

Atención Primaria de Salud en Costa Rica: 25 años después de Alma Ata



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud



Ministerio de Salud de Costa Rica
Caja Costarricense de Seguro Social
Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud

Atención Primaria de Salud en Costa Rica: 25 años después de Alma Ata



**Autores**

Dra. María del Rocío Sáenz

Dra. María Elena López

Dr. Hugo Villegas

Dr. Lenín Sáenz

Dra. Yalena de la Cruz

Dr. William Vargas

Licda. Anargerie Solano, MEPS

Licda. Marielos Rojas, MSP

Dr. Carlos Zamora Zamora

Dra. Lilliana Arrieta

Lic. Alonzo Hernández Montero

M.Sc. Carmen M. Vázquez Peñaranda

Licdo. Carlos Bonilla Guevara

M.Sc. Rocío Rodríguez Villalobos

Licda. Rosibel Méndez Briceño

Revisora externa:

Dra. Rossana García

Edición:

Xinia Bustamante Castillo, OPS/OMS

Fotos:

Archivo OPS

ISBN 9275 32587 1

Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida o transmitida en ninguna forma y por ningún medio electrónico, mecánico, de fotocopia, grabación y otros, sin permiso escrito de los editores.

San José, Costa Rica, Agosto 2005

Este documento puede ser consultado en: www.cor.ops-oms.org y www.netsalud.sa.cr



Presentación

Con motivo de la celebración de los 25 años de la Declaración de Alma Ata y como una contribución al análisis y reflexión de la propuesta de renovación de la meta Salud para Todos en el siglo 21, el Ministerio de Salud de Costa Rica con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud, promovieron esta publicación, que recoge los principales logros, avances y desafíos nacionales en atención primaria de salud.

En 1978, en la Conferencia Internacional de Atención Primaria de la Salud, Costa Rica aportó su experiencia en atención primaria de salud, lo cual había iniciado en los años 60s y desarrollado con vigor en los setentas mediante los Programas de Salud Rural y Comunitaria. El país pudo mostrar al mundo los logros de un esfuerzo inspirado en la búsqueda de la equidad en el acceso a los servicios y la atención de la salud, favoreciendo a las grandes mayorías, prioritariamente, a las poblaciones más pobres y alejadas.

Costa Rica quiere compartir nuevamente su experiencia con otros países, sus esfuerzos por lograr la atención integral de la salud de la población con equidad, reconociendo la salud como derecho fundamental de todos los y las costarricenses.

El desarrollo del sistema de salud costarricense esta marcado por una historia de visión social, la cual se ha caracterizado por una acción sostenible en la formulación de políticas sociales de Estado y políticas públicas de salud, la coordinación intersectorial, la promulgación de legislación, la definición de estrategias orientadas a atender los problemas prioritarios y las poblaciones vulnerables y la reforma del sector salud,

Todos estos esfuerzos condujeron a que el país se ubique entre los países de América Latina con mejores indicadores de salud, cabe mencionar: la esperanza de vida más alta de la Región, 78,5 años en 2003; una de las tasas más bajas de mortalidad infantil, 9,25 por mil nacidos vivos en 2004; una tasa de mortalidad materna de 3,3 por 10.000 nacidos vivos en 2003; 79,5% de la población en 2003 con acceso a servicios de agua de calidad potable; 96,3 % de la población con acceso a servicios de alcantarillado, tanque séptico, pozo negro o letrina y 81,8% de la población se encuentra asegurada.

Una sociedad solidaria, justa y equitativa en salud sólo será posible, cuando se reconozcan las desigualdades producto de un desarrollo excluyente. La renovación de Salud para Todos en el siglo XXI requiere de un compromiso social para construir una visión colectiva y participativa de la salud, en la que cada uno de los actores sociales públicos y privados, comunidades, familias e individuos, tiene una función que cumplir. La atención primaria de salud sigue siendo la estrategia fundamental para reducir las brechas en salud.

En esta publicación se intenta desarrollar en dos secciones, los elementos conceptuales que sirvieron de acicate para el desarrollo de la atención primaria de la salud, los principales hechos que marcaron los avances nacionales y los desafíos para el siglo 21.

Dra. María del Rocío Sáenz Madrigal
Ministra de Salud de Costa Rica

Dr. Carlos Samayoa Castillo
Representante OPS/OMS



Índice

Primera parte: De Alma-Ata al año 2000. Escenarios de Salud para Todos

El escenario de salud para todos en el mundo, y la Conferencia de Alma Ata Dra. Yalena de la Cruz	9
Atención primaria de salud y Salud para Todos: Costa Rica y Centroamérica. Escenarios, participación, desafíos siglo XXI Dr. Hugo Villegas de Olazábal	21
La reforma de los servicios de salud y la universalización de la atención Dr. Lenín Sáenz	59

Segunda parte: Renovación de Salud para Todos en el siglo XXI

El contexto internacional y los Objetivos de Desarrollo del Milenio Dra. Yalena de la Cruz	69
Fortalecimiento del proceso participativo en salud Dr. William Vargas, Licda Anargerie Solano. MEPS y Licda. Marielos Rojas. MSP.	81
Desarrollo de los recursos humanos en el Sector Salud, avances y perspectivas Comisión Técnica Interinstitucional para el Desarrollo del Recurso Humano en Salud Licda. Anargerie Solano. MEPS, Lic. Alonzo Hernández, M.Sc. Carmen M. Vázquez, Lic. Carlos Bonilla, M.Sc. Rocío Rodríguez, Licda. Rosibel Méndez	96
El Ministerio de Salud hoy: los retos para el logro de SPT en el Siglo XXI Dra. María del Rocío Sáenz y Dra. María Elena López	109
Salud para Todos: hacia un modelo equitativo de prestación de servicios Dr. Carlos Zamora Zamora	150
El binomio de salud y ambiente: estrategia en el nivel local M.Sc. Lilliana Arrieta	160



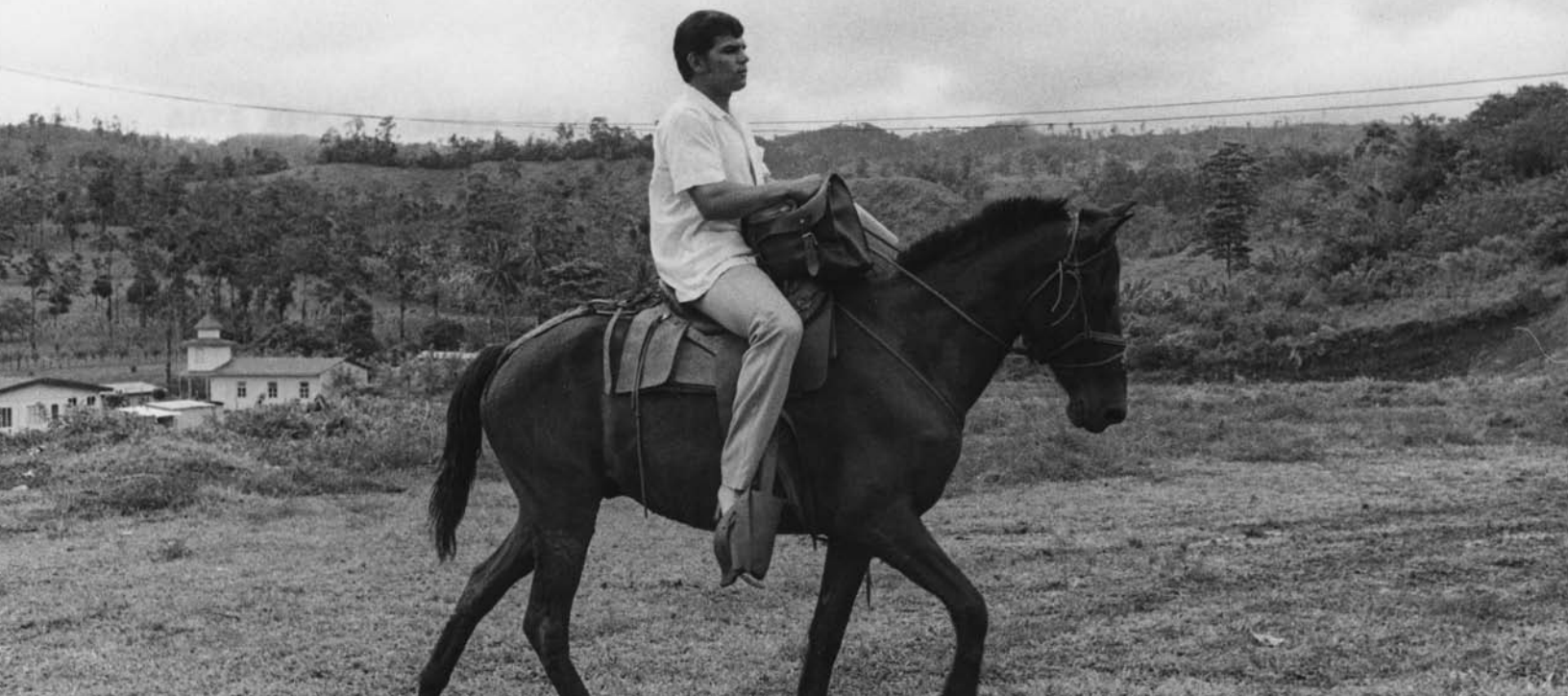
Honor a quienes hicieron posible mayores espacios en salud y equidad

La búsqueda de la equidad y el fortalecimiento de la democracia encontraron terreno fértil en esta nueva concepción de la salud y del desarrollo humano sostenible.

Se ha dicho que la Salud para Todos (SPT/2000) era la búsqueda de una utopía, de algo inalcanzable. Se olvida que la búsqueda fue estímulo para superar dificultades; que se generaron formas diversas de solución; que hubo países, entre ellos Costa Rica, que consideraron la Atención Primaria de Salud y la Salud para Todos como una transformación del Sistema de Salud, como un desafío para hacer posible que todos tuvieran acceso a prestaciones integrales de salud; como una forma permanente de adaptar soluciones a las situaciones cambiantes de la sociedad. Se han logrado avances destacados con cambios notables en el perfil demográfico, el perfil epidemiológico, la esperanza de vida y otras diversas formas de desarrollo de la salud y del bienestar, reconocidos en todos los foros internacionales.

La Atención Primaria de la Salud no es una estrategia limitada a atender a los pobres o marginados, ni es sólo un nivel de atención de los servicios de salud. Incluye a toda la población, según sus necesidades, distribuyendo los recursos financieros y tecnológicos que la sociedad pone a disposición de todos los ciudadanos. Para hacer posible la Salud para Todos no sólo es necesario reiterar la decisión de la universalización del acceso a los servicios, sino consolidar la participación de todos.

Desde el más alto nivel político, deben establecerse prioridades para el desarrollo continuo del Sistema de Salud y la focalización del gasto en salud. Los líderes y representantes de las comunidades y de la



opinión pública, los partidos políticos, los representantes de los cuerpos legislativos, las asociaciones profesionales y de los trabajadores, las universidades, los grupos religiosos y los empresarios, los dirigentes comunitarios y todas las formas de representación de la población, deben participar en el proceso de hacer permanente la decisión que oriente y empuje la acción hacia la superación de los problemas, la atención integral y el desarrollo humano sostenible.

Aun falta camino por recorrer, para superar la inequidad, los factores que sostienen la pobreza, los riesgos del medio ambiente insalubre, la violencia dentro y fuera de los hogares, la insuficiente solidaridad con migrantes internos y de otros países, y otras formas de exclusión del desarrollo humano. Las largas listas de espera, para alguna atención en salud, tienen que minimizarse y romperse con acciones conjuntas de todos los sectores y de todos los grupos de ciudadanos. No inculpar a las víctimas fue y es el reclamo de quienes hicimos grandes esfuerzos para que la salud fuera para todos, en todos los rincones del país.

Costa Rica debe recordar siempre a quienes trabajaron más allá de las tareas inmediatas, de los programas, de los horarios, de las fronteras ideológicas y políticas, de los obstáculos físicos, de las barreras de comunicación y de acceso, de la compensación económica. Quienes estuvimos cerca de estos esfuerzos, tenemos gran admiración a los que hicieron posible y mantienen el sistema de de Salud de Costa Rica; y con mayor profundidad, a los trabajadores de campo de los programas de Malaria y de Salud Rural y Comunitaria, porque nos enseñaron a servir con humildad y con respeto a un pueblo que rinde tributo permanente a la paz, la democracia y la solidaridad...El mejor homenaje para todos ellos es reiterarles, una vez más, que con su esfuerzo siempre habrá una Costa Rica con un mejor futuro para todos...

Dr. Hugo Villegas de Olazával
Ex Representante de OPS/OMS

El escenario de salud para todos en el mundo, y la Conferencia de Alma Ata

Yalena De La Cruz¹

Introducción: del papel de la OPS en el siglo XX

Cien años después de su creación, no nos cabe duda del trascendental aporte de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en los logros sanitarios alcanzados en el siglo XX.

La OPS ha brindado cooperación técnica directa para prevenir, controlar y erradicar las enfermedades y promover la salud; estimular la investigación; capacitar a los trabajadores de salud y formar a los profesionales, mediante cursos cortos y becas de postgrado, en el marco de la misión que le asigna su Carta Constitutiva.

La OPS tiene como propósitos “la promoción y coordinación de los esfuerzos de los países de la Región de las Américas, para combatir las enfermedades, prolongar la vida y estimular el bienestar físico y mental de sus habitantes”. Así, ha apoyado, entre otros, programas de formación de recursos humanos, políticas públicas en salud, promoción de la salud, ambiente, sistemas y servicios de salud, alimentación y nutrición, prevención y control de enfermedades y vigilancia de la salud.

Entre las actividades trascendentes de este siglo, apoyadas e impulsadas en el nivel mundial por la Organización Mundial de la Salud (OMS), y para América, por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se encuentra la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud, celebrada en Alma-Ata.

Definición de atención primaria de la salud

La atención primaria de la salud “es la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todos y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación.”²

El contexto de la conferencia: un mundo desigual y bipolar

En la III Reunión Especial de Ministros de Salud, en Santiago de Chile (1972), se concluyó “que los servicios de salud no lograban hacer llegar sus beneficios a toda la población. Se estimaba que un tercio de la población de la Región no tenía acceso a servicios de salud. Esto generó la política de ampliación de la cobertura para resolver lo que en aquella época se llamó crisis de accesibilidad. La baja accesibilidad era considerada la más importante de las llamadas crisis que afrontaban los sistemas de salud (crisis de costos, de eficacia y de acceso)”.³ De acuerdo con Tejada, en la década de los años 70, “se reconocían las

¹ Diplomada en Formación General, Licenciada en Odontología, Doctora en Cirugía Dental y Magister Scientiae en Salud Pública de la Universidad de Costa Rica. Estudios de posgrado en Atención Primaria de la Salud en el Instituto Internacional Histadrut (Campus Beit-Berl), Israel. Profesora de la Escuela de Medicina de la Universidad de Costa Rica. Columnista de la Página 15 del periódico La Nación. Apartado postal 640-2050, San José, Costa Rica. E-mail: delacruz@carlari.ucr.ac.cr

² Declaración de Alma Ata, en: OMS-UNICEF. Alma-Ata 1978. Atención Primaria de la Salud, 1978. ISBN 92 4 354135 8 (OPS COL SSPT No. 1), p 3-4

³ OMS/OPS. 132 Sesión del Comité Ejecutivo. Washington, DC. 23-27 de junio de 2003. Punto 4.5 del orden del día provisional/ CE132/13 (Esp) 9 de mayo de 2003. Atención primaria de salud en las Américas: Las enseñanzas extraídas a lo largo de 25 años y los retos futuros, p4.



grandes y crecientes desigualdades e injusticias sociales en las condiciones de vida, así como la pobreza y el abandono de sectores mayoritarios de la población. De otra manera, no se habría decidido en las Asambleas Mundiales de la Salud de 1975 y 1976 el compromiso de Salud para todos en el año 2000. Desde el punto de vista político, el mundo estaba en plena bipolarización ideológica y económica, así como también en una nueva forma histórica de confrontación. Se llamó la guerra fría y estuvo basada en un extraordinario desarrollo tecnológico en los campos bélicos como ejes de una implacable guerra económica, cuyo fin era la eliminación de una de las dos superpotencias.”⁴

Fue Dr. Halfdan Mahler, Director General de la OMS, quien propuso, en 1975, la meta de “Salud para todos” y, al hacerlo, apunta Tejada que: “fue muy claro al decir que se trataba de alcanzar un nivel de salud que permitiese a todos, sin excepciones ni marginaciones, llevar una vida social y productiva en lo económico (hoy diríamos un nivel mínimo de vida digna dentro de un desarrollo verdaderamente humano).”⁵

En ese contexto, la idea de la Conferencia fue buscar como meta global el concepto de “salud para todos para el año 2000”, en el entendido, según Tejada, de “que para esa fecha todos los países del mundo habrían diseñado sus estrategias políticas al respecto y estarían ya en un proceso claro de ejecución de medidas concretas tendientes a alcanzar la meta social en plazos variables.”⁶

Valga mencionar -para dimensionar el problema- que, en su Informe a Alma-Ata, los Directores de la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, por sus siglas en inglés), expresaron: “en todo el mundo existen grupos desfavorecidos que no tienen acceso a ninguna forma permanente de atención de salud. Esos grupos, localizados principalmente en las zonas rurales y los barrios urbanos míseros, representan en conjunto, probablemente, las cuatro quintas partes de la población mundial.”⁷

Antecedentes de la conferencia

Bien podemos afirmar que en la década de los años 70, diversas instancias sanitarias se preocuparon por mejorar la salud de la población.

Para la III Reunión Especial de Ministros de la Región de las Américas (1972), “la meta principal para el Plan Decenal 1971-1980, para las Américas, era el aumento de la esperanza de vida de sus poblaciones”.⁸

Para la OMS, era clara la necesidad de buscar la meta de la salud como un derecho de las personas, viable y posible,. En “la 28ª Asamblea Mundial de la Salud de 1975 se logró imponer el concepto, así como la necesidad y urgencia de nuevos enfoques del cuidado de la salud, para todos y por todos. Así surgió lo que se dio en llamar atención primaria de salud. Fue una victoria de los países en desarrollo de entonces.”⁹

⁴ Tejada de Rivero, David A., Alma-Ata: 25 años después. En: Perspectivas de Salud, Vol. 8 No. 2. Publicación de la OPS. ISSN 1020-556X, p 2-7. En URL: http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/Numero17_articulo1_1.htm

⁵ Tejada de Rivero, David A., Alma-Ata: 25 años después. En: Perspectivas de Salud, Vol. 8 No. 2. Publicación de la OPS. ISSN 1020-556X, p 2-7. En URL: http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/Numero17_articulo1_2.htm

⁶ Tejada de Rivero, David A., Alma-Ata: 25 años después. En: Perspectivas de Salud, Vol. 8 No. 2. Publicación de la OPS. ISSN 1020-556X, p 2-7. En URL: http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/Numero17_articulo1_2.htm

⁷ Atención Primaria de la Salud. Informe conjunto del Director General de la Organización Mundial de la Salud y del Director Ejecutivo del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia presentado en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata (URSS), 6-12 de septiembre de 1978, en: OMS-UNICEF. Alma-Ata 1978. Atención Primaria de la Salud, 1978. ISBN 92 4 354135 8 (OPS COL SSPT No. 1), p 44.

