

**MEMORIA
DEL CINCUENTENARIO DEL MINISTERIO DE SALUD Y DE
LA SALUD PUBLICA EN COSTA RICA**

4 junio de 1977

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN

Dr. Rodrigo Salas Conejo

Sr. Rodrigo Meneses Castro

Sra. María de los A. Gómez Vargas

CONTENIDO

	PAG.
INTRODUCCIÓN	5
LA SALUD PUBLICA EN EL SIGLO XIX Y PRIMEROS AÑOS DEL SIGLO XX	
Primera Junta de Caridad y Hospital San Juan de Dios	20
El Asilo Chapuí	21
Lotería Nacional	21
Medicaturas de Pueblo	22
El Dr. Carlos Durán y su obra dentro del campo de la Salud	23
PERIODO 1914 - 1921	
La Fundación Rockefeller	25
Atención Materno-Infantil y Medicina Social	26
PERIODO 1922 - 1949 .	
La Subsecretaría de Higiene y Salud Pública	27
Secretaría de Salubridad	28
Organización General de la Salud Pública	29
Organismos Especializados de Salubridad	32
Reglamentación Sanitaria	34
Unidades Sanitarias	36
Medicina Asistencial	36
Seguridad Social	37
La cooperación internacional - Primer período del Servicio cooperativo interamericano de Salubridad Publica , junio 1942 - junio 1947	38
PERIODO 1950 - 1960.	
Desarrollo de la Salud Pública en Costa Rica	49
LA SALUD PUBLICA EN LA DECADA 1960 – 1970	56
LA SALUD PUBLICA EN LA DECADA 1970 – 1980	62

ANEXOS

Cuadro N° 1.- Estructura Institucional del Sector en el año 1971	68
Cuadro N° 2.- Premisas básicas	69
Cuadro N2 3.- Funciones del Sector	70
Cuadro N° 4.- Esquema estructural del Sector Salud. Estrategia A	72
Cuadro N° 5.- Representación Gráfica de la Estrategia A 85	74
Cuadro N° 6.- Esquema estructural del Sector Salud. Estrategia B	75
Cuadro N° 7.- Representación Gráfica de la Estrategia B 87	76
Cuadro N° 8.- Esquema estructural del Sector Salud. Estrategia C.	77
Anexo Cuadro No. 9	78
Anexo N° 10.- Ley N° 4750 del 30 de marzo de 1971, reforma el Artículo 32- de la Ley Constitutiva de la Caja	79
Gráfico Estructural No- 1- Servicios de Salud, anteriores a la creación de la Subsecretaría de Salubridad Pública	82
Gráfico Estructural N°2 Ley 52 de 12 de marzo de 1923	83
Gráfico Estructural N° 3.- Estructuración del Ministerio de Salubridad Pública a fines de 1950	84
Gráfico Estructural N° 4.- Esquema de Estructuración del Ministerio de Salubridad enero 1951	85
Gráfico estructural N° 5. Estructura y líneas de dependencia del Ministerio de Salubridad 1954	86
Gráfico estructural N° 6. Año 1961	87
Gráfico estructural N° 7. Año 1970	88
Gráfico estructural N° 8 Año 1977	89
El Dr. Solón Núñez, su vida y su obra	90

INTRODUCCIÓN

Con motivo de celebrarse el 4 de junio de 1977 el CINCUENTENARIO de la creación del MINISTERIO DE SALUD, ofrecemos en esta publicación un resumen de los principales acontecimientos relacionados con el Ministerio de Salud y con la salud pública de la República de Costa Rica.

No se incluyen datos acerca de la situación de salud en las diferentes épocas ni de las actividades realizadas, sino que se enfoca hacia la evolución de nuestro sistema nacional de salud, el cual ha venido sufriendo profundas transformaciones para atender en mejor forma las necesidades de toda la población.

Los datos de los capítulos: “ La Salud Pública en el Siglo XIX” y gran parte de “El Dr. Solón Núñez Frutos, su vida y su obra”, fueron tomados del libro “Libertad y Seguridad”, del Doctor Fernando Trejos Escalante, y han sido copiados casi literalmente. Los datos restantes han sido tomados de diversos documentos oficiales u obtenidos de entrevistas personales.

Consideramos que la presente publicación, aunque muy resumida, permite apreciar la magnífica labor que ha venido realizando el Ministerio de Salud desde su creación, así como las importantísimas labores que todavía le quedan por cumplir.

Dr. Rodrigo Salas C.
DIRECTOR a.i.
UNIDAD DE PLANIFICACION



DR. SOLON NUÑEZ FRUTOS.

Junio 1927 - Abril 1936

Set. 1943 - Marzo 1948

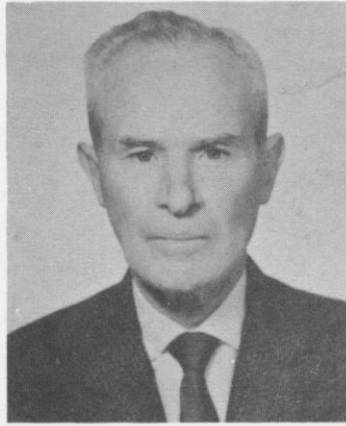


DR. ANTONIO PEÑA CHAVARRIA.

Mayo 1936 - Marzo 1939



DR. ALFONSO ACOSTA GUZMAN.
Marzo 1939 - Mayo 1940



DR. MARIO LUJAN FERNANDEZ.
Mayo 1940 - Agosto 1943



DR. RAUL BLANCO CERVANTES.

Abril 1948 - Nov .1949



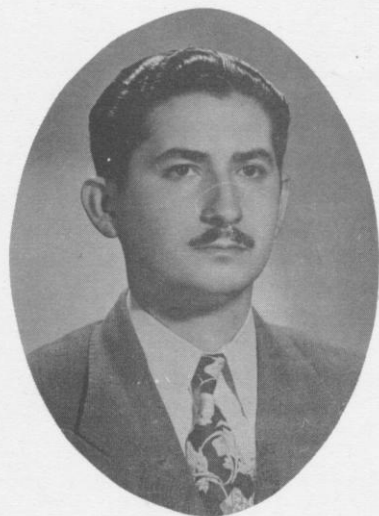
DR. CARLOS SAENZ HERRERA.

Nov. 1949 - Agosto 1951



DR. JOSE CABEZAS DUFFNER.

Set. 1951 - Nov. 1953



Dr. RODRIGO LORIA CORTES.

Mayo 1954 - Enero 1957



DR. MAXIMO TERAN VALLS.

Enero 1957 - Abril 1958.

Mayo 1962 - Agosto 1964



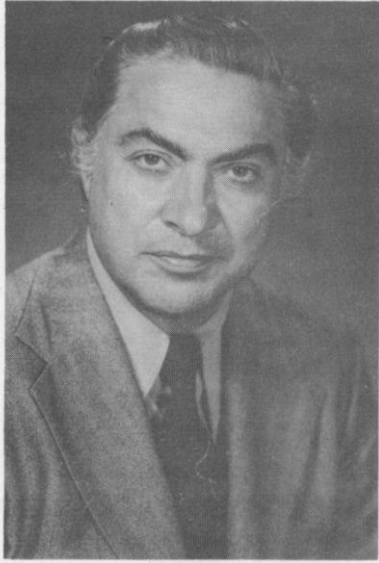
DR. ADOLFO JIMENEZ DE LA GUARDIA.

Mayo a Julio de 1958.



DR. JOSE ML. QUIRCE MORALES.

Agosto 1958 - Mayo 1962



DR. OSCAR FIDEL TRISTAN CASTRO.

Agosto 1964 - Mayo 1966



DR. ALVARO AGUILAR PERALTA.

Mayo 1966 - Julio 1969



DR. ARNOLDO FERNANDEZ SOTO.

Julio 1969 - Mayo 1970



DR. JOSE LUIS ORLICH BOLMARCICH.

Mayo 1970 - Mayo 1974

LA SALUD PUBLICA EN EL SIGLO XIX Y PRIMEROS AÑOS DEL SIGLO XX.*

Durante las primeras décadas del siglo XIX Costa Rica había evolucionado poco en materia de protección social. Aún el desarrollo de la misma medicina, que generalmente marcó el inicio de esas actividades, era poco menos que inexistente. El primer médico que llegó a nuestro país fue Esteban Corti, en el año 1871. Poca fortuna tuvo este osado profesional entre nosotros. Nuestras gentes, sencillas e ignorantes, atribuyeron su terapéutica y sus curaciones a artes de magia y este pionero de la medicina en Costa Rica fue enviado a Guatemala para ser juzgado por la Inquisición. En los años siguientes vinieron otros médicos, extranjeros y nacionales, que ejercieron la medicina en forma particular.

Primera Junta de Caridad y Hospital San Juan de Dios .

En el año 1845, bajo la presidencia de Don José Rafael de Gallegos, el Poder Ejecutivo dictó un decreto mediante el cual establecía el primer hospital denominado " San Juan de Dios ".

No obstante el decreto anterior, que fue el primer paso formal para iniciar las actividades de beneficencia pública, transcurrieron siete años sin que el hospital se estableciera. Fue así como, en 1852, el Congreso Constitucional de la República dictó la ley correspondiente que fue aprobada y ejecutada por el Presidente Juan Rafael Mora .

* (Tomado del libro "Libertad y Seguridad" del Dr. Fernando Trejos E.)

Apenas transcurridas dos semanas de haberse promulgado esta ley, el Ilustrísimo Señor Obispo Doctor Anselmo LLorente y Lafuente, convocó a una asamblea a distinguidas personalidades de la época y fundó la Junta de Caridad. La Junta y el Hospital, entrelazados por más de un siglo, han brindado a raudales seguridad social, desde mucho tiempo antes de que se usara ese término.

Así se iniciaron las actividades de una organización que, con el correr de los años, constituiría un capítulo admirable de nuestra historia médica y asistencial; una época precisa a la que el país debe sin duda grandes beneficios.

Como era lógico, la primera Junta de Caridad dio el ejemplo; otras juntas similares y otros hospitales fueron fundados en diversos lugares del país.

A través del tiempo las Juntas de Caridad buscaron modernizarse adoptando nuevos sistemas y nuevos nombres. Así dieron a su actividad el carácter de

asistencia pública, estableciéndose la obligación para el Estado de velar por el que necesita ayuda y suplantándose con esto la idea de la caridad como tal. Sucesivamente recibieron los nombres de Juntas de Beneficencia Públicas y Juntas de Protección Social, como se llaman en la actualidad.

Ahora en el ocaso de este tipo de organización, que cede el paso a nuevas corrientes y nuevas épocas, debe reconocerse su importancia y señalarse sus dos características más sobresalientes : ayuda a quienes la solicitaron y espíritu de servicio desinteresado de quienes la dieron.

El Asilo Chapuí .

El 16 de julio de 1883, por Decreto XXIV , el Congreso destino la suma de cinco mil pesos " para la construcción de un hospital para enfermos mentales " durante la Presidencia de Don Próspero Fernández.

Lotería Nacional para proporcionar rentas a la Junta de Caridad .

En 1885, siendo Presidente de la República Don Bernardo Soto, se confirma la fundación de " un asilo nacional para enfermos mentales " y se establece, por iniciativa del Doctor Carlos Duran, Secretario de Estado en el Despacho de Fomento, " una Lotería Nacional, que determine las rentas del Asilo ".

Por Acuerdo N° 52 de 10 de mayo de 1885, se aprobaron los treinta y un artículos que comprende el reglamento de la Lotería del Hospital Nacional para enfermos mentales, formulado por la Junta de Caridad del Hospital San Juan de Dios, en conformidad con el artículo 22- del Decreto N-2' 2 de. 29 de abril del mismo año.

Posteriormente, por Acuerdo N° 128 del 12 de setiembre de 1885,"se encarga la Administración del Hospicio de Sanidad a la Junta de Caridad del Hospital San Juan de Dios. La Junta queda obligada a suministrar a los enfermos la atención, alumbrado y medicinas; como remuneración el Gobierno pagará al Hospital San Juan de Dios cincuenta centavos diarios por cada uno de los enfermos que se- asistan en el Hospicio.

Los gastos de vestido, muebles y reparaciones del edificio, continuarán haciéndose por el Estado.

Para que el edificio del Asilo pudiera concluirse pronto, el Congreso autorizó al Poder Ejecutivo para otorgar un crédito a la Junta de Caridad, hasta por sesenta mil pesos .

Medicaturas de Pueblo

El 30 de octubre de 1894, se dio el Decreto Constitucional N° 4 (Ley de Médicos de Pueblo) . Se autorizaba al Poder Ejecutivo a dividir el territorio nacional en tantos circuitos médicos como fueren indispensables para lo referente al control de higiene y salubridad pública, medicina legal y asistencia de pobres .

Se señalaba la administración de cada circuito medico a un profesor de medicina, incorporado en la Facultad de la República: el nombramiento y el pago de los médicos de pueblo de los cantones centrales le correspondía a las Municipalidades de las cabeceras de provincia, el nombramiento y pago de los médicos en los puertos le correspondía al Poder Ejecutivo.

Un capítulo regula las atribuciones de los médicos de pueblo, respecto a salubridad e higiene publicas, de las cuales puede destacarse las siguientes :

- aconsejar las disposiciones que deben dictar las autoridades políticas y las precauciones que el público debía observar .
- La notificación obligatoria al Ministerio de Policía y actividades locales, sobre la aparición de cualquier caso de enfermedad epidémica.
- Llevar la estadística de todos los casos que hubieren asistido, e informar al Ministerio de Policía sobre las causas que fueren origen de insalubridad y sobre las medidas a adoptar.
- Visitar los puestos de venta de artículos de consumo diario, hoteles y posadas y prohibir la venta o consumo de los artículos que encontraren nocivos a la salubridad pública.
- Examinar las drogas y medicamentos que se expenden en boticas; los licores, conservas, drogas y demás provisiones de los establecimientos públicos e indicar si se debía prohibir su venta
- Visitar presidios, ordenando medidas de higiene y asistir a los enfermos .
- Desempeñar las funciones del medico de hospital.
- Visitar a los pueblos de su circuito, una vez al mes, para observar su estado sanitario, tomar nota de abandono de enfermos pobres y recetarlos.
- Desempeñar en los puertos las funciones que estipulan los reglamentos respectivos.

Otro capítulo se destina a señalar las obligaciones de los médicos en cuestiones de medicina legal; un tercer capítulo se refiere a los aspectos relativos de la asistencia de pobres y finalmente sobre la creación de juntas cantonales, encargadas de hacer la calificación de pobreza de los vecinos de la localidad .

El Doctor Carlos Duran y su obra dentro del campo de la salud.

El nombre del Doctor Carlos Duran está ligado a la creación de las primeras instituciones medicas de Costa Rica.

Nació este ilustre ciudadano en San José el 12 de noviembre de 1852. Hizo sus estudios de medicina primeramente en la Facultad de Medicina de París, de donde tuvo que retirarse por motivo de la guerra Franco-Prusiana de 1870. Se trasladó a Londres e ingreso en el Guy' s Hospital, Universidad de Dushann, Real Colegio de Cirujanos de Inglaterra; en esa institución se graduó de Medico y Cirujano en 1874.

En 1875 fue incorporado al Protomedicato de Costa Rica. De este llegó a ocupar primeramente el cargo de Vocal y después el de Presidente durante varios períodos. En la Facultad de Medicina de Costa Rica desempeñó los cargos de Tesorero y Presidente. Formo parte del Cuerpo de Médicos y Cirujanos del Hospital San Juan de Dios; aquí fue Jefe de Cirujanos y Cirujano de Consulta, cargos que desempeñó ad honorem hasta el día de su muerte.

El Hospital San Juan de Dios fue motivo de constante preocupación suya. Como médico de la Institución y como Presidente de la Junta de Caridad, procuró convertir el Hospital en el mejor y más completo del país, dotándolo de todos los adelantos científicos de la época y procurando el mejor de los servicios médicos.

El Doctor Duran contaba que cuando el visitó el Hospital, el Doctor Andrés Sáenz Llorente amputaba la pierna a un hombre en el corredor de piso de tierra contiguo al salón de varones, sin darle anestesia porque no la conocían; para mitigar el dolor habían obligado al paciente a tomar gran cantidad de aguardiente. Tampoco se conocía la asepsia y lo más corriente era que todo individuo operado falleciera, por el shock que producía el dolor agudo o por la infección causada por falta de asepsia con que se había hecho la intervención. Este cuadro preocupó al Doctor Duran; comenzó a interesarse por formar parte de la Junta de Caridad que administraba el Hospital; la Junta en esos momentos estaba desorganizada y sus miembros casi no se reunían. Se le nombró Presidente y llevó a la Dirección del Hospital a su compañero de estudios Doctor Daniel Núñez. Su primera disposición fue ordenar el traslado de los enfermos leprosos a un lugar situado en las inmediaciones de la Sabana. Después hizo construir la primera sala de cirugía con que contó el Hospital, y enseñó a sus compañeros médicos el uso de la anestesia y de

la asepsia. Fue Secretario de Estado en el Despacho de Gobernación, Policía y Fomento durante la Administración del Lic. Bernardo Soto en el año 1886. Desde ahí se preocupó por la suerte de los enfermos mentales, que no tenían donde recluirse ni ser tratados en forma científica, que andaban por las calles haciendo daños y sufriendo la incomprensión de las gentes, y eran encerrados en jaulas de hierro o enviados a la cárcel pública en casos extremos. El Doctor Duran ideó la creación de un asilo para ellos y consiguió que el gobierno del Lic. Soto emitiera el decreto respectivo. A fin de obtener los fondos necesarios para la construcción del edificio y el sostenimiento de la institución, creó la Lotería Nacional, que más tarde sirvió también para proporcionar rentas al Hospital San Juan de Dios y posteriormente para todos los demás hospitales del país .

Dentro del campo de la obstetricia, esta se venía ejerciendo en el país por señoras que habían adquirido alguna práctica en la atención de parturientas, pero que no tenían conocimientos técnicos de esa naturaleza. Esta situación de empirismo hizo al Doctor Duran pedir, en la sesión de la Facultad de Medicina del 14 de enero de 1889, la creación de una Escuela de Obstetricia. Fue apoyado por los Doctores Genaro Rucavado Bonilla y Luis Ross Pochet, ambos especializados en esa rama de la medicina. La Facultad dictó el acuerdo correspondiente.

Más tarde, siendo Presidente de la Facultad de Medicina, logró el apoyo del Secretario de esa Corporación, Doctor Luis Paulino Jiménez Ortiz, para crear también la Escuela de Enfermería; el acuerdo fue dado el 2 de febrero de 1916.

En 1890, después de largos años de investigaciones para conocer el origen de una anemia muy generalizada entre los campesinos de los cantones del sur de San José, anemia que casi siempre producía la muerte, descubrió el parásito llamado anquilostoma. En estas investigaciones le ayudó mucho el Doctor Gerardo Jiménez Núñez. Como dato interesante, conviene señalar que esta parasitosis continúa siendo en la actualidad un azote para la población campesina, lo que revela lo estériles que han sido en Costa Rica algunas de las campañas de Salud Pública.

En el ejercicio de la profesión el Doctor Durán se distinguió siempre como un magnífico clínico y como el mejor cirujano de su época.

Era un gran estudioso y siempre estaba al día en su profesión. Fue el primero que introdujo al país un pequeño aparato de rayos X, que usaba con su clientela. Fue el primero que hizo operaciones de Oftalmología, pero cuando vino al país el Doctor Arrea, especializado en esa materia, el Doctor Durán, que siempre fue amigo de ayudar a sus colegas, le trasladó toda su clientela de Oftalmología y nunca más volvió a ocuparse de esta especialidad.

El 16 de agosto de 1915, siendo Diputado en el Congreso Nacional, logró aprobar una ley creando el Sanatorio para Tuberculosos. En el proyecto de ley colaboró el Lic. Manuel Coto Fernández. Desde la Fundación de este Sanatorio, hasta el día que falleció, el Doctor Duran desempeño el cargo de Presidente de su Junta Directiva, en forma gratuita pues siempre donó al establecimiento los honorarios que le correspondían. Dirigió personalmente la construcción del edificio y la instalación del Sanatorio. A esta obra dedico sus ultimas preocupaciones.

Fue Presidente Municipal de San José durante varios períodos, y desde este cargo logró algunas mejoras en bien de la higiene de la ciudad; entre otras la dotó de una red de cloacas indispensables. En esta labor le ayudó el Lic. Cleto González Víquez, quien era su compañero en la Municipalidad.

Ocupo muchos cargos políticos, entre ellos, en forma interina , la Presidencia de la República. Obtuvo muchos títulos honoríficos. Falleció en su casa de habitación, en San José, el domingo 23 de noviembre de 1924.

