a todos los niveles. Para atender necesidades básicas de la población con escasos recursos económicos, se crearon el Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS) y el Programa de Asignaciones Familiares.

Se elaboró un Plan Nacional de Salud que se extendía hasta 1980, en el cual se destacaban como prioridades la atención del embarazo y del parto, la lactancia materna y el control de erradicación de enfermedades prevenibles mediante vacunación, las diarreas y parasitosis, las infecciones respiratorias agudas y la desnutrición, utilizando un enfoque holístico y tecnologías simples y de bajo costo, en forma permanente. Con esto se quiso derribar la barrera poderosa de las enfermedades infecciosas y parasitarias y desarrollar un nuevo paradigma. (4)

Con adecuado apoyo político y capitalizando la abolición del ejército y la buena educación de la población, así como el ambiente de paz y relativa prosperidad económica de los últimos 35 años, el Sector Salud se vigorizó fuertemente a partir de 1970, elevándose el porcentaje del Producto Nacional Bruto destinado a este sector, de 5% en 1970 a 10% en 1982.

Como consecuencia de todo lo anterior, la expectativa de vida del costarricense es actualmente de 74 años; la fecundidad matrimonial total es de 3.3 hijos; se dispone de un médico por cada 700 habitantes y de una cama hospitalaria por cada 275; en promedio, cada persona es atendida en consulta externa cuatro veces al año en algún centro de la red nacional de servicios de salud o visitada en su domicilio por personal del Programa de Salud Rural o de Medicina Comunitaria.

En solo diez años, entre 1970 y 1980, Costa Rica se colocó a la cabeza de los países subdesarrollados en materia de Seguridad Social y Salud. En ese lapso, como puede verse en el cuadro 1, la mortalidad general se redujo 38%; la mortalidad en menores de un año de edad disminuyó en un 69% y la de niños entre uno y cuatro años de edad, bajó 79%. Se erradicaron la poliomielitis y la difteria desde 1974 y otras enfermedades prevenibles mediante vacunación se redujeron en 94%. Las muertes por diarrea disminuyeron 85% y las causadas por infecciones respiratorias agudas, 65%. Desde 1938 se había erradicado la viruela y a partir de 1952 la fiebre amarilla. Problemas

que anteriormente fueron frecuentes, como desnutrición severa, tuberculosis, parasitosis intestinal masiva, otitis supurada crónica o fiebre reumática, ahora se presentan raras veces.

En el momento actual el país está pasando por una severa crisis económica que junto a una escalada de los costos médicos debido en gran parte al predominio de enfermedades complejas o crónicas, ha hecho peligrar la posibilidad de lograr nuevos avances y está obligando a diversas medidas tendientes a hacer más eficiente la operación del Sistema de Salud, en un afán de mantener los niveles alcanzados a fin de la década anterior.

No obstante, la experiencia de Costa Rica en el campo de la salud podría tener importancia para muchos otros países poco desarrollados, porque ha demostrado que aún con escasos recursos económicos, es posible lograr dramáticos progresos que sin duda alguna favorecen el desarrollo global y la paz. La revolución silenciosa de la salud infantil rompe las cadenas esclavizantes de la enfermedad y produce un nuevo hombre para una nueva sociedad.

CUADRO 1

Tasas de mortalidad en Costa Rica 1970 - 1980

Categoría	Mortalidad/1000 población		%de reducción
	1970	1980	
Mortalidad total	6.6	4.1	37.9
Mortalidad infantil	61.5	19.1	68.9
Mortalidad 1-4 años	4.4	0.9	79.5
Mortalidad 5-14 años	0.9	0.5	44.4

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos.

BIBLIOGRAFIA:

1. 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. 1977.
2. Costa Rica. Leyes y Decretos. *Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social.* No. 17 La Gaceta No. 235 San José, 22 de Octubre, 1943.
3. Rosero, B.I.: *Determinantes socio-económicos y sanitarios del descenso de la mortalidad infantil.* En el simposio "Control y Erradicación de Enfermedades Infecciosas" INISA-UCR. Costa Rica. 1984.
4. Mohs, E.: *Infectious Diseases and Health in Costa Rica: The development of a new paradigm.* J. Pediatr. Infect. Dis. 1: 212, 1982.

APENDICE

**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 accidentes 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 de 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 dictaminó 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 encomendó 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 perez-

can, 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 y 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, cuyo 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 de 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 3, 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 sólo 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
MINISTERIOS DE SALUBRIDAD PUBLICA, OFICINA SECTORIAL DE PLANIFICACION. 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 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. Empleo 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, sobrepasan 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 al 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 OPS-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 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 delito 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 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 2, en el cual se dispone que la Caja prestará atención médica hospitalaria a la población no ase-

gurada, 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.10.653-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:

I. La Central, que abarca todos los cantones de San José, excepto Pérez Zeledón; buena parte de Alajuela, Heredia, y Puntarenas y también Cartago.