⁸ OPS-OMS. Salud para todos en el año 2000. Estrategias. Documento oficial N° 173. Washington D. C., 1980. ISBN 92 75 37173 3. Reimpresión de 1983, p ix.

⁹ Tejada de Rivero, David A., Alma-Ata: 25 años después. En: Perspectivas de Salud, Vol. 8 No. 2. Publicación de la OPS. ISSN 1020-556X, p 2-7. En URL: http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/Numero17_articulo1_3.htm



La IV Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas (1977), “confirmó la necesidad y posibilidad de lograr el objetivo de extensión de cobertura, declarando que la atención primaria constituye la estrategia principal, dentro de un contexto intersectorial de desarrollo económico”.¹⁰

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud viene justificada en esa necesidad percibida por los países. Estuvo precedida por diversas reuniones nacionales, regionales e internacionales¹¹ que definieron las posiciones de los países en la materia.

Objetivos de la Conferencia

La Conferencia tuvo, entre otros objetivos, los siguientes¹²:

1. promover el concepto de atención primaria de salud en todos los países,
2. definir los principios de la atención primaria de salud así como los problemas prácticos que plantea el desarrollo de la atención primaria de salud,
3. definir la función de los gobiernos y de las organizaciones nacionales e internacionales en la cooperación técnica y la ayuda para el desarrollo de la atención primaria de salud,
4. formular recomendaciones para el desarrollo de la atención primaria de la salud.

Participantes

En la Conferencia participaron 134 gobiernos -entre ellos, el de Costa Rica-, representantes de 67 organizaciones de Naciones Unidas, organismos especializados y organizaciones no-gubernamentales con relaciones oficiales con OMS y UNICEF¹³.

Se eligió, como Presidente de la Conferencia, al profesor B. Petrovsky, Ministro de Salud de la llamada entonces Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS), mientras el costarricense Dr. Rodrigo Altmann fue electo como uno de los cinco Vicepresidentes de la Conferencia.¹⁴

La Conferencia: resumen de los debates

1. Situación sanitaria mundial: “el estado de salud de centenas de millones de personas en el mundo actual es inaceptable, en particular en los países en desarrollo. Más de la mitad de la población mundial no recibe una asistencia de salud adecuada” y se pidió “que se abordaran los problemas de salud y de la asistencia sanitaria con nuevos criterios para reducir el abismo que media entre los ‘privilegiados’ y los ‘desposeídos”¹⁵
2. Criterio de atención primaria: “la atención primaria de salud es esencial para alcanzar en todo el mundo y en un futuro previsible un nivel aceptable de salud que forme parte de un desarrollo social inspirado en la justicia social”.¹⁶

¹⁰ OPS-OMS. Salud para todos en el año 2000. Estrategias. Documento oficial N° 173. Washington D. C., 1980. ISBN 92 75 37173 3. Reimpresión de 1983, p ix.

¹¹ Declaración de Alma Ata, en: OMS-UNICEF. Alma-Ata 1978. Atención Primaria de la Salud, 1978. ISBN 92 4 354135 8 (OPS COL SSPT No. 1), p 14

¹² Declaración de Alma Ata, en: OMS-UNICEF. Alma-Ata 1978. Atención Primaria de la Salud, 1978. ISBN 92 4 354135 8 (OPS COL SSPT No. 1), p 13-14

¹³ Declaración de Alma Ata, en: OMS-UNICEF. Alma-Ata 1978. Atención Primaria de la Salud, 1978. ISBN 92 4 354135 8 (OPS COL SSPT No. 1), p 16

¹⁴ Declaración de Alma Ata, en: OMS-UNICEF. Alma-Ata 1978. Atención Primaria de la Salud, 1978. ISBN 92 4 354135 8 (OPS COL SSPT No. 1), p 16

¹⁵ Declaración de Alma Ata, en: OMS-UNICEF. Alma-Ata 1978. Atención Primaria de la Salud, 1978. ISBN 92 4 354135 8 (OPS COL SSPT No. 1), p 19

¹⁶ Declaración de Alma Ata, en: OMS-UNICEF. Alma-Ata 1978. Atención Primaria de la Salud, 1978. ISBN 92 4 354135 8 (OPS COL SSPT No. 1), p 20



3. Atención primaria y desarrollo: La Conferencia destacó la importancia de la participación plena, organizada y autorresponsable de la comunidad, de tal manera que individuos, familias y comunidades “sean más responsables de su propia salud”.¹⁷
4. Aspectos técnicos y operativos: La Conferencia “reafirmó la importancia de organizar y perfeccionar un sistema nacional de salud completo, del que la atención primaria de salud forma parte integrante”, y que incluye “servicios de promoción, de prevención, de curación, de rehabilitación y de urgencia adecuados para resolver los principales problemas sanitarios”¹⁸. A la vez, llama a asignar prioritariamente el presupuesto para la atención primaria y a mejorar la capacidad de gestión.¹⁹
5. Estrategias nacionales y ayuda internacional: La Conferencia considera que la adopción de estrategias nacionales debe tomar “en cuenta la política y los factores socioeconómicos, los recursos disponibles y necesidades particulares de la población, prestando, desde el primer momento, especial atención a los más desfavorecidos”²⁰. Además, “hizo hincapié en el carácter multisectorial del desarrollo de la salud”²¹.

Recomendaciones de la Conferencia

La Conferencia hizo, entre otras, las siguientes recomendaciones:

1. “Que los gobiernos incorporen y fortalezcan la atención primaria de la salud en sus planes nacionales de desarrollo, dando especial importancia a los programas de desarrollo rural y urbano y a la coordinación de las actividades que en los diferentes sectores se refieren a la salud”.²²
2. “Que la atención primaria de la salud comprenda, cuando menos, las siguientes actividades: enseñanzas relativas a los problemas de salud más frecuentes y a los métodos para identificarlos, prevenirlos y combatirlos; la promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada, un abastecimiento suficiente de agua potable y medidas de saneamiento básico; la asistencia materno-infantil, incluida la planificación de la familia; la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y la lucha contra las enfermedades endémicas locales; el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes; la promoción de la salud mental; y el suministro de medicamentos esenciales”.²³
3. “Que como parte de la cobertura total de las poblaciones mediante la atención primaria de salud, se atribuya alta prioridad a las necesidades especiales de las mujeres, los niños, los trabajadores muy expuestos y los sectores desfavorecidos de la sociedad; y que se prosigan las actividades necesarias para identificar, sistemáticamente, en el seno de todos los hogares y lugares de trabajo, a las personas más expuestas, a fin de prestarles atención permanente y eliminar los factores que contribuyen al mal estado de salud”.²⁴
4. “Que los gobiernos atribuyan alta prioridad a la utilización plena de los recursos humanos definiendo para cada una de las categorías del personal de salud la función técnica, las competencias y las actitudes necesarias con arreglo a las tareas que le incumben a fin de lograr una atención primaria de

¹⁷ Declaración de Alma Ata, en: OMS-UNICEF. Alma-Ata 1978. Atención Primaria de la Salud, 1978. ISBN 92 4 354135 8 (OPS COL SSPT No. 1), p 21

¹⁸ Declaración de Alma Ata, en: OMS-UNICEF. Alma-Ata 1978. Atención Primaria de la Salud, 1978. ISBN 92 4 354135 8 (OPS COL SSPT No. 1), p 22

¹⁹ Declaración de Alma Ata, en: OMS-UNICEF. Alma-Ata 1978. Atención Primaria de la Salud, 1978. ISBN 92 4 354135 8 (OPS COL SSPT No. 1), p 23

²⁰ Declaración de Alma Ata, en: OMS-UNICEF. Alma-Ata 1978. Atención Primaria de la Salud, 1978. ISBN 92 4 354135 8 (OPS COL SSPT No. 1), p 23

²¹ Declaración de Alma Ata, en: OMS-UNICEF. Alma-Ata 1978. Atención Primaria de la Salud, 1978. ISBN 92 4 354135 8 (OPS COL SSPT No. 1), p 24

²² Declaración de Alma Ata, en: OMS-UNICEF. Alma-Ata 1978. Atención Primaria de la Salud, 1978. ISBN 92 4 354135 8 (OPS COL SSPT No. 1), p 27

²³ Declaración de Alma Ata, en: OMS-UNICEF. Alma-Ata 1978. Atención Primaria de la Salud, 1978. ISBN 92 4 354135 8 (OPS COL SSPT No. 1), p 28-29

²⁴ Declaración de Alma Ata, en: OMS-UNICEF. Alma-Ata 1978. Atención Primaria de la Salud, 1978. ISBN 92 4 354135 8 (OPS COL SSPT No. 1), p 30



salud eficaz; y creando equipos formados por agentes de salud de la comunidad, otro personal de desarrollo, personal de categoría intermedia, enfermeras, parteras, médicos y, cuando proceda, personas que practican la medicina tradicional y parteras empíricas”.²⁵

5. El desarrollo de tecnologías y métodos aptos para mejorar la salud, científicamente válidos, adaptados a las necesidades locales, aceptables para la comunidad (“tecnología apropiada”), y mantenidos por la propia población, de conformidad con el principio de autorresponsabilidad y a un costo abordable para la comunidad y para el país.²⁶
6. “Que los gobiernos formulen políticas y reglamentaciones nacionales en lo que se refiere a la importación, la producción local, la venta y la distribución de medicamentos y productos biológicos, a fin de garantizar la disponibilidad de fármacos esenciales en los diversos niveles de la atención primaria de salud, al menor costo posible; que se adopten medidas específicas con el objeto de prevenir la utilización excesiva de medicamentos; que se utilicen remedios tradicionales de eficacia comprobada; y que se establezcan sistemas eficaces de administración y de suministro”.²⁷
7. “Que las organizaciones internacionales, los organismos multilaterales y bilaterales, las organizaciones no gubernamentales, las entidades de financiación y otras partes interesadas en la salud internacional, actuando de manera coordinada, estimulen y ayuden a los países a hacer suya una política de atención primaria de salud y encaucen hacia ésta una mayor asistencia técnica y financiera, dejando enteramente a los propios países que coordinen esos recursos con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación, y aprovechando al máximo los recursos locales disponibles” y que la OMS y la UNICEF “sigan fomentado y apoyando las estrategias y los planes nacionales de atención primaria de salud como parte del desarrollo general”.²⁸

Metas concretas

Las metas concretas establecidas para el año 2000, para los países del mundo fueron²⁹:

- “En el impacto en el nivel de salud:
 - esperanza de vida al nacer de 60 años o más,
 - tasa de mortalidad infantil menor que 50 por cada 1000 nv.,
 - 10% ó menos de los niños con un peso al nacer menor de 2.500 gramos,
 - 90% ó más de los niños con una relación peso/edad de acuerdo con las tablas de referencia,
 - disminución en por lo menos 50% en las tasas de mortalidad materna.
- En los programas básicos de la atención primaria de la salud:
 - 100% de embarazadas con atención prenatal por personal capacitado,
 - 100% de los partos atendidos por personal especializado,
 - 100% de las púérperas atendidas por personal capacitado,
 - 100% de los niños con los esquemas completos de vacunación (DPT, antipoliomielitis, antisarampión, TBC) y
 - 100% de las embarazadas vacunadas con el toxoide tetánico,
 - 100% de la población con servicios de agua potable y disposición de excretas,
 - 100% de la población con las necesidades mínimas satisfechas,

²⁵ Declaración de Alma Ata, en: OMS-UNICEF. Alma-Ata 1978. Atención Primaria de la Salud, 1978. ISBN 92 4 354135 8 (OPS COL SSPT No. 1), p 31

²⁶ Declaración de Alma Ata, en: OMS-UNICEF. Alma-Ata 1978. Atención Primaria de la Salud, 1978. ISBN 92 4 354135 8 (OPS COL SSPT No. 1), p 32

²⁷ Declaración de Alma Ata, en: OMS-UNICEF. Alma-Ata 1978. Atención Primaria de la Salud, 1978. ISBN 92 4 354135 8 (OPS COL SSPT No. 1), p 33

²⁸ Declaración de Alma Ata, en: OMS-UNICEF. Alma-Ata 1978. Atención Primaria de la Salud, 1978. ISBN 92 4 354135 8 (OPS COL SSPT No. 1), p 37

²⁹ OPS. OMS. División de salud y desarrollo humano. Programa Análisis de la Situación de Salud. Salud para todos y Atención Primaria de la Salud en la Región de las Américas. Informe de Vigilancia de las estrategias, 1994. CSP24/21 (Esp.), Setiembre de 1994, p 6-7.



- 100% de la población cubierta con los servicios básicos para el tratamiento de las enfermedades comunes, las emergencias, las drogas y medicamentos esenciales y el control de las enfermedades endémicas locales”.

Declaración de Alma-Ata³⁰

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, reunida en Alma-Ata en el día de hoy, 12 de septiembre de 1978, considerando la necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos, de todo el personal de salud y de desarrollo y de la comunidad mundial, para proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo, hace la siguiente Declaración:

- I. La Conferencia reitera firmemente que la salud, estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud.
- II. La grave desigualdad existente en el estado de salud de la población, especialmente entre los países en desarrollo y los desarrollados, así como dentro de cada país, es política, social y económicamente inaceptable y, por tanto, motivo de preocupación común para todos los países.
- III. El desarrollo económico y social, basado en un nuevo orden económico internacional, es de importancia fundamental para lograr el grado máximo de salud para todos y para reducir el foso que separa, en el plano de la salud, a los países en desarrollo de los países desarrollados. La promoción y protección de la salud del pueblo es indispensable para un desarrollo económico y social sostenido y contribuye a mejorar la calidad de la vida y a alcanzar la paz mundial.
- IV. El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud.
- V. Los gobiernos tienen la obligación de cuidar la salud de sus pueblos, obligación que sólo puede cumplirse mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas. Uno de los principales objetivos sociales de los gobiernos, de las organizaciones internacionales y de la comunidad mundial entera en el curso de los próximos decenios debe ser el de que todos los pueblos del mundo alcancen en el año 2000 un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva. La atención primaria de la salud es la clave para alcanzar esa meta como parte del desarrollo conforme al espíritu de la justicia social.
- VI. La atención primaria de la salud es la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todos y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer

³⁰ Declaración de Alma Ata, en: OMS-UNICEF. Alma-Ata 1978. Atención Primaria de la Salud, 1978. ISBN 92 4 354135 8 (OPS COL SSPT No. 1), p 2-7



nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

VII. La atención primaria de salud:

1. es a la vez un reflejo y una consecuencia de las condiciones económicas y de las características socioculturales y políticas del país y de sus comunidades, y se basa en la aplicación de los resultados pertinentes de las investigaciones sociales, biomédicas y sobre servicios de salud y en la experiencia acumulada en materia de salud pública;
2. se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad y presta los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para resolver esos problemas;
3. comprende, cuando menos, las siguientes actividades: la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes; la promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada, un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico; la asistencia materno-infantil, con inclusión de la planificación de la familia; la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y la lucha contra las enfermedades endémicas locales; el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes; y el suministro de medicamentos esenciales;
4. entraña la participación, además del sector sanitario, de todos los sectores y campos de actividad conexos del desarrollo nacional y comunitario, en particular la agricultura, la zootecnia, la alimentación, la industria, la educación, la vivienda, las obras públicas, las comunicaciones y otros sectores y exige los esfuerzos coordinados de todos esos sectores;
5. exige y fomenta en grado máximo la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria de salud, sacando el mayor partido posible de los recursos locales y nacionales y de otros recursos disponibles, y con tal fin desarrolla mediante la educación apropiada la capacidad de las comunidades para participar;
6. debe estar asistida por un sistema de envío de casos integrados, funcionales y que se apoyen mutuamente, a fin de llegar al mejoramiento progresivo de la atención sanitaria completa para todos, dando prioridad a los más necesitados;
7. se basa, tanto en el plano local como en el de referencia y consulta de casos, en personal de salud, con inclusión, según proceda, de médicos, enfermeras, parteras, auxiliares y trabajadores de la comunidad, así como de personas que practican la medicina tradicional, en la medida que se necesiten, con el adiestramiento debido en lo social y en lo técnico, para trabajar como un equipo de salud y atender las necesidades de salud expresas de la comunidad.

VIII. Todos los gobiernos deben formular políticas, estrategias y planes de acción nacionales, con objeto de iniciar y mantener la atención primaria de salud como parte de un sistema nacional de salud completo y en coordinación con otros sectores. Para ello, será preciso ejercer la voluntad política para movilizar los recursos del país y utilizar racionalmente los recursos externos disponibles.

IX. Todos los países deben cooperar con espíritu de solidaridad y de servicio, a fin de garantizar la atención primaria de la salud para todo el pueblo, ya que el logro de la salud por el pueblo de un país interesa y beneficia directamente a todos los demás países. En este contexto, el informe conjunto OMS/UNICEF sobre atención primaria de salud constituye una base sólida para impulsar el desarrollo y la aplicación de la atención primaria de salud en todo el mundo.



- X. Es posible alcanzar un nivel aceptable de salud para toda la humanidad en el año 2000 mediante una utilización mejor y más completa de los recursos mundiales, de los cuales una parte considerable se destina en la actualidad a armamento y conflictos militares. Una verdadera política de independencia, paz, distensión y desarme podría y debería liberar recursos adicionales que muy bien podrían emplearse para fines pacíficos y en particular para acelerar el desarrollo social y económico asignando una proporción adecuada a la atención primaria de la salud en tanto que elemento esencial de dicho desarrollo.

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud exhorta a la urgente y eficaz acción nacional e internacional a fin de impulsar y poner en práctica la atención primaria de salud en el mundo entero y particularmente en los países en desarrollo, con un espíritu de cooperación técnica y conforme al nuevo orden económico internacional. La Conferencia insta a los gobiernos, a la OMS y al UNICEF y a otras organizaciones internacionales, así como a los organismos multilaterales y bilaterales, a las organizaciones no gubernamentales, a los organismos de financiación, a todo el personal de salud y al conjunto de la comunidad mundial, a que apoyen en el plano nacional e internacional el compromiso de promover la atención primaria de la salud y de dedicarle mayor apoyo técnico y financiero, sobre todo en los países en desarrollo. La Conferencia exhorta a todas las entidades antedichas a que colaboren en el establecimiento, el desarrollo y el mantenimiento de la atención primaria de la salud de conformidad con el espíritu y la letra de la presente Declaración.