PERIODO 1914-1921. -LA FUNDACIÓN ROCKEFELLER

Durante este período se empiezan a gestar los principios de salud que más tarde darán nacimiento a la medicina preventiva de Costa Rica. Hasta ese momento, los hospitales y demás instituciones tenían un carácter meramente curativo, basado en los principios de beneficencia y caridad manejado por diversas Hermandades.

El primer antecedente de los Servicios de Salud lo encontramos en el año 1907 cuando por vez primera se asigna en el presupuesto nacional una partida con el propósito de organizar una campaña contra la anquilostomiasis.

El 31 de agosto de 1914 y según Acuerdo No. 609 de la Cartera de Policía se aceptó el ofrecimiento de la Comisión Sanitaria Internacional del Instituto Rockefeller para emprender en Costa Rica con fines puramente humanitarios y sin costo alguno para los particulares, el estudio y tratamiento de la anquilostomiasis. Mediante Decreto No. 116 de 8 de abril de 1915 se constituyo el Departamento de Anquilostomiasis, como una Dependencia de la Secretaría de. Policía. Su primer Director fue el Doctor Luis Schapiro y el Doctor Solón Núñez Frutos su asistente. Costa Rica, debe a estos dos grandes hombres gran parte del progreso alcanzado en Higiene Publica y Protección Social, sobre el modelo general de leí lucha contra esta parasitosis iniciada por la Fundación en varios países Latinoamericanos. La Campaña sirvió no solamente para tratar de aminorar los efectos de la uncinariasis sobre la población, sino que sentó sobre base firme el Saneamiento Ambiental y la

Educación Higiénica de las poblaciones. Además, la influencia de la Fundación Rockefeller se hizo sentir en otros terrenos. Como complementó de la Campaña Contra la Anquilostomiasis, se eren por Decreto del 1° de setiembre de 1914, el Departamento Escolar, con miras a proteger la salud de los niños de 7 a 14 años que concurrían a las escuelas publicas y que estaban expuestos a las enfermedades propias de esta época de la vida de los escolares} sus funciones fueron más que todo de índole preventivo. Este Departamento trabajo con los primeros Asistentes Sanitarios Escolares que se adiestraron en el país. En este año, se amplían las actividades escolares, comprendiendo saneamiento escolar; clínicas escolares generales, clínicas escolares dental y oftalmológica , colonias veraniegas escolares (1920) Estos servicios fueron los precursores de la medicina preventiva organizada bajo la supervigilancia r estatal.

Atención Materno-Infantil y Medicina Social

En 1915, al oficializarse las acciones antituberculosas, y en 1920 al proponerse la primera legislación antivenérea, nacía la medicina social en Costa Rica, que se complementa poco más tarde, con un revolucionario programa para la atención ambulatoria de enfermos leprosos.

En 1920, por Decreto Ejecutivo del 7 de junio, se crearon las clínicas prenatales e infantiles, .orientadas con tan profunda convicción de la importancia que ellas tenían para el país, que desde entonces es tos dos tipos de atenciones medicas preventivas han sido consideradas como la base de toda la salud publica.

Durante este período la epidemia mundial de influenza repercutió en Costa Rica en forma tan grave como en otros países, y junto con los brotes de viruela y de fiebre tifoidea, ayudaron a despertar la conciencia de que era necesario oponerles medidas efectivas. Desgraciadamente, las facilidades preventivas para el control de las enfermedades infecto-contagiosas, se limitaron más que nada a la intensificación de la vacunación anti-variólica. En el cuadro do morbilidad del país dominaba la malaria, que manifiesta en este período una de sus peores exacerbaciones.

En el gráfico estructural No. 1, se presenta los servicios de salud, existentes antes de la creación de la Subsecretaría de Salubridad Pública.

PERIODO 1922-1949

1. SUBSECRETARÍA DE HIGIENE Y SALUD PÚBLICA.

El 12 de julio de 1922 por Decreto Ejecutivo No, 1 y durante la presidencia de Don Julio Acosta García se creó la Subsecretaría de Higiene y Salud Pública dependiente de la Secretaría de Policía, con el objeto de centralizar en un solo organismo responsable de las distintas actividades relacionadas con la higiene y la salubridad pública.

Desde esa fecha el cargo fue desempeñado por el eminente médico Doctor Solón Núñez Frutos, quien más tarde, al crearse en el año 1927 la Secretaría de Salubridad Pública y Protección Social (Decreto Ejecutivo No. 24 de 4 de junio) continuó desempeñándolo hasta 1936, para reasumirla nuevamente entre los años 1943 y 1948.

Puede decirse con plena justicia que toda esta etapa de organización nacional de la Salubridad Pública y la historia sanitaria de Costa Rica queda escrita en los incontables decretos y leyes que se promulgan a iniciativa de tan ilustre ciudadano.

La gestión de la Subsecretaría de Higiene y Salud Pública estuvo al principio limitada al control curativo y profiláctico de la Anquilostomiasis; a la Dirección del Departamento Sanitario Escolar ya la observación y prevención de algunas epidemias, especialmente aquellas propias de las edades escolar y pre-escolar. El 12 de marzo de 1923 se emitió la Ley No. 52 "Sobre Protección de la Salud Pública", que no solo dio fuerza legal a la Subsecretaría, sino que aumentó su radio de acción, adjudicándole varios de los servicios ya establecidos y dependientes de otras Secretarías.

Muy difícil fue la labor de la Subsecretaría si se piensa que a ella le correspondió actuar en un ambiente poco preparado en lo relacionado a la protección de la Salud Pública y con un presupuesto dedicado exclusivamente al pago de empleados y provisión de algunas drogas; podría decirse que a la Subsecretaría le correspondió la función capital, despertar la conciencia sanitaria del país. El 4 de marzo de 1927, por Decreto Ejecutivo No. 4, y de acuerdo con la Ley Sobre Protección de la Salud Pública de 12 de marzo de 1923, se le adjudica a la Subsecretaría de Higiene y Salud Pública las funciones que estaban encomendadas a la Secretaría de Beneficencia, como son la atención de hospitales, lazaretos, hospicios, casas de maternidad e instituciones protectoras de la infancia. Esto sucedió exactamente tres meses antes de la creación de la Secretaría de Salubridad.

2. SECRETARIA DE SALUBRIDAD.

Pronto sin embargo, se dio cuenta la Subsecretaría de que no tenía autoridad política para hacerse sentir en el Gobierno y en la sociedad, que era necesario que sus iniciativas o proyectos de ley llegaran directamente al Congreso sin modificaciones introducidas en otras carteras. Era preciso que la higiene local de las ciudades que no es sino parte de la higiene general del país, no estuviera como cosa totalmente independiente del Estado, y que estuvieran amparadas todas las instituciones de beneficencia.

Era ilógico que hospitales, sanatorios y asilos estuvieran bajo el control inmediato de la Secretaría de Relaciones Exteriores.

Imponíase crear la Secretaría de Salubridad e involucrar en ella las funciones de protección social. La idea, aunque avanzada tuvo apoyo amplio en el espíritu liberal del Señor Presidente de la República, Licenciado Ricardo Jiménez Oreamuno, y fue convertida en Ley por la Cámara, el 4 de junio de 1927.

Se tuvo la oportunidad de constatar en la Conferencia Sanitaria de Lima (Perú) que Costa Rica, adelantándose a casi todas las repúblicas de América Latina, había llevado a la práctica las dos ideas sobre las cuales recayó la discusión mas importante de la Asamblea: Creación de la Secretaría o Ministerio de Salud, e incorporación a ella de los servicios de asistencia publica.

Así pues, el modesto laboratorio de Anquilostomiasis creado en 1915, aumento su radio de acción con las clínicas escolares e infantiles, luego con el control de las enfermedades infecto-contagiosas, convirtiéndose después en la Subsecretaría con funciones mas amplias.

La Subsecretaría emite la Ley Sobre Protección de la Salud Publica, crea las Clínicas Antivenéreas, da la Ley No. 13 de mayo de 1926 contra el Ofidismo, que es quizá la primera emitida en América y que mereció ser reproducida en los anales médicos de los Estados Unidos; reglamenta el uso de drogas heroicas; establece el Laboratorio de Salud Pública; fija las bases de la oficina de estadística vital, y finalmente a iniciativa del Poder Ejecutivo se convierte en la Secretaría de Salubridad Pública y Protección Social, tomando las funciones de beneficencia.

El servicio de salubridad fue enriqueciéndose con nuevos Departamentos, cuyas funciones fueron reglamentadas con espíritu sagaz y doctrinas modernas, adelantándose Costa Rica a poner en práctica principios que aún no eran plenamente aceptados por los técnicos especializados, pero que andando el tiempo han probado su oportunidad y validez

Los logros en este período pueden clasificarse como sigue:

I. ORGANIZACIÓN GENERAL DE LA SALUD PUBLICA .

1. La Ley No. 52, de 12 de marzo de 1923, Sobre Protección de la Salud Pública, constituye en esencia el primer código sanitario del país. Reconoce la ley que la salud nacional estará a cargo del Estado, mientras la salud local será de la responsabilidad de los Municipios. La Subsecretaría, que aquí se designa como de Higiene y de Salud Pública, estaría asesorada por la Facultad de Medicina y otras Facultades, en lo referente a sus dominios especiales, y quedaría integrada por el Instituto de Higiene, las Jefaturas Sanitarias (de responsabilidad Municipal), las Jefaturas de Sanidad Marítima y las Estaciones Sanitarias marítimas y terrestres y demás servicios mencionados en el Gráfico Estructural No. 2, muchos de los cuales eran creados por la Ley, y cuyas respectivas atribuciones se detallan en títulos separados.

Se destaca en particular el carácter normativo y contralor y los deberes internacionales del organismo central, frente al carácter ejecutivo y coordinador de actividades de terreno de los Jefes de Sanidad, en todo orden de cosas relativas a la salubridad local, de la cual responsabiliza a las Municipalidades. Los Médicos de Pueblo seguirían actuando como Jefes de Sanidad, en los distritos donde no hubiera uno especialmente designado.

El artículo 22, establece declaración obligatoria para el cólera morbus, peste bubónica, fiebre amarilla, tifus exantemático, viruela, fiebre tifoidea y paratífica, difteria, escarlatina, influenza epidémica, lepra, disentería, tuberculosis sarampión, meningitis cerebro espinal, parálisis infantil, beri beri, tracoma, rabia, tosferina, enfermedades infecciosas de carácter indeterminado, y algo que recientemente se ha logrado en otros países, paludismo. El Artículo 31, permite acción en relación a la lepra (la que pasa a ser reglamentada más tarde por Decreto Ejecutivo de 5 de 'Noviembre de 1923, en el que se establece que "un individuo sospechoso de padecer de lepra de tipo clínico que no ofrezca peligro para la comunidad,, y que aislado siga el tratamiento que le imponga un experto leprólogo, no será recluido forzosamente en el Asilo"..).

El Artículo 42, considera la prostitución con criterio epidemiológico de control de posible enfermedades venéreas y no con el criterio policial que la reglamentaba por las Leyes No. 24 de 28 de julio y No. 3 de 22 de octubre de 1894 y No. 10 de 24 de setiembre de 1901.

La Ley No. 51 de 24 de febrero de 1923, había establecido el servicio de Asistencia Publica para "las personas atacadas de enfermedades de la sangre y de la piel, de origen específico" que creaba una clínica principal en San José y clínicas auxiliares en cada una de las provincias, siendo derogada mediante el Decreto Ejecutivo No. 12 de 28 de noviembre de 1925 y por Ley No, 20 de 27 de Setiembre

de 1927 se reglamentó este servicio dictándose aspectos complementarios sobre este tópico.

El Artículo 43, establece la vacunación y revacunación obligatorias contra la viruela y las condiciones en que se hará vacunación en masa. La Ley trata igualmente del saneamiento de las ciudades, de la salubridad de las habitaciones, de la higiene industrial, del control del ejercicio de las profesiones medicas y afines, de las condiciones de ventas de drogas, sueros, vacunas y tóxicos, de la policía mortuoria, de la sanidad marítima, de la policía sanitaria de los animales con énfasis en la rabia; etc. y prohíbe (Artículo 76), ejercer conjuntamente las profesiones de medico y farmacéutico. Referente a estadística médica "La Subsecretaría de Higiene y Salud Pública formará la estadística médica del país" y por otra parte, se establece la obligatoriedad del certificado médico de defunción.

Para las labores locales "las Municipalidades dedicarán por lo menos el 15% de sus entradas anuales".

2. Para poner en marcha la Ley No. 52 Sobre Protección de la Salud Pública, se requeriría personal adiestrado. La Ley No. 129 de 14 de agosto de 1924 había creado la Escuela de Inspectores de Sanidad. En el Decreto Ejecutivo No, 2 del 2 de junio de 1926, se define el rol de la Asistente Sanitaria Escolar como el lazo de unión entre el hogar y la Escuela y entre esta y el Médico Escolar; siendo éstas escasas en número, el Decreto Ejecutivo No. 2 de 11 de marzo de 1927 asimila a esta categoría las enfermeras graduadas por la Facultad de Medicina y por el Hospital Max Peralta de Cartago, que hicieren tres meses de práctica en la Clínica Escolar e Infantil de San José y recomienda a las instituciones mencionadas crear las asignaturas de Puericultura e Higiene Escolar en el programa de formación de enfermeras. La Ley No. 20 de 1927 crea la Enfermera Visitadora como elemento esencial a la Campaña Antituberculosa. Para reforzar la eficiencia de las Asistentes Sanitarias se establece un curso de readiestramiento con dos períodos de 9 meses incluyendo 3 de práctica (Decreto Ejecutivo N° 8 de 25 de abril de 1928).

3. El personal de salubridad comenzaba a tener funciones definidas. En la Ley de Médicos de Pueblo dictada el 30 de octubre de 1894, las disposiciones se inspiraban "en la caridad y no en la protección social; en el individuo, pero no en la colectividad".

La Ley del 26 de octubre de 1931 crea el Medico Oficial enumerando sus funciones como Jefe de Sanidad, Médico Forense, Medico Escolar, encargado de la asistencia de los pobres y de accidentes de trabajo. Esta Ley fue justificada por el Doctor Solón Núñez, señalando que la Ley de Médicos de Pueblo dictada en 1894

resultaba anticuada, ya que fue inspirada en un sentimiento de caridad como su mismo nombre parece indicarlo y no una ley de protección social que contemple antes la colectividad que el individuo.

El Decreto Ejecutivo No. 31 del 21 de Febrero de 1934 establece para los Directores de Unidades Sanitarias las mismas atribuciones que tienen los médicos oficiales.

Ya antes, el Decreto Ejecutivo No. 8 de 15 de enero de 1925, había creado el Cuerpo de Inspectores de Higiene, que comenzó con un Agente Principal de Policía y dos Agentes Sanitarios en San José con jurisdicción en toda la República. El Decreto Ejecutivo No. 1 de 5 de junio de 1928, crea el Cuerpo de Inspectores Cantonales de Higiene.

El problema de escasez de Médicos de Pueblo con residencia fija, se resuelve por la Ley No. 138 de 16 de agosto de 1928, que crea plazas fijas de obstétricas para reemplazarlos, adelantándose así una solución que hoy recién se adopta en otros países.

Muchas leyes y decretos fijaron el personal para servicios determinados, o agregaron especialistas a los existentes, como son oculistas de planta para las escuelas de provincias de San José, Cartago, Heredia y Alajuela (Decreto Legislativo No. 48 de junio 6 de 1934).

4. Durante este periodo se crearon un gran número de Departamentos Sanitarios en el Ministerio, como es el ya mencionado servicio de Asistencia Pública base de la Lucha Antivenérea (Ley No. 51 de 1923; Decreto Ejecutivo No. 12 de 28 de noviembre de 1925; Ley No. 20 de 13 de octubre de 1927); el de Estadística Vital, que adquiere categoría de Departamento por Decreto Ejecutivo No. 3 de 4 de octubre de 1928, cumpliéndose así uno de los mayores anhelos de la Secretaría de Salubridad, tener una oficina encargada de concentrar los datos estadísticos de los diferentes departamentos a su cargo.

Se expende la Inspección Médica Escolar (Decreto Ejecutivo No 2 de 2 de junio de 1926); el Departamento de Ingeniería Sanitaria que queda a cargo de todas las funciones de saneamiento, de la vigilancia de los establecimientos destinados a la elaboración de artículos alimenticios y expendio de leche y de la prevención de la malaria (Decreto Ejecutivo No. 2 del 22 de agosto de 1928); el Departamento de Profilaxis Dental (Decreto Legislativo No. 37 del 21 de junio de 1929), se creo con el objetivo primordial de realizar las extracciones en forma gratuita a las clases necesitadas, cubriéndose la ciudad de San José mediante un puesto fijo y las otras ciudades cabeceras de provincia mediante dos dentistas ambulantes.

El Departamento de Drogas Estupefacientes pasa a ser dirigido por una Junta Administradora; y otros departamentos ya mencionados en la Ley 52, sobre protección de la Salud Pública.
(Gráfico Estructural No. 2)

II. ORGANISMOS ESPECIALIZADOS DE SALUBRIDAD.

Entre 1922 y 1949, la Subsecretaría de Higiene y Salud Pública primero y luego la Secretaría de Salubridad Pública y Protección Social, se preocupan de la creación de organismos especializados para afrontar los grandes problemas sanitarios del país, y que pueden enumerarse como siguen ;

1. La Sanidad Internacional establece normas para cumplir con las disposiciones del Código Sanitario Panamericano, en lo referente a enfermedades cuarentenables, información estadística, cooperación internacional, etc. (1924).

Se participa en las Convenciones Internacionales encaminadas a reglamentar los estupefacientes, particularmente el opio y derivados (Decreto Ejecutivo No. 3 del 15 de marzo de 1927) y en particular, la heroína y sus preparados (Decreto Ejecutivo No. 4 del 24 de octubre de 1928), la marihuana (Decreto Ejecutivo No. 5 del 24 de octubre de 1928).

Estas disposiciones se cristalizan en la Ley Sobre Drogas Estupefacientes, (Decreto Legislativo No. 3 del 29 de setiembre de 1930) y el Reglamento de la Junta Administradora ya mencionada (Decreto Ejecutivo No. 18 del 7 de octubre de 1931)

Anteriormente y con fecha de 8 de octubre de 1923 la Secretaría de Salubridad había dado una Ley reglamentando la importación de opio, lo que vino a poner termino al tráfico escandaloso del opio y de la cocaína; con fecha de 24 de octubre de 1928 el Poder Ejecutivo había dado el Decreto No. 5 prohibiendo el consumo de la marihuana y en esta misma fecha el Decreto No. 4 prohibiendo el uso de la heroína.

2. La Profilaxis Antivenérea, ya mencionada, centraliza primero en San José, pero por Decreto Legislativo No, 47 del 18 de junio de 1935, se extiende a Alajuela, Heredia y Cartago, donde se crean Clínicas Antisifilíticas. Por Decreto Ejecutivo No o 10 del 12 de agosto de 1936 se le adscribe a la Secretaría de Salubridad Pública, la Agencia Principal de Policía de Profilaxis Venérea.

3. Lucha Contra el Paludismo. Esta enfermedad se declara enfermedad de declaración obligatoria por considerarla enemigo número uno de la salud pública, (Ley No. 52, de 1923). La Ley No. 82 del 30 de julio de 1928 faculto al Poder

Ejecutivo para establecer el Hospital de Limón y menciona específicamente en su artículo 4o. que: " El Hospital deberá atender preferentemente a los enfermos de paludismo". La prevención de la malaria queda en 1928 estipulada como función del Departamento de Ingeniería Sanitaria. La Campaña Antimalárica queda señalada como prioridad en el Decreto Legislativo No. 6 del 9 de octubre de 1928, cuyo Artículo lo. establece: "Ampliase con la suma de ¢ 400.000 colones el presupuesto vigente de la Cartera de Salubridad Pública y Protección Social, a fin de llevar a cabo en el país una campaña sanitaria, especialmente contra la malaria y la tuberculosis "

El Decreto Ejecutivo No. 13 del 2 de diciembre de 1930 se propone evitar el avance de la malaria y equivale a la ley de. Obligatoriedad de la lucha contra esta enfermedad, que sólo ha venido; a ser aceptada recientemente a raíz de la campaña mundial de erradicación decretada por la Organización Mundial de la Salud. Ateniéndose a los conocimientos de la época, el Decreto Ejecutivo No. 19 del 14 de octubre de 1931 y No, 23 del 22 de agosto de 1932 indican la provisión gratuita de quinina para maestros, escolares, enfermos pobres etc. y la obligatoriedad de proporcionarla a sus trabajadores por patronos diversos.

4. La Lucha Antituberculosa. La Ley No. 58 del 16 de agosto de 1915 creó el Sanatorio para Tuberculosos el cual abrió sus puertas en el año 1918, mediante el Decreto Legislativo No. 65 del 25 de junio de 1931 se reformaron los Artículos 1o., 2o., y 5o. de la Ley No 58, a raíz de esta reforma se le dio el nombre de Sanatorio Carlos Durán y fue creada una Junta para su Dirección y Administración denominada " Junta del Sanatorio Carlos Duran ".