- II. Región Chorotega, que comprende Guanacaste, Upala (Alajuela) 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. 10.653 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 estableció 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 1 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 remunerado.
- Atender las necesidades de los grupos sociales o de las personas que deban ser provistas de medios de subsistencia cuando carezcan de ellos.
- Procurar la participación de los sectores privados e instituciones públicas, nacionales y extranjeras, especializadas en estas tareas, en la creación y desarrollo de toda clase de sistemas y programas destinados a mejorar las condiciones culturales, sociales y económicas de los grupos afectados por la pobreza, con el máximo de participación de los esfuerzos de estos mismos grupos.
- Coordinar los programas nacionales de los sectores públicos y privados cuyos fines sean similares a los expresados en esta Ley. . .”

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

No.5662. LEY DE DESARROLLO SOCIAL Y ASIGNACIONES FAMILIARES. La Gaceta No.248 de 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 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 20% para la formación de un capital, con el cual se financia el Régimen no Contributivo de Pensiones por un monto básico, que ampara a quienes no tienen derecho a acogerse a los beneficios de los regímenes contributivos de la Caja Costarricense de Seguro

Social, porque no han cotizado, o por no haber completado el número de cuotas reglamentarias. Por disposición de esta ley los dineros por este concepto se le giran a la Caja Costarricense de Seguro Social, que administra este Régimen no Contributivo de Pensiones paralelamente al de Invalidez, Vejez y Muerte.

Del mismo fondo se otorgan prestaciones en dinero o asignaciones familiares a trabajadores de bajo 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, además, de un recargo del 5% sobre el total de sueldos o salarios que los patronos públicos y privados pagan 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 en el Capítulo I:

- 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.

BIBLIOGRAFIA GENERAL

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

Costa Rica, 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.

Costa Rica, Leyes y Decretos. *Decreto Ejecutivo No. 10653*. P.O.P. La Gaceta No.199, San José. 24 de octubre de 1979. (Regionalización).

Costa Rica, 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.

Costa Rica, 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.

Costa Rica, Leyes y Decretos. *Ley de creación de los seguros sociales obligatorios*. No.17. La Gaceta No. 247. San José. 4 noviembre 1941.

Costa Rica, Leyes y Decretos. *Ley de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares*. No.5562. La Gaceta No.248. 28 de diciembre de 1974.

Costa Rica, Leyes y Decretos. *Ley de eliminación de topes de la C.C.S.S. No. 4750*La Gaceta. No.91. San José. 29 abril de 1979.

Costa Rica, 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.

Costa Rica, Leyes y Decretos. *Ley General de asistencia médico social*. No.1153 (38). La Gaceta. No.89. San José. 23 abril de 1980.

Costa Rica, Leyes y Decretos. *Ley orgánica del Ministerio de Salud*. No.5412. La Gaceta. No.12. San José. 18 de enero de 1974.

Costa Rica, Leyes y Decretos. *Ley sobre derechos laborales. Traspaso de hospitales a la C.C.S.S. No.5541*. La Gaceta. No.135. San José. 18 de julio de 1974.

Costa Rica, Leyes y Decretos. *Ley sobre la univervalización de los seguros sociales obligatorios. No.5541*. La Gaceta. No.111. SN José. 17 de mayo de 1961.

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 1979

Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados. *Ley constitutiva del Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados, reforzada y anexos*. s.f.

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

Instituto Nacional de Seguros. *Algunos datos acerca del Instituto Nacional de Seguros*. San José. Revista Anual. Año II. Edición III. 1981.

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

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.

Ministerio de Salud. Unidad Sectorial de Planificación. *Evaluación de la situación de salud en la década 1971-1980*. San José 1980.

Mohs, Edgar. *Infectious diseases and health in Costa Rica: The development of a new paradigm*. *Pediatr. Infect. Dis.* 1:212, 1982.

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

Mohs, Edgar. *La salud en Costa Rica*. San José. Editorial Universidad Estatal a Distancia. 1983.

Mohs, Edgar. *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.

Orlich Bolmarcich, José L. et al. *Documento preliminar de trabajo para la definición de la salud durante el período de gobierno 1970-1974*. San José. Ministerio de Salubridad Pública. 1970.

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.

Trejos Escalante, Fernando. *Libertad y Seguridad*. San José. Imprenta Trejos. 1963.