Conclusión

La Conferencia "estimó que la adopción por los gobiernos de la Declaración de Alma-Ata ha representado una manifestación histórica y colectiva de voluntad política inspirada en la justicia social y destinada a mejorar la salud de todos los pueblos."³¹

La Declaración de Alma-Ata vista hoy

Aún cuando buscamos plantear estrategias que faciliten, en un plazo dado, el cumplimiento de esa meta de salud para todos, y no puntualizar en las posibles causas que han impedido hoy decir hoy que, en el año 2000, toda la población del mundo tiene acceso a la salud, es importante al menos tratar de esbozar posibles factores del no cumplimiento de la meta, con el fin de no repetir en el futuro los que pudieron haber sido errores u omisiones del pasado.

En el análisis de la ejecución de la estrategia de atención primaria de la salud (APS) y las posibles causas que impidieron el logro de la meta de "Salud para Todos en el año 2000" se ha manifestado que: "los problemas principales con la aplicación de la estrategia de atención primaria y el logro de las metas tuvieron que ver con la falta de recursos generada por la crisis de los ochentas, la falta de un liderazgo generador de autosuficiencia que afectó la capacidad de los países para responder en un contexto donde los procesos de descentralización no fueron lo suficientemente profundos como para sostener los cambios a nivel local. Otros obstáculos tuvieron que ver con la falta de compromiso político en los niveles decisorios y falta de apoyo por parte de la profesión médica. Otro problema se relacionó con la variedad de interpretaciones, las que variaron desde un tipo de atención de bajo costo para los pobres al primer nivel de atención a una estrategia integral que incluía todos los niveles de atención para todas las personas".³²

³¹ Declaración de Alma Ata, en: OMS-UNICEF. Alma-Ata 1978. Atención Primaria de la Salud, 1978. ISBN 92 4 354135 8 (OPS COL SSPT No. 1), p 23

³² Renovación de salud para todos (DRAFT: 6.9.1995) en: OPS, OMS, Oficina de Análisis y planificación estratégica. Renovación de Salud para Todos. Discusiones Técnicas, Washington, setiembre de 1995, p 5-6



Más puntuales son las siguientes explicaciones:

1. "El lema "Salud para Todos" ha sido víctima de simplificaciones conceptuales y facilismos coyunturales condicionados por un modelo hegemónico mundial, aunque ya irremediablemente obsoleto, que confunde la salud y su cuidado integral con una atención médica reparativa y centrada casi en forma exclusiva en la enfermedad."³³
2. No se comprendió "que la salud es una realidad social cuyo ámbito no puede ser separado con nitidez de otros ámbitos sociales y económicos y que, por lo tanto, no debe circunscribirse a un sector administrativo burocrático del Estado." ³⁴
3. Siendo la salud responsabilidad y deber de todos, lamentablemente, y en la práctica, las personas siguieron siendo consideradas como recipientes pasivos de actividades puntuales, prestadas por sistemas de servicios institucionalizados de atención médica reparativa, orientada a enfermedades específicas.³⁵
4. En el plano conceptual, "la APS ha estado sujeta a diferentes interpretaciones que reflejan perspectivas políticas y sanitarias divergentes".³⁶ En cuanto a la atención, la versión original en inglés usó el término cuidado (care), y no atención. El cuidado tiene una connotación mucho más amplia e integral que la "atención. El cuidado denota relaciones horizontales, simétricas y participativas; mientras que la atención es vertical, asimétrica y nunca participativa en su sentido social. El cuidado es más intersectorial y, en cambio, la atención deviene fácilmente no sólo en sectorial sino en institucional o de programas aislados y servicios específicos.³⁷ En lo lingüístico, el término primario tiene diversas y hasta contrarias acepciones. Entre ellas, dos son extremas y hasta opuestas: una se refiere a lo primitivo, poco civilizado; y la otra a lo principal o primero en orden o grado. Fue más fácil, más cómodo y seguro entender el término primario en la primera acepción, cuando el espíritu de Alma-Ata se refería a la segunda. En la Declaración también se señalaba que la atención primaria de salud forma parte integrante tanto de los sistemas nacionales de salud como del desarrollo social y económico global (en su sentido multisectorial y no mundial), y es la función central y el núcleo principal de todo el sistema. No fue nunca una parte aislada del sistema ni mucho menos circunscrita a la atención más periférica y de bajo costo para los pobres. ³⁸
5. Hubo "falta de una adecuada difusión, asesoría y seguimiento por parte de los gobiernos y de los propios organismos internacionales que convocaron la Conferencia."³⁹
6. "En lugar de trabajar sobre siempre difíciles procesos de cambio, algunas agencias internacionales, de Naciones Unidas y privadas, contribuyeron a las mayores distorsiones del concepto y la práctica

³³ Tejada de Rivero, David A., Alma-Ata: 25 años después. En: Perspectivas de Salud, Vol. 8 No. 2. Publicación de la OPS. ISSN 1020-556X, p 2-7. En URL: http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/Numero17_articulo1_1.htm

³⁴ Tejada de Rivero, David A., Alma-Ata: 25 años después. En: Perspectivas de Salud, Vol. 8 No. 2. Publicación de la OPS. ISSN 1020-556X, p 2-7. En URL: http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/Numero17_articulo1_1.htm

³⁵ Tejada de Rivero, David A., Alma-Ata: 25 años después. En: Perspectivas de Salud, Vol. 8 No. 2. Publicación de la OPS. ISSN 1020-556X, p 2-7. En URL: http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/Numero17_articulo1_2.htm

³⁶ OMS/OPS. 132 Sesión del Comité Ejecutivo. Washington, DC. 23-27 de junio de 2003. Punto 4.5 del orden del día provisional/ CE132/13 (Esp) 9 de mayo de 2003. Atención primaria de salud en las Américas: Las enseñanzas extraídas a lo largo de 25 años y los retos futuros, p5

³⁷ Tejada de Rivero, David A., Alma-Ata: 25 años después. En: Perspectivas de Salud, Vol. 8 No. 2. Publicación de la OPS. ISSN 1020-556X, p 2-7. En URL: http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/Numero17_articulo1_2.htm

³⁸ Tejada de Rivero, David A., Alma-Ata: 25 años después. En: Perspectivas de Salud, Vol. 8 No. 2. Publicación de la OPS. ISSN 1020-556X, p 2-7. En URL: http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/Numero17_articulo1_2.htm

³⁹ Tejada de Rivero, David A., Alma-Ata: 25 años después. En: Perspectivas de Salud, Vol. 8 No. 2. Publicación de la OPS. ISSN 1020-556X, p 2-7. En URL: http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/Numero17_articulo1_3.htm



alejada de la original atención primaria de salud. La llamada "atención primaria de salud selectiva"⁴⁰, los "paquetes" de algunas "intervenciones de bajo costo" como GOBI y GOBI-FFF (siglas en inglés para monitoreo del crecimiento de niños, rehidratación oral, lactancia materna, suplementos alimentarios, alfabetización de mujeres y planificación familiar), así como otras formas contrarias al espíritu y conceptos de Alma-Ata, constituyeron una desviación que contribuyó a aumentar las distorsiones.⁴¹ Quienes impulsaron la selectividad creían "que el criterio de atención primaria de salud es demasiado idealista para que la mayoría de los gobiernos lo pongan en práctica" y que "es más realista invertir los escasos recursos en la lucha contra enfermedades concretas responsables de la máxima mortalidad y morbilidad, especialmente cuando se dispone de tecnologías baratas de prevención y tratamiento".⁴²

7. "La insistencia en el desarrollo social y económico fue eliminada, de la misma forma que lo fue la necesidad de incluir a todos los sectores relacionados con la salud en el planteamiento de los programas. Además, desapareció la piedra angular que era la participación de las comunidades en la planificación, decisión y control de la Atención Primaria de la Salud"⁴³
8. La Atención Primaria de Salud Selectiva despojó a la Atención Primaria de la Salud" de sus "conceptos clave"; se redujo "a unas pocas intervenciones tecnológicas de alta prioridad, determinadas no por las comunidades sino por expertos internacionales en salud"; y, "fue rápidamente aceptada por gobiernos nacionales, ministros de salud y muchas de las organizaciones internacionales más grandes e importantes".⁴⁴
9. No hubo inversión creciente de los gobiernos en salud. Durante la década de los ochentas, en "los 37 países más pobres se han registrado [...] reducciones del 50% en el gasto per cápita en atención de salud".⁴⁵
10. "Muchos programas nacionales fueron puestos en marcha y atrajeron fondos bajo el cartel de la APS. Pero, en la práctica, tendían a tratar la Atención Primaria de Salud como una extensión del mismo sistema médico occidental hecho desde arriba, y lo extendieron hacia áreas deprimidas".⁴⁶
11. "Se formaron Promotores Comunitarios de Salud (PCS) pero, en vez de convertirlos en los miembros más importantes del equipo de salud, fueron relegados", sin que pudieran llegar a convertirse en agentes de cambio.⁴⁷
12. "En el contexto general de los sistemas de salud, al revés de las declaraciones y compromisos asumidos, la importancia real que se asignó al 'primer nivel' fue menor que la otorgada a los otros niveles de la organización de servicios."⁴⁸

⁴⁰ Según lo explica Tejada, "Julia A. Walsh y Kenneth S. Warren de la Fundación Rockefeller argumentaban que la versión integral de la Atención Primaria de Salud (APS-I) enunciada en la declaración de Alma Ata era demasiado cara y demasiado poco realista. Si se querían mejorar las estadísticas de salud, planteaban, habría que «apuntar» a los grupos de alto riesgo mediante intervenciones eficientes elegidas con mucho cuidado. Esta nueva intervención más limitada se conoce como Atención Primaria de Salud Selectiva (APS-S)". Tejada de Rivero, David A., Alma-Ata: 25 años después. En: Perspectivas de Salud, Vol. 8 No. 2. Publicación de la OPS. ISSN 1020-556X, p 2-7. En URL: http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/Numero17_articulo1_3.htm

⁴¹ Tejada de Rivero, David A., Alma-Ata: 25 años después. En: Perspectivas de Salud, Vol. 8 No. 2. Publicación de la OPS. ISSN 1020-556X, p 2-7. En URL: http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/Numero17_articulo1_3.htm

⁴² OMS. De Alma Ata al año 2000: reflexiones a medio camino, Ginebra, 1991. ISBN 92 4 356124 3, p 49

⁴³ Health Wrigts Org. En URL: <http://www.healthwrights.org/static/cuestionando/cap4.htm>⁴⁴ Health Wrigts Org. En URL: <http://www.healthwrights.org/static/cuestionando/cap4.htm>

⁴⁵ Health Wrigts Org. En URL: <http://www.healthwrights.org/static/cuestionando/cap4.htm>

⁴⁶ Health Wrigts Org. En URL: <http://www.healthwrights.org/static/cuestionando/cap3.htm>

⁴⁷ Health Wrigts Org. En URL: <http://www.healthwrights.org/static/cuestionando/cap3.htm>

⁴⁸ OMS/OPS. 132 Sesión del Comité Ejecutivo. Washington, DC. 23-27 de junio de 2003. Punto 4.5 del orden del día provisional/ CE132/13 (Esp) 9 de mayo de 2003. Atención primaria de salud en las Américas: Las enseñanzas extraídas a lo largo de 25 años y los retos futuros, p5



13. "La APS no prestó adecuada previsión a los dramáticos cambios en los perfiles demográficos — particularmente el envejecimiento demográfico— y a la evolución epidemiológica, acontecidos en las Américas en las últimas décadas del siglo pasado. Asimismo, la aplicación de la estrategia no fue acompañada de una estimación apropiada de los costos reales implícitos en el cambio en salud propuesto por la APS y la meta de SPT-2000."⁴⁹
14. Se dio un enfoque epidemiológico "basado en aspectos patogénicos y no en función de los determinantes de la salud".⁵⁰

Preguntas claves

En su discurso ante la Conferencia Internacional de Salud de Alma-Ata, el 6 de septiembre de 1978, el Director General de la OMS, Dr. H. Mahler, expresó ocho interrogantes claves. Dijo Mahler a los asistentes⁵¹:

1. ¿Están ustedes dispuestos a enfrentarse seriamente con el abismo que separa a los "privilegiados" de los "desposeídos" en materia de salud y a adoptar medidas concretas para reducirlo?
2. ¿Están ustedes dispuestos a velar por la planificación y la aplicación adecuadas de la atención primaria de salud en un esfuerzo coordinado con otros sectores interesados, a fin de fomentar la salud en tanto que contribución indispensable para mejorar la calidad de la vida de cada individuo, familia y colectividad como parte del desarrollo socioeconómico general?
3. ¿Están ustedes dispuestos a dar prioridad absoluta a la asignación preferente de los recursos de salud a los sectores sociales periféricos?
4. ¿Están ustedes dispuestos a movilizar e informar a individuos, familias y colectividades hasta lograr que se identifiquen plenamente con la atención primaria de salud, participen en su planificación y gestión y contribuyan a su funcionamiento?
5. ¿Están ustedes dispuestos a introducir las reformas necesarias para asegurar la disponibilidad del personal y de la tecnología suficiente para extender a todo el país en los dos próximos decenios y a un coste accesible la atención primaria de salud?
6. ¿Están ustedes dispuestos a introducir, si es necesario, cambios radicales en el actual sistema de prestación de servicios de salud para que sirva de base adecuada a la atención primaria de salud como principal prioridad?
7. ¿Están ustedes dispuestos a dar batallas políticas y técnicas necesarias para superar cualesquiera obstáculos sociales y económicos así como la resistencia de los profesionales a la introducción universal de la atención primaria de salud?
8. ¿Están ustedes dispuestos a comprometerse políticamente de manera inequívoca a adoptar la atención primaria de salud y a movilizar la solidaridad internacional para alcanzar el objetivo de la salud para todos en el año 2000?

⁴⁹ OMS/OPS. 132 Sesión del Comité Ejecutivo. Washington, DC. 23-27 de junio de 2003. Punto 4.5 del orden del día provisional/ CE132/13 (Esp) 9 de mayo de 2003. Atención primaria de salud en las Américas: Las enseñanzas extraídas a lo largo de 25 años y los retos futuros, p6

⁵⁰ OPS-OMS, Oficina de Análisis y Planificación Estratégica. Salud para todos en las Américas. Informe técnico OPS/DAP/95.5.14. Informe final. Reunión del Grupo Asesor del Director de la OPS, Washington, 3 y 4 de abril de 1995, p 4

⁵¹ Mahler, H. Discurso en Alma Ata. Reproducido en: OMS. De Alma Ata al año 2000: reflexiones a medio camino, Ginebra, 1991. ISBN 92 4 356124 3, p 6-7



Sus interrogantes tienen hoy absoluta vigencia para alcanzar, más temprano que tarde, la anhelada meta de salud para todos. Diez años después, en su discurso ante la Asamblea Mundial de la Salud, del 3 de mayo de 1988, Mahler amplió el campo de acción cuando inició su discurso diciendo:

“ Ce n'est pas des lois qu'il faut parler, c'est de mœurs. No es de las leyes de lo que hay que hablar, sino de las costumbres, es decir, de moral. El filósofo social francés Montesquieu expresó así su manera de pensar hace unos 250 años. Sus palabras son tan válidas hoy como lo eran entonces. La búsqueda de la moral en los asuntos humanos sentó entonces y en los siglos siguientes los cimientos de las revoluciones sociales que aspiraban a implantar la equidad política. Y hoy ha sentado las bases para otro tipo de revolución social, la que aspira a la equidad en materia de salud. Porque sin una visión inspirada por la moral, la meta de salud para todos en el año 2000 nunca habría sido concebida. Y sin esta misma visión y esta misma moral nunca llegará a alcanzarse” .⁵²

Renovación de la meta de Salud para Todos

La renovación de la meta de Salud para Todos debe dar mayor énfasis a la equidad, definida como “la igualdad de oportunidades para el desarrollo individual” y sabiendo que implica “tratar desigualmente a los que son desiguales”, con⁵³:

- Justicia social: promoviendo acciones sociales dirigidas a los grupos poblacionales excluidos de los derechos básicos de ciudadanía y asegurando a todos un mínimo en la atención de salud.
- Eficiencia y eficacia en los sistemas de salud.
- Solidaridad, para “eliminar las diferencias innecesarias, evitables e injustas que restringen las oportunidades para acceder al derecho al bienestar”.⁵⁴
- Sustentabilidad social: desarrollo y mantenimiento del apoyo comunitario al programa.
- Sustentabilidad política: voluntad política para mantener direccionalidad.
- Sustentabilidad técnica: equipo debidamente capacitado para satisfacer necesidades.
- Sustentabilidad gerencial: capacidad para planificar y dirigir eficazmente.
- Sustentabilidad financiera: provisión de recursos y materiales.

A lo anterior, yo adiciono la necesidad de incorporar la perspectiva de género, que permita analizar y resolver; estudiar y comprender; prevenir, tratar y rehabilitar, a varones y mujeres, tomando en cuenta las diferencias - incluso biológicas – que existen entre ambos.

⁵² Mahler, H. Discurso como Director General de la OMS ante la Asamblea Mundial de la Salud, el 3 de mayo de 1988. Reproducido en: OMS. De Alma Ata al año 2000: reflexiones a medio camino, Ginebra, 1991. ISBN 92 4 356124 3, p 101.

⁵³ Renovación de salud para todos (DRAFT: 6.9.1995) en: OPS, OMS, Oficina de Análisis y planificación estratégica. Renovación de Salud para Todos. Discusiones Técnicas, Washington, setiembre de 1995, p 20-21

⁵⁴ Declaración de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. Promoción de la salud en América Latina, p 5. En OPS-OMS, Oficina de Análisis y Planificación Estratégica. Renovación de salud para todos. Discusiones técnicas. Washington, 1995.



Atención primaria de salud y Salud para Todos: Costa Rica y Centroamérica

Escenarios, participación, desafíos siglo XXI

Dr. Hugo Villegas de Olazával⁵⁵

De Alma-Ata al 2003: escenarios de la atención primaria de salud / Salud para Todos

Hace 25 años, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) convocaron a la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Antes de esta Conferencia, en 1975, la Asamblea Mundial de la Salud planteó la necesidad de explorar nuevas vías para reducir la brecha y disparidades en salud y servicios sanitarios entre los países, para actuar con más eficacia y resolver los problemas de alta morbilidad y mortalidad por enfermedades y problemas reducibles o evitables. En 1977, la Asamblea expresó que el principal objetivo social de los gobiernos y la OMS, en los decenios por venir, habría de ser el logro, por todos los ciudadanos del mundo, para el año 2000, de un grado de salud que les permitiera llevar una vida social y económicamente productiva. En enero de 1978, el Consejo Ejecutivo de la OMS dio a ese objetivo la interpretación de un "nivel aceptable de salud para todos", que luego se conoció como "la Salud para Todos en el año 2000".