El Decreto Legislativo No, 33 del 23 de octubre de- 1931 estableció un impuesto a la cerveza nacional y extranjera para sostener el Sanatorio Duran, y la Campaña Contra la Tuberculosis se le encomendó a una Junta que se organizó bajo el nombre de Liga Oficial Antituberculosa, a la cual se le autorizó además para construir y abrir hospitales, dispensarios y preventorios.

Por Decreto Ejecutivo No. 24 del 29 de Agosto de 1932 se dictó el Reglamento de la Liga Antituberculosa. El 8 de octubre de 1936 y por Decreto Ejecutivo No. 16 se reglamentó el ingreso de tuberculosos al territorio nacional, permitiéndolo solo cuando se trataba de obtener su curación en el Sanatorio Carlos Duran, institución que fue orgullo en su genero no sólo en Centro América, sino en los países de la América Tropical.

Ya en 1927 y por Decreto Ejecutivo No. 1 de 11 de marzo se prohibía la entrada de tuberculosos al país y se incluía la tuberculosis en la lista de enfermedades de declaración obligatoria, exigiéndose a los extranjeros certificado medico que hiciera constar que no padecían de enfermedad contagiosa en especial lepra y tuberculosis. El Decreto Legislativo No. 50 del 3 de Agosto de 1937 creo una

"Sección de Lucha Antituberculosa " dependiente de la Secretaría de Salubridad Publica y Protección Social, en la cual quedaban refundidas todas las instituciones que en una u otra forma se relacionaban con el problema de la Tuberculosis, como eran el Sanatorio Duran, el Dispensario Antituberculoso, las Colonias Veraniegas y el Preventorio. Esta Sección de Lucha Antituberculosa comenzó a desarrollar un plan de trabajo formulado por su Director Doctor Raúl Blanco Cervantes en base a la gran experiencia tanto clínica como sanitaria adquirida en la dirección de establecimientos nacionales de esta índole y en estudios realizados en los Estados Unidos de América y Europa.

5. La Lucha Antileprosa, Se relaciona desde el primer momento con el Asilo de Las Mercedes, el cual fue creado por Decreto Ejecutivo No. 3 de 5 de noviembre de 1923 y se dictó un Reglamento sobre aprehensión, reclusión y libertad condicional de los leprosos en Costa Rica.

El Decreto Ejecutivo No. 6 del 25 de octubre de 1927, al reglamentar la institución establece en su Artículo lo. " El Asilo de Las Mercedes se gobierna directamente por la Secretaría de Estado en el Despacho de Salubridad Publica y Protección Social. "

III REGLAMENTACION SANITARIA.

La tercera característica de este período es la valiosa reglamentación dictada para hacer posible la aplicación de la Ley Sobre Protección de la Salud Publica; se mencionan a continuación:

1. Sobre Sanidad Marítima. Se dictó por Decreto Ejecutivo No. 7 del 16 de diciembre de 1924, un reglamento que indicaba que los servicios de sanidad marítima en los puertos de la República quedaban bajo la dependencia de la Subsecretaría de Higiene y Salud Pública y determinaba las enfermedades de declaración sanitaria internacional obligatoria.

2. Sobre Saneamiento, Decreto Ejecutivo No. 4 del 8 de abril de 1924, que reglamenta la construcción de excusados; sobre contaminación de aguas potables. Decreto Ejecutivo No. 3, del 21 de agosto de 1926; sobre cañerías. Decreto Ejecutivo No. 7, del 20 de marzo de 1929; reglamento general de Cementerios, importante por cuanto los seculariza, Decreto Ejecutivo No. 17 del 5 de setiembre de 1931, actualizando los conceptos de la Ley de 1884; reglamentos de control de malaria, ya mencionado, que se aplica por primera vez en Orosi, distrito que es de clarado "zona malárica" por Decreto Ejecutivo No. 20 del 20 de octubre de 1931; Decreto Ejecutivo No. 2.7 de 24 de enero de 1933 que establece requisitos que deben llenar las casas ofrecidas en arriendo, y Decreto Ejecutivo No. 28 del 3 de febrero del mismo año, por el cual se deroga el Decreto Ejecutivo No. 30, del 17 de mayo de 1933, dándole

atribuciones a la Policía Sanitaria para hacer cumplir lo dispuesto sobre habitaciones, etc.

3. Sobre Medicamentos, Drogas, Sustancias Tóxicas, etc. No solamente se definen estas últimas (Decreto Ejecutivo No. 1 del 17 de agosto de 1923), sino también que en relación a las dos primeras se dicta el Reglamento de Boticas y Droguerías. Este Reglamento establece que el Registro de Drogas lo llevará el Colegio de Farmacéuticos (Decreto Ejecutivo No. 6 del 26 de enero de 1929, y Decreto Ejecutivo No. 9 del 12 de julio del mismo año).

4. Sobre Salud Escolar. El Decreto Ejecutivo No. 2 del 2 de junio de 1926 reglamentaba la inspección médica escolar, y los servicios que se debían otorgar al estudiantado (incluyendo atención dental, corrección de defectos físicos, protección del desarrollo mental normal, vacunación e inmunización; exámenes de niños enfermos en sus domicilios; corrección de defectos oculares o auditivos, etc. El Decreto Ejecutivo No. 4 del 11 de mayo de 1927, establece los servicios médicos gratuitos para maestros activos del personal docente; pero en 1929 (Decreto Ejecutivo No. 7 del 20 de marzo) se instituye el certificado de salud obligatorio para maestros y profesores. Por Decreto Legislativo No. 156 del 31 de julio de 1933, las Cocinas Escolares se someten a la dirección y supervigilancia del Patronato Nacional de la Infancia, al cual, por Decreto Legislativo No. 167 se le entregan \$15.000 mensuales para adquirir leche para niños pobres, actividad que reglamenta el Decreto Ejecutivo No. 4 del 7 de octubre de 1935.

5. Sobre Alimentos y Bebidas. Ya en 1925 el Decreto Ejecutivo No. 9 del 27 de enero había reglamentado las panaderías y por Decreto Ejecutivo No. 10 del 4 de abril del mismo año las carnicerías. Por Decreto Ejecutivo No. 11 del 15 de abril de 1925, se estableció el control de establecimientos o fábricas donde se elaboran sustancias alimenticias. También se reglamentó productos alimenticios, como la mantequilla y oleo-margarina y condiciones de su venta (Decreto Ejecutivo No. 4 del 30 de agosto de 1926 y No. 5 del 19 de octubre del mismo año). Estas actividades dispersas culminan con el dictado del Reglamento General de Alimentos y Bebidas, que fue uno de los más completos de su época (Decreto Ejecutivo del 20 de junio de 1931). Los productos alimenticios destinados a la infancia debían llevar impresa en el envase la fecha de preparación (Decreto Legislativo No. 88 del 13 de agosto de 1932).

6. Laboratorio de Salud Pública., Se reglamenta por Decreto Ejecutivo No. 21 del 7 de noviembre de 1931, estableciendo el servicio gratuito para aquellas personas pobres remitidas por médicos oficiales, por hospitales o por la Clínica Central de Asistencia Pública. También se otorgaba el servicio gratuito a ricos y pobres siempre que se tratara de una enfermedad infecto-contagiosa y que fueran referidos por Médico Oficial.

7. Higiene Industrial. El Reglamento correspondiente se dicta en 1946,

8. Código Sanitario, Esta extensa documentación y experiencia adquirida en el manejo de los asuntos sanitarios, permitió darle al país el Primer Código Sanitario (Ley No. 33 de 18 de diciembre de 1943) que, vino a reemplazar a la Ley Sobre Protección de la Salud Pública.

IV. UNIDADES SANITARIAS.

La Ley de Médicos de Pueblo dictada el 30 de octubre de 1894, fue sustituida por la Ley de Médicos Oficiales de 26 de octubre de 1931, y en ella se encuentra el origen de lo que posteriormente se conoció como Unidades Sanitarias. El Doctor Solón Núñez, Subsecretario de Estado en la Cartera de Salubridad, creó la primera Unidad Sanitaria la cual llevó su nombre en la Ciudad de Turrialba. Por Decreto Ejecutivo No. 31 del 21 de febrero de 1934 se decreta investir a los directores de Unidades Sanitarias en las mismas prerrogativas y atribuciones que tenían los Médicos Oficiales..

V. MEDICINA ASISTENCIAL

Siguiendo la norma general, la medicina preventiva se inicia con posterioridad a la curativa, reglamentada ya desde el siglo anterior bajo un sistema de Hermandades y Patronatos que designaban Juntas de Caridad y los correspondientes Médicos de Pueblo. En 1940, por Acuerdo No, 28 del 24 de febrero, y en 1941, por Acuerdo Ejecutivo No. 27 del 20 de mayo» se dicta el Reglamento General de Patronatos y Junta Directivas de Protección, financiadas con el impuesto de Beneficencia creado por Ley No. 2 del 28 de noviembre de 1914 y reformado por Ley No. 10 del 23 de diciembre de 1937.

Cabe sin embargo, recordar aquí que por Ley No. 82 de 1928 se había autorizado al Poder Ejecutivo a fundar el Hospital de Limón. Por Decreto Ejecutivo No. 5 del 8 de octubre de 1935, se dejó insubsistente el Acuerdo que autorizaba la creación de la Hermandad de Caridad de Limón, y se reemplaza la Junta de Caridad por un " comité que con el nombre de Junta de Asistencia Social, asume sus funciones, obligaciones y derechos ". La extraordinaria importancia de este Decreto consiste no solamente en haber creado Juntas de Asistencia Social en que el concepto de caridad queda abolido; sino, lo que es muchísimo más importante, en haber señalado el camino a seguir en el futuro si el Estado desea dar un nuevo impulso al desarrollo de la medicina curativa. En la misma forma que entonces resultaba anacrónica la Junta de Caridad, resulta ahora anacrónica la Junta de Asistencia Social para manejar los complejos mecanismos de la medicina curativa moderna.

VI. SEGURIDAD SOCIAL.

Preámbulos para el establecimiento de un sistema más adecuado de seguridad social fueron los dos Decretos Ejecutivos el No. 2 del 11 de julio y No o 8 del 15 de noviembre de 1935, que reglamentan la Ley No. 30 del 10 de diciembre de 1934, sobre hospitalización de trabajadores de la industria bananera y utilización del 1% retenido por ley de la venta de banano.

Mucho antes, sin embargo, la Ley No. 13 del 25 de mayo de 1926, había considerado el ofidismo como enfermedad profesional de trabajadoras agrícolas. La Ley, en efecto, consideraba que la muerte de un bracero de cualquier edad y sexo en una hacienda cuyo dueño no posee una dotación de suero antiofídico, debe acarrear - como compensación justa- el pago por el dueño a la familia del bracero, del jornal diario que este devenga, por el término de un año.

La creación de la Caja Costarricense de Seguro Social, como entidad autónoma, hace culminar este período con la incorporación a las prácticas medicas de las más avanzadas formas de protección de las comunidades contra los riesgos de enfermedad.

Bases Legales:

La primera Ley Constitutiva que introduce los seguros sociales en el país, es la No. 17 del 10 de noviembre de 1941, que crea la Caja Costarricense de Seguro Social, que de inmediato inicia servicios en lo que respecta al seguro de Enfermedad y Maternidad. Fundamentalmente, la Caja Costarricense de Seguro Social tiene su sustento legal en el ordenamiento constitucional de la República. En efecto, en 1943 al incorporarse a la Constitución Política el Capítulo correspondiente a las Garantías Sociales (según Ley No. 24 de 2 de Julio de 1943), el Seguro Social trasciende a norma constitucional. Concretando lo anterior, el Artículo 73 de la Carta Magna dispone lo siguiente:

"Artículo 73"

Se establecen los Seguros Social en el beneficio de los trabajadores manuales e intelectuales, regulados por el sistema de contribución forzosa del Estado, patronos y trabajadores, a fin de proteger a éstos contra los riesgos de enfermedad, invalidez, maternidad, vejez, muerte y demás contingencias que la ley determine.

La administración y el Gobierno de los seguros estarán a cargo de una Institución Autónoma, de-nominada Caja Costarricense de Seguro Social ".

El 22 de octubre de 1943 se dicta la Ley Constitutiva de la Caja, en la cual los postulados básicos constitucionales son desarrollados y dispuestos para su ejecución.

Al iniciarse el año de 1950, la medicina preventiva, la medicina curativa y el Seguro Social se encuentran alineados paralelamente para servir a la comunidad, sin que exista entre ellos ninguna relación íntima, si bien los dos primeros dependen del mismo Ministerio.

VII.. LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL - PRIMER PERIODO DEL SERVICIO COOPERATIVO INTERAMERICANO DE SALUBRIDAD PUBLICA, JUNIO 1942-----JUNIO 1947.

Por intercambio de notas diplomáticas entre el Gobierno de Costa Rica y el de los Estados Unidos de Norte América, se organizo en junio de 1942, " The Health and Sanitation Field Party" y el Servicio Cooperativo Interamericano de Salubridad Publica, utilizando una contribución de \$ 500.000,00 del Instituto de Asuntos Interamericanos, y varios. aportes del Gobierno, El programa acordado por dos años fue extendido el 14 de junio de 1944, por un segundo convenio, agregándose del mismo origen una nueva contribución de \$ 300.000,00 y comprometiéndose el Gobierno a aportar \$ 150.000,00 como contrapartida. Por acuerdo mutuo de las partes contratantes, se puso fin al convenio en junio de 1947, Durante este período se realizaron las siguientes actividades ;

- 1- Construcción o remodelación de 10 Unidades Sanitarias.
- 2- Operación de 7 Unidades Sanitarias, por el SCISP, por tiempos variables.
- 3- Diseño y construcción de Plantas de Agua para 7 comunidades.
- 4- Diseño y construcción de un filtro de arena lento y captación de agua para el sistema de agua potable de San José, en Tres Ríos.
- 5- Diseño y construcción de un sistema completo de cloacas (alcantarillado) para Heredia, con colectores, conexiones domesticas y un tanque Imhoff para tratamiento parcial.
- 6- Drenajes en Limón y San José como complementos de la campaña antimalárica.
- 7- Mantención de 12 estaciones para la atención medica de las áreas de trabajo de la "Public Development Cooperation"

- 8- Ayuda Financiera para el Hospital da Niños en Tres Ríos.
- 9- Diseño para un Hospital de Tuberculosos de 200 camas,
- 10- Asesoramiento al Ministerio de Salubridad, para el desarrollo de varios de sus programas.

En el Gráfico Estructural No. 3, preparado por el Ministerio de Salubridad en 1950, se aprecia que el mayor cambio estructural en el Sistema de Servicios de Salud del país, es la creación de la Dirección General de Salud.

El Ministerio pasó, por lo tanto, a estar integrado por tres Direcciones Generales: de Salubridad, de Asistencia y Administrativa, ésta última sirviendo al Ministerio en su totalidad. Se excluye del Gráfico la poderosa y creciente estructura de la Caja Costarricense de Seguro Social, el Instituto Nacional de Seguros, las Instituciones privadas y voluntarias.

Las razones para crear la Dirección General de Salubridad fueron:

- 1- Necesidad técnica de integrar los servicios médicos preventivos bajo un comando único.
- 2- Coordinación y estabilización de esfuerzos encaminados a la promoción de la salud, prevención de las enfermedades y educación sanitaria de las poblaciones bajo todos sus aspectos.
- 3- Necesidad de crear una estrategia "ajena a toda actividad política" en sus líneas generales de trabajo y que a la vez asegurará una continuidad de acción, que no sufriera con los frecuentes cambios que se hacen de Ministros.

A la Dirección se traspasaron 16 Unidades antes dispersas en el Ministerio. Aunque en el Gráfico se expresa la intención de incorporar en ella las cuatro campañas nacionales, designadas como "Luchas", se verá más tarde que estas siguieron existiendo como organismos ministeriales independientes.

La Dirección General de Asistencia continuó integrada por ; Sistema Nacional de Hospitales y las Instituciones de Asistencia Social.

En ambas Direcciones operaron sendos Consejos Técnicos integrados por Jefes de Departamentos o funcionarios idóneos.

En la Dirección General de Salubridad hubo ciertos cambios en las unidades integrantes; pero aun mayores en sus orientaciones técnicas :

1.- Las bases para una medicina preventiva organizada se sustentaron en:

a- El nuevo concepto amplio de salud pública introducido por la OMS, según estipulado en su Constitución.

b- La necesidad previa que toda acción tiene de conocer los problemas de salud de la comunidad. Bajo este principio se iniciaron las encuestas sanitarias en las zonas de Puriscal, Orotina, San Mateo, Valverde Vega, San Carlos y Alajuela.

c- La indisoluble relación que tiene la salud con el nivel social y económico de los pueblos. Ello dio origen a la coordinación de actividades en Turrialba, con los Ministerios de Educación y Agricultura, el Instituto Ínter-Americano de Ciencias Agrícolas de Turrialba y el STICA, para desarrollar el proyecto piloto encaminado a conocer los niveles de vida de 137 familias y 940 personas integrantes de las mismas.

d- La urgencia 'en contar con personal adiestrado a todos los niveles. Ello se manifestó: en la iniciación de un sistema de becas otorgadas por varias organizaciones internacionales de salud; adiestramiento en nuevas técnicas (curso de estandarización serológica realizado en mayo de 1950 con la ayuda del Centro de Adiestramiento de Enfermedades Venéreas de Guatemala; adiestramiento en enfermería, con encuesta previa de las condiciones existentes); adiestramiento en servicio y cursos de refrescamiento (inspectores sanitarios).

e- Economía de esfuerzo y mejor supervigilancia y orientación de las actividades de rutina (reorganización del cuerpo de Inspectores Sanitarios; reorganización del cuerpo de Enfermeras)

f- Participación activa de Costa Rica en las actividades sanitarias internacionales (Asamblea Mundial de la Salud y Conferencias Sanitarias Panamericanas), con plena utilización de las facilidades obtenibles de la asistencia técnica internacional (ayuda de la OMS/SP/UNICEF, para los programas de vacunación con BCG; para el programa nacional de control de la malaria; para el programa de erradicación del Aedes Aegypti, vector de la Fiebre Amarilla urbana; para ayuda a la Escuela de Enfermería; para el Programa Demostrativo de Nutrición concertado con la UNICEF, etc).

g- Participación cooperativa de Costa Rica en actividades de salud comunes a Centro América y Panamá (incorporación al INCAP que tuvo en el país la Primera Reunión del Consejo Directivo; coordinación con el Instituto Gorgas de Panamá para encuestar las condiciones de la Fiebre Amarilla selvática, etc.).

h- Participación en programas de asistencia técnica bilateral, para lo cual se iniciaron las gestiones para "acelerar el regreso al país del Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública ", lo que fue logrado.

i- Definición de prioridades, entre las cuales cabe mencionar acentuar la lucha contra la morbilidad, mortalidad, mortalidad infantil y para mejor atención maternal; lucha contra las enfermedades metaxénicas, especialmente paludismo y fiebre amarilla; educación Sanitaria; mejoramiento de la información estadística; nutrición; saneamiento; higiene dental y extensión de las facilidades proporcionadas por las Unidades Sanitarias.

2.- Los principales cambios estructurales introducidos en los Departamentos que se integraron a la Dirección General de Salubridad fueron :

a- Centralización de las actividades internacionales de salud.

b- Centralización y reorganización de la Lucha Contra Insectos Transmisores de Enfermedades.

c-Reorganización del Cuerpo de Inspectores de Salubridad. La lucha Contra Insectos, el Cuerpo de Inspectores y la Sección de Higiene Animal, fueron separadas del antiguo Departamento de Sanidad e Ingeniería Sanitaria, que quedó reducido solo a la última actividad.

d- Reunión en el Departamento de Enfermeras de Salubridad, de todos los servicios de enfermería que se encontraban dispersos en el Ministerio (Enfermeras, Visitadoras Sociales, Asistentes Sanitarias Escolares y Vacunadoras).

e- Expansión del Departamento de Protección Infantil con dos nuevas secciones; de Puericultura y de Nutrición, que se sumaron a las Escolar y Mental que ya existían.

f- Traspaso del Departamento de Farmacia de la Dirección Administrativa a la Dirección General de Salubridad.

3.- En el Gráfico Estructural No. 3 no se mencionan ciertas actividades colaterales que fueron iniciadas por los Departamentos en 1950, algunas de las cuales como la afiliación con el INCAP, ya han sido mencionadas. Entre las actividades a que nos referimos mencionamos la creación :

a- Del Comité Nacional de Salud Mental, y del

b- Comité Nacional de Estadística Vital y Sanitaria (Decreto Ejecutivo No. 4, del 27 de abril de 1950).

c- Programa Demostrativo de Nutrición, con varias dependencias, entre ellas, el Comedor anexo al Instituto Materno Infantil Carit.

37

4.- El Consejo Técnico de Salubridad Pública funcionó en 1950 regularmente, integrado por los Jefes de Departamentos.

La Dirección Administrativa, designada por tradición como Departamento, continuo en el año 1950 con su estructuración tradicional, cediendo la Sección de Farmacia que paso a la Dirección General de Salubridad con rango de Departamento, y ampliándose en cambio con un Comité Administrativo, cuyo objeto principal fue dejar en libertad al Consejo Técnico de Salubridad para ocuparse exclusivamente de asuntos técnicos.

El Comité Administrativo vino a resolver las numerosas fricciones entre los Departamentos técnicos y la Administración.

La Dirección General de Asistencia Médico-Social sufrió en el año 1950 un cambio radical al crearse por Leyes No. 37 del 13 de abril y No. 38., del 14 del mismo mes (Ley General de Asistencia) el Consejo Técnico de Asistencia Médico-Social, que inició sus labores el 31 de mayo del mismo año. " Ha venido a constituir -dice el Ministro en su Informe Anual- el eje alrededor del cual se mueve todo nuestro sistema asistencial"... " Es hoy día el centro que planifica, coordina, y orienta nuestra red hospitalaria, a mas que tiene en sus manos la distribución de medios económicos vitales para las instituciones bajo la jurisdicción de la Dirección General de Asistencia Médico Social " Presidido por el Director General de Asistencia, quedo integrado por el Delegado del Consejo Técnico del Hospital San Juan de Dios, por cuatro Delegados de Juntas de Protección Social Locales (Provinciales) y por el Delegado del Colegio de Médicos y Cirujanos.

Al contrario de lo que aconteció en la Dirección General de Salubridad en que predominé una reorientación técnica, tanto el Consejo Técnico de Asistencia, como la Dirección General de Asistencia, se preocuparon fundamentalmente de una reorientación administrativo-económica del sistema hospitalario., dando importancia:

- 1.- A la distribución del producto neto de la Lotería Nacional de acuerdo con los porcentajes que fija la Ley.
- 2.- A la unificación de los sistemas de Contabilidad de todas las instituciones controladas por la Dirección General de Asistencia.
- 3.- A revisar los contratos celebrados por los hospitales con otros organismos (como la Caja de Seguro Social), a fin de darles aprobación previa por el Consejo Técnico.

En lo que respecta a la estructura de la Asistencia Médico-Social, el Gráfico Estructural No. 3 refleja la situación a fines de 1950, puesto que a comienzos de este año, antes de la creación del Consejo Técnico, aquella estaba integrada por una cantidad de Juntas de Protección y Juntas de Previsión de carácter local; prácticamente independientes, sin coordinación alguna entre ellas y unidas

débilmente a la Dirección General de Asistencia por razones de las subvenciones que de ella recibían.

El Consejo Técnico vino a reforzar la coordinación técnica de estos servicios dentro de un doble sistemas el Nacional de Hospitales y el de Asistencia Social.

El de Asistencia Social continuo inconexo, ya que los Asilos, hospitales y Gotas de Leche, etc., continuaron dependiendo de Juntas Locales de Previsión Social que no tenían relación unas con otras.

Al Sistema Hospitalario Nacional diósele en cambio coherencia técnica mediante la realización de un catastro de las instituciones hospitalarias, seguido de una tentativa de clasificación, distinguiéndose entre:

- a. Hospitales Generales, que se subdividieron en (i) Nacionales (ii) Provinciales y (iii) Cantonales.
- b. Maternidades-Hospitales.
- c. Maternidades,
- d. Centros Especiales.
- e. Centros Sanatoriales.
- f. Centros Particulares,.

Para dar coherencia a esta organización y uniformar sus informaciones se creo la Sección Estadística, A la vez; para dar unidad y eficiencia a la atención del enfermo se proyecto expandir la capacidad de la Escuela de Enfermería y Obstetricia construyendo un anexo residencial para 67 estudiantes, y, entretanto se terminaba, dando capacitación de enfermería a becadas de diferentes instituciones hospitalarias del país. Un tercer paso en el mejoramiento técnico de las instituciones fue la uniformación de formulas y documentos médicos. Otras medidas de importancia fueron utilizar la Ley de Servicio Médico Sanitario para proveer a los hospitales provinciales de médicos residentes; acondicionar consultas externas en los mismos hospitales; adopción de un formulario nacional, etc..., todas medidas que cristalizaron en los años posteriores.

En el orden de estructuración física se comenzó a esbozar un Plan de Construcciones Hospitalarias. Para el desarrollo de este Plan se contaba con fondos provenientes de varios recursos; la comunidad, las rentas de la Lotería Nacional, los fondos propios de las Juntas de Protección Social, los Patronatos; los aportes fiscales presupuestarios u otros, las erogaciones autorizadas especialmente por la Asamblea Legislativa, etc. Aparte de mejoras introducidas en varias instituciones se iniciaron o proyectaron, en el año 1950, las siguientes construcciones o ampliaciones, en gran

parte completadas «en años posteriores; Hospitales de Liberia, San Ramón, Nacional de Tuberculosos de San José, Pabellón de Niños del Hospital da Villa Quesada, reconstrucción del Hospital de Pérez Zeledón, expansión del Sanatorio Nacional de Las Mercedes, Pabellón de. Pediatría en el Hospital San Juan de Dios, Sanatorio Chacón Paut de la Unión.

En este año se dictaron varias Leyes y Decretos para enajenar o adquirir bienes con objeto de ampliar o mejorar los cementerios de San José, Heredia y la Unión, para construir la Casa Cuna anexa a la Maternidad de la Unión y para ampliar el Hospital de Puntarenas, Todas estas obras fueron dirigidas por el Departamento de Ingeniería del Ministerio, el cual además participo en asesorar las construcciones (o planos) del Asilo de Ancianos y Huérfanos de Alajuela, la Unidad Sanitaria de Tilarán, la residencia de la Escuela de Enfermeras y el Dispensario Central Antivenéreo.

Al final de 195G, 1.a Dirección de Asistencia contaba con una estructura integrada por la Dirección misma, las Secciones de Contabilidad, Cobros Hospitalarios, Licitaciones y Adjudicaciones, Hospitalización Bananera, y Estadística, y era asesorada por el Consejo Técnico de Asistencia y, en lo que respecta a construcciones, por el Departamento de Ingeniería del Ministerio.

La situación que en el año 1950 correspondía a los Departamentos de Lucha Contra la Tuberculosis; La Lepra, el Cáncer y las Enfermedades Venéreas, no se encuentra bien definida en el Gráfico Estructural No. 3, en el cual se expresa la idea de que forman parte activa de la Dirección General de Salubridad Pública. En realidad continuaron como Departamentos independientes del Ministerio.

A.- Departamento de Lucha Antituberculosa. En el año 1950 este Departamento afianza su organización nacional, separando la Dirección de la Lucha del Dispensario Central en que se hallaba englobada. Esto trajo como consecuencia circunscribir a la Dirección las actividades administrativas y las técnicas de planeamiento y estadística centralizada, para lo cual se creó el 1º. de mayo la Sección Estadística, se reorganizó el Archivo Central de Correspondencia y el Archivo Central de Morbilidad y Mortalidad. La Lucha continuaba integrada por:

1. El Dispensario Central Antituberculoso (San José)
2. El Sanatorio Carlos Duran (Tierra Blanca, Cartago)
3. El Preventorio de Coronado (Con Escuela Anexa)
4. Salón Azul y Calneck del Hospital San Juan de Dios

5. Patronato Nacional Antituberculoso.

B. Departamento de Lucha Antivenérea. En 1950 sus estructuras eran:

1. Dispensario Central, San José (Proyectado nuevo Dispensario contiguo al edificio del Ministerio)
2. Dispensario en el Penal de San Lucas (en construcción).

C. Departamento de Lucha Contra el Cáncer. Decretada por Ley. Esta Lucha quedo incorporada al Ministerio de Salubridad (Decreto Ley del 1o. de noviembre de 1949), iniciándose las actividades del Departamento en abril de 1950. Anteriormente las actividades anticancerosas estaban encomendadas al Instituto del Cáncer, que había permanecido cerrado desde 1948. Para reemplazarlo se organizó la Clínica de Tumores, en el Hospital San Juan de Dios, que funcionó como Centro Anticanceroso de la República, y contó con todas las facilidades del Hospital.

El Departamento era asesorado por un Consejo Técnico de la Lucha.

D. Departamento de Lucha Contra La Lepra. Su actividad principal en 1950 era coordinar las actividades de sus inspectores y de las Unidades Sanitarias, y las del Dispensario Dermatológico del Hospital San Juan de Dios, con el Sanatorio Las Mercedes y su Patronato, siendo estos organismos parte de la campaña antileprosa.

La Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) en 1950 contaba con:

- a- El Hospital Central, en San José
- b- El Hospital de Turrialba
- c- Dispensarios
- d- Contratos con instituciones asistenciales para la atención de asegurados mediante pago convenido.

El Bienestar Social. Comprendía instituciones de asistencia social de protección social y de previsión social, en su mayoría administrativamente autónomas, si bien parcialmente dependientes del Estado en la parte económica. Sólo hay informaciones más precisas sobre una veintena de estas instituciones amparadas por la Dirección General de Asistencia, pasando ignorada la existencia de una gran cantidad de obras sociales de organizaciones religiosas de varias creencias, mutualidades, asociaciones gremiales, clubes , etc.

Cierto volumen de asistencia médica curativa quedaba entregada por convenio a Empresas Extranjeras, que tomaban la responsabilidad del Gobierno respecto a sus

empleados o a la población general, en las áreas entregadas a su explotación. Las más importantes de estas instituciones, en 1950, eran:

- a- El Hospital de la Compañía Bananera, en Quepos
- b- El Hospital de esta Compañía, en Golfito
- c- El Hospital de la Compañía Bananera, en Limón.

A estos hospitales se adicionaba en 1950 el Hospital Clínico Bíblico fundado en 1929 por la Misión Latinoamericana, y la Clínica privada " Mater ".

Otras estructuras nacionales y locales relacionadas con la Salud Pública:

En una concepción amplia de la salud y de los mecanismos nacionales y locales encargados de su promoción, protección, mantención, etc. quedaban incluidas otras estructuras. Algunas de ellas complejas y altamente organizadas, otras relativamente incipientes y muchas de ellas competitivas con el organismo máximo de salud nacional. Basta mencionar las más importantes:

1- Ministerio de Agricultura, en lo relacionado con la patología veterinaria y más especialmente con las zoonosis. Gran parte de estas labores estaban en 1950 a cargo del Departamento de Salubridad, Sección Sanidad Animal, del Ministerio, pero ya algunas, como el control de la brucelosis, de la rabia paralítica bovina, de la tuberculosis, etc., había sido asumidas por Agricultura.

2. Ministerio de Obras Públicas o Si bien la construcción de numerosos edificios relacionados con la salud y destinados al servicio público, como los mataderos, mercados, etc, dependían de este Ministerio, la inspección de los mismos en 1950 era función de la Sección de Sanidad Animal; inclusive una supervigilancia de las actividades allí desarrolladas, particularmente en San José. Una gran mayoría de las obras de ingeniería sanitaria y de saneamiento estaban en 1950 a cargo del Departamento de Ingeniería Sanitaria del Ministerio de Salubridad, como las relativas a agua potable, alcantarillados, drenajes, construcciones, viviendas, etc,

3. Municipalidades. El rol de las Municipalidades en relación a control de alimentos, recolección de basuras, aseo de calles, etc. era variable, y siempre bajo el control de los Inspectores del Ministerio de Salubridad, Este Ministerio asumía en 1950 muchas de las funciones básicas de saneamiento municipal, particularmente en la ciudad de San José, en que mantenía servicios de aseo, de limpieza de lugares públicos; de control de basuras y desagües, etc. En otras Municipalidades estas labores se llevaban a cabo con elementos propios. Tampoco las municipalidades

habían asumido responsabilidad sobre el control de alimentos, sitios de expendio o consumo de los mismos, etc.

4. Higiene Industrial y del Trabajo, Las pocas actividades en relación a estos rubros no se había claramente concretado en los Ministerios correspondientes. Los accidentes del trabajo estaban regidos por una Ley especial.

5. Sector Educación. Las relaciones más importantes de este Sector con la salud pública consistían en la formación de diversas categorías de profesionales paramédicos, como: farmacéuticos, odontólogos y trabajadoras sociales; todavía no existía la Facultad de Medicina.

Las facilidades para la educación de disminuidos físicos o mentales, eran mínimas o nulas. El examen periódico de salud para el Profesorado se inicio en 1950. También un gran numero de comedores escolares incorporados al Programa de Nutrición; pero todo ello como actividades del Ministerio de Salubridad Publica.

6. Justicia, Aparta del tratamiento judicial de faltas y delitos de delincuentes infantiles y de ciertos derechos reconocidos a menores ilegítimos o abandonados, la mayoría de los problemas de la infancia anormal - física, mental, moral o social - eran resueltos por organismos de protección social, como el Patronato Nacional de la Infancia, o por las Agencias Principales de Policía de Menores y de Policías de Pensiones Alimenticias, a las cuales prestaba servicios la Medicatura Forense del Ministerio de Salubridad. Los problemas de prostitución y de vagancia se enfocaban en sentido policial, como también los de uso de estupefacientes, y los del alcoholismo. No existía un mecanismo para la prevención de accidentes, y los del transito caían bajo la jurisdicción de las Agencias de Policía de Tránsito, de acuerdo con las disposiciones pertinentes.

El control de la importación, fabricación, manejo y venta de estupefacientes, quedaba bajo el Ministerio de Salubridad.

La profesión médica privada se ejercía en consultorios y clínicas privadas médicas, consultorios dentales, laboratorios clínicos, microbiólogos, bioquímicos, farmacias, etc. No se dispone de referencias exactas sobre el numero y distribución de los consultorios médicos-cirujanos en el país para el año 1950.

Mencionemos finalmente, que a comienzos de 1950 no existía aun estructuración adecuada para coordinar las acciones locales sanitarias con las internacionales.

VALORACIÓN

La valoración de las existencias nacionales en el dominio de la salud para el año 1950, no pueden ser hechas en forma integral por carecerse de datos sobre la mutua influencia del complejo salud; sociología; economía. Limitándose exclusivamente a enumerar la existencia de estructuras sanitarias, estas pueden resumirse así:

Ministerio de Salubridad Pública :

1.- Dirección General de Salubridad Pública

16 unidades operacionales centrales, algunas con servicios para organismos periféricos .

33 Unidades Sanitarias.

4 "Luchas" de cobertura nacional.

2. - Dirección General de Asistencia:

1 Hospital Central

5 Hospitales Regionales (llamados de Clase B)

5 Hospitales Periféricos (llamados de Clase C 1

12 Centros Rurales de Asistencia

2 Centros Especiales Nacionales

3 Centros Sanatoriales Nacionales.

Instituciones Fiscales Autónomas

12 Hospitales y Dispensarios

Instituciones Privadas :

13 Hospitales de Compañías Bananeras

22 Hospitales y Clínicas Privadas,

Instituciones Voluntarias:

Aproximadamente 30 Juntas de Protección Social (controladas por la Dirección General de Asistencia Médico Social). Instituciones de carácter de Previsión Social,

controladas o no por la Dirección de Asistencia Social, entre ellas: En San José - Hospicio de Huérfanos, Casa de Refugio, Reformatorio San Dimas, Dormitorio Soldati, Patronato Nacional de la Infancia, Escuela de Enseñanza Especial, Reformatorio Buen Pastor, Casa Provincial del Buen Pastor, Reformatorio de Mujeres Menores, Dormitorio Niños Pobres, Cruz Roja Costarricense, Asilo Carlos María Ulloa, Asilo de la Infancia; en Alajuela, San José y Heredia-Gotas de Leche, en Atenas Cocina Escolar; en Cartago-Hogar Cristiano, Asilo de la Vejez, Hospicio de Huérfanos, Centro de Nutrición La Unión, Junta Provincial de Protección a la Infancia; en Alajuela - Comedor San Bosco, en Heredia - Granja del Perpetuo Socorro, Comedor Don Bosco; en Limón - Patronato de la Infancia; en Puntarenas; Patronato Nacional de la Infancia, Hogar Cristiano, Asilo Monserrat, varias Granjas Indígenas, Asociación Benéfica de Cristo Obrero, etc.

PERIODO 1950 - 1960

DESARROLLO DE LA SALUD PUBLICA EN COSTA RICA

El año 1950 constituye la encrucijada cronológica en que todos los principios de Salud Pública y la legislación creada para aplicarlos, comenzaran a concretarse en actividades de terreno debidamente coordinadas y aplicadas a nuevas áreas del país. Es igualmente el año en que se ejecuta el Censo más completo de la población (22 de mayo), permitiendo utilizar bases concretas para la planificación de los nuevos - servicios.

Igualmente, 1950 ve nacer una nueva concepción de la Salud Pública, con el establecimiento de la Organización Mundial de la Salud como Agencia Especializada de las Naciones Unidas. La acción de la Organización se hace sentir sobre las Américas, mediante el arreglo especial firmado con la Oficina Sanitaria Panamericana que queda como órgano ejecutivo de la nueva Organización. Costa Rica sigue integrando la antigua Zona III de la Oficina, con asiento en Guatemala. A través de la Oficina de Zona se inician programas cooperativos de salud y el país recibe asesoramiento para la implantación de algunos proyectos, o para la expansión de actividades existentes .

Es en 1950 que la UNICEF inicia actividades múltiples para ayudar a algunos nuevos programas del Gobierno, particularmente relacionados con la alimentación infantil, preservación de la salud de madres y niños y para expandir sobre nuevas bases técnicas la lucha contra insectos vectores de enfermedades, muy en particular el control del paludismo mediante insecticidas de acción residual.

Es en este mismo año, según hemos visto, que se crea la Dirección General de Salubridad, dándole carta de ciudadanía y jerarquía a la medicina preventiva que se

venía desarrollando incoordinadamente a través de una serie de Departamentos del Ministerio de Salubridad.

Y es por ultimo en este año que se reorganiza la Asistencia Médico-Social para reorientar las actividades médico-curativas en el país.

De ahí en adelante el desarrollo de la salubridad en sus varios aspectos se torna progresivamente complejo, y es conveniente, antes de entrar a examinar las actividades mismas de salud, tratar de definir las estructuraciones que ella ha tenido en el período en consideración.

Mejor que anotar pequeños cambios progresivos en la estructuración de la Salud en Costa Rica, es tal vez mas conveniente analizar dichas estructuraciones a través de una serie de cortes transversales en distintos períodos cronológicos de su evolución.

Año 1951.

En enero de 1951 se introduce cierta definición en la dependencia de algunas Instituciones y Departamentos mencionados o no en el Gráfico Estructural N°- 3. (Gráfico Estructural N° 4).

- 1) Se observa que los Consejos Técnicos de Salubridad y de Asistencia constituyen el lazo de unión entre el Ministro y las dos Direcciones Generales Técnicas, al igual que lo hace el Comité Administrativo entre aquel y la Dirección Administrativa.
- 2) Las Luchas Antituberculosas» Antivenérea, Contra La Lepra y Contra El Cáncer, se ubican en la Dirección General de Asistencia .
- 3) El Instituto Maternal Carit, se ubica igualmente bajo ésta.

Año 1954 .

Los cambios se anotan en el Gráfico Estructural N° 5.

- 1) La Oficina del Ministro, en la persona de éste, preside el Consejo Técnico de Salubridad y el Comité Administrativo, pero no el Consejo de Asistencia Médico Social, que por Ley, es presidido por el Director General de Asistencia .
- 2) Pasan a depender directamente del Ministro el Control de Drogas, Estupefacientes y la Oficina Forense.

3) Los organismos internacionales de salud se relacionan al Ministro y al Director General de Salubridad en calidades de Asesores (ONU, OMS, OPS, UNICEF-, I.I.A.A., FAO, INCAP, SCISP).

4- El Director de Sanidad adquiere comando sobre las oficinas de Relaciones Internacionales (nueva); Veterinaria de Salud Pública, que reemplaza la Sección de Sanidad Animal; de Investigaciones Sociales (nueva); de Educación Sanitaria que se separa de Estadística; de Control de Insectos Vectores; de Farmacia que estaba bajo la Dirección Administrativa; de Protección Materno-Infantil resultante de la fusión de los anteriores Departamentos Maternal e Infantil; de las secciones de Puericultura y casas-cunas y de un organismo asesor, el Comité Nacional de Salud Mental y sobre el Departamento de Ingeniería Sanitaria (modificado con la adición de Inspectores Sanitarios bajo una nueva Sección de Saneamiento Ambiental) .

5) En la periferia, las Unidades Sanitarias aumentan a 37 .