La Conferencia sobre Atención Primaria de Salud tuvo lugar en Alma-Ata, Rusia, en septiembre de 1978, luego de la búsqueda de un país y una ciudad del tercer mundo como sede del evento. "San José de Costa Rica tuvo que ser descartada por el fracaso en las gestiones para la ayuda económica de los Estados Unidos"⁵⁶. La consideración de la sede en San José fue producto de los diversos aportes que realizó el país en la gestación de la Conferencia en el nivel internacional, y a los esfuerzos nacionales de hacer posible la universalización de la atención de salud, la integración de servicios en un sistema que se desarrolló en búsqueda permanente de la equidad, de la defensa del derecho humano a la salud, con amplia e intensa participación comunitaria, y el apoyo constante de los diversos sectores públicos y privados, para hacer posible la reducción de la desigualdad en el estado de salud y desarrollo integral.

La Atención Primaria de Salud es uno de los logros más destacados en Costa Rica en el tercio final del siglo pasado, con avances en la prevención y control de enfermedades, en la atención integral, en la reducción de factores de riesgo, en la búsqueda de niveles adecuados de salud, desarrollo humano y bienestar para todos, y más para quienes más lo necesitan. La mejor expresión de este esfuerzo de trabajadores de salud, gobernantes y comunidades fue lo que se dijo en la Asamblea Mundial de la Salud de 1978, en Ginebra: "Costa Rica es una nación que todos debemos admirar porque está logrando tener salud sin riqueza, y esto es algo de destacar en los países en desarrollo".

El análisis de la Atención Primaria para alcanzar Salud para Todos en la Región de las Américas, 25 años después de la Conferencia de Alma-Ata, ha puesto en evidencia que se realizaron esfuerzos importantes en cuanto a accesibilidad y cobertura, en función de las necesidades de la población, acción intersectorial por la salud, participación y compromiso de comunidades y de los habitantes en general, y asignación de recursos humanos, económicos y tecnología adecuada. Asimismo, las estrategias desarrolladas han estado orientadas a lograr la extensión de cobertura, a intensificar la acción de salud ambiental y desarrollo permanente multisectorial, a la formación de recursos humanos en ciencias de la salud para

⁵⁵ Ex Representante de la OPS/OMS

⁵⁶ Tejada de Rivero, David A. Alma-Ata: 25 años después. Revista Perspectivas de Salud. OPS, volumen 8, No. 1, 2003



acciones integrales, desarrollar tecnologías de acuerdo con necesidades, y el financiamiento de acciones prioritarias en los procesos reducibles y evitables, en los grupos humanos de menor grado de desarrollo. La cooperación internacional tuvo destacada actuación en cuanto a apoyar las estrategias nacionales.

Costa Rica participó activamente en dos eventos que generaron orientaciones en la integración y expansión de los servicios de salud antes de Alma-Ata.

La Cumbre de las Américas -Carta de Punta del Este – Uruguay (1967), orientada al desarrollo económico y social, concedió alta prioridad, “dentro del marco de planificación, la preparación y ejecución de planes nacionales que fortalezcan las infraestructuras en el campo de la salud”⁵⁷.

El Plan Decenal de Salud de las Américas (Santiago de Chile, 1972) reiteraba el derecho a la salud para todos, definiendo metas para la década en cuanto a extensión de la cobertura, con servicios a poblaciones urbanas y rurales no atendidas o subatendidas, mediante la reorganización y expansión de los sistemas, el aumento de su capacidad operativa y el desarrollo de tecnologías adecuadas a las necesidades nacionales. La meta principal para el Plan Decenal de Salud para las Américas era el aumento de la esperanza de vida de sus poblaciones⁵⁸.

Escenarios de atención primaria de salud en Centroamérica

La Región Centroamericana tiene una larga historia de trabajo conjunto para superar los problemas económicos, políticos y sociales que han sido factores restrictivos en el desarrollo de los países. Los sistemas de salud han mantenido esfuerzos constantes en la búsqueda de soluciones a la baja cobertura de los servicios; alta mortalidad materna, infantil y preescolar; desnutrición; enfermedades diarreicas y respiratorias agudas; enfermedades transmitidas por vectores (malaria, dengue); enfermedades inmunoprevenibles; salud ambiental deficiente en abastecimiento seguro de agua, eliminación sanitaria de excretas, vivienda insalubre; incremento de enfermedades crónicas (hipertensión arterial, cardiovasculares, diabetes mellitus, cáncer, obesidad); aumento de la violencia y accidentes de tránsito; y estilos de vida inadecuados (alcoholismo, tabaquismo, drogadicción, sedentarismo). En la década de los años 90, la introducción del cólera agravó la situación existente, y nuevos esfuerzos se dieron para el control de la epidemia en pocos años.

En las últimas décadas, el diálogo y el respeto a los derechos humanos tuvieron grandes dificultades. Surgieron grupos políticos que procuraron reducir las brechas sociales y económicas que habían incrementado la migración, los desplazados y refugiados, lo que a su vez dificultó el desenvolvimiento de los servicios de salud y la búsqueda de integración de esfuerzos, para ampliar coberturas a las poblaciones con menor grado de desarrollo. Ante la inestabilidad y la violencia, surgieron iniciativas orientadas a la búsqueda de la conciliación, la solidaridad y la mejoría de los servicios básicos de salud, que conducirían a la paz, la ampliación de coberturas económicas y sociales, y el progresivo desarrollo humano y social de todos los centroamericanos.

Grupo de Contadora

El Grupo de Contadora (México, Colombia, Panamá y Venezuela), en enero de 1983, inició una ofensiva diplomática para solucionar la crisis centroamericana. El componente sanitario no tenía alta prioridad en los inicios de este esfuerzo. El Director de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). ¿??, propuso a los Ministros de Salud, la incorporación de una iniciativa de salud que permitiría avances sustantivos y que habría de servir como un puente entre las partes en conflicto y entre los países que recibían el impacto

⁵⁷ Declaración de los Presidentes de América. Punta del Este, Uruguay, 12-14 de abril 1967

⁵⁸ OPS / OMS. Plan Decenal de Salud para las Américas. Informe final de la III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas. Santiago, Chile, octubre 1972.



de esta situación económica y social. Finalmente se aprobó el desarrollo del Plan de Necesidades Prioritarias en Salud para Centroamérica y Panamá – PPS / CAP. La primera fase se inició en 1985, bajo el lema “Salud un Puente para la Paz”, y fue apoyada por los presidentes del Grupo Contadora, por los Ministros de Relaciones Exteriores y de Salud de Centroamérica, y luego por la Asamblea Mundial de la Salud y el Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud.

Iniciativa de Salud para Centroamérica. Reunión San José

En marzo de 1984, en San José, Costa Rica, los Ministros de Salud acordaron que la iniciativa se concentraría en los grupos sociales vulnerables, específicamente madres y niños, refugiados y desplazados, y los pobres en zonas rurales y urbanas marginadas. Las áreas prioritarias serían el fortalecimiento de los servicios de salud, el desarrollo de recursos humanos, los medicamentos esenciales, nutrición y alimentación, control de enfermedades transmisibles, supervivencia infantil, agua y saneamiento. El Plan constaría de proyectos subregionales en cada una de las áreas prioritarias donde se requerían soluciones comunes y que complementarían los proyectos nacionales.

Los Ministerios de Salud y la OPS, con la ayuda técnica de cientos de funcionarios y expertos, tuvieron a su cargo la formulación de proyectos subregionales y nacionales, que fueron aprobados en agosto de 1984, en la reunión de Ministros de Salud, en Guatemala.

Esta importante iniciativa se desarrolló de 1985 a 1990, bajo el lema mencionado “Salud un Puente para la Paz”. Luego se denominó “Iniciativa de Salud para Centroamérica (ISCA)”, que se extendería hasta el cierre del siglo XX. Misiones centroamericanas visitaron diferentes países de Europa, para conseguir apoyo financiero. Estos esfuerzos culminaron con la I Conferencia Contadora-Salud para la Paz en Centroamérica, celebrada en Madrid, en noviembre de 1985, con la participación de 40 agencias de cooperación internacional y representantes de 14 países europeos, Estados Unidos de América, Japón, la Santa Sede y numerosas agencias multilaterales. En Centroamérica, los organismos de integración apoyaron el Plan en la reunión de la Secretaría Permanente del Tratado General de Integración Económica Centroamericana (SIECA), en marzo de 1985. Asimismo, se hizo presente el apoyo de Agencias del Sistema de Naciones Unidas (OMS / OPS, UNICEF, PNUD, FAO, ACNUR, PMA, UNESCO, del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y del Banco Centroamericano de Integración Económica (BCIE).

Los presidentes centroamericanos resolvieron ratificar la voluntad de los gobiernos de la Región de firmar el Acta de Contadora en la Reunión Cumbre de Esquipulas I, convocada por Guatemala en 1986. El acuerdo fue dedicado a la juventud de la región “cuyas legítimas aspiraciones de paz, justicia social, libertad y reconciliación se han visto frustradas durante muchas generaciones”⁵⁹. Como parte esencial de los acuerdos de Esquipulas, se adoptó el Plan Arias para la Paz, que planteaba procedimientos para establecer una paz firme y duradera en América Central. En 1987, el Presidente costarricense Óscar Arias Sánchez se hizo merecedor del Premio Nóbel de la Paz, por su liderazgo y continua prédica de la solidaridad y trabajo conjunto de los países, como instrumento para el desarrollo social, económico y político de la Región.

Acción y diálogo permanente de ministerios de salud, instituciones de seguridad social y de abastecimiento de agua y saneamiento ambiental

El Sector Salud ha mantenido una permanente participación en todos los procesos de búsqueda de la integración centroamericana, de la pacificación, de la expansión de la cobertura de servicios, de la lucha

⁵⁹ Reunión Cumbre de Presidentes Centroamericanos. Declaración Esquipulas I. Esquipulas, Guatemala, 1986.



contra la pobreza, del desarrollo humano integral como derecho y como forma de hacer sostenible la democracia y la protección de los valores humanos en todos los niveles, sin distingo alguno.

Las reuniones de Ministros de Salud han sido constantes, desde 1956, con frecuencia anual y en sedes rotatorias por países. En la década de los años 80, se incorporaron las instituciones de seguridad social y representantes de las instituciones de agua y saneamiento, para la búsqueda conjunta de soluciones, coordinando acciones y estrategias con los organismos de integración centroamericana y las agencias de cooperación internacional. La movilización de recursos financieros y técnicos han sido ejes fundamentales en los resultados satisfactorios de prevención y control de problemas de la Región.

Los programas prioritarios a lo largo del último tercio del siglo XX estuvieron orientados a la búsqueda de Salud para Todos, con eje en la Atención Primaria de Salud, con la participación de múltiples sectores y entidades nacionales e internacionales. Las Reuniones de Contadora, San José, Esquipulas, Madrid, Washington D.C., constituyen hitos en el desarrollo de la salud pública en Centroamérica, y en todas ellas destacó siempre el esfuerzo de cada uno de los países. La Organización Panamericana de la Salud siempre estuvo presente en la génesis, desarrollo, seguimiento y valoración de este proceso.

Jornadas de paz

A partir de 1985, se establecieron las jornadas de paz, días de paz o domingos de paz cuando las guerrillas y los ejércitos de Nicaragua, El Salvador y Guatemala, suspendían las acciones bélicas para permitir el ingreso de personal de salud y voluntarios que procuraban la vacunación masiva de los niños, además de facilitar algunas otras acciones sanitarias, y el diálogo para la búsqueda de consenso en áreas básicas para el desarrollo de la población. Los niños paraban la guerra y ayudaban a tender puentes para la conciliación y la paz permanente. OPS y UNICEF coordinaban la acción con el apoyo de la iglesia católica, en algunos países, y de equipos de salud que participaban convencidos de que la armonía social y el interés en la salud estaban por encima de cualquier discrepancia o diferencia ideológica.

Cooperación internacional

Luego de las reuniones de Contadora, Esquipulas, Madrid, y los acuerdos de cooperación bilaterales y multilaterales, en la primera etapa de la ISCA – 1985-1990, se movilizaron múltiples recursos, se fortalecieron los servicios de salud, se intensificó el desarrollo de recursos humanos, se incrementó la dotación de medicamentos esenciales y vacunas, la alimentación y nutrición, el control de enfermedades tropicales, la supervivencia infantil y el abastecimiento de agua y saneamiento básico. Los resultados más destacados fueron las jornadas de paz para vacunación, el control de la mortalidad infantil, los convenios interfronterizos, el control de vectores de malaria y dengue, la capacitación de personal de salud y la creación del fondo rotatorio para la compra de medicamentos y vacunas⁶⁰. España tuvo destacada intervención en todo el proceso, sirviendo de sede en tres ocasiones para la búsqueda de soluciones y aportes de la comunidad internacional.

Participaron en el Plan, organismos de Naciones Unidas (OPS/OMS, UNICEF, PNUD, ACNUR, FNUAP, FAO, PMA); organismos financieros (BID, Banco Mundial, OEA, la Unión Europea); gobiernos de España, Suecia, Holanda, Italia, Suiza, Noruega, Finlandia, Alemania, Japón y Bélgica; y organismos no gubernamentales (ONG's) como CARE / Canadá, CARITAS y el Club Rotario Internacional. La Iglesia Católica tuvo importante participación, tanto en el mensaje de paz del Papa Juan Pablo II, como de las diversas instancias en el nivel de los países.

⁶⁰ OPS/OMS. Salud y Paz para el desarrollo de Centroamérica. Los quince años de la iniciativa de salud para Centroamérica. San José, Costa Rica, octubre 2002



La coordinación del Plan estuvo a cargo de los Ministerios de Salud de cada país, la Reunión del Sector Salud de Centroamérica (RESSCA), y la OPS/OMS, que participó en las Cumbres Presidenciales y se constituyó en Secretaría Técnica, desde la Reunión del Sector Salud de Centroamérica y Panamá (RESSCAP I).

Desarraigados y procesos de desmovilización de grupos rebeldes en Centroamérica

Los problemas políticos, sociales y económicos en Centroamérica determinaron fenómenos de desarraigo. El desplazamiento de la población en áreas de conflicto determinó la creación de campamentos de refugiados en Honduras, Guatemala, El Salvador, Nicaragua, Costa Rica y Belice. Asimismo, se incrementó la migración hacia otros países del continente. Las condiciones sanitarias requerían atención urgente y continua. Al firmarse los Acuerdos de Paz, el retorno de desarraigados fue notable, con los problemas propios de estos fenómenos. En 1990, surgió el Programa de Desarrollo para Desplazados, Refugiados y Repatriados de Centroamérica (PRODERE), bajo la responsabilidad del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), con un financiamiento de US\$115 millones, del Gobierno de Italia. A la Paz por el Desarrollo fue el lema de PRODERE, que orientó los esfuerzos hacia la participación activa de los propios beneficiados. OIT, ACNUR, OPS participaron en la búsqueda de soluciones, coordinando acciones con otros programas que estaban en desarrollo, y que sirvieron de base para la protección de la salud, la entrega y producción de alimentos, mejoría de abastecimientos de agua y saneamiento básico. Se estimó que 1 688 500 fue el total de desarraigados (refugiados 158 500 en los países de Centroamérica y México, 75 000 repatriados a Guatemala, El Salvador y Nicaragua, 850 000 desplazados internos, 605 000 inmigrantes e ilegales incorporados a los países (Honduras, Costa Rica, El Salvador)⁶¹. La puesta en práctica del concepto de Salud en el Desarrollo demostró la importancia de la salud, para generar bienestar integral y ser receptora a su vez de efectos de deficiencias en otros sectores ligados al desarrollo económico, político y social.

En abril de 1990, la resistencia nicaragüense y el nuevo Gobierno firmaron los acuerdos de Cese al Fuego, Definitivo y Desmovilización Voluntaria. En forma progresiva se entregaron las armas y el proceso de desmovilización permitió atención médica, odontológica, hospitalización y medidas preventivas individuales y ambientales. La Representación de OPS/Nicaragua fue elegida por la OEA como responsable de las acciones de salud, para el proceso de desmovilización, como garantía de capacidad técnica, neutralidad y acciones coordinadas con el Ministerio de Salud y otras autoridades del país. La repatriación de nicaragüenses refugiados en otros países y el reasentamiento de los desmovilizados, recibieron el apoyo necesario en salud y en acciones de desarrollo integral.

El Gobierno de El Salvador y el Frente Farabundo Martí para la Liberación Nacional (FMLN) firmaron, en la ciudad de México, el 16 de enero de 1992, la Declaración Final de los Acuerdos de Paz, con el apoyo de las Naciones Unidas.

Las fuerzas del FMLN fueron concentradas progresivamente en lugares seleccionados, con el concurso de la Representación de la ONU en El Salvador (ONUSAL), dentro de las áreas en conflicto. La Representación de OPS / OMS, en el país, se hizo responsable de la prestación de servicios de salud en los campamentos de concentración de excombatientes, con el apoyo de Médicos sin Fronteras, que habilitó la infraestructura básica de salud y saneamiento ambiental. La coordinación con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social fue amplia, sobre todo en la atención de referencias de casos y de emergencias en establecimientos del Ministerio.

El Plan de Emergencia y Mantenimiento de Servicios de Salud para Combatientes del FMLN en Proceso de Desmovilización fue aprobado, y se instaló un puesto de salud en cada uno de los 18 campamentos

⁶¹ OPS/OMS. Salud y Paz para el desarrollo de Centroamérica. Los quince años de la iniciativa de salud para Centroamérica. San José, Costa Rica, octubre 2002



existentes. Se brindó asistencia médica, odontológica y acciones de saneamiento ambiental. Además, se coordinó, con el Programa Mundial de Alimentos y CARITAS, la entrega y manejo sanitario de alimentos básicos. El personal médico y técnico contratado por OPS /OMS coordinó la atención con los brigadistas de salud del FMLN, quienes ejecutaron acciones de vigilancia epidemiológica y control de enfermedades transmitidas por alimentos, agua, y vectores. En el Hospital Rosales de San Salvador, se habilitaron salas para el manejo de urgencias mayores, cirugía y rehabilitación. El traslado de pacientes desde los campamentos hasta el hospital y clínicas privadas contratadas fue coordinado con las autoridades locales, la Fundación 16 de Enero — vinculada al FMLN— la OPS, el PNUD y varias ONG's que facilitaron apoyo logístico. El apoyo psicológico fue proporcionado en los sitios de concentración, puestos de salud y hospitales, con la participación de profesionales de la Universidad de Centro América. Los recursos financieros aportados por los gobiernos de Japón, Estados Unidos, Suecia y la OPS, fueron de US\$1 205 700 y fueron canalizados por intermedio del PNUD, que coordinó el Plan Integral de Desmovilización del FMLN.

La Representación de la OPS en El Salvador brindó, en forma continua, apoyo técnico y administrativo, coordinó esfuerzos con los Ministerios de Salud y Relaciones Exteriores, con las Agencias Nacionales e Internacionales, Naciones Unidas (PNUD, PNUMA, UNESCO, FAO), con los representantes del FMLN, con el propósito de hacer posible la reincorporación de los excombatientes a la vida nacional, con el mejor espíritu de contribuir al desarrollo nacional.