6) Los Departamentos de Luchas (Antituberculosas Antivenérea, Antileprosa y Anticancerosa) quedan en dependencia directa del Ministro.

7) El Director General de Asistencia reorganiza sus servicios agrupándolos en:

1. Administrativos ; Oficial Mayor, Auditoría y Contabilidad, Licitaciones y Adjudicaciones.

2. Técnicos : Asesoría Legal, Estadística y Planeamiento, Arquitectura y Hospitales.

3. Juntas de Protección Social y Hospitales.

4. Instituciones de Asistencia Social, con la inclusión de "Otras" Instituciones,

5. Sistema Hospitalario Nacional, aumentado en 3 Centros Rurales de Asistencia y control de 3 nuevas instituciones particulares.

8) El Director Administrativo adquiere dos nuevas secciones: Bodega y Mecánico .

9) El Servicio Cooperativo Interamericano de Salubridad Pública creado en 1942, se considera como organismo asesor.

Fuera de los servicios mencionados en el Gráfico Estructural N° 5, no hay grandes cambios estructurales en las instituciones autónomas, voluntarias, o privadas, que sólo aumentan numéricamente. El gráfico revela a 1954, como año de sistematización de los servicios existentes dentro de estructuras más definidas .

Año 1955.

En este año se comprueba la estabilización alcanzada por los servicios del Ministerio, ya que sólo se agrega a la Dirección de Salubridad la Sección de Entomología e Investigaciones, y a la de Asistencia del Hospital Regional de Guanacaste y el Periférico de San Ramón. Se reacondiciona, además de otras obras complementarias en varias instituciones, el edificio que ocuparía la Lucha Contra el Cáncer.

Año 1959.

La Memoria Anual del Ministerio de 1959 revela una tendencia encaminada hacia un concepto funcional y no orgánico de los servicios. Se mantienen las tres grandes divisiones Ministeriales de 1950 y con las estructuras ya descritas»pero por otra parte, hay en el aspecto medico preventivo una coordinación clara de actividades mediante la agrupación funcional de los servicios. Aunque lo mismo acontece en apariencia en la Dirección General de Asistencia, en el fondo la estructuración de esta revela una " funcionalidad " de un tipo muy diferente, que se analiza más adelante.

Año 1961.

En el Gráfico Estructural N° 6 se ha resumido la organización funcional plenamente adquirida por la Dirección General de Salubridad y los Servicios Administrativos. Se excluyen del Gráfico los servicios integrantes de la Dirección General de Asistencia, que persisten con la estructuración mencionada en el Gráfico N° 5.

Las Unidades de Drogas Estupefacientes y Medicina Forense continúan adjuntas al Despacho del Ministro.

El Director General de Salubridad preside 4 tipos de funciones desarrolladas por 18 Unidades centrales y 3 periféricas, agrupadas en 4 grandes Divisiones, a saber:

- a) División de Saneamiento Ambiental
- b) División Materno-Infantil
- c) División de Servicios Generales» cuya Unidad de Epidemiología se coordina funcionalmente con 4 "Luchas" y

d) División de Servicios Locales, repartidas en tres zonas: Central, Este y Oeste, cada una, incluyendo las respectivas Unidades Sanitarias.

En 1950 como en 1960, la autoridad suprema en materias de salud era el Ministerio de Salubridad. Pero en 1960 las funciones técnico-administrativas superiores se resuelven a niveles direccionales y las técnicas específicas, a niveles departamentales. Pero hay diferencias de fondo entre los lineamientos que siguen, los organismos médicos, preventivos y curativos.

Queremos hacer resaltar que tanto en 1950 como en 1960/61 muchas actividades de salud eran desarrolladas por instituciones o entidades que no pertenecían al Ministerio de Salubridad sino a otros organismos tanto del Gobierno como voluntarias. La situación mas compleja se refiere a las instituciones semiprivadas, particularmente las de Asistencia Médico-Social. En 1950, la independencia de ellas era mayor que en 1961. La creación de la Dirección General de Asistencia Médico-Social, y su Consejo Técnico, generó una labor encomiable para poner en el sistema hospitalario cierto orden y cierta jerarquía. No es que se haya alcanzado la solución para los muchos problemas que se presentan en este terreno, pero al menos se introdujo un grado útil de uniformidad en ciertos aspectos y se aprecia mejor donde estaban las fallas del sistema. En 1961 el Ministerio conoce la situación global de la Asistencia Social, aunque no tomó todavía una actitud decidida en frente de sus múltiples deficiencias, por lo menos estaba capacitado para afrontar la reorganización que se imponía con conocimiento completo de causas. En 1961, los otros Ministerios habían logrado reafirmar sus relativamente estrechos dominios relacionados con la salud pública. Eran estrechos, sobre todo por no tener la importancia que sería aconsejable que tuvieran. Digamos por ejemplo; que si la salud es una, en si, aunque se manifieste en numerosos aspectos, no se comprendía por qué se colocaban estos aspectos bajo el control y supervigilancia de otras instituciones del Estado.

Naturalmente, no podía pedirse que se adoptara una política demasiado exclusivista al respecto, cuando ni siquiera la salud humana en todos sus aspectos caía bajo el dominio del Ministerio de Salubridad, y este todavía no abarcaba en toda su amplitud muchos de ellos, como el aspecto social en su sentido amplio y no solo en lo que se dio en llamar previsión social.

El Ministerio de Salubridad Pública no realizaba sus funciones potenciales. Muy al contrario; lo que le correspondía directamente en el manejo de la salud pública era mínimo. No sería tan importante este punto, si no fuera porque los otros organismos del Estado que debieran cumplir misiones intensas de salud pública, no lo hacían en particular las Municipalidades.

Si aplicáramos a la salud pública su sentido amplio, según definición de la Organización Mundial de la Salud, el Ministerio de Salubridad debería ser concebido en una forma también amplia y reunir en sí todo lo que atañe a la salud física, social y mental del hombre, tanto sano como enfermo.

Debería pensarse que no se necesita subdividir el control del ser humano y de sus manifestaciones vitales en múltiples organismos incoordinados que actúan con total independencia unos de otros.

La ausencia de coordinación lleva a una increíble y costosa duplicación de funciones. El limitado recurso que poseen los organismos así divididos, anula toda actividad, toda visión amplia y concatenada de los problemas, toda solución simple y lógica. Los dineros presupuestarios apenas alcanzan para los sueldos y gastos de mantención indispensables a los servicios; pero por todas partes el clamor principal consistía en denunciar una falta- casi completa para gastos operacionales; es decir, para aquellos que van directamente a beneficiar la población.

Los altos poderes del Gobierno habían delegado sus funciones a niveles tan bajos de autoridad que ésta se ejercía subdividida en un área física, geográfica o funcional sin grandes horizontes. En Medicina Curativa, por ejemplo, cada Junta Local actuaba en un mundo minúsculo.

Se habían creado las Juntas Locales y los Patronatos para hacer más efectivo el manejo local de ciertos problemas médicos con aportes de la comunidad; pero los fondos que manejaban eran principalmente estatales y la función que desempeñaba era especializada. Ni el Estado, ni la comunidad habían resuelto con ellas sus problemas. La pobreza en los hospitales era tradicional y en algunos casos su función no se cumplía y el enfermo sufría por la ineffectividad de tales estructuras. Todos los vínculos en que se había elaborado el concepto de Sistema Hospitalario Nacional eran forzados.

Para ser efectivamente nacional debe ser nacionalizado y estar abierto a toda la población. No puede un Estado proclamar que tiene como función básica velar por la salud pública, cuando los mecanismos que atienden la salud no le pertenecen directamente y cuando el representante del Poder Ejecutivo, es decir el Ministro de Salubridad, carece de atribuciones efectivas para imponer sobre los servicios de salud principios homogéneos que traduzcan los ideales sanitarios del país y una política ordenada y erigida sobre principios técnicos sustentados en la ciencia médica. Faltó planificación de los servicios para hacer que constituyan un sistema nacional obediente a una racionalización basada en la técnica, en los principios directivos del Estado moderno, en las necesidades reales de la comunidad y no en conceptos derivados de una evolución histórica que resulta anacrónica.

Era la Dirección General de Salubridad la que tenía una función más uniforme en todo el país y una dependencia más clara del Ministerio de Salubridad. En el fondo era la única institución verdadera e íntegramente Estatal.

Las relaciones del Ministerio de Salubridad con la Dirección General de Asistencia Médico Social eran menos directas. La Dirección de Asistencia Médico Social no tenía una base legal suficiente para dirigir las Juntas. Al coordinarlas su mayor arma era la subvención que estas recibían del Gobierno. En un sistema técnico efectivo, la mayor posibilidad directiva y coordinadora debería basarse en principios técnicos. La jerarquía de los hospitales dentro del llamado Sistema Hospitalario Nacional, se derivaba de su posición geográfica y de la existencia de servicios especializados. El enfermo se movía de la periferia al centro de una circulación regida por la necesidad de tales servicios, ya que el servicio curativo rural solo ofrecía los servicios más sencillos. Aquellas técnicas más complejas para las cuales se requieren equipos e instalaciones costosas, solo podían brindarse en el Hospital San Juan de Dios u otros especializados de la Capital. Así, pues, era el enfermo que progresaba del servicio periférico al central el que en realidad jerarquizaba los servicios curativos del país .

En Seguro Social en su conjunto era una Caja de Seguros, fundamentalmente compradora de servicios y acreedora del Estado, pero no una organización completa de seguridad social. Agréguese que el Instituto Nacional de Seguros, monopolio del Estado, manejaba al igual que hoy los riesgos profesionales (accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, que hasta la fecha no han llegado a estar cubiertos por el Seguro Social).

Los servicios que prestaba el Seguro Social en relación a la medicina curativa, se tenían como los mejores que se otorgaban en el país; sus servicios preventivos, exceptuando partos y algunos otros pocos, eran prácticamente nulos.

Comprendiendo todos los hospitales de cualquier dependencia, la capacidad de camas aumento de 4.336 camas en 33 instituciones hospitalarias en 1950 a 5.673 camas en 44 hospitales en 1960. La proporción de camas por 1000 habitantes bajo de 5.37 a 4.73, o sea el aumento absoluto no correspondió al aumento vegetativo de la población.

Las estructuras médicas del país se ampliaron y al mismo tiempo ese tendieron la cobertura geográfica, pero no puede decirse con certeza que siguieron el ritmo de crecimiento de la población. Muy al contrario, las evidencias tienden más bien a aprobar que los servicios se hicieron relativamente más insuficientes en cantidad, si bien más eficientes en calidad.

El esfuerzo por aumentar las estructuras es laudable, pero el mayor tropiezo para ello, no solo es de orden económico sino técnico. Faltaba en el país personal, sobre todo adiestrado, instalaciones y equipos y presupuestos suficientes.

LA SALUD PUBLICA EN LA DECADA 1960 - 1970

Rehabilitación

Se creó una Institución de servicio público, dependiente del Ministerio denominada Asociación Nacional de Rehabilitación, con el objeto de la protección de los inválidos y de la coordinación y asesoramiento a aquellos organismos que lo solicitaran y que tuvieran a su cargo actividades tendientes a la rehabilitación de personas invalidas. (Decreto Ejecutivo N° 13 de 12 de setiembre de 1961). Posteriormente se constituyó el Patronato Nacional de Rehabilitación para hacerse cargo de la Administración del "Hogar de Rehabilitación de Santa Ana", establecimiento de dedicado a la atención de niños lisiados por la Poliomiélitis u otras enfermedades que produjeran secuelas similares. El control técnico y económico se le encargo a la Dirección General de Asistencia Médico Social del Ministerio. (Ley N° 3695 de 22 de junio de 1966).

Nutrición.

En el año 1963 se firmó un contrato-convenio con la Junta de Protección Social del Cantón de la Unión, por oí cual el Ministerio de Salubridad Pública patrocino el funcionamiento de un Centro de Recuperación Nutricional en esa localidad.

En el año 1965, por Decreto Ejecutivo N° 58 de 26 de enero , se creó el Patronato Nacional de Nutrición como organismo dependiente del Ministerio de Salubridad Publica, con el objeto de estimular, promover y coordinar las actividades que tienden a mejorar el estado nutricional de la población.

En ese organismo se le dio representación al Ministerio de Salubridad Publica, al de Agricultura y Ganadería, a Educación Publica y al Consejo Nacional de Producción.

El 26 de diciembre de 1969 mediante la Ley N° 4508, se creó la Clínica Nacional de Nutrición, como componente del Sistema Hospitalario Nacional y con asiento en el Cantón de la Unión, teniendo a su cargo la rehabilitación y recuperación de niños desnutridos de todo el país, en esta Ley se le fijan sus rentas, principalmente con un impuesto de 0.25 por cada litro de licor. Por Decreto Ejecutivo N° 5 de 31 de marzo de 1970 se dio el Reglamento de esta Clínica

Es importante señalar como antecedente que en la década anterior, el Ministerio de Salubridad Pública consciente del tremendo problema nacional que constituía el estado deficiente de nuestra nutrición, que mereció la apreciación de "Calamidad Nacional", en un trabajo presentado al Congreso Médico de 1946 sobre el cuadro policarencial de nuestra infancia y oyendo la recomendación del mismo Congreso Médico de que nuestro problema de nutrición fuera solucionado en forma efectiva, se decidió a tomar medidas enérgicas que contribuyeran a levantar el bajo nivel de nutrición que nos caracterizaba y en consecuencia de tal finalidad se tomaron decisiones muy vinculadas entre sí y orientadas hacia un objetivo común.

La primera fue crear una Sección de Nutrición dentro del Departamento de Protección Infantil encargada de todas las labores de Nutrición. Fueron tantas y tan importantes las funciones que asumió que se planteó la necesidad de elevarlo a Departamento con lo que se le dio fisonomía propia a su trascendente actividad. Esta Sección inició labores el 15 de junio de 1950.

En segundo término el Gobierno de la República dispuso que Costa Rica ingresara como Estado miembro al Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá.

Saneamiento Ambiental.

El 30 de enero de 1962, por Decreto Ejecutivo N° 3, se dictó el reglamento para el establecimiento y funcionamiento de los negocios de restaurantes.

Ante el grado de desarrollo industrial alcanzado por el país, en lo relacionado a carnes y sus subproductos y tomando en cuenta la serie de problemas sanitarios que afectaban la salud pública; se considera necesario dictar reglamentación sanitaria en cuanto a locales de procesamiento, manipulación, expendio y transporte de carnes y pescado, lo mismo que a productos cárneos, mariscos y sus derivados. (Decreto Ejecutivo N° 2 de 10 de marzo de 1969).

Zoonosis.

En 1967 se dieron varias disposiciones importantes sobre esta materia, como fueron las siguientes:

Se reglamentó la estación de cuarentena para perros y gatos, del Ministerio de Salubridad (Decreto Ejecutivo N° 6 de 15 de junio).

Fue modificado por Decreto Ejecutivo N° 7 de 15 de junio, el reglamento de Zoonosis de 5 de setiembre de 1957.

Por Decreto Ejecutivo N° 8 de 15 de junio, el Departamento de Epidemiología, por medio de su Sección de Zoonosis se le encargó el control de importación y exportación de perros y gatos.

Por Decreto Ejecutivo N° 9 de 16 de junio, se creó una Comisión Nacional de Zoonosis, integrada con representantes del Ministerio de Salubridad Pública y del Ministerio de Agricultura y Ganadería; a esta comisión se le dictó su reglamento, por Decreto Ejecutivo N° 10 de 16 de junio.

Enfermería.

La Ley N° 2343 de 4 de mayo de 1959, que creó el Colegio de Enfermeras, fue reglamentada por Decreto Ejecutivo N° 11 de 10 de agosto de 1961.

Por Decreto Ejecutivo N° 2 de 27 de abril de 1966; se estableció que el Ministerio de Salubridad Pública, a través de la Dirección General de Asistencia tendría a su cargo el adiestramiento de las Auxiliares de Enfermería, en ese mismo año se dictó el Acuerdo Ejecutivo N° 352 de 30 de abril en que se reglamentó la práctica empírica de la obstetricia.

Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria (SNEM)

Las bases de su funcionamiento administrativo se fijaron por el Decreto Ejecutivo N° 10 de 6 de setiembre de 1966 en base a la Ley N° 2115 de 13 de abril de 1957 que fue cuando se declaró de interés público la Erradicación de la Malaria y se le encomendó al Ministerio de Salubridad Pública la ejecución de dicha campaña.

Por Decreto Ejecutivo N° 13 de 30 de setiembre de 1966, se aprobó el reglamento para el referido servicio.

Ofidismo.

Fue creada la Comisión Nacional contra el Ofidismo, adscrita al Ministerio de Salubridad Pública por Decreto Ejecutivo N° 14 de 23 de octubre de 1967; ese mismo mes y por Decreto Ejecutivo N° 15 se dictó su reglamento.

Salud Mental.

Por Decreto Ejecutivo N° 5 de 25 de marzo de 1964, se dictó el Reglamento del Departamento de Salud Mental.

Oficina de Población .

Por el Decreto Ejecutivo N° 3 de 4 de abril de 1967, se creó la Oficina de Población en el Ministerio de Salubridad Pública, determinándosele su organización y funciones; posteriormente por Decreto Ejecutivo N° 5 del 5 de abril de ese mismo año se estableció su reglamento.

Unidad de Planificación de la Salud

Fue creada el 30 de junio de 1962 por Decreto Ejecutivo N° 7 con el nombre de Oficina de Planeamiento. Las principales funciones que se le asignaron fueron las siguientes:

- Establecer objetivos a corto y largo plazo en materia de salud dentro de la política general del Gobierno.
- Definir prioridad de programas,
- Coordinar los planes de acción Ministerial tendiendo a la integración de los servicios asistenciales, programas preventivos y luchas sanitarias .
- Evaluar los servicios y el desarrollo de campañas sanitarias.
- Formular planes para la capacitación de personal, orientando el adiestramiento de acuerdo a los objetivos, y programas previamente establecidos.

Hospital Nacional do Niños.

En 1954, a raíz de la epidemia de poliomielitis, el Doctor Carlos Sáenz Herrera insistió en la necesidad de un Hospital dedicado exclusivamente al cuidado del niño enfermo, y despertó el entusiasmo general que permitió la creación del "Comité Pro Construcción", que cristalizó sus esfuerzos con la inauguración. del " Hospital Nacional de Niños " el 24 de marzo de 1964.

El Doctor Sáenz Herrera, fue su primer Director, cargo que ejerció hasta 1971, en que tuvo que cejarlo por motivos de salud.

Posteriormente y por Ley N° 3374 de 17 de agosto se constituya el Patronato del Hospital encargado de su administración, y por el Decreto N° 17 de 16 de noviembre de 1964 se dicto el Reglamento General del Patronato y su Junta Directiva.

Financiamiento Hospitalario .

Por Ley N2- 2854 de 1961 se creó un "Timbre Hospitalario" que gravaba en un 3% los derechos ad-valorem y específicos a mercaderías de importación y un "tributo hospitalario", en beneficio de juntas con hospitales sobre traspaso de inmuebles, constitución de cédulas hipotecarias y traspaso de vehículos; esta Ley sufrió algunas reformas por la Ley N°2 3050 de 7 de noviembre de 1962.

Fue también autorizado el establecimiento de un Sistema de apuestas en combinación con los distintos eventos deportivos, destinándose para el Sistema Hospitalario Nacional, un 25% del producto neto. (Ley N° 3275 de 6 de febrero de 1964.

El reglamento a esta ley se dio por Acuerdo N° 248 de 13 de febrero de ese mismo año.

Colegio de Médicos,

Por Ley N° 3019 de 9 de agosto de 1.962, se dictó la Ley Orgánica del Colegio de Médicos y Cirujanos.

Coordinación.

En octubre de 1965, la Caja Costarricense de Seguro Social y el Ministerio de Salubridad Pública convinieron en establecer un plan de trabajo coordinado, para beneficio de la población costarricense y en cumplimiento de las obligaciones respectivas de cada institución en el campo de la salud. Este convenio básico de actividades coordinadas comprendió el desarrollo de programas de medicina preventiva, que abarcaría tanto a la población asegurada como la que aun no lo estaba, y la ejecución de dichos programas se haría por medio de proyectos específicos a fin de ir cubriendo gradualmente todo el país. Tanto la Caja como el Ministerio se comprometieron a prestarse la más estrecha cooperación, a fin de alcanzar la meta común de mejoramiento de la salud nacional.

En noviembre de 1965 por iniciativa del Ministerio de Salubridad Pública y a través de la Oficina de Planificación Nacional se integraron al proceso de programación de la salud a nivel nacional la Caja Costarricense de Seguro Social y el Servicio Nacional de Acueductos y Alcantarillados. Se constituyó un Grupo de Alto Nivel formado por el Ministro, Director de la Oficina de Planificación Nacional y Gerentes de las instituciones mencionadas, con el objeto de mejorar la coordinación de dichos organismos, tanto en la formulación como en la ejecución de los programas nacionales de salud, en el ámbito que a cada uno correspondía.