En diciembre de 1996, la guerrilla y el Gobierno de Guatemala firmaron el Acuerdo de Paz Firme y Duradera, después de 34 años de una historia de gobiernos de facto, de golpes de Estado, de conflictos sociales y económicos. Los acuerdos plantearon compromisos de inversión en salud, educación y vivienda, otorgándose voz y voto a los pueblos indígenas. Se definieron acciones en materia de justicia, descentralización y respeto a los derechos humanos. El proceso de desmovilización se inició en 1997; desde entonces, se mantiene una acción de mejoría de las condiciones sanitarias, ambientales, de mayor ingreso en los grupos deprimidos, de mejoramiento de la alimentación y nutrición y de entrega de servicios de salud que satisfagan las necesidades básicas de la población.

Estos procesos de búsqueda de consenso, de restablecimiento de acciones de participación comunitaria, de sumatoria de esfuerzos nacionales e internacionales, de diálogo constante, de superar las diferencias ideológicas ante las necesidades fundamentales de las poblaciones, fueron la base para que todos los que participaron en estos esfuerzos, no sólo fueran más allá de sus responsabilidades específicas, sino que profundizaran su fe en la salud, en la paz, en la democracia, como elementos esenciales para hacer posible el bienestar y el desarrollo humano para todos, en todos los rincones, en todos los países.

El Sistema de Integración Centroamericana

En 1993, se creó el Sistema de Integración Centroamericana (SICA), que tiene como objetivo fundamental constituir una región de paz, libertad, democracia y desarrollo. El SICA adoptó como estrategia la Alianza para el Desarrollo Sostenible (ALIDES), cuyas prioridades constituyen la agenda del SICA, desde 1995. Está constituida por los subsistemas de Integración Económica, Social, Ambiental y Política, que funcionan entre los órganos e instituciones de integración de Centroamérica, para asegurar el seguimiento de las políticas regionales. El Plan de Salud para Centroamérica (PPS / CAP) pasó a coordinar con el SICA las acciones orientadas a apoyar el desarrollo integral de la salud para todos los países de la Región. La Cooperación Internacional ha permitido el desarrollo de programas y proyectos de integración, en acciones conjuntas de las entidades integrantes del SICA.



Las reuniones periódicas de los Ministerios de Salud, de los sistemas de seguridad social, de los organismos de salud ambiental, de diversos grupos de profesionales en ciencias de la salud, han tenido el apoyo del SICA para consolidar la paz, la solidaridad y el esfuerzo conjunto en el desarrollo de la Región.

Escenarios de Salud para Todos. Atención primaria de salud en Costa Rica

La salud en el siglo XX hasta la década de los 60

En las primeras cuatro décadas del siglo XX, las acciones de salud estuvieron orientadas a desarrollar medidas sanitarias de carácter colectivo, dejando a la medicina privada la atención a las personas. Se promulgó abundante legislación que incluyó declaración obligatoria de enfermedades; las municipalidades tuvieron a su cargo la higiene local y se crearon varios organismos destinados al control de algunas enfermedades transmisibles y al cuidado de las madres y los niños. Se iniciaron los programas de Lucha Antituberculosa y Lucha contra la Malaria. Todas estas dependencias se integraron en 1922, para crear la Subsecretaría de Higiene y Salud Pública, dependiente de la Secretaría de Policía. En 1927 se creó la Secretaría de Estado en el Despacho de Salubridad Pública y Protección Social. En 1941 se creó la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). El progresivo crecimiento brindó apoyo sanitario a los trabajadores y se convirtió en una institución de trascendental importancia en el proceso de universalización de la atención médica, en la década de los años 70.

En 1948, se creó la Dirección General de Asistencia Médico Social, dependiente del Ministerio de Salubridad Pública, para la coordinación de las instituciones de asistencia médica, la dirección técnica y la fiscalización económica y administrativa.

La existencia de 16 unidades especializadas autónomas, con escasa vinculación, condujo a la creación, en 1950, de la Dirección General de Salubridad, con esfuerzos iniciales en la Lucha contra la Malaria y el suministro de agua potable.

El Código Sanitario (1949) señaló que “la protección de la salud es función del Estado” y encargó al Ministerio de Salubridad Pública “la organización y suprema dirección de los servicios de higiene y asistencia médica de la República, así como la centralización y coordinación de todas las actividades nacionales, municipales y particulares de salubridad pública”.

Entre 1956 y 1958, con el apoyo del Servicio Cooperativo Interamericano de Salubridad Pública, la firma norteamericana Gordon A. Friesen realizó un estudio sobre la necesidad de establecer mecanismos de coordinación entre los diversos hospitales, mediante la integración de servicios y una adecuada coordinación entre las instituciones que conducían los establecimientos.

A finales de la década de los 60, existía gran cantidad de servicios de salud bajo la conducción de diversas instituciones (CCSS, Juntas de Protección Social, Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Seguros, otras), con autonomía y escasa coordinación de esfuerzos. El Ministerio de Salubridad Pública tenía las Direcciones Generales de Salubridad y de Asistencia Médico Social, que actuaban como entes independientes, con diferencias legales, administrativas, financieras, de esferas de influencia y áreas de trabajo, que duplicaban campos de acción sin mayores resultados.

El suministro de agua y de disposición de excretas era compartido por el Servicio Nacional de Acueductos y Alcantarillado, el Ministerio de Salud y las municipalidades. Los resultados y cobertura no satisfacían las necesidades de la población, con resultados negativos en salud para la población.



El diagnóstico de 1970 para la formulación del Primer Plan Nacional de Salud mencionaba que el Sector estaba estructurado por 18 instituciones, una de las cuales, contaba con 29 organismos (Juntas de Protección Social), que demandaban financiamiento del Estado y mantenían una autonomía, no siempre concordante con las necesidades nacionales. La cobertura poblacional con servicios de salud era deficiente y casi siempre limitada a poblaciones de más de 2000 habitantes. El 51% de los costarricenses vivía en comunidades de menos de 2000 pobladores (35% en localidades de menos de 500 habitantes, con difícil acceso geográfico, bajo ingreso económico, serias deficiencias de saneamiento ambiental básico y alto grado de marginación social)⁶².

Plan Nacional de Salud 1971-1980

El primer Plan Nacional de Salud Costa Rica (1971-1980), en su génesis, tuvo apoyo de las instituciones vinculadas al desarrollo sanitario, económico y social del país. Se efectuó un análisis exhaustivo de la realidad nacional; de los perfiles demográficos epidemiológicos, sociales y políticos existentes; de las formas de participación individual y colectiva; de la organización y desarrollo comunitario; de los recursos humanos existentes y de las necesidades de cambio, no sólo en número, sino en la capacidad de participar en nuevos enfoques orientados a la universalización y calidad de servicios. El plan definió un conjunto de premisas básicas:

- la atención de la salud es un derecho de la población,
- el Estado tiene la responsabilidad de la salud del pueblo,
- la atención de la salud debe ser integral,
- debe existir integración de los servicios preventivos con los de recuperación,
- debe existir regionalización de los servicios, para mejorar la oferta y cobertura de las prestaciones al público y
- debe darse preferencia a la atención ambulatoria

Con base en las premisas enunciadas, se estableció un conjunto de políticas de salud que culminaron con reformas trascendentes en la legislación sanitaria y en la estructura, funcionamiento y coordinación de las instituciones del sector. Lo fundamental de este proceso se orientó a proporcionar servicios a toda la población, en todas las regiones y en todos los niveles sociales y económicos. Las estrategias nucleares fueron la universalización de la seguridad social y la extensión de cobertura a las poblaciones rurales y las urbanomarginadas.

La universalización de la seguridad social y la extensión de la cobertura de salud

En la década de los años 70, se realizaron los cambios más importantes en salud en Costa Rica, con la formulación y ejecución del Primer Plan Decenal de Salud 1971-1980, en el marco de un Plan Nacional de Desarrollo, orientado al cierre de la brecha social, con amplio respaldo político, y donde se dio énfasis a las poblaciones de menores recursos y mayor grado de marginación. Los hechos destacados fueron:

- Universalización de la seguridad social, con énfasis en la atención primaria, como elemento fundamental del sistema de salud y de prestación de servicios que la población requería, para prevenir y controlar los problemas que dificultaban su participación saludable en el desarrollo.
- Integración y renovación de los hospitales y de los servicios de atención a las personas, en la Caja Costarricense de Seguro Social. El Ministerio de Salud condujo el proceso, orientando el desarrollo del sistema de salud hacia la atención de todas las personas, de acuerdo con sus necesidades, con énfasis en las medidas de promoción, prevención y control de problemas, atención oportuna y eficiente de las enfermedades, reducción y manejo de discapacidades.

⁶² Villagas, Hugo. Programa de Salud para Comunidades Rurales de Costa Rica. OPS/OMS en Costa Rica/Ministerio de Salud. San José, 1974



- Promulgación de la Ley General de Salud, que estableció las bases legales para el proceso de integración, la descentralización de acciones, la participación de los gobiernos locales y comunitarios y la reiteración de la salud como derecho humano fundamental.

Programas de Salud Rural y Comunitaria en la universalización de Salud para Todos

Como parte del esfuerzo de universalización de la atención sanitaria, se desarrolló en el Ministerio de Salud, el Programa de Salud Rural y Comunitaria, que extendió la cobertura de servicios integrales en áreas rurales y en las de mayor marginación en áreas urbanas.

El Ministerio de Salud, a finales de la década de los años 60, con la evidencia de los buenos resultados que se habían obtenido en el control y prevención de la malaria, con tratamiento colectivo y reducción de criaderos en las áreas costeras de intensa actividad agropecuaria, pesca, turismo y desarrollo vial, decidió utilizar la experiencia, organización, capacidad de desarrollo de servicios en comunidades rurales y el gran compromiso con la tarea encomendada de los trabajadores del Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria (SNEM), que venían realizando una exitosa labor en la eliminación del paludismo. La evaluación del Programa de Malaria, en 1968, con el apoyo de OPS, UNICEF y AID, recomendó la estrategia de transformar los sectores de trabajo antimalárico en áreas de atención integral a las personas y al ambiente, con énfasis en el control del paludismo, en los problemas predominantes de diarreas, parasitosis intestinal, infecciones respiratorias agudas, desnutrición, enfermedades prevenibles por vacunación, mejoría de la vivienda, abastecimiento de agua segura y de salud ambiental. La participación comunitaria se intensificaría para acciones conjuntas con los grupos privados y públicos, para hacer permanente y continuo el proceso de desarrollo integral.

En 1970 se desarrollaron las primeras áreas de Salud Rural en los cantones de Tilarán y Bagaces, donde se había logrado un alto nivel de control del paludismo y se mantenía intensa vigilancia mediante visitas mensuales, casa a casa. Los mapas, croquis y censos de poblaciones, la eficiente participación de voluntarios de las comunidades y la organización de comités de apoyo en la toma de muestras de sangre y en tratamientos antimaláricos y antiparasitarios, fueron las bases para que el Programa de Salud Rural ampliara las medidas de prevención y control de enfermedades evitables y reducibles. La mayoría de los Asistentes de Salud Rural que tuvieron la responsabilidad del trabajo en los puestos de salud, habían participado en los programas de eliminación de malaria y de control de saneamiento ambiental.

La mejoría de los niveles de salud fue notable en esta década, con altas coberturas en todo el país, mediante visitas domiciliarias, con descenso marcado de la mortalidad infantil, incremento de la expectativa de vida al nacer, reducción de la mortalidad materna y perinatal, eliminación de la poliomielitis (certificada por OPS en 1995) y la difteria, introducción de la rehidratación oral, amplios esquemas de inmunización, y el control de las enfermedades transmisibles que determinaban altas cifras de consulta, hospitalización y de gastos en problemas evitables o reducibles. La Universidad de Costa Rica (Escuela de Medicina) participó activamente en el proceso con la formación de profesionales y técnicos que lograban buenos niveles de integración y participación en los servicios de salud.

En el período de formulación del Programa de Salud Rural, algunos colegios y asociaciones profesionales de ciencias de la salud expresaron disconformidad, señalando que las acciones de prevención y manejo de casos, por personal no profesional, constituía un acto típico de ejercicio ilegal de la Medicina y que se entablaría juicios contra los autores y sus responsables. Después de reuniones de análisis de los alcances del Programa y del favorable apoyo político de los más altos niveles de conducción del país, la



participación de los servicios de salud y de las autoridades sanitarias de todos los niveles de atención fue cada vez mayor, sobre todo en el nivel local, donde se tenía una visión amplia de lo que significaba el enfoque universal e integral de salud, donde profesionales de todas las disciplinas, apoyaron los esfuerzos de técnicos sanitarios, de sólida formación, amplio sentido ético y compromiso definido con las comunidades, que fueron testigos de las muchas veces que estuvieron junto a ellas en la búsqueda de soluciones inmediatas y de bienestar para todos.

Desde el inicio del Programa de Salud Rural y Comunitaria, hubo un esfuerzo conjunto del Sector Salud con varias instituciones gubernamentales y autónomas, y de otros sectores del desarrollo en todas las regiones del país (DINADECO, IMAS, INA, AyA, MOPT, MAG, MEP, ONG's). Los resultados del trabajo intersectorial fueron muy destacados, por la búsqueda permanente de la coordinación, de la suma de recursos y del compromiso con las comunidades. Esta modalidad fue destacada en forma constante por cuantos tuvieron la oportunidad de visitar las áreas de trabajo. El Ministerio de Salud fue coordinador permanente. El esfuerzo intersectorial permitió:

- construcción de hospitales, clínicas, centros y puestos de salud,
- incremento de las unidades móviles médicas y odontológicas del Ministerio de Salud en áreas rurales,
- construcción y mejoría de escuelas y viviendas,
- apertura de carreteras y caminos vecinales,
- abastecimiento de agua, eliminación sanitaria de excretas y desechos líquidos y sólidos,
- control del uso de plaguicidas en áreas de producción agrícola y ganadera,
- fortificación de alimentos, con hierro y vitamina A,
- yodación y fluoración de la sal de uso doméstico,
- incremento de centros de educación y nutrición (CEN) del Ministerio de Salud y comedores escolares,
- desarrollo de huertas escolares y comunales, con orientación y capacitación local (apoyo destacado del Ministerio de Agricultura y Ganadería (MAG) y del Instituto Nacional de Aprendizaje (INA),
- organización de las comunidades para apoyar el desarrollo integral, con eje en salud, educación y planes de desarrollo sostenido,
- vacunación sistemática en el nivel de hogares, escuelas y servicios de salud, con énfasis en niños y mujeres, mediante controles individualizados,
- prioridad en el control y crecimiento de menores de cinco años, con énfasis en los menores de un año,
- control sistemático de embarazadas en el nivel domiciliario, impulsando el parto en los centros de salud (que establecieron salas de parto) y en los hospitales más cercanos a las comunidades,
- desarrollo de la planificación familiar y orientaciones a las mujeres en edad fértil,
- desparasitación periódica, casa a casa, que permitió, junto al abastecimiento de agua segura y eliminación de excretas, una reducción notable de este problema, que tuvo una alta incidencia en el país,
- introducción de las sales de rehidratación oral (SRO) en 1973, que permitió la reducción notable de la mortalidad por diarreas. Pese a la oposición inicial de algunos grupos médicos al uso de rehidratantes orales en el nivel domiciliario y de consulta externa de los servicios de salud, Costa Rica fue el primer país en América en introducir las SRO en la prevención y control de las enfermedades diarreicas, que eran la primera causa de consulta y de defunción infantil. El Hospital Nacional de Niños estableció, a finales de los años 70, un área para rehidratación oral en la Unidad de Emergencias, a fin de atender las consultas de enfermedades diarreicas y la capacitación de médicos y enfermeras en el manejo de los niños deshidratados. La OMS, por los excelentes resultados de esta Unidad, designó al Hospital de Niños como Centro Colaborador. Asimismo, el Centro de Control y Prevención de Enfermedades Transmisibles de Bethesda, Maryland, EE.UU., proporcionó apoyo técnico y utilizó como consultores a los médicos responsables de la Unidad de Rehidratación del Hospital de Niños. La OPS, la OMS, la



UNICEF y la AID divulgaron la experiencia costarricense en América Latina y otros continentes. Delegaciones de muchos países visitaron Costa Rica, para conocer y valorar esa experiencia,

- participación de la gente en la eliminación de criaderos de vectores de malaria y dengue. Se logró apoyo de los habitantes de zonas maláricas del Pacífico y Vertiente Atlántica, en la consolidación del Programa de Tratamiento Colectivo, que se inició en 1968, y fue el más exitoso de la Región (coberturas de más de 90% y eliminación del parásito en las áreas de mayor transmisión, que llegaron a constituir grandes problemas en las zonas bananeras, arroceras y de cultivos de algodón y caña de azúcar en Costa Rica). Los hospitales de palúdicos de Quepos, Palmar Sur y Golfito, experimentaron cambios importantes, no sólo en la atención de consulta externa y de urgencias, sino en la estructura de la hospitalización, con mayores y mejores recursos de diagnóstico y resolución de problemas de la población, una vez que la malaria dejó de ser la enfermedad predominante en sus áreas de responsabilidad.

La estrecha relación del Programa de Salud Rural con otros servicios del Ministerio de Salud y la CCSS permitió una atención integral, referencia de pacientes y apoyo a los trabajadores de campo. Médicos y enfermeras de los centros de salud del Ministerio del ramo, visitaban periódicamente los puestos de salud para consulta médica, análisis de situación, ajuste de acciones por ejecutar, prioridades en el trabajo casa a casa, que permitían el control de personas con hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedades crónicas, planificación familiar, control de crecimiento y desarrollo de niños y adolescentes, desparasitación, controles periódicos de salud en todos los grupos de edad, seguimiento de casos referidos de centros, clínicas y hospitales.

Los horarios de atención se ajustaron a las necesidades de los habitantes, según el tipo de actividad; era frecuente ver al personal de salud en los muelles de pescadores, todos los días de la semana, en horas de la madrugada y de la medianoche, a la salida y retorno, proporcionando los medicamentos del programa antimalárico; así como las visitas frecuentes a domicilios donde se atendían personas que requerían vacunas y tratamientos continuados y que no podían trasladarse a los establecimientos de salud.

Hubo atención y visitas periódicas a los centros de producción de caña de azúcar, algodón, arroz, banano, con énfasis en los períodos de ingreso de mano de obra inmigrante de los países centroamericanos, y que muchas veces eran portadores de malaria, parasitosis intestinal, enfermedades de transmisión sexual y tuberculosis. Con los propietarios de empresas agrícolas se coordinó la mejoría de los campamentos, la salud ambiental y la atención continua de los trabajadores, con énfasis en medidas de prevención y control de problemas sanitarios.

La atención permanente, integral, sin exclusiones, con participación de los usuarios del sistema, podría ser la síntesis de este esfuerzo notable del sistema y de trabajadores de salud que dieron mucho a cambio de la certeza que el país habría de ser mejor para todos.

Por la importancia que han tenido en el proceso de integración de servicios, la búsqueda de la equidad en salud e incorporación de las comunidades en la gestación de su desarrollo, debe mencionarse el importante aporte del Programa de Unidades Móviles del Ministerio de Salud (década de los años 60), los programas de San Ramón: Hospital sin Paredes, y el de San Antonio de Nicoya (década de los 60), así como la contribución de las Cooperativas de Salud (década de los 90).

Los grupos de médicos, enfermeras, trabajadores sociales, microbiólogos y personal técnico que participaron en la extensión y universalización de servicios de salud, y continúan ejecutando acciones con amplio sentido de solidaridad y de estímulo a las poblaciones, para que participen en la generación de



mejores condiciones de vida y de desarrollo permanente, tienen la seguridad de que ayudaron a construir un futuro pleno de opciones de Salud para Todos.

Participación de Costa Rica en el desarrollo de la atención primaria de salud y Salud para Todos

Aportes de Costa Rica en la formulación de Salud para Todos

La Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud, Alma-Ata 1978, estableció una serie de principios de acción sanitaria, como parte del desarrollo económico y social para todos en un futuro previsible. Desde 1974, cuando se planteó en el mundo, la necesidad de explorar nuevas vías, para reducir la brecha y las disparidades en salud y servicios sanitarios entre los países, y actuar con mayor eficacia y resolver los problemas de alta morbilidad y mortalidad por enfermedades y problemas reducibles o evitables, el Gobierno de Costa Rica participó activamente en la búsqueda del cierre de la brecha social en el país, al establecer la igualdad en salud y la universalización del derecho a prestaciones integrales de salud.

La Conferencia de Alma-Ata planteó principios básicos. Costa Rica, en la década de los años 70, efectuó un esfuerzo integral de incorporación de la Salud para Todos, con la Atención Primaria como eje fundamental del desarrollo sostenible, para todos los costarricenses. El esfuerzo continúa hasta la actualidad, incorporando los principios de la Reforma Sectorial de Salud, los Objetivos de Desarrollo del Milenio, la búsqueda permanente del apoyo gubernamental, de la sociedad nacional e internacional, en la inversión en salud.

Costa Rica, como país miembro de la OMS, ha mantenido el concepto de salud y ha reiterado que es un derecho humano fundamental, un bien de interés público bajo la tutela del Estado. Para hacer sostenible estos principios, en la década de los 70, se universalizó la prestación de servicios sanitarios a todos los costarricenses, sin distinción de condición económica, género, condición social ni laboral. En el proceso, participaron, además de las instituciones del sector salud, las de otros sectores como educación, vivienda, desarrollo agropecuario, transportes y obras públicas, turismo, ambiente, trabajo, capacitación técnica, desarrollo comunitario, gobiernos locales, asociaciones comunitarias y un amplio sector de organizaciones no gubernamentales que apoyaron el desarrollo integral. El Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social condujeron el proceso, teniendo como ejes fundamentales la integración de servicios (traspaso de hospitales, centros y puestos de salud), y el Plan Decenal de Planificación de Salud 1974-1980, así como el Programa de Gobierno orientado al Cierre de la Brecha Social. La Reforma del Sector Salud, en los dos últimos decenios, ha consolidado el proceso de integración de servicios, la rectoría del sistema de salud y la inversión nacional e internacional en las áreas de mayor necesidad. El desafío de nuevos perfiles demográficos, epidemiológicos, sociales y económicos, al inicio del siglo XXI, está siendo afrontado con estudios e investigaciones que permitan intervenciones basadas en la realidad nacional, en la dimensión necesaria en la solución de los problemas o situaciones que afecten a la mayoría de la población y a los grupos con mayores necesidades o con mayor grado de pobreza y exclusión.

El aporte sustantivo de Costa Rica a la estrategia de Atención Primaria de Salud, desde la década de los 70, ha sido considerada no sólo como un nivel de atención sino como el núcleo fundamental en la prestación integral de servicios a la población, donde la salud es la esencia del proceso de transformación social, con el desarrollo del medio ambiente, la vivienda, la mejoría del ingreso familiar, la educación universal, el respeto irrestricto de los valores humanos, la búsqueda permanente del diálogo en democracia y la participación de todos en hacer sostenible el futuro para todos.

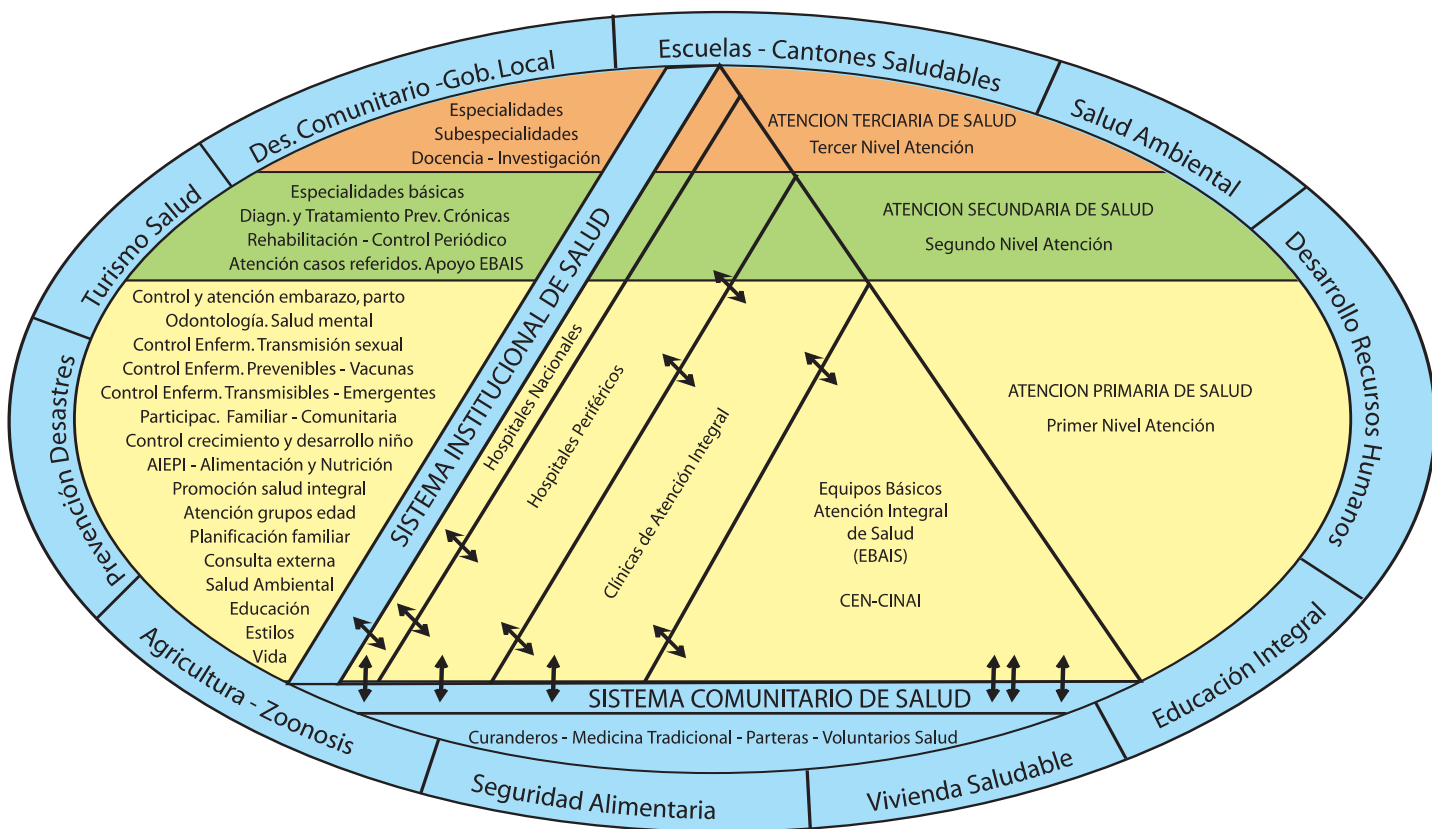


Costa Rica participó en todas las reuniones regionales y mundiales antes y después de Alma-Ata, apoyando las decisiones y estrategias acerca de la APS; ejecutando acciones fundamentales en todas sus comunidades; prestando asistencia técnica en naciones que, conociendo lo que se estaba haciendo en Costa Rica, consideraban conveniente el diálogo y las orientaciones de un país que avanzaba de manera destacada, divulgando los resultados favorables del proceso de integración de servicios y universalización de la atención.

La concepción de la Atención Primaria de Salud en el proceso de universalización de los servicios para hacer posible la Salud para Todos, fue esquematizada (1977) en el gráfico, donde puede observarse el esfuerzo conjunto del sistema institucional y el sistema comunitario de salud que hizo posible y sostenible los resultados, por niveles de atención y prestación de atención, según grupos de población, género, factores de riesgo, prevalencia de problemas y disponibilidad de tecnologías.

El Sistema de Salud costarricense ha tenido destacadas vinculaciones con otros sectores e instituciones encargadas del desarrollo nacional, integrando acciones, compartiendo responsabilidades para que la población participe activamente, y sea beneficiaria y coparticipe del proceso. En otros apartados, se ha descrito la acción intersectorial y las acciones de los diversos entes participantes. El gráfico siguiente presenta el esfuerzo, en la década de los 70, antes de la Reunión de Alma-Ata y que constituyó el principal aporte al concepto de Atención Primaria de Salud.

ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD



Fuente: programa Salud Rural y Comunitaria - Costa Rica.
Dr. Hugo Villegas de Olazábal - 1977
(Actualización 2004)



Para una mejor comprensión del gráfico, se han actualizado los términos al 2004. Los puestos de salud fueron sustituidos en la década de los 90 por los Equipos Básicos de Atención Integral de Salud (EBAIS), que siguen siendo la base del sistema de salud y la esencia de las acciones de atención primaria de salud, en el primer nivel de atención o nivel primario de salud. El sistema comunitario de salud está en la base de todo el Sistema, con la participación de las asociaciones de desarrollo comunal, las municipalidades, los curanderos, las parteras tradicionales, los herbolarios, los voluntarios de salud, la Cruz Roja, las acciones permanentes o periódicas de las organizaciones no gubernamentales, así como de otros grupos que apoyaron y apoyan el desarrollo comunitario integral sostenible, con énfasis en el desarrollo social centrado en educación y salud.

En este gráfico puede observarse que la cobertura poblacional es mayor en el primer nivel (85%) que es proporcionada por todos los establecimientos del sistema (EBAIS, CEN-CINAI, clínicas, hospitales). El segundo nivel tiene una cobertura de 10%, facilitada por clínicas y hospitales. El tercer nivel, con una cobertura de 5%, está a cargo de los hospitales regionales y nacionales. La consulta externa de todos los establecimientos del sistema de salud permite una cobertura amplia de las necesidades de la población, con un rango de complejidad creciente, de acuerdo con el tipo de problema de los pacientes. El control de prevención y control de embarazadas, niño, adolescente, adulto, adultos mayores y la salud del ambiente, han permitido la reducción de factores de riesgo, ganancia de años de vida saludable y calidad en el desarrollo ambiental, en todas las regiones de Costa Rica.

Avances en salud en Costa Rica: 25 años después de Alma-Ata

Los avances más importantes en salud en Costa Rica constituyen la acción permanente de las instituciones del Sistema de Salud, con apoyo amplio de los gobiernos costarricenses que confirieron alta prioridad al desarrollo social y educativo y a la reducción de la pobreza. Las acciones intersectoriales en salud han sido muy importantes en los resultados. El escenario histórico da esa visión de constante renovación en un país sin riqueza. En la publicación de los 100 años de Salud de Costa Rica, apartado aportes de la Cooperación de la Organización Panamericana de la Salud, se destacan los avances que se describen a continuación:

- desarrollo del sistema de salud,
- prevención, control y reducción de enfermedades transmisibles, transición y acumulación epidemiológica,
- vacunación e inmunización sistemática en todas las edades,
- mujeres y niños con mejor salud e incremento de esperanza de vida al nacer,
- desarrollo de programas de alimentación y nutrición, salud oral, fluoración de sal doméstica,
- desarrollo de programas de salud ambiental,
- participación de la comunidad en el desarrollo integral,
- desarrollo de recursos humanos en ciencias de la salud,
- participación de organismos internacionales en salud y desarrollo,
- coordinación de la cooperación internacional en salud y
- participación en el desarrollo sanitario y la paz en Centroamérica.

Desarrollo del sistema de salud

Los esfuerzos de Costa Rica, desde inicios de la década de los 40, estuvieron centrados en la universalización e integración de servicios, la expansión de la seguridad social y un proceso sostenido de reforma de la prestación de los seguros de salud a toda la población.



La rectoría del sector y la vigilancia de las funciones esenciales de salud pública bajo la conducción del Ministerio de Salud (MS), junto a la prestación de servicios integrales de salud a las personas bajo la responsabilidad del Ministerio de Salud y de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), constituyen el aporte más destacado del sector, al desarrollo humano sostenible en el nivel nacional.

El Sistema de Salud, en la década de los 70 alcanzó su mayor grado de desarrollo logrando avances que han constituido el eje fundamental de acciones en el último tercio del siglo XX, donde el proceso de reforma sanitaria se acentúa para dar cohesión, capacidad y suficiencia a las instituciones y servicios que integran el sector salud. Los hechos más importantes estuvieron centrados en:

- universalización de la seguridad social con énfasis en atención primaria,
- integración de hospitales, centros de salud y clínicas de la CCSS,
- promulgación de la Ley Orgánica de Salud, que mantuvo algunas disposiciones del Código Sanitario,
- desarrollo del Programa de Salud Rural y Comunitaria, que amplió la cobertura de servicios integrales en áreas rurales y en las de menor desarrollo en áreas urbanas,
- incorporación progresiva en la Caja Costarricense de Seguro Social, de los servicios de atención a las personas, permitiendo universalización e integración,
- modernización de los hospitales, clínicas y designación de los Equipos Básicos de Atención Integral de Salud (EBAIS) al primer nivel,
- incorporación progresiva de tecnologías de prevención, tratamiento y rehabilitación, basadas en las necesidades nacionales y la evidencia del conocimiento médico. La inversión en estas áreas, pese a las dificultades económicas de los años 80, fue importante y sostenida,
- formación de recursos humanos que requerían los servicios de salud, en todos los niveles, con apoyo destacado de las universidades nacionales. En los últimos años se fortalece la educación continua, tanto para profesionales como técnicos, incrementando el esfuerzo de disponer de personal adecuado y suficiente.

Al inicio de los 90, se formuló el proyecto de Reforma del Sector Salud con cuatro componentes básicos: Rectoría y fortalecimiento del Ministerio de Salud, fortalecimiento institucional de la CCSS, nuevo sistema de asignación de recursos financieros y readecuación del modelo de atención en salud.

Los servicios de atención individual están integrados en tres niveles de atención. En el primer nivel, la CCSS, en el 2002, tenía asignados 812 Equipos Básicos de Atención Integral (EBAIS) constituidos por médico, auxiliar de enfermería, auxiliares de estadística y farmacia y uno o más asistentes técnicos de atención primaria (ATAP's). En promedio, cada EBAIS atiende de 4.000 a 5.000 habitantes. La cobertura es alta en áreas rurales y urbano-marginadas; en el 2002 se cubría 3.547.401 habitantes (90% de la población)⁶³.

La CCSS amplía el acceso y cobertura de los servicios de atención, por medio de mecanismos complementarios como el médico de empresa, la medicina mixta y la compra de servicios a terceros (cooperativas de salud), la ampliación de horarios y la compra de servicios especializados como radioterapia, diagnóstico por imágenes, oftalmología y anatomía patológica. Las encuestas han revelado satisfacción de la población por los servicios recibidos, aunque aún se mantienen listas de espera en cirugía, ginecología, ortopedia, estudios de imagenología y entrega de algunos fármacos para enfermedades o problemas especiales.

El segundo nivel de atención está integrado por 11 clínicas, 14 hospitales periféricos y 7 regionales. El tercer nivel cuenta con 3 hospitales generales de referencia nacional, así como 5 hospitales especializados (niños, mujeres, adulto mayor y psiquiatría).

⁶³ Ministerio de Salud, CCSS, OPS/OMS Costa Rica. Perfil del Sistema de Servicios de Salud de Costa Rica. Serie Análisis de Situación, No.15, 2004



La CCSS ha realizado avances en los mecanismos de asignación de fondos a las áreas de salud y hospitales, mediante los compromisos de gestión. Proceso inconcluso, con diferencias en los montos asignados en el primer nivel de atención, que no responden a necesidades de salud ni al perfil epidemiológico. Las asignaciones a hospitales continúan en la línea de presupuesto histórico y no en cuanto a productividad ni satisfacción de las necesidades básicas de la población. El desafío de lograr financiamiento adecuado a necesidades y perfiles epidemiológicos y sociales deberá ser enfrentado con capacidad gerencial, priorización tecnológica y búsqueda permanente de mejoría de las prestaciones de salud a todos los costarricenses.

En el 2002, los datos de la CCSS indican: 1,49 camas por 1.000 hab.; 81,29 índice ocupacional de camas hospitalarias; 5,16 días/estancia hospitalaria; 8,6 egresos por 100 hab.; 2,51 consultas/hab/año; 1,9 defunciones hospitalarias/100 egresos. El gasto nacional en salud per cápita fue de US\$ 295,6 (7,4 % del PIB). El gasto total del sector público en salud fue de US\$877,0 millones⁶⁴.

El Índice de Desarrollo Social - IDS (Ministerio de Planificación y Política Económica - MIDEPLAN) que combina siete indicadores vinculados con infraestructura educativa, programas de educación especial, mortalidad infantil, peso de la mortalidad en la niñez, retardo de talla, consumo de electricidad residencial, nacimientos de madres solteras, ha puesto en evidencia que 17 cantones (14 % de la población nacional) tienen el menor grado de desarrollo de los cinco grupos de análisis. Estos cantones están ubicados en áreas fronterizas con Nicaragua y Panamá, en la Vertiente Atlántica y un pequeño núcleo en León Cortés y Tarrazú. La evolución del IDS en los últimos años revela que las diferencias, en el nivel nacional, se han estrechado, y que aún persisten grupos con acentuada insatisfacción de sus necesidades primarias.

El sector salud público de Costa Rica dispone de más de 40.000 trabajadores (7.200 profesionales, 4.200 técnicos, 9.600 auxiliares, 14.000 administrativos y de servicios generales). La inversión en salud en el 2000 fue ₡ 629.354,7 millones (₡165.177,1 per cápita). La esperanza de vida al nacer es de 78,59 (76,29 los hombres y 81,01 las mujeres), la más alta del continente, después de Canadá. La mortalidad general es la más baja de la región (3,7 por 1000). La mortalidad infantil es de las más bajas de las Américas (10,1 por 1000 nv)⁶⁵. Los abastecimientos de agua y disposición sanitaria de excretas benefician a más del 95% de la población. Y así, una serie de indicadores que revelan un avance constante en el desarrollo humano, donde los servicios y los trabajadores de la salud han contribuido de manera permanente con su dedicación y esfuerzo. Y todo esto, dentro de una sociedad que aún tiene 20,3 % de la población bajo la línea de pobreza (16,9% urbano y 25,2% rural), con una tasa de desempleo de 6,1%.