Para lograr este objetivo, paralelamente se creó un Grupo de Trabajo a nivel de las Oficinas de Planificación de las instituciones representadas, el cual y a solicitud del Grupo de Alto Nivel se encargó de estudiar y elaborar propuestas sobre la mejor organización, los mecanismos de coordinación interinstitucional y los campos específicos en que convenía iniciar tales tareas de coordinación incluyendo preparación de presupuestos por programas, su evaluación y control, normas para prestaciones de servicios, y cualquier otro pertinentes sin que interfiera la independencia de cada organismo.

Por Decreto Ejecutivo N° 16 de 4 de noviembre de 1967, se creó una "Comisión Nacional Coordinadora de Actividades en Salud Pública, Asistencia y Seguridad Social", con representantes del Ministerio y de la Caja Costarricense de Seguro Social, para que estudiara las necesidades nacionales en materia de salud pública, asistencia y seguridad social, buscando la mejor forma de que los servicios de medicina preventiva y médicos asistenciales, llegaran a toda la población. Lograr una organización racional de los recursos existentes y evitar innecesarias duplicaciones en el uso de los mismos y en la creación de nuevos centros o instalaciones Médico-Asistenciales.

El Decreto Ejecutivo N° 1032 SPPS de 2 de junio de 1970, amplió de cuatro a cinco miembros esta Comisión, tres por el Ministerio y dos por la Caja Costarricense de Seguro Social.

Regionalización.

Por Decreto Ejecutivo N° 4 de 28 de mayo de 1969, se dividió el territorio nacional en 19 distritos sanitarios justificándose la medida en la complejidad cada vez mayor de la administración de los servicios de salud; el creciente aumento de nuevos centros preventivo-asistenciales y en base a criterios de necesidades higiénicas-asistenciales, médico legales; la población y vías de comunicación.

Esta división territorial sufrió modificación mediante Decreto Ejecutivo N° 1075 del 7 de julio de 1970, en que se dividió el territorio nacional en once distritos sanitarios. En el año 1971, y por Decreto Ejecutivo N° 2-1981 de 21 de setiembre, se modificó el decreto anterior, dividiéndose el país en seis zonas de salud, que fueron las siguientes; 1- Zona del Pacífico Seco; 2- Zona Norte; 3- Zona de Alajuela; 4- Zona Atlántica; 5- Zona Pacífico Sur y 6- Zona Central. Como puede observarse fue esta división la que dio origen a la hoy existente de cinco Regiones Programáticas, mediante la unión de una sola de la Zona Norte y la Zona de Alajuela y con algunas variantes internas en cada una de ellas.

Estructura Orgánica .

Al finalizar la década el Ministerio de Salubridad Pública, tenía una nueva organización, la cual fue oficializada por el Decreto Ejecutivo N° 1 de 8 de enero de 1970. En este Decreto se hizo referencia a la ineficiencia de los programas verticales, por su escasa coordinación interdepartamental que obstaculizaba la adecuada consecución de metas, y por una insuficiente cobertura.

Se señaló que había excesiva centralización de los servicios, además que entre programas de atención médica hospitalaria y los preventivos» existía completa separación lo que ocasionaba el desarrollo simultáneo de programas sin coordinación, y con duplicidad de esfuerzos personales, materiales y económicos.

Esta nueva estructura del Ministerio contaba con dos ramas técnicas y administrativas : la Dirección General de Salubridad y la Dirección General de Asistencia Médico Social; de la primera dependían seis divisiones y se creaban dos jefaturas en la división de distritos, llamadas Jefaturas de Zona. Se establecía un Consejo Técnico para la Dirección General de Salubridad, integrado por los Jefes de División. (Detalle en gráfico Estructural N° 7).

Servicio Nacional de Acueductos y Alcantarillado

Debe señalarse como institución vinculada a la salud, la creación del Servicio Nacional de Acueductos y Alcantarillado, sancionada el 20 de abril de 1961 , se le encargó todo lo relacionado con el suministro de agua potable y la disposición de residuos líquidos.

LA SALUD PÚBLICA EN LA DÉCADA 1970 - 1980

A principios de la década se inició un estudio profundo de los problemas y sistemas de servicios de salud existentes, el cual culminó con la publicación en abril de 1971 del primer Plan Nacional de Salud. Dicho Plan reconocía como uno de los principales problemas» la existencia de una inadecuada organización de los servicios de salud para implementar la política sectorial recomendada. El Sector Salud estaba compuesto por 18 instituciones con escasa, coordinación, inadecuada utilización y distribución desproporcionada de recursos (ver cuadro N° 1) Lo anterior determinaba una cobertura incompleta de la población, con prestación de servicios diferenciada en cantidad y calidad para diferentes grupos humanos, cumplimiento parcial de algunas funciones del sector con escasa importancia de los programas preventivos y énfasis en las funciones de asistencia médica, y marcada autonomía de las instituciones del sector, fijada en la mayoría de ellas por sus propias leyes constitutivas. A pesar de

lo anterior, no se esperaban cambios significativos ni en la estructura ni en la política del sector.

A fin de enfrentar y solucionar la problemática anterior descrita, el Plan Nacional de Salud 1971-1980 estableció las premisas básicas (ver cuadro N°2) y funciones del sector salud (ver cuadro N° 3) que sirvieron como lineamientos generales para diseñar tres modelos alternativos o estrategias de reestructuración.

2.1 Estrategia A, diseñada con criterio de organismo especializado, contempla la creación de un servicio integrado de salud, el "Instituto Costarricense de Salud ", el cual integraría las funciones de prevención y asistencia médica. El sector quedaría integrado por 4 organismos :

- a. Ministerio de Salud, con funciones superiores de rectoría de la Policía de Salud.
- b. Instituto Costarricense de Salud (I.C.E.), que integraría las funciones preventivas y de asistencia médica, además de otras cumplidas por varias instituciones. Es el esquema de un servicio único de salud para toda la población (ver anexo, cuadros N°.4 y N° 5) .
- c. Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados, con sus funciones específicas.
- D. Agencia de Asistencia Financiera (A.A.F.), que centralizaría los fondos para el financiamiento del sector, provenientes de ciertas leyes especiales 7 de otros orígenes, tales como de lotería, ate. (ver cuadros N° 4 y N° 5) .

2.2 Estrategia B, diseñada con criterio de estructura existente con modificaciones; con la cual la sección quedaría integrado de la siguiente manera:

- a. Ministerio de Salud con funciones superiores de rectoría y otras.
- b. Creación de la Dirección General de Salud, integrando los sistemas existentes en ese entonces y dependientes de las Direcciones Generales de Salubridad y de Asistencia Médico Social. Dicha Dirección General de Salud sería el organismo ejecutor de los programas integrados de prevención (promoción y protección específica) y de reparación (curación y rehabilitación) , además de otras funciones.
- c. Caja Costarricense de Seguro Social que continuaría responsable de la atención médica de la población asegurada, incorporando las funciones de prevención en todos sus establecimientos de salud (atención integral)
- d. Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados que continuaría igual.

e- Agencia de Asistencia Financieras como en la estrategia anterior.
(ver cuadros N° 6 y N° 7)

2.3. Estrategia C, diseñada con criterio de universalización de la Seguridad Social en su sentido más amplio, con lo cual el sector salud quedaría estructurado da la siguiente forma:

a- Ministerio de Salud, que como en las estrategias anteriores tendría a su cargo las funciones superiores de rectoría de la política del sector salud y otras.

b. Instituto Costarricense de Seguridad Social, como resultado de la evolución de la Caja Costarricense de Seguro Social, el cual incorporaría, todo el sistema hospitalario nacional y otros establecimientos de salud, para, cumplir funciones integradas de prevención y reparación de la salud en todos sus establecimientos. Se brindaría atención indiferenciada a toda la población costarricense a través da un solo organismo.

c. Dirección General de Salud, conservando algunas funciones como las de prevención a través de programas verticales de erradicación y otras funciones.

d. Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados, que continuaría como en las estrategias anteriores.

e. Agencia de Asistencia Financiera, como en las estrategias anteriores. (Ver cuadros N° 8 y N° 9) .

El 26 de abril de 1971 fue promulgada la Ley N° 4750 que reformo el Artículo N° 3 de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, y fue conocida popularmente como " Ley de Universalización del Seguro Social ", ya que regula dicha universalización por etapas.

La etapa de extensión vertical o de ruptura de topes., tuvo por finalidad extender el régimen de enfermedad y maternidad a todos los trabajadores manuales e intelectuales que ganan sueldo o salario, calculando el monto de las cuotas a pagar con base en el total de las remuneraciones respectivas. Lo anterior en las zonas protegidas por el Seguro Social. La aplicación de esta etapa fue reglamentada para realizarla por sub-etapas, de manara de ir elevando progresivamente los topes, hasta que a partir del 1° de octubre de 1975 el salario total devengado llego a ser afectado por las cotizaciones completas.

La etapa de extensión horizontal o geográfica tuvo por finalidad ampliar el régimen de enfermedad y maternidad a todas las áreas; extendiendo progresivamente sus servicios a todo el país conforme lo permitan sus recursos materiales y humanos .

La etapa de universalización tuvo por objeto proteger bajo el régimen de enfermedad y maternidad a toda la población económicamente activa y sus dependientes, incluyendo trabajadores sin patrón o independientes, los cuales, de acuerdo con la ley, están exentos del pago de las cuotas patronales. Esta etapa de universalización, además de obligar a la cobertura universal de la población económicamente activa y sus dependientes (asegurados indirectos)⁵ autorizó también a la institución a coadyuvar en la atención de los indigentes, de riesgos y accidentes profesionales y en los programas de medicina preventiva. En esta forma, la Institución quedó facultada para brindar servicios a toda la población necesitada, (ver anexo N° 10).

El 24 de setiembre de 1973 fue promulgada la ley N° 5349 conocida como Ley de Traspaso a la Caja de establecimientos medico-asistenciales dependientes del Ministerio de Salud; Juntas de Protección Social y Patronatos que persigue ampliar los recursos materiales, humanos y financieros del Seguro Social, para que pueda extender sus servicios a toda la población bajo un solo servicio de atención médica integral. El traspaso incluye la capacidad física instalada y las fuentes de financiamiento, y el Estado queda obligado a financiar los déficits operacionales que se produzcan. La Caja; por su parte, queda obligada a prestar atención médica a la población asegurada y no asegurada al asumir los establecimientos traspasados y los trabajadores de los hospitales traspasados conservan todos los derechos laborales. Se determina que el Ministerio de Salud es la entidad rectora del sector, a través de su función normativa y planificadora. El Seguro Social debe participar activamente en el proceso de planificación de la salud y en la ejecución de los planes. (Ver anexo N° 11).

El 30 de octubre de 1973, fue promulgada la Ley N° 5395 conocida como "Ley General de Salud", la cual define un sistema regulador de las actividades de los individuos y empresas en el campo de la salud, estableciendo un conjunto de principios obligatorios que reconocen a las personas derechos concernientes a su salud y regulan su conducta respecto a todos aquellos asuntos que determinan la salud individual y colectiva, imponiendo las restricciones y concediendo los derechos necesarios para obtener y conservar el mejor nivel posible. Su texto incluye también las prescripciones necesarias para afianzar su obligatoriedad, estableciendo sanciones para la contravención de sus principios e identificando las autoridades encargadas de su control y aplicación. Asigna al Ministerio de Salud la definición de la política nacional de salud, la normación, planificación y coordinación de todas las actividades públicas y privadas relativas a salud, así como la ejecución de aquellas que le competen conforme a la Ley.

La Ley N° 5412 del 8 de noviembre de 1973, conocida como "Ley Orgánica del Ministerio de Salud ", reorganiza el Ministerio para fortalecerlo y hacerlo mas funcional. Determina la organización estructural y funcional de los servicios institucionales refiriéndose a las estructuras mas importantes y sin entrar en detalles que para lograr mayor elasticidad deja a cargo de reglamentos. Asigna al Ministerio la definición de la política nacional de Salud, y la organización, coordinación y suprema dirección de los servicios de salud del país. Detalla las atribuciones del Ministerio entre las que cita definir políticas y normas técnicas; ejercer control técnico sobre las instituciones públicas y privadas que realizan acciones de salud y fiscalización económica sobre las que lo hacen total o parcialmente con fondos públicos de cualquier naturaleza; ejercer el control y fiscalización de las actividades de salud de las personas físicas y jurídicas; realizar acciones de salud en materia de medicina preventiva; realizar las actividades que tiendan al mejoramiento y conservación del medio ambiente con miras a la protección de la salud; otorgar las prestaciones de asistencia medica a través de los organismos creados al efecto, mantener un sistema de información de salud de ámbito sectorial, etc.

La implementación de las medidas anteriormente señaladas ha puesto a la disposición del Seguro Social mas recursos físicos, materiales humanos, técnicos y financieros, lo que le ha permitido acelerar su proceso de ampliación de cobertura hasta llegar hoy a cubrir el 77,1 % de la población total (1.610.095 de un total de 2.061.054 habitantes), esperándose extenderla al 93,7% en 1982 (2.174.053 de un total de 2.319.733 habitantes). Además, debe señalarse que el 8 de mayo de 1975 el Señor Presidente de la República dio a conocer la decisión de incorporar en calidad de asegurados por el Estado a aquella población marginada considerada hasta entonces como indigente. Así se abrieron las puertas de un sistema de servicios en proceso de integración a todos los costarricenses por igual, sobre la base de que todos son asegurados.

En enero de 1976 la Asamblea Legislativa decretó la Ley N-2 5662, denominada "Ley de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares", la cual establece un fondo de beneficio de los costarricenses de escasos recursos económicos.

Parte de dichos beneficios se canaliza a través de programas sociales, como los de salud y alimentación y nutrición, orientados a prevenir y corregir problemas en los costarricenses mas vulnerables.

Es así como simultáneamente con el proceso de extensión de cobertura del Seguro Social, desarrollado dentro de un proceso centrífugo que se extiende de las grandes ciudades hacia las poblaciones dispersas, el Ministerio al delegar tales funciones en el Seguro Social ha concentrado su atención en un proceso complementario del anterior, que con ayuda del Programa de Asignaciones Familiares se desarrolla en forma centrípeta, y que consiste en extender los servicios

básicos de salud integral primero a las poblaciones rurales dispersas (menos de 500 habitantes por localidad) y después a las rurales concentradas (500 a 2000 habitantes), mediante lo que denominamos Programa de Salud Rural, así como también a las poblaciones periurbanas marginadas, a través de un programa similar llamado de Salud Comunitaria, y cuyo fin común es alcanzar a la mayor brevedad una cobertura total a todas las áreas y población del país, para proceder entonces a integrarlos en un solo sistema de atención médica.

Es decir, la reestructuración de los servicios de salud buscada comprende tres etapas:

1° Una reorganización del Ministerio de Salud, de acuerdo con su Nueva Ley Orgánica, etapa ya completamente alcanzada (en Gráfica estructural N° 8, en el que se presenta la organización actual del Ministerio).

2° Una integración de servicios médico-asistenciales mediante el traspaso al Seguro Social de los Hospitales dependientes del Ministerio, etapa a punto de completarse, mediante el traspaso de los últimos tres hospitales de un total de diecisiete, y

3° Creación de un Servicio Nacional de Salud que preste servicios indiferenciados de atención médica integral a toda la población, etapa que comprende la meta final del proceso de reorganización.

ANEXO CUADRO No. 1

ESTRUCTURA INSTITUCIONAL DEL SECTOR EN EL AÑO 1971

- 1- Dirección General de Salubridad
- 2- Dirección General de Asistencia
- 3- Caja Costarricense de Seguro Social
- 4- Instituto Nacional de Seguros
- 5- Juntas de Protección Social (Un total de 29)
- 6- Servicio Nacional de Acueductos y Alcantarillados
- 7- Ministerio de Trabajo y Previsión Social
- 8- Patronatos, (Infancia, Ciegos, Hospitales, Rehabilitación, etc.)
- 9- Comisión Sobre Alcoholismo
- 10- Consejo de Defensa Social
- 11- Cruz Roja Costarricense
- 12- Instituto Costarricense de Electricidad
- 13- Municipalidades
- 14- Universidad Nacional de Costa Rica
- 15- Compañía Bananera de Costa Rica
- 16- Standar Fruit Company
- 17- Clínicas de Comunidades Religiosas (María Auxiliadora, etc.)
- 18- Servicios Privados de Lucro.

ANEXO CUADRO No. 2

PREMISAS BÁSICAS,

- La atención de la salud es un derecho de la población.
- El Estado tiene la responsabilidad de la salud del pueblo.
- Atención de la salud integral.
- Integración de Servicios Preventivos con los de Recuperación.
- Regionalización de servicios» para mejorar la oferta y cobertura de las prestaciones al público.
- Atención ambulatoria preferencial.

ANEXO CUADRO No. 3

FUNCIONES DEL SECTOR

1. RECTORÍA DE LA POLÍTICA DE SALUD:

- Dirección y Coordinación Sectorial
- Normatización y Supervisión
- Control y Evaluación
- Planificación
- Presupuesto
- Centralización de la Información
- Investigación Epidemiológica.

2. PREVENCIÓN

- Actividades regulares servicios horizontales
- Campañas.

3. PREPARACIÓN Y REHABILITACIÓN

- Consulta Médica
- Consulta Odontológica
- Hospitalización.

4. FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS

- Formación inicial
- Capacitación y Adiestramiento

5. INVESTIGACIÓN ;

Fenómeno Salud
Operativa-Administrativa.

6. INVERSIONES (RECURSOS FÍSICOS) :

Locales de Salud
Agua y Alcantarillado

7. ASISTENCIA FINANCIERA.

8. PRODUCCIÓN DE BIENES (MEDICAMENTOS, BIOLÓGICOS, PRÓTESIS, ETC.)

ANEXO CUADRO No. 4

SECTOR PUBLICO SALUD

ESQUEMA ESTRUCTURAL

ESTRATEGIA A.

<u>FUNCIONES SECTORIALES</u>	<u>INSTITUCIONES</u>	<u>M.S.P.</u>	<u>I.C.S.</u>	<u>S.N.A.A.</u>	<u>A.A.F.</u>
-Rectoría de la Política de la Salud		0			
-Prevención Horizontal			X	X	
-Campaña y otros programas de Comando Central			X	X	
-Consulta Médica y Odontológica			X		
-Hospitalización			X		
-Formación y Capacitación de Recursos Humanos			X	X	
-Investigación de Salud					
- Investigación Operativa Administrativa.			X		

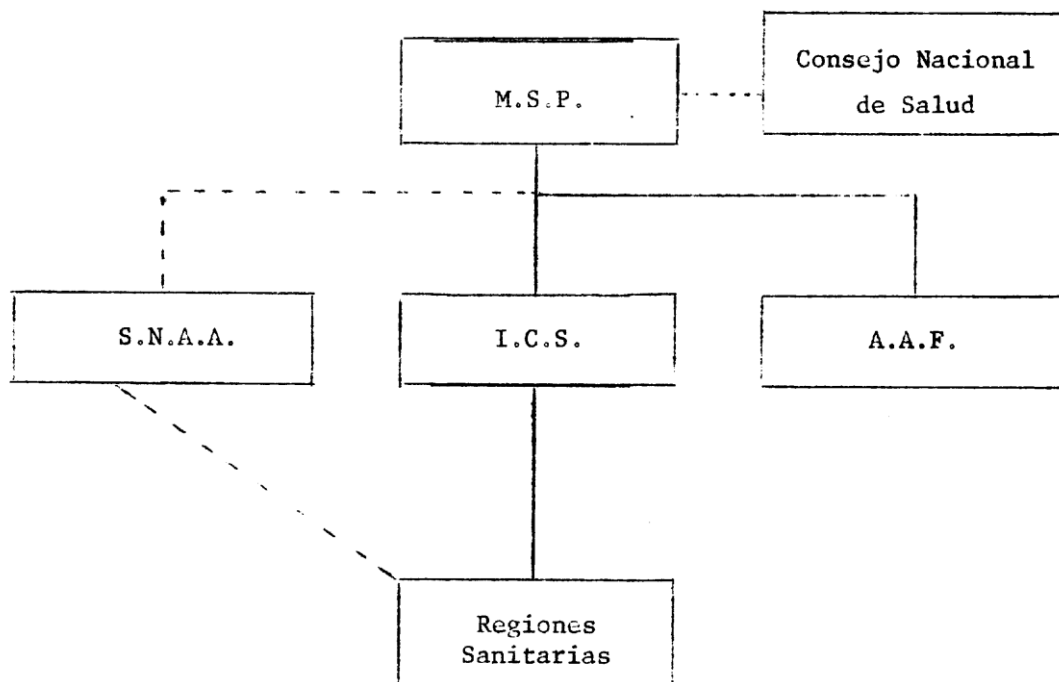
FUNCIONES SECTORIALES	INSTITUCIONES M.S.P.	I.C.S.	S.N.A.A.	A.A.F.
-Construcción y <u>E</u> quipamento de Locales de Salud		X		
-Agua y Alcantarillado			X	
-Asistencia Financiera				X
-Producción de Bienes		X	X	

0 - Función que cubre a todos los organismos públicos o privados, intra y extrasectorial, productores de bienes y servicios de salud.

X - Función que cubre a todo el universo sectorial.

ANEXO CUADRO No. 5

PRESENTACION GRAFICA ESTRATEGIA A



ANEXO CUADRO No. 6

SECTOR PUBLICO SALUD

ESQUEMA ESTRUCTURAL B.

<u>INSTITUCIONES</u>	<u>MSP</u>	<u>DGS</u>	<u>CCSS</u>	<u>SNAA</u>	<u>AAF (1)</u>
<u>FUNCIONES SECTORIALES</u>					
Rectoría de Política de Salud	0				
Prevención Horizontal		X	X	XX	
Campaña y otros programas de comando central		XX		XX	
Consulta Médica y Odontológica		X	X		
Hospitalización		X	X		
Formación y Capacitación de recursos humanos	XX	X	X	X	
Investigación de Salud	XX	X	X		
Investigación Operativa-Administrativa	X	X	X	X	
Consutrucción y Equipamiento de locales de salud		X	X		
Agua y Alcantarillado				X	
Asistencia Financiera					X
Producción de Bienes	X	X	X	X	

O: Función que cubre a todos los organismos públicos-privados, intra-extrasectorial, productores de bienes y servicios de salud.

X: Función propia que cubre a un universo bajo su responsabilidad .

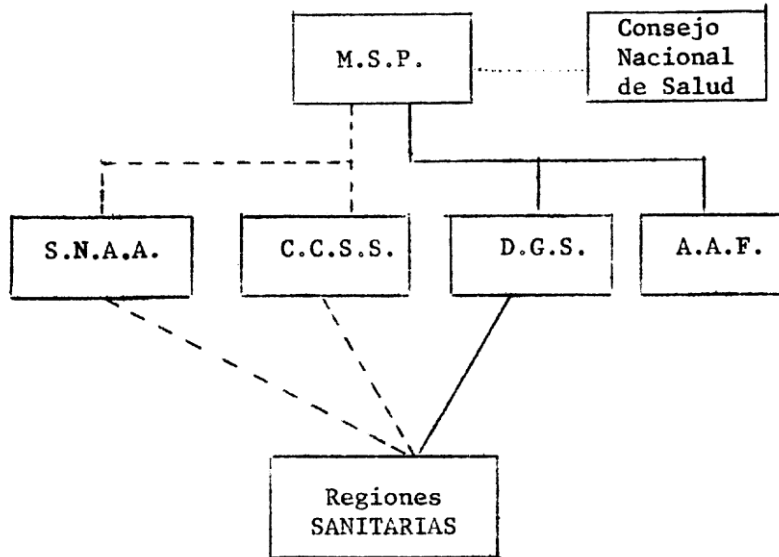
XX: Función que cubre a todo el universo sectorial.

(1): Agencia de Asistencia Financiera.

ANEXO CUADRO No. 7

REPRESENTACION GRAFICA

ESTRATEGIA B



- M.S.P. : Ministerio de Salubridad Pública
- S.N.A.A. : Servicio Nacional de Acueductos y Alcantarillado
- C.C.S.S. : Caja Costarricense de Seguro Social
- D.G.S. : Dirección General de Salud
- A.A.F. : Agencias de Asistencia Financiera

ANEXO CUADRO No. 8

SECTOR PUBLICO SALUD

ESQUEMA ESTRUCTURAL C.

INSTITUCIONES FUNCIONES SECTORIALES	MSP	ICSS	SNA	D.S.	AAF
Rectoría de la Política de Salud	0				
Prevención Horizontal		X	X		
Campañas y otros Programas de Comando Central			X	X	
Consulta Médica y Odontológica		X			
Hospitalización		X			
Formación y Capacitación de Recursos Humanos		X	X	X	
Investigación Fenómeno Salud	X	X		X	
Investigación Operativa-Administrativa		X	X		
Construcción y Equipamiento de Locales de Salud		X			
Agua y Alcantarillado			X		
Asistencia Financiera					X
Producción de Bienes		X			

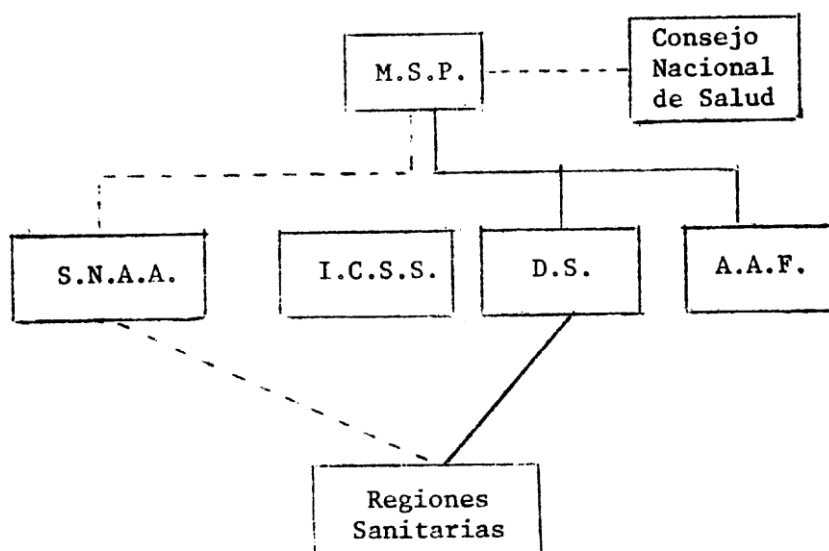
0 : Función que cubre a todos los organismos públicos, privados, intra y extrasectorial, productores de bienes y servicios de salud

X : Función que cubre a todo el universo sectorial.

ANEXO CUADRO No. 9

REPRESENTACION GRAFICA

ESTRATEGIA C.



- M.S.P. : Ministerio de Salubridad Pública
- S.N.A.A.: Servicio Nacional de Acueductos y Alcantarillado
- I.C.S.S.: Instituto Costarricense de Seguridad Social
- D.S. : Dirección de Salubridad
- A.A.F. : Agencias de Asistencia Financiera.

ANEXO No. 10.

LEY No. 4750 DEL 30 DE MARZO DE 1971. REFORMA ARTICULO 3o. DE LA
LEY CONSTITUTIVA DE LA CAJA.

LA ASAMBLEA LEGISLATIVA DE LA REPUBLICA DE COSTA RICA

DECRETA

Artículo 1º.- Reformase el artículo 3o de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social No. 17 de 22 de octubre de 1943, para que se lea así :

"Artículo 3o.- Las coberturas del Seguro Social y el ingreso al mismo serán obligatorias para todos los trabajadores manuales e intelectuales (sic) que ganen sueldo o salario, y el monto de las cuotas que por esta Ley deban pagar, se calculará sobre el total de las remuneraciones respectivas.

La Junta Directiva fijará la fecha en que entrará en vigencia el Seguro Social de los trabajadores independientes y las condiciones de este seguro; sin embargo; todos aquellos trabajadores independientes que en forma voluntaria deseen asegurarse antes de entrar en vigencia el Seguro Social en forma general para ese sector, podrán hacerlo mediante la solicitud correspondiente a la Caja Costarricense de Seguro Social, la cual, para tales efectos dictará la reglamentación pertinente. Los trabajadores independientes estarán exentos de pago de la cuota patronal.

La posibilidad de reingreso de aquellos trabajadores independientes que voluntariamente se hubieren afiliado al amparo del párrafo segundo de este artículo, y que posteriormente se desafilien, será reglamentada por la Caja.

La Junta Directiva queda autorizada para tomar las medidas tendientes a coadyuvar en la atención a los indigentes, en los riesgos y accidentes profesionales, y en la campaña de medicina preventiva.

La Caja determinará reglamentariamente los requisitos de ingreso a cada régimen de protección, así como los beneficios y condiciones en que éstos se otorgarán.

La Junta Directiva tomará los acuerdos necesarios para extender progresivamente sus servicios a todo el país conforme lo permitan sus recursos materiales y humanos".

Artículo 2o.- Agréguese un nuevo artículo a la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, No. 17 de 22 de octubre de 1943, que llevará el número 73, corriéndose la numeración actual, que diga :

Artículo 73.- Los fondos disponibles de la Caja Costarricense de Seguro Social, logrados una vez que la Caja separe los montos necesarios para atender sus inversiones, planes de crédito internos y sus gastos de operación, únicamente podrán ser canalizados a través del Banco Central de Costa Rica. Anualmente el Banco Central y la Caja Costarricense de Seguro Social firmarán el contrato de préstamo correspondiente, fijándose la tasa mínima actuarial de interés que indique la Caja Costarricense de acuerdo con sus cálculos actuariales.

El Banco Central canalizará a través de los bancos comerciales los recursos de la Caja Costarricense de Seguro Social. Estos recursos han de emplearse en crédito de mediano y de largo plazo.

Cuando por razones imprevistas la Caja Costarricense de Seguro Social se vea necesitada de fondos, el Banco Central deberá atender la demanda de esa institución con el fin de resolver temporalmente el desajuste de efectivo que pudiera haberse presentado. En el contrato de préstamo del período siguiente, la Caja cancelará al Banco Central el monto que se haya visto obligado a solicitar temporalmente. La tasa de interés que cobrará el Banco a la Caja Costarricense de Seguro Social será la misma que éste haya cobrado a aquél en sus operaciones anuales".,

Artículo 3o. Reformase el párrafo final del artículo 7o de la Ley No. 3019 de 8 de agosto de 1962, para que se lea así:

"No será aplicable lo dispuesto en los incisos d), e) y g) de este artículo a los médicos extranjeros que sean contratados por instituciones del Estado para prestar sus servicios en el país quienes no podrán ejercer la profesión fuera de los contratos, pero una vez terminado el contrato con esas instituciones, para obtener su inscripción en el Colegio deberán los interesados llenar los requisitos de este artículo.

Los médicos extranjeros sólo podrán ser contratados cuando no hubiere médicos costarricenses dispuestos a prestar sus servicios, en las condiciones requeridas por esas instituciones. En todo caso, debe hacerse previamente la revisión de atestados y capacitación por el Colegio de Médicos y Cirujanos o por la Facultad de Medicina de la Universidad de Costa Rica".

Artículo 4o.- Reformase el artículo 32 de la Ley No. 3019 de 8 de agosto de 1962, para que se lea así

"Artículo 32.- Ningún médico podrá prestarle servicios remunerados al Estado en más de dos cargos en instituciones autónomas, estatales o semiautónomas. La jornada ordinaria de trabajo en cada puesto será de ocho horas y la mínima de cuatro horas. La remuneración por los servicios médicos en dichas instituciones será la que establezca el Estatuto de Servicios Médicos, siempre y cuando no exista, en el desempeño de los cargos, superposición de horarios. Esa remuneración será fijada para cada categoría por la Dirección General de Servicio Civil, de acuerdo con el Estatuto de Servicio Civil, y la Ley de Salario de la Administración Pública, tomando en cuenta en cada oportunidad el costo de la vida.

La limitación de servir en más de dos cargos no rige para las actividades médicas de índole docente. Salvo lo dispuesto en este artículo en cuanto a superposición de horarios, sus disposiciones no se aplicarán en casos de inopia de médicos.

Artículo 5o. Se reforma el inciso a) del artículo 16 de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, No. 17 de 22 de octubre de 1943, para agregarle un nuevo párrafo que diga:

"En lo concerniente a nombramiento y relaciones referentes al personal médico y paramédico, se seguirán las disposiciones de la Ley No. 3671 de 18 de abril de 1966 (Estatuto de Servicios Médicos)".

Artículo 6o.- Se autoriza a la Caja Costarricense de Seguro Social para tomar parte en todos aquellos proyectos que tiendan a dar un mayor beneficio en salud a los asegurados, mediante el correspondiente aporte financiero y técnico.

Artículo 7o.- Esta Ley rige a partir de su publicación y deroga cualquier disposición legal o reglamentaria que se le oponga. Las disposiciones contenidas en la presente ley no derogan las establecidas en la ley No. 2248 de 5 de setiembre de 1958.

Comuníquese al Poder Ejecutivo

Asamblea Legislativa. San José, a los treinta días del mes de marzo de mil novecientos setenta y uno.

LA GACETA No. 91 del 29 de Abril de 1971.

GRAFICO ESTRUCTURAL No. 1

Servicios de Salud anteriores a la creación de la Subsecretaría de Salubridad Pública en el Despacho de Policía.

MINISTERIO DE GOBERNACION

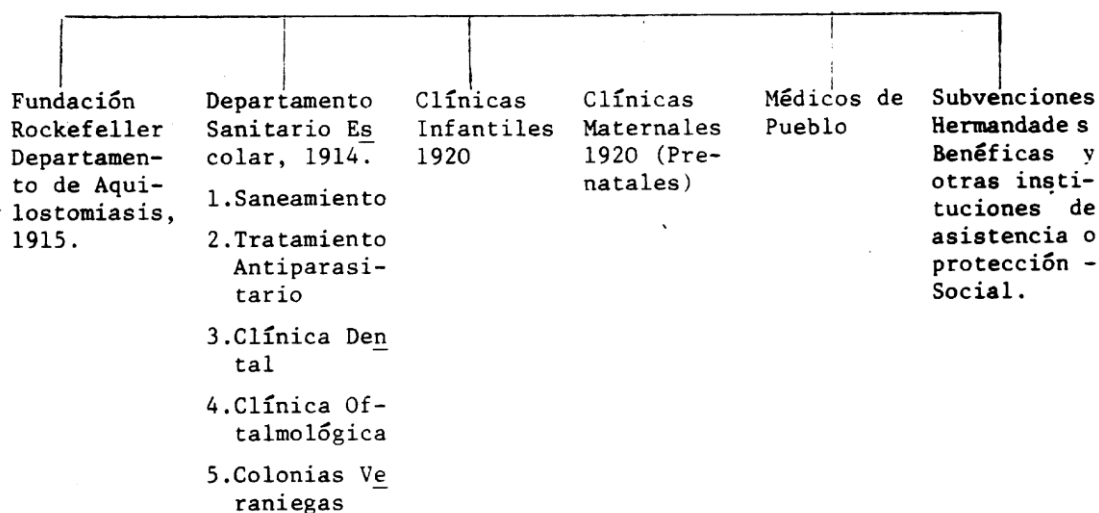


GRAFICO ESTRUCTURAL No. 2

(Ley 52, de 12 de Marzo de 1923 y Reglamentos Complementarios)

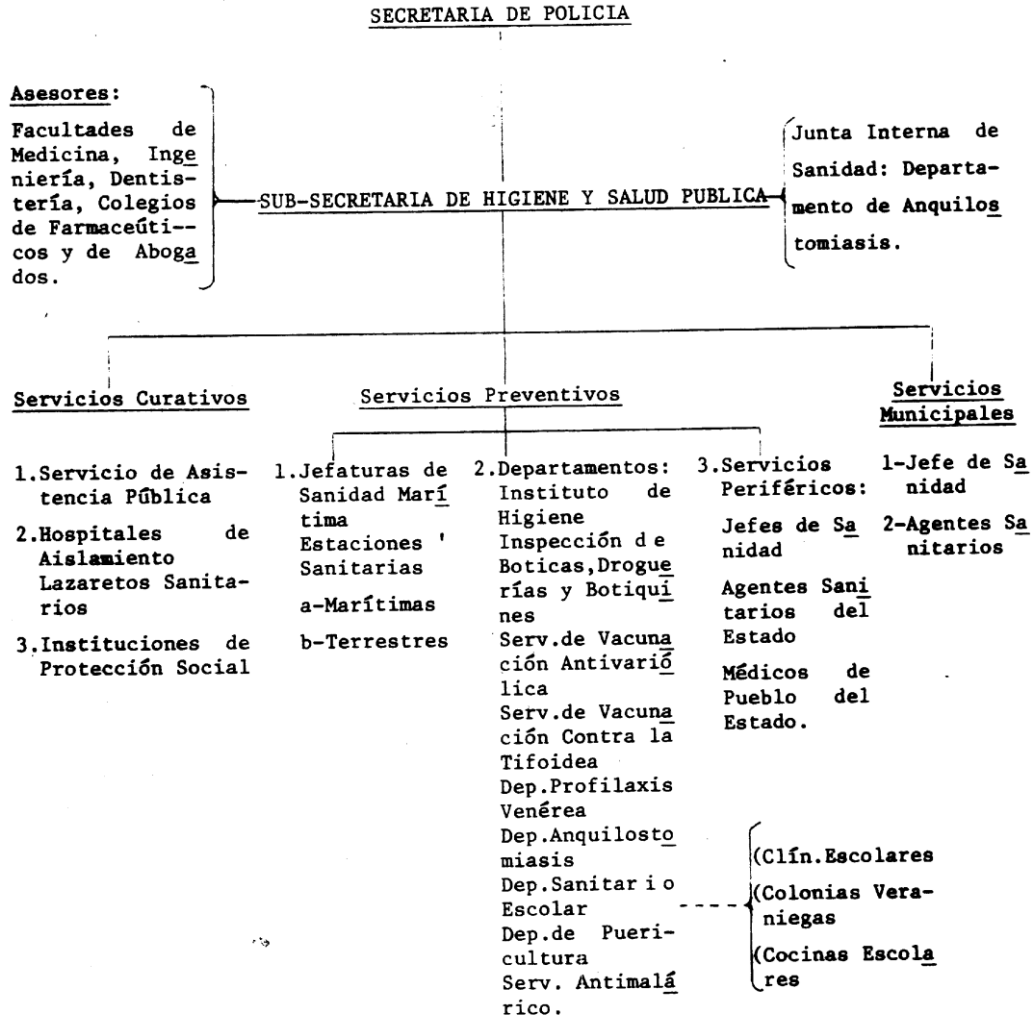
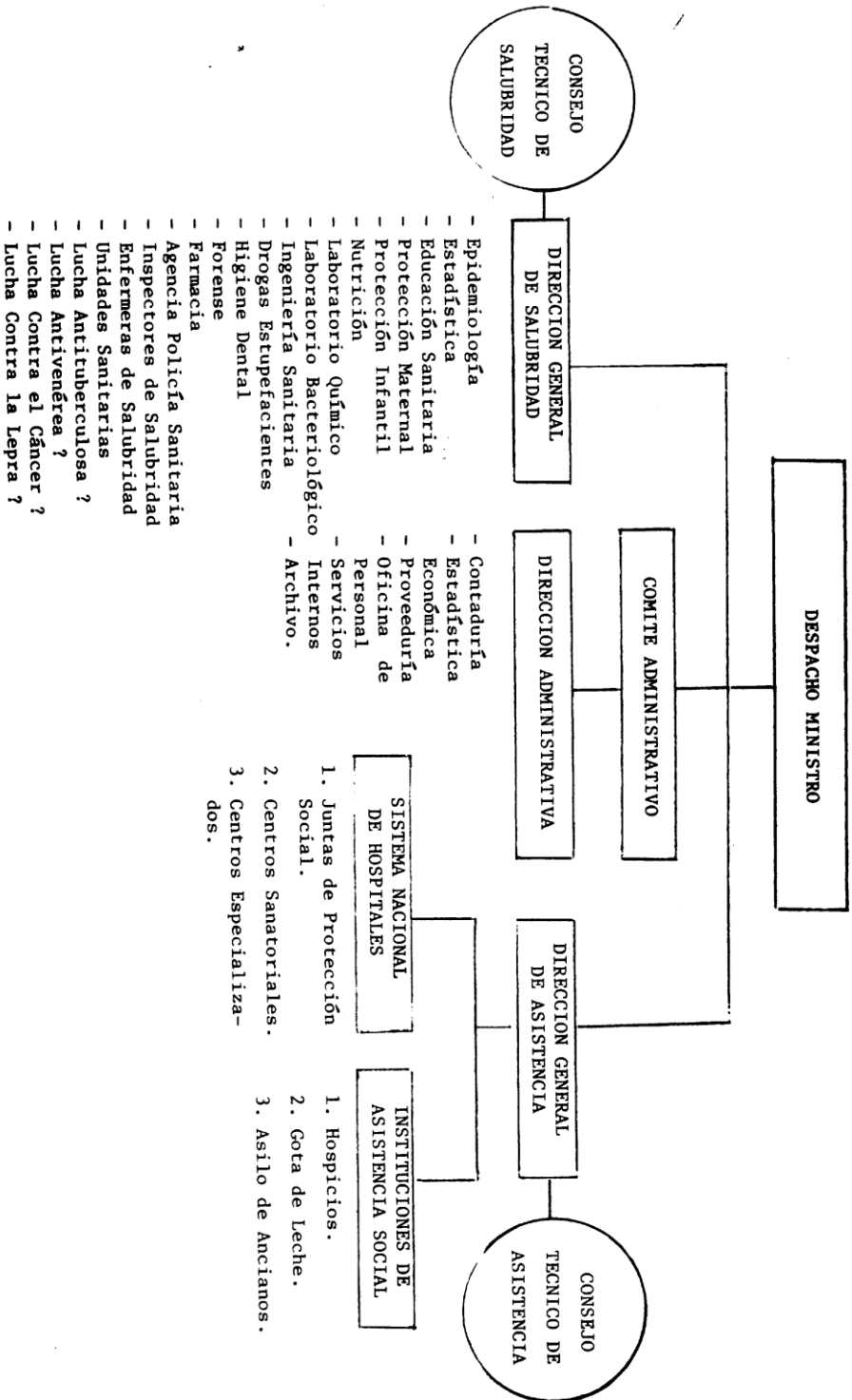