La rectoría y el desarrollo de las Funciones Esenciales en Salud Pública (FESP) constituyen las tareas fundamentales del Ministerio de Salud, para garantizar a la población un alto nivel de salud. Diversas encuestas y estudios revelan que las funciones orientadas a asegurar, proteger y mejorar la salud alcanzaron el mayor grado de consenso (60%), en tanto que otras funciones como la armonización de la provisión de servicios y la orientación del financiamiento, sólo obtuvieron 23% y 20% respectivamente. Los resultados del análisis de las FESP revelaron que seis funciones globales de 11 evaluadas, son prioritarias, debido a una calificación igual o menor a 50%: promoción de la salud, desarrollo de políticas y gestión, capacidad de regulación y fiscalización, desarrollo de recursos humanos en salud pública, garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud e investigación en salud pública y desarrollo tecnológico.⁶⁶ "Se podría sostener que las FESP han tenido poco desarrollo en el país,

⁶⁴ Ministerio de Salud, CCSS, OPS/OMS Costa Rica. Perfil del Sistema de Servicios de Salud de Costa Rica. Serie Análisis de Situación, No.15, 2004

⁶⁵ Fuentes estadísticas: CCSS, INEC, Ministerio de Salud, Ministerio de Planificación



cualquiera que sea la institución que se analice, lo cual se evidencia por un marco legal inadecuado o débil, fragmentación del desarrollo de los recursos humanos en salud pública, débil desarrollo de la vigilancia de la salud, debilidad en la promoción de la salud, debilidad grave en el campo de la investigación y desarrollo tecnológico para solucionar los problemas de la salud pública”.

El desafío actual es la consolidación del proceso de descentralización y cambio, de una organización centralizada hacia una de máxima desconcentración; lograr y mantener altos niveles de cobertura poblacional sin restricciones; la atención integral oportuna de la demanda de consulta y de intervenciones quirúrgicas y tratamientos especializados y mejoría de la disponibilidad de recursos humanos de acuerdo con las necesidades de los servicios de atención a la personas. Las instituciones de salud tienen en desarrollo una serie de estrategias orientadas a mejorar el desempeño de las FESP, con énfasis en aquellas que requieren acciones importantes e inmediatas.

El análisis del perfil del sistema de salud (2002) evidencia los desafíos de mejorar los procesos de descentralización; equipamiento; análisis de situación de salud de las comunidades, programación y cumplimiento de metas establecidas en las prestaciones de servicios; mejorar la calidad de las prestaciones; extender la atención a personas no aseguradas en la búsqueda de la universalización de los servicios con mayor énfasis en población de escasos recursos económicos y migrantes internos y transfronterizos; incrementar y mejorar la formación y desarrollo continuo de los recursos humanos que integran el sistema; así como fortalecer la asignación de recursos financieros de acuerdo con los niveles de atención, el énfasis en la promoción y prevención de la salud y los grupos poblacionales con mayores riesgos. La mejoría continua del Sistema de Salud exige constante análisis y decisiones que preserven y mejoren los avances logrados con tecnologías y recursos humanos capaces de dar respuesta a los nuevos perfiles demográficos, sociales, económicos y, sobre todo, que el sistema continúe siendo base fundamental del desarrollo democrático, la solidaridad, y el desarrollo humano con equidad.

Prevención, control y reducción de enfermedades transmisibles – transición y acumulación epidemiológica

Las enfermedades transmisibles en Costa Rica constituyeron uno de los problemas de mayor dimensión en la salud individual y colectiva, con importantes impactos en la mortalidad infantil, en los días laborables perdidos por enfermedad en las áreas de producción agrícola y ganadera, en los niveles de morbilidad y mortalidad por enfermedades prevenibles o evitables, en el turismo nacional e internacional, en la economía general y, sobre todo, en las comunidades de menores recursos.

La disminución acentuada de la morbilidad y mortalidad, así como la erradicación y eliminación de las principales enfermedades infecciosas, determinaron un proceso de transición y acumulación epidemiológica, donde algunas enfermedades transmisibles y no transmisibles y las enfermedades emergentes, constituyen el desafío para el nuevo siglo. La incorporación constante de nuevas vacunas y fármacos; tecnologías sanitarias en diagnóstico, tratamiento y seguimiento; orientación a la población en la importancia de su participación en la prevención y control de enfermedades, fueron hechos que permitieron el logro de la disminución de transmisibles, en forma notable, reduciendo morbilidad y mortalidad, sobre todo, en los grupos de mayor riesgo, y de menor edad. Esto se expresó en forma destacada en el descenso de la mortalidad de menores de 5 años y el incremento de la esperanza de vida.

En 1941, en las tasas de mortalidad general e infantil (17,21 x 1000 hab. y 123,48 x 1000 nv) las primeras

⁶⁶ Ministerio de Salud. Medición del Desempeño de las Funciones Esenciales de la Salud Pública en Costa Rica. San José, Costa Rica, 2002



causas eran las enfermedades diarreicas y respiratorias agudas, la desnutrición severa y moderada con alta parasitosis intestinal, y las enfermedades prevenibles por vacunación (sarampión, tos ferina, tétanos, meningitis, hepatitis A y B). En el 2002, la mortalidad general bajó a 3,7 x 1000 hab. y la mortalidad infantil a 11,2 x 1000 nv. Un componente destacado en la reducción de ambas tasas fue el control, la eliminación y la erradicación de las enfermedades mencionadas, con programas intensivos de vacunación, desparasitación, mejoría alimentario-nutricional, viviendas más saludables, con servicios básicos de agua y eliminación de excreta, expansión de la atención de salud y educación, y la participación comunitaria en la búsqueda de mejores niveles de vida.

En la prevención y control de enfermedades emergentes (tuberculosis, VIH/SIDA, malaria, dengue) será necesario intensificar la educación sanitaria de la población, para la participación activa en la promoción y desarrollo de hábitos saludables, viviendas protectoras, sitios de estudio y trabajo sanos. Los servicios de salud deberán fortalecer el desarrollo de estrategias como el Tratamiento Acortado Estrictamente Observado (DOT/TAES) en la lucha contra la tuberculosis, por su eficacia observada. Asimismo, la estrategia de Hacer retroceder la Malaria ("Roll Back Malaria") con captación y tratamiento oportuno de casos y medidas integrales de protección y eliminación de vectores. Nuevas vacunas contra varias enfermedades vectoriales están en proceso y han de constituir un importante arsenal inmunitario en el futuro. El control del dengue ha de requerir una mayor participación de los servicios de salud, una participación continua e informada de la población y eficiente saneamiento ambiental con participación de los gobiernos locales.

La vigilancia epidemiológica ha de intensificarse en la prevención y control de enfermedades emergentes nuevas (hantavirus, Fiebre del Nilo Occidental, otras) teniendo en consideración la intensificación del turismo internacional, la difusión por aves migratoria, y la importación de productos y animales que podrían introducir estos problemas. La cercanía con países que presentan enfermedades emergentes es un factor por considerar en los procesos de vigilancia.

Vacunación e inmunización

El control y prevención de enfermedades prevenibles por inmunización es de los avances más destacados en salud en Costa Rica. En el siglo XX, se registraron epidemias con alta mortalidad y discapacidad por fiebre amarilla, viruela, poliomielitis, tétanos, sarampión y otras enfermedades. La incorporación de vacunas a mediados de los años 50, constituyó una de las medidas más eficaces en la erradicación, eliminación y reducción de las enfermedades inmunoprevenibles.

El Ministerio de Salud y la CCSS aunaron esfuerzos para lograr las más altas coberturas de vacunación, incorporando adelantos tecnológicos de nuevas vacunas y universalización de la cobertura. En la década de los años 70, con el Programa de Salud Rural y Comunitaria del Ministerio de Salud, se vacunó casa a casa, procurando el mayor control con fichas familiares que permitían la vacunación a infantes, adolescentes, adultos y mujeres, de acuerdo con sus necesidades. La participación de la población y de las instituciones educativas fue muy amplia.

Los hechos más destacados en vacunación e inmunización fueron⁶⁷:

- erradicación de la viruela - 1938,
- erradicación de la fiebre amarilla - 1952,
- eliminación de la rabia en humanos - último caso: 1970,
- erradicación de la poliomielitis - último caso :1973, certificada por OPS en 1995

⁶⁷ Fuente: Estadísticas del Ministerio de Salud



- eliminación de la difteria - último caso: 1975,
- eliminación de la rabia canina - último caso: 1987,
- eliminación del tétanos neonatal - último caso: 1988,
- mantenimiento de coberturas de vacunación superiores al 91,6%,
- investigación de más del 80% de las parálisis flácidas para vigilar la reintroducción del poliovirus salvaje y del poliovirus vacunal.

La decisión de las autoridades de salud de incorporar nuevas vacunas (*haemophilus influenzae*, hepatitis B y virus influenza) al esquema nacional, constituye una importante acción de prevención y control, así como enfatizar las mayores coberturas en todos los niveles de atención y en todos los grupos de edad, de acuerdo con los riesgos existentes en el país y la región.

Mujeres y niños con mejores niveles de salud e incremento de esperanza y calidad de vida

La atención a mujeres y niños ha sido un elemento prioritario en la política de salud en Costa Rica. En 1941, la tasa de mortalidad infantil fue de 123,5 por 1000 nacidos vivos (32,3 neonatal y 91,2 postneonatal); en el 2003, bajó a 10,10 (6,98 neonatal y 3,13 postneonatal)⁶⁸. Descensos destacados se han registrado también en la mortalidad de menores de cinco años y en escolares, con la introducción de vacunas; control de parasitosis intestinal, desnutrición, infecciones diarreicas y respiratorias agudas. La mortalidad materna presenta tasas en descenso hacia finales del siglo, donde se observa un estancamiento (3,8 por 10.000 nv). Las causas y riesgos de defunciones maternas e infantiles están bajo constante análisis desde 1997 y acción de programas de prevención (Programa Nacional para la reducción de la Mortalidad Infantil, Sistema Nacional de Evaluación de la Mortalidad Materna y Sistema Nacional de Análisis de la Mortalidad Infantil) en estos grupos de población. Las recomendaciones han permitido estructurar intervenciones con buenos resultados, y se espera reducir los índices, ya que la mayoría de causas son reducibles o evitables.

La atención creciente de embarazadas y del parto hospitalario son elementos destacados en todos los servicios de salud del país, incluyendo aquellos que tuvieron incrementos de demanda por migración. En el 2000, se registraron 21,2% de nacimientos en madres adolescentes y el parto hospitalario alcanzó a 96,2%. El fomento del período de lactancia materna, la inclusión de hierro y derivados en la dieta de embarazadas, la corrección oportuna de factores de riesgo, la atención integral de infecciones prevalentes en la infancia (diarreas, infecciones respiratorias agudas, parasitosis intestinal, enfermedades prevenibles por vacunación) fueron hechos destacados en la segunda mitad del siglo XX.

Otro factor importante fue la orientación en planificación familiar, con el propósito de lograr hogares capaces de satisfacer sus necesidades básicas y conducir el desarrollo integral de los grupos, con seguridad sexual y armonía familiar. En el 2002, se registró 96% de uso de anticonceptivos en mujeres en edad fértil⁶⁹.

La evolución de la esperanza de vida al nacer ha sido uno de los factores que señalan avances destacados en la mejoría de las condiciones de vida y de salud de madre e infantes. Las tasas de esperanza de vida en 1940 fueron 46,93 (46,06 en hombres y 47,85 en mujeres). En el 2004, se registró 78,4 (76,1 en hombres y 80,8 en mujeres). Como se ha mencionado en otros párrafos, la esperanza de vida en Costa Rica es una de las más altas en el nivel mundial; en América es la segunda, después de Canadá⁷⁰.

⁶⁸ Fuente: Estadísticas de Salud del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de Costa Rica (INEC)

⁶⁹ Ministerio de Salud, CCSS, OPS/OMS. Indicadores básicos 2003. Situación de salud en Costa Rica. Costa Rica. 2003

⁷⁰ OPS. Indicadores básicos. Situación de salud en las Américas. 2004



El análisis de los determinantes socioeconómicos y sanitarios del descenso de la mortalidad infantil en Costa Rica mostró que en la década de los años 70, la tasa de mortalidad infantil experimentó un gran cambio de 67 a 19 x 1000 nv. "La evidencia estadística disponible señala las intervenciones del sector salud como el principal determinante de la notable reducción de la mortalidad infantil, destacándose entre ellas las intervenciones de tipo primario: salud rural y comunitaria, vacunación, participación de la comunidad y saneamiento ambiental. La observación de los cantones del país sugiere que quizás las tres cuartas partes del descenso de la mortalidad se deben a los programas de salud, donde los de atención primaria tienen un aporte de alrededor de 40%. Estos últimos, más allá de su importancia cuantitativa, tuvieron un singular mérito cualitativo: atendieron preferentemente a las poblaciones menos privilegiadas y contribuyeron así a que se atenuaran los lacerantes contrastes que prevalecían en los riesgos de muerte de los niños..."⁷¹ .

Los desafíos más importantes están en mantener altos niveles de cobertura en el control prenatal, en la atención oportuna y eficiente del parto institucional, en las actividades de promoción y prevención de riesgos en el recién nacido, preescolar y escolares. El desarrollo en todos los niveles del programa de Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes en la Infancia (AIEPI) ha de constituir un factor preponderante en la mejoría constante de los indicadores de buena salud materna e infantil. En la atención de la mujer, ha de intensificarse la orientación en la prevención de los cánceres de mama y cuello uterino, los controles periódicos de Papanicolaou; y la promoción de estilos de vida que reduzcan los riesgos de enfermedades de transmisión sexual-VIH/SIDA. La lucha contra la violencia familiar constituye un reto que toda la sociedad deberá enfrentar con decisión.

Desarrollo de programas de alimentación y nutrición, salud oral, fluoración de sal doméstica

La desnutrición en Costa Rica tuvo altos niveles de morbilidad y mortalidad en el nivel nacional, vinculada a la pobreza y a procesos infecciosos y parasitarios, con predominio en áreas rurales y urbanas marginadas.

En las décadas de los 60 y 70 se dio énfasis a la creación y expansión de centros de nutrición y educación, en áreas de mayor vulnerabilidad, con la integración de estimulación temprana a niños, buenas prácticas alimentarias, incremento de la actividad física, educación en la producción y manejo de alimentos, participación comunitaria en guarderías, comedores y huertas escolares y fortificación de alimentos con vitamina A, yodo, hierro. Este conjunto integró acciones que lograron la reducción de la desnutrición grave y moderada, la cual constituyó una de las principales causas de consulta, hospitalización y defunción.

En la comparación de los resultados del estado nutricional de preescolares en las encuestas de 1982 y 1996, se aprecia una disminución de la desnutrición severa y moderada de 6,3% a 5,1%. Igualmente, la desnutrición leve disminuyó de 24,6% a 17,3%. El sobrepeso aumentó de 2,5% a 4,2%. La Encuesta Nacional de Nutrición de 1996 señaló 19,4% de la desnutrición en la zona rural y una mayor prevalencia del riesgo de obesidad en la metropolitana (20%). Es importante destacar la alta prevalencia de obesidad en las mujeres mayores de 20 años, en las que se encontró que el 45,9% del grupo de 20 a 44 años y 75% del grupo de 45 a 59 años presentaron algún grado de obesidad.

Los retos futuros están vinculados a incrementar la educación a la población en el fomento de la lactancia materna, la mejoría del manejo de la alimentación del niño durante la lactancia y el destete. Asimismo, debe intensificarse la orientación para promover el consumo de alimentos de alto valor nutritivo en los hogares y escuelas. La obesidad constituye un problema nutricional que requiere acciones preventivas, educativas y fomento de la actividad física, en todos los grupos de población.

⁷¹ Rosero Bixby, Luis. Determinantes socioeconómicos y sanitarios del descenso de la mortalidad infantil. Costa Rica, 1985.



Avances destacados se lograron con los Programas de Salud Bucodental y Fluoración de la Sal doméstica, con alcance nacional y énfasis en áreas rurales y urbano-marginales, lo que ha determinado una acentuada mejoría de los índices de salud oral, con reducción del porcentaje de piezas dentarias cariadas, perdidas y obturadas (CPOD), y mejor capacidad de utilización de alimentos y armonía corporal. Se pasó de un CPOD de 9,1 en 1984 a 4,8 en 1996 en los escolares de 12 años. El Programa de Salud Oral Escolar del Ministerio de Salud contribuyó en la implantación de la fluoración de la sal doméstica y en actividades educativas y preventivas, con énfasis en las escuelas de áreas rurales. En el futuro, será necesario incrementar las medidas preventivas mediante el control de la placa bacteriana y uso de cepillo, crema e hilo dental. Las visitas para control periódico deben ser prioritarias en todos los grupos de población.

Desarrollo de programas de salud ambiental

Las acciones de salud ambiental, sobre todo, en la segunda mitad del Siglo XX, estuvieron orientadas a proporcionar agua segura, eliminación sanitaria de desechos sólidos y líquidos; vivienda saludable que permitiera el desarrollo familiar y la interacción comunitaria y prevención de la intoxicación por plaguicidas.

Los avances en salud ambiental han sido muy importantes. Los principales problemas en morbilidad y mortalidad estuvieron vinculados a insuficiente cobertura de agua segura, eliminación inadecuada de excretas y basuras, uso indiscriminado de plaguicidas. La cobertura, al final del siglo, alcanzó, en servicios de agua, a 95,0 % (99,6% urbana - 91,5% rural). La población con acceso a servicios de eliminación de excretas es de 96,3% (98,0% urbana - 94,8 rural)⁷². La disposición de desechos sólidos ha mejorado en cobertura, aunque persiste el problema en barrios marginales y poblaciones de mediana densidad. El parque automotor aumentó en las últimas décadas (6,2 personas por vehículo), lo que ha incrementado la contaminación atmosférica en la Gran Área Metropolitana y los centros más poblados. El uso intensivo de plaguicidas (4 a 5 veces el promedio de países desarrollados) provoca intoxicaciones en niveles inadecuados. Asimismo, la contaminación de ríos, lagos, playas, conforma un problema sanitario que está siendo atendido con la coordinación de acciones de varios ministerios e instituciones relacionadas con la protección ambiental y la biodiversidad.

La coordinación de programas del Ministerio de Salud con el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (AyA), el Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS), el Ministerio de Agricultura y Ganadería (MAG) y las municipalidades, constituye un hecho destacado desde la década de los 70. Acciones importantes se implementaron para favorecer la salud integral de la población y el turismo, mediante el control de playas, ríos, lagos, áreas ecológicas protegidas, sitios de alojamiento y esparcimiento. Asimismo, con el apoyo de OPS, se han desarrollado programas de cantones, escuelas y lugares de trabajo saludables, impulsando acciones integrales de promoción y prevención de la salud.