GRAFICO ESTRUCTURAL No. 3
ESTRUCTURACION DEL MINISTERIO DE SALUBRIDAD PUBLICA
A FINES DE 1950

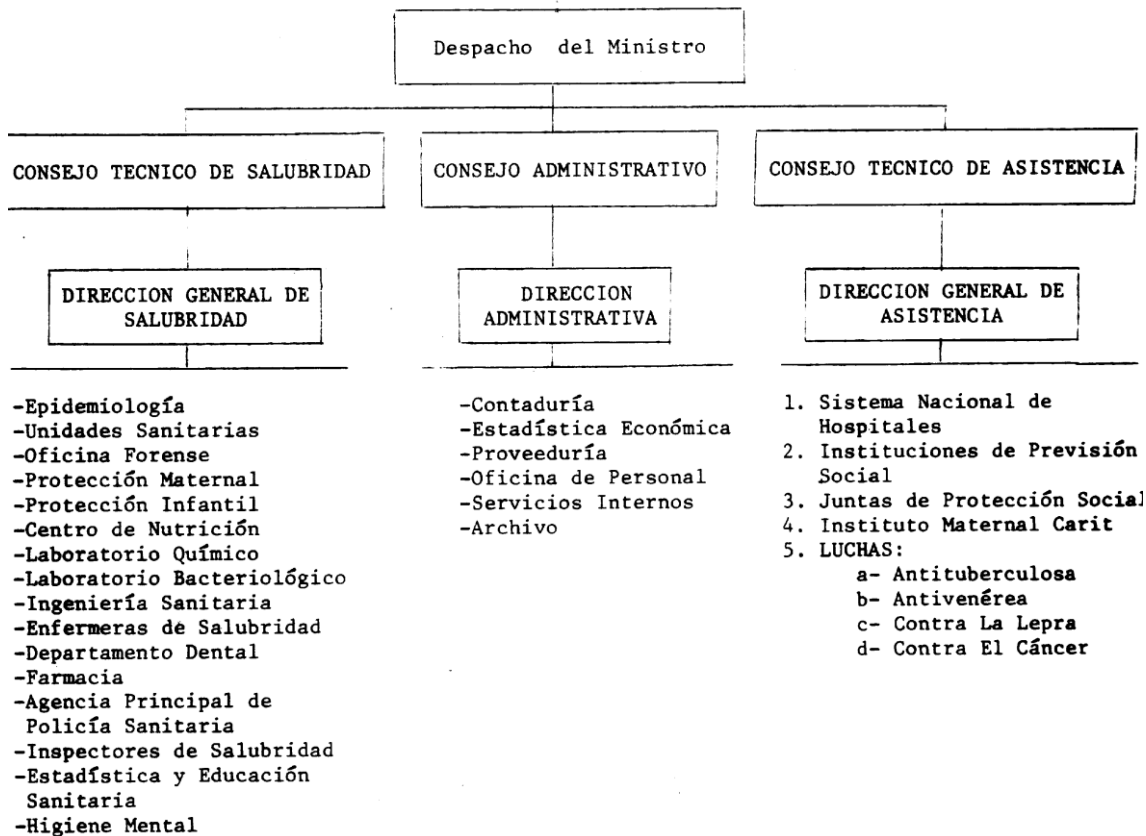


Fuente: Memoria, Ministerio de Salubridad Pública, año 1950. Imprenta Nacional, 1952.

GRAFICO ESTRUCTURAL No. 4

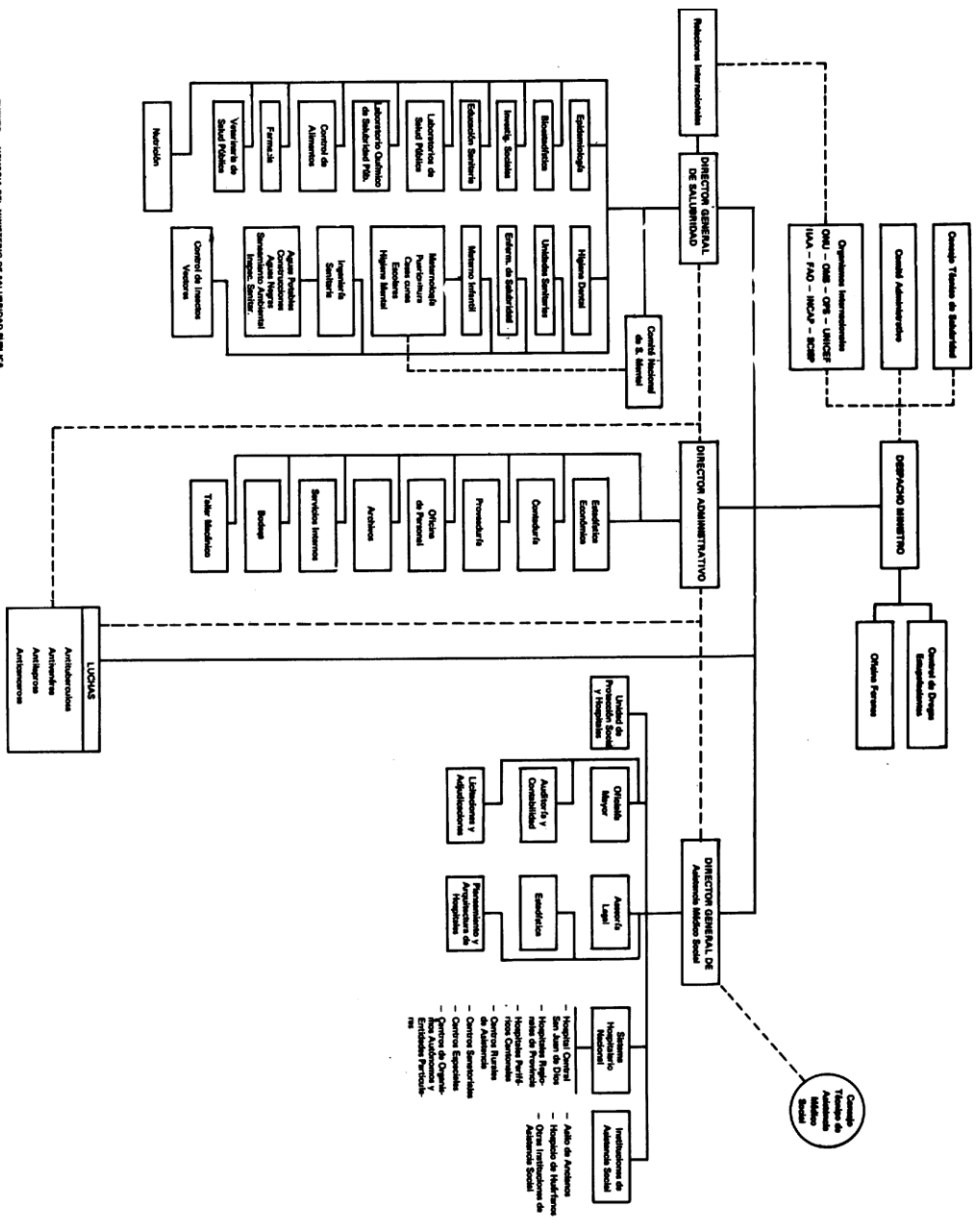
ESQUEMA DE ESTRUCTURACION DEL MINISTERIO DE SALUBRIDAD EN ENERO 1951

MINISTERIO DE SALUBRIDAD



- Nótese: 1. El cambio de posición de los Consejos Técnicos
2. El cambio de ubicación de las Luchas

ORGANIGRAMA MINISTERIO DE SALUD



PLANETA - MARCA DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
 IMPRESO EN COLOMBIA AÑO 1984

GRAFICO ESTRUCTURAL No. 6

AÑO 1961

MINISTRO:

DROGAS ESTUPEFACIENTES
MEDICINA FORENSE

DIRECCION GENERAL DE SALUBRIDAD:

I DIVISION DE SANEAMIENTO AMBIENTAL

1. Ingeniería Sanitaria
2. Control de Alimentos
3. Salud Pública Veterinaria
4. Control de Insectos Vectores
(Erradicación del Paludismo)
5. Inspectores Sanitarios

II DIVISION MATERNAINFANTIL

6. Puericultura
7. Maternología
8. Salud Escolar
9. Higiene Dental
10. Nutrición
11. Higiene Mental
12. Niños Lisiados
13. Enfermeras de Salud Pública

III DIVISION DE SERVICIOS GENERALES

14. Epidemiología: Lucha Antitubercu
losa
Lucha Antivenérea
Lucha Antileprosa
Lucha Anticancero
sa
15. Bioestadística
16. Laboratorios
17. Educación Sanitaria
18. Farmacia

IV SERVICIOS LOCALES

Zona OESTE
UNIDADES SANITARIAS

Zona CENTRAL
UNIDADES SANITARIAS

Zona ESTE
UNIDADES SANITARIAS

SERVICIOS ADMINISTRATIVOS

Oficial Mayor
Contaduría
Personal
Proveeduría
Bodega
Transportes
Mantenimiento

El Doctor Solón Núñez, su vida y su obra.*

El mayor impulso en el desarrollo de la Salud Pública en Costa Rica arranca del año 1915, cuando la Fundación Rockefeller creó el Departamento de la Anquilostomiasis. Esta época está ligada al nombre del Dr. Solón Núñez , quien como dijera el sabio Clorito Picado. " fue un precursor que trabajó en campos yermos y que sin embargo logró, no tan sólo plantar los árboles que habrían de servir de patrones para los injertos del futuro, sino también dejar muchas innovaciones en pleno rendimiento

El Dr. Solón Núñez nació en San José en el año 1881; hijo de un hogar nobilísimo pero extremadamente pobre. Huérfano desde muy pequeño y criado al amparo de una tía ciega que carecía de los recursos más necesarios.

Sus padres fueron don Patrocinio Núñez Berrocal y la matrona Juana Frutos de Ayala.

Casó en 1906 con Olivia Rojas Salazar, nativa de la ciudad de Alajuela.

En niño Solón Núñez cursa los primeros años de enseñanza en la Escuela de Desamparados, su pueblo de residencia. Ahí llega al cuarto grado como primer alumno de su clase, pero esta escuela no estaba en capacidad de brindarle más instrucción y sus estudios debe continuar los en San José, en donde termina la enseñanza primaria para ingresar luego al Liceo de Costa Rica. Esto le obliga a efectuar diariamente a pie, un recorrido de diez

Tomado del Libro "Libertad y Seguridad, del Dr. Trejos Escalante y de publicación que con motivo de inauguración de la Clínica que hoy lleva su nombre, publicó la C.C.S.S.)

kilómetros por caminos casi intransitables y expuesto siempre al mal tiempo y a toda clase de peligros.

Nada arredra a este muchacho de espíritu decidido y resuelto y en estas circunstancias obtiene, con los máximos honores, su título de Bachiller en el año 1901.

Graduado luego de Maestro Normal, ocupó su primera posición pública en la forma más modesta, pero también más honrosa, en una escuelita rural de Naranjo. Inicia en esta forma su carrera docente, a la que consagra los mejores años de su juventud. En ella va subiendo peldaños hasta llegar al cargo de Inspector de Escuelas Primarias de la Provincia de San José . Este ascenso lógico y merecido es una muestra de lo que será después característica de su vida profesional y ciudadana.

En todos estos años su mente inquieta y se afán constante por superarse, no le permiten olvidar su verdadera vocación: la medicina. No pudiendo obtener una beca que haga posible realizar se sueño, viene en su ayuda la Providencia en forma de un modesto premio de lotería . Esto, unido a sus pequeñas economías y a la comprensión de su dignísima esposa Doña Olivia Rojas, quien le propone continuar trabajando como maestra, le permiten salir para Suiza en el año 1911, cuando contaba 28 años de edad.

Médico y Cirujano.

Algún tiempo después, en 1915, obtiene el título de Médico y Cirujano en la Universidad de Ginebra con las más altas calificaciones que esta Universidad otorga.

Cualquier hombre corriente se hubiera considerado más que satisfecho con lo que hasta entonces había realizado a base de tanto esfuerzo y de tantas privaciones.

Pero el Doctor Núñez no es un hombre corriente. Ejerce por un tiempo su profesión privada, mas luego siente honda preocupación del médico que comprende que hay un campo mayor para aplicar la capacidad y el esfuerzo en bien de sus semejantes.

Conocedor de los enormes problemas sanitarios y asistenciales que vive el país, se inclina hacia estos aspectos de la medicina, a pesar que eso significaría menores beneficios económicos y le traería a través de los años, amargos sinsabores, Siente, en cambio, una gran satisfacción íntima por haber cumplido su deber ante la colectividad

Ya con esta orientación en su vida,, y después de efectuar sus estudios de especialización en la materia de Salud Pública, ocupa un cargo en el Departamento de Anquilostomiasis establecido por la Fundación Rockefeller, del cual. posteriormente llega a ser el jefe.

Subsecretario de Estado.

En 1922 es nombrado Subsecretario de Estado en el Despacho de Higiene, y desde esta posición impulsó y defendió con calor ante el Congreso de la República, la creación del Ministerio de Salubridad. Se adelanta así a la época, ya que por entonces únicamente Cuba, en toda la América, contaba con tal Ministerio.

Ministro de Salubridad

En 1927 sus esfuerzos son coronados con éxito. Se le designa Ministro de Salubridad Pública al crearse la Cartera. Con este motivo el Boletín de Sanidad General del Ecuador dijo lo siguiente:

"En el ambiente latinoamericano es enorme el justo prestigio de que goza el Dr. Solón Núñez, coro hombre de ciencia e higienista de renombre, pues su actuación siempre destacada en los diversos congresos sanitarios, ha merecido el calificativo de brillante y su palabra considerada como decisiva en los asuntos en que ha intervenido.

"Por consiguiente, la disposición del Gobierno de Costa Rica al acreditar al Dr. Solón Núñez como Ministro, ha causado especial placer a la clase higienista de América, que con sobrada razón le reconoce como una lumbrera destacada en las ciencias sanitarias"

Autor de varias leyes.

Ya en el Ministerio, al cuidado del cual estuvo, primero de 1927 a 1936 y luego de 1943 a 1948. dedica sus amplios conocimientos a la sanidad del país. En este sentido su obra es tan vasta, que resulta totalmente imposible describirla en pocas palabras. Será suficiente sin embargo, decir que ha sido el autor de casi todas las leyes fundamentales que rigen la salubridad y la protección social y que es el creador de la primera estructuración de nuestra higiene sobre principios técnicos.

Para formarse una idea de la labor realizada por el Dr. Solón Núñez en la evolución de la Salud Pública, basta señalar que desde que asumió la Dirección de los Departamentos de la Anquilostomiasis y Sanitario Escolar, a partir de 1917, comenzo a trabajar en los proyectos de los siguientes Decretos y Leyes

Año 1915

Creación del Departamento de Anquilostomiasis.

Año 1916.

Organización del Departamento Sanitario Escolar. Creación de las Clínicas Escolares Dental y Oftalmológica.

Año 1920.

- Decreto para la creación de Colonias Veraniegas.
- Decreto para la creación de Clínicas Infantiles y Servicios Prenatales.
- Ley para establecer la Clínica Antivenérea.

Año 1922.

- Creación de la Subsecretaría de Higiene y Salud Pública.
- Ley sobre protección de la Salud Pública.

Año 1923.

- Ley de Asistencia Pública (crea clínicas gratuitas para el tratamiento de las enfermedades venéreas y libera de derechos de aduana las drogas específicas).
- Clasificación de los preparados farmacéuticos.
- Decreto sobre la aprehensión, aislamiento y libertad condicional de los leprosos.

Año 1924.

- Creación del primer laboratorio de Salud Pública.
- Decreto para reglamentar y obligar a la construcción de retretes.
- Reglamento de Sanidad Marítima.

Año 1925.

- Decreto que reglamenta el Servicio de Asistencia Pública Reglamento de panaderías.
- Decreto para crear la Agencia Principal de Policía de Higiene. --Decreto para el control de productos alimenticios.
- Decreto que impone la regencia de boticas.

Año 1926.

- Ley contra el ofidismo (en colaboración con el Dr. Clorito Picado).
- Decreto para prevenir la contaminación de las aguas potables.

Año 1927.

- Decreto que incluye la tuberculosis entre las enfermedades de declaración obligatoria.
- Decreto para la importación, exportación y expendio del opio, sus alcaloides y derivados (drogas heroicas).
- Decreto que ordena el tratamiento médico gratuito para los maestros.
- Decreto del 4 de junio, que crea la Secretaría de Salubridad y Protección Social. (Era el segundo Ministerio de Salubridad que se creaba en América).
- Reglamento del Asilo de las Mercedes.
- Decreto que equipara a las Asistentes Sanitarias, a las Enfermeras Diplomadas de la Facultad de Medicina y del Hospital Max Peralta de Cartago.

Año 1928.

- Decreto Legislativo que faculta al Poder Ejecutivo para establecer un Hospital en Limón.
- Decreto para el establecimiento del Departamento de Ingeniería Sanitaria.
- Decreto sobre la marihuana.
- Decreto que crea el cuerpo de Inspectores de Higiene.
- Decreto que crea la plaza de obstétricas en todos los cantones de la Republica.
- Decreto que crea el Departamento de Estadística Vital.

Año 1929.

- Decreto sobre la reglamentación de boticas y droguerías, con la colaboración del Colegio de Farmacéuticas.
- Creación del servicio local y ambulatorio de la vacunación contra la tifoidea
- Decreto sobre ejecución y revisión de cañerías.
- Decreto sobre obligatoriedad de certificado de salud para todos los maestros y profesores.
- Decreto para organizar cursos de asistentes sanitarios.
- Decreto que crea el Departamento de Profilaxis Dental.

Año 1930.

- Decreto Ejecutivo para proveer gratuitamente de quinina a los enfermos de las zonas clasificadas como palúdicas.

Año 1931.

- Decreto para reformar la Ley del Sanatorio para Tuberculosos Carlos Durán.
- Reglamento General de Cementerios.
- Reglamento para las funciones de la Junta Administradora del Departamento de Drogas Estupefacientes.

- Decreto Legislativo que crea la Liga Antituberculosa y dispone fondos para el Sanatorio Duran.

Año 1932.

Ley de Médicos Oficiales (corrige la expresión de médicos de Pueblo; les señala funciones como Jefes de Sanidad, Médicos de Asistencia y Médicos Forenses).

Año 1933.

- Decreto que obliga a las Municipalidades a incluir en sus presupuestos una suma global para la compra de sueros antiofídicos.

Año 1935.

- Decreto que reemplaza el nombre de "Juntas de Caridad " por el "Junta de Protección Social"

Año 1944.

- Decreto que crea la Escuela de Inspectores Sanitarios.
- Ley sobre el Código Sanitario.

Año 1946.

- Reglamento de Higiene Industrial.

El Dr. Solón Núñez Frutos fue durante su existencia un maestro. Un maestro de esfuerzo en su niñez, cuando coronaba su instrucción inicial a pesar de las situaciones más adversas. Maestro de dedicación en su primera juventud, cuando ocupaba su posición en el Magisterio Nacional. Maestro de perseverancia posteriormente, cuando realizaba sus estudios de medicina, en medio de enormes dificultades. Maestro de previsión y sabiduría en su madurez cuando adelantándose a la época, creo el Ministerio de Salubridad y dictó todas nuestras principales leyes sanitarias y asistenciales. Maestro de modestia en su ancianidad, cuando después de haber ocupado las más altas posiciones a que un médico puede aspirar, aceptó en el ocaso de su vida una humilde posición de médico interno en el Asilo Chapuí.

En todos los aspectos de su existencia ha dejado enseñanzas imborrables. Como escolar, como miembro del Magisterio, como médico, como higienista, como ciudadano, como esposo y padre ejemplar.

Murió en la Ciudad de San José, a los 95 años de edad, un 3 de agosto de 1975.