Costa Rica ha realizado un meritorio esfuerzo en la preservación de la biodiversidad, los parques nacionales como áreas protegidas y el turismo, para contribuir al mantenimiento de las zonas de recreación, la investigación y la mejoría del ambiente.

El análisis global de la salud ambiental pone en evidencia que los desafíos para el nuevo siglo son de gran magnitud económica. El mantenimiento, sustitución e incremento de servicios de agua potable; la eliminación sanitaria de desechos; los controles de contaminación ambiental y de fuentes y cursos de agua; el uso racional de plaguicidas; el control de radiaciones en la expansión de la energía eléctrica y los diagnósticos y tratamientos en servicios de salud, constituyen retos que el sistema de salud y los entes

⁷² Ministerio de Salud, CCSS, OPS/OMS. Indicadores básicos 2002. Situación de salud en Costa Rica. Costa Rica. 2002



estatales responsables de la protección ambiental han analizado y están procurando la asignación de recursos financieros y técnicos para reducir, controlar y prevenir los problemas ambientales. La cooperación internacional ha sido amplia y de buen nivel técnico. Frente a los desafíos del presente, se requiere intensificación de los aportes financieros y tecnológicos, de acuerdo con las prioridades nacionales.

El Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillado ha formulado programas para cerrar la brecha en la dotación de agua potable y eliminación sanitaria de excretas en todo el país, tanto en lo que es responsabilidad directa de la institución, como en la vigilancia de la calidad del agua a cargo de municipalidades y otros entes comunitarios. El AyA dispone de recursos humanos calificados y está en proceso el desarrollo tecnológico de vigilancia de cuencas hidrográficas, contaminación de cuerpos y cursos de agua, playas y zonas de esparcimiento y turismo. La gestión de recursos internacionales ha sido favorable y se esperan aportes significativos en el futuro inmediato.

Participación de la comunidad en el desarrollo integral

La participación de la comunidad en el desarrollo de los sistemas de salud es un principio fundamental de la estrategia de Salud para Todos, ya que está basada en la estrecha relación que debe existir en los grupos humanos. El mantener y estimular la participación ciudadana ha de ser tarea permanente.

En la década de los años 70, se impulsó de manera destacada este aporte, con el apoyo de la Dirección Nacional de Desarrollo de la Comunidad (DINADECO) que actuó en el nivel de las áreas de salud rural y centros de salud, no sólo apoyando el análisis de situación del desarrollo, sino en tareas de capacitación, formación de grupos de diversos sectores públicos y privados para apertura y mejoría de caminos, vivienda, abastecimiento de agua, perforación de pozos, instalación de letrinas, huertas escolares y comunales, jornadas de vacunación, manejo de enfermedades crónicas, control y producción local de alimentos, control de embarazadas y niños preescolares, mejoría de escuelas en áreas dispersas, atención continua en comedores escolares y comunitarios y una serie de acciones orientadas a la extensión de servicios que hicieron posible la salud y el desarrollo.

Las asociaciones de desarrollo comunitario tuvieron una destacada participación en trabajos conjuntos con los servicios de salud, educación, mejoría de caminos y comunicaciones, vivienda, salud ambiental, comedores y huertos escolares, conservación ecológica y sostenibilidad de los procesos de desarrollo social, económico y político. El Programa de Salud Rural del Ministerio de Salud tuvo gran participación en la movilización y capacitación de líderes comunitarios, con el propósito de generar acciones para el desarrollo de las poblaciones de menores recursos. El análisis de situación de salud, la determinación de prioridades y acciones sanitarias y de otros sectores, el seguimiento y evaluación anual de las actividades realizadas, constituyeron la esencia de la participación comunitaria.

En esa década, DINADECO tuvo una destacada actuación en la capacitación de líderes comunitarios y en el trabajo de campo conjunto con instituciones nacionales, Organizaciones no Gubernamentales y autoridades locales.

Otra destacada actuación en el desarrollo y participación comunitaria han tenido el Instituto Mixto de Asistencia Social (IMAS) y el Instituto Nacional de Aprendizaje (INA). En el nivel rural y barrios marginales de las ciudades, ambas instituciones han prestado apoyo destacado en la lucha contra la pobreza, mediante programas de capacitación de técnicos y el desarrollo de programas de demostración y creación de pequeñas empresas comunitarias y familiares. El apoyo alimentario a grupos y centros infantiles y



comedores escolares, en situación normal y en situaciones de desastre, ha constituido, junto con la salud y la educación, la base de las intervenciones de estas instituciones de apoyo popular. La participación de la población en todo el proceso fue muy amplia. Las Asociaciones de Desarrollo Comunal se multiplicaron en todo el país, incorporando a la salud como eje básico de las acciones orientadas a mejorar las condiciones individuales y colectivas, con participación de los diferentes sectores públicos y privados. El esfuerzo se concentró en integrar los Comités específicos de alguna área de interés local o de algunos miembros de la comunidad, en Asociaciones que establecían análisis de los problemas para definir programas de acción prioritarios, que definían qué hacer, con quiénes ejecutar, con qué recursos y los tiempos necesarios para lograr resultados.

Una de las acciones más importantes en el Programa de Salud Rural (PSR) eran las reuniones comunitarias, para el análisis de los datos que proporcionaba la evaluación por indicadores trazados: defunciones maternas e infantiles, diarreas, malaria, infecciones respiratorias, casos de enfermedades inmunoprevenibles, desnutrición severa, contaminación de fuentes de agua y otros problemas para los que el PSR programaba y ejecutaba intervenciones específicas. Representantes de los comités de desarrollo comunitario participaban activamente en el análisis exhaustivo de los trazadores y en la fijación de soluciones y de nuevas estrategias si eran necesarias. Estas reuniones constituyeron acciones que concitaban el interés de funcionarios de salud, autoridades y representantes comunitarios y locales; y fueron siempre una importante expresión de participación comunitaria. Los compromisos de solución o superación de problemas constituían sólidos elementos de apoyo para la meta global de hacer cada vez mejores esfuerzos en beneficio de todos.

En los años 70, los municipios otorgaron prioridad a los programas de salud brindando apoyo al desarrollo y mantenimiento de establecimientos de atención, mejoría de los sistemas de abastecimiento de agua y eliminación de desechos líquidos y sólidos, inspección y vigilancia de los centros de producción y consumo de alimentos, deportes, recreación, apertura y mejoría de carreteras, turismo, vivienda, asentamientos humanos, apoyo a medidas de prevención y control de enfermedades. En los presupuestos municipales se dispone de fondos específicos para las acciones de salud, en coordinación con las regiones y áreas sanitarias del Ministerio de Salud y CCSS.

Desarrollo de recursos humanos en ciencias de la salud

Los servicios de salud reciben el apoyo de personal de todas las áreas de ciencias de la salud y desarrollo social. La Universidad de Costa Rica (UCR) ha tenido un papel destacado en el desarrollo de recursos humanos profesionales y técnicos, que eran formados en su mayoría en otros países hasta mediados del siglo XX. La creación de facultades y escuelas tuvo preferencia para apoyar el desarrollo sanitario con personal preparado para atender las necesidades nacionales, bajo la dirección de CCSS y Ministerio de Salud, quienes buscaron la universalización y el cambio de las modalidades de la atención, expandiendo servicios a todas las regiones. Las inversiones fueron altas en la formación de especialistas y técnicos. La adaptación de los recursos humanos a los diversos programas fue un desafío que tuvo respuesta con la creación de facultades y escuelas de otras universidades públicas y centros de investigación (Inciensa, Instituto Nacional de Investigación en Salud/INISA, otros).

La OPS/OMS, además de consultorías y apoyo financiero específicos, colaboró ampliamente con el Programa de Adiestramiento en Salud para Centroamérica y Panamá (PASCAP), el Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá (INCAP), el Programa Subregional de Mujer, Salud y Desarrollo y el apoyo de las diversas consultorías y recursos financieros de la Representación en Costa Rica, centros especializados y



de nivel regional, en áreas como salud maternoinfantil, promoción de la salud, ingeniería sanitaria, desarrollo de servicios de salud, control y prevención de desastres, epidemiología de enfermedades transmisibles y no transmisibles, salud mental, Programa Ampliado de Inmunizaciones, compra de vacunas y medicamentos, Programa de Libros de Texto (PALTEX), y varios otros campos de apoyo al desarrollo de recursos humanos.

La CCSS creó en 1974, el Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISS) "Dr. Guido Miranda Gutiérrez" y en 1983, la Biblioteca Nacional de Salud y Seguridad Social (BINASSS) que han contribuido de manera destacada en la formación de personal de los servicios.

El análisis de las Funciones Esenciales de Salud Pública (2001), ha revelado que el desarrollo de recursos humanos en salud tiene actualmente un bajo nivel, y que se requieren acciones urgentes para lograr cambios trascendentales en el número, calidad, modelos de capacitación continuada, trabajo de equipo, introducción y manejo de tecnologías que sean capaces de dar respuesta a las necesidades del sistema de salud y de la población costarricense. Nuevos desafíos aparecen con una oferta creciente de profesionales y las necesidades del nuevo perfil demográfico y epidemiológico.

Los responsables de la salud, desde los niveles primarios a los de máxima complejidad, requieren profesionales y técnicos de áreas sociales, económicas, de comunicación, de orientación psicológica, informática, administración y alta gerencia. Los procesos de educación a distancia, de control de la calidad profesional, de la garantía ética del acto sanitario, de la introducción de nuevas tecnologías de registro, información y telecomunicación, son otros elementos que se suman al desafío de la salud. Los colegios profesionales en salud han iniciado acciones para garantizar la idoneidad y cantidad de profesionales y técnicos ante el incremento acentuado de universidades y centros privados nacionales y el ingreso de personal formado en universidades de países vinculados a Costa Rica por diversos tratados migratorios.

Participación de organismos internacionales en salud y desarrollo

La cooperación externa, técnica y financiera ha prestado importante apoyo al desarrollo de la salud en Costa Rica a lo largo del siglo XX. En párrafos anteriores, se ha descrito la intensidad y forma de participación. Los organismos que tuvieron mayor y continua participación fueron: Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS): dentro del proceso continuo de cooperación, desde hace 100 años, ha facilitado asistencia técnica en las áreas de mayor relevancia en salud. Se crearon programas y fondos rotatorios para compra de vacunas, medicamentos, equipo y material médico, apoyo a la capacitación de personal profesional y auxiliar, producción de guías y manuales de atención y material educativo para capacitación de personal técnico. En proyectos específicos se proporcionaron recursos especiales y se coordinó el gasto conjunto con otras agencias del Sistema de Naciones Unidas, de la comunidad internacional y de la cooperación interpaíses. En otros capítulos se ha descrito el papel de OPS en la búsqueda de la paz, en el desarrollo de programas conjuntos con otros países, en la canalización de apoyo financiero internacional, en apoyo constante a los esfuerzos nacionales.

Algunos autores han mencionado que la OPS estuvo opuesta a la universalización de la seguridad social en algún momento del proceso. Basta saber que, en todo instante, la cooperación no sólo no se redujo sino que se amplió de manera constante y que el ejemplo de Costa Rica fue apoyado y divulgado en todos los foros y países, por la OPS y las agencias que confiaron plenamente en el liderazgo de la Organización y en su capacidad para fomentar el análisis, el diálogo, y las decisiones que hicieran posibles las prioridades nacionales. Los organismos internacionales tienen mandatos definidos de búsqueda de consenso y apoyo permanente en las estrategias que proporcionen los mejores resultados. Observaciones



a algunos planteamientos de universalización de la seguridad social y la atención integral a todos los habitantes motivaron discusiones y búsqueda de soluciones a corto y largo plazo. La OPS/OMS contribuyó a generar consenso y brindó el mayor aporte técnico y financiero. Su contribución en la concepción, desarrollo y consolidación en Costa Rica de APS / SPT ha merecido amplio reconocimiento en todos los foros de salud en los niveles nacional e internacional.

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF): en el Programa de Salud Rural y Comunitaria facilitó equipo clínico para puestos de salud, refrigeradoras, bicicletas, motocicletas, vehículos de doble tracción, motores fuera de borda, lanchas, y apoyo financiero para la formación de Asistentes de Salud Rural y de Promotores de Salud. Asimismo, apoyó todas las acciones que permitieran el desarrollo de los niños y sus grupos familiares.

La Agencia para el Desarrollo Internacional (AID): fondos para construcción de locales para Puestos de Salud, centros de educación y nutrición, y para la capacitación de auxiliares de enfermería.

CARE: fondos para construcción de locales y bombas para extracción de agua en comunidades rurales.

Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD): recursos para apoyar la cooperación de la OPS/OMS en salud ambiental y viviendas en áreas marginadas.

Los logros mencionados, en acciones conjuntas, con múltiples instituciones nacionales e internacionales, tuvieron siempre el apoyo de la OPS/OMS, que no sólo movilizó sus recursos de programación anual, sino que actuó como enlace entre las instituciones costarricenses del sistema de salud y los organismos de cooperación de diversos países (Estados Unidos de América, Canadá, España, Suecia, Japón, y otros); Organizaciones no Gubernamentales; Agencias del Sistema de Naciones Unidas (UNICEF, PNUD, FAO, UNESCO, OIT, PNUMA y otras); del Sistema Interamericano (OEA) y de Integración Centroamericana (BCIE, SICA); y los entes financieros como el Banco Mundial (BM), Fondo Monetario Internacional (FMI), Banco Interamericano de Desarrollo (BID).

La cooperación internacional ha de mantenerse en áreas prioritarias de las entidades del sistema de salud, consolidando los avances logrados; enfrentando los nuevos retos demográficos, económicos y sociales; y haciendo posible el trabajo con otros sectores del desarrollo nacional para lograr armonía, calidad y permanencia de los cambios. Los responsables de la conducción y desarrollo del sector salud costarricense tienen la capacidad y la autoridad para coordinar la cooperación externa y facilitar alianzas que hagan sostenible el desarrollo humano, con equidad y respeto a los derechos de toda la población.

Participación en el desarrollo sanitario y la pacificación de Centroamérica

La Alianza Centroamericana para el Desarrollo Sostenible (ALIDES) afirma que Centroamérica tiene como principal desafío su consolidación como una región de paz, libertad, democracia y desarrollo. Ello implica constituir una comunidad pluralista de seguridad humana, basada en el crecimiento económico, la equidad social, la sostenibilidad ambiental y robustos lazos de cooperación centroamericana.

Los pueblos tienen una extraordinaria capacidad para hacer frente a todas las adversidades, de construir su propio destino, y salir siempre renovados de las circunstancias más difíciles. Basta recordar las crisis políticas, económicas y sociales que se vivieron en Centroamérica, donde dominó la intolerancia a las ideas ajenas, donde el diálogo no tenía lugar, donde la iniquidad creó la mayor exclusión social, donde



casi no había lugar para la esperanza. En medio de esta crisis, los trabajadores de la salud unieron esfuerzos para tender puentes de paz y de solidaridad y apostaron todo a la concordia y la tolerancia y surgieron los días de tregua para vacunación, y los días de trabajo en las fronteras, y las conferencias y las reuniones para intercambiar, a la par de los conocimientos, los vínculos de fraternidad, de solidaridad renovada y el ansia de una región donde todos participaran en la construcción del futuro.

El sector salud centroamericano realiza reuniones anuales (RESSCAD), para analizar los problemas y los niveles de desarrollo sanitario, procurando establecer proyectos que logren beneficios para la región. Costa Rica estuvo presente en los procesos de búsqueda de la armonía social y el respeto a las diferencias políticas y sociales, con un apoyo destacado al Plan La Salud un Puente para la Paz.

La emergencia de enfermedades como el cólera, en 1991, y el incremento de la malaria, el dengue, la tuberculosis, las diarreas agudas por contaminación de aguas y alimentos; así como los desastres naturales, constituyeron un desafío para la región centroamericana que integró grupos técnicos, con el apoyo de OPS/OMS y otras agencias de cooperación, para controlar los brotes epidémicos, el incremento de la morbilidad y mortalidad, y la reducción de la producción nacional. Las enfermedades emergentes conforman grandes desafíos para el nuevo siglo, no sólo porque persisten pese a los esfuerzos realizados, sino que se ha agregado la introducción de hantavirus y el incremento de leptospirosis en áreas de desarrollo agrario. El incremento de casos en EE.UU, y Canadá y las características epidemiológicas del Virus del Nilo Occidental constituyen un riesgo que obliga a la vigilancia permanente de aves migratorias, importación de casos y lugares más probables de desarrollo de este tipo de enfermedades. Los problemas emergentes recientes del Síndrome Agudo Respiratorio Severo (SARS) y la Influenza aviar constituyen nuevos retos sanitarios que requieren acciones de inteligencia epidemiológica que permitan análisis y decisiones oportunas.

Costa Rica, en el último tercio del siglo XX, participó en el desarrollo de los procesos de planificación en salud, ampliación de la cobertura de los servicios de la seguridad social en Centroamérica, incremento de acciones de prevención, control y vigilancia de enfermedades transmisibles, mejoría de la salud ambiental, participación de la población en la gestión de los servicios. El apoyo al programa de Salud para Todos fue permanente, desde su gestación con OMS hasta la ejecución de acciones conjuntas con todos los países centroamericanos y República Dominicana. Al finalizar el siglo, Costa Rica había rebasado las metas que se formularon en Alma-Ata, replanteando la Renovación de Salud para Todos en el siglo XXI, con la universalización de la atención primaria, la reforma de los servicios de atención a las personas y al ambiente, la participación de las comunidades en la solución de los problemas sanitarios, los factores de riesgo y los que mantienen niveles altos de pobreza, por la insatisfacción de necesidades básicas, y que se han constituido en fuertes barreras para el desarrollo.

Atención primaria y renovación de Salud para Todos

En los últimos años, dentro del proceso llamado Reforma de la Salud, se ha profundizado la renovación del compromiso de "Salud para Todos" lanzada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y los países miembros, a finales de los 70, a la luz de los cambios globales que están afectando e incidiendo en la salud de las personas, los sistemas de salud y las modalidades de la cooperación técnica. Se ha reafirmado el compromiso de alcanzar un mundo donde la salud sea patrimonio de todos. Para esto, se requiere enfoques innovadores, liderazgo y adecuación de la estrategia a los nuevos desafíos y a la visión de escenarios alternativos que reduzcan la incertidumbre y hagan posible la universalización del acceso a servicios de salud de calidad.



Los logros en salud en el Siglo XX permitieron avances notables que transformaron el perfil de la salud-enfermedad en Costa Rica, determinando, a su vez, una serie de desafíos para concluir esfuerzos, mantener acciones eficaces, incrementar la inversión en salud, introducir cambios necesarios en el enfoque tecnológico y otros elementos que se destacan como parte de las prioridades del quehacer costarricense en la búsqueda del desarrollo nacional, entendido como la armonía con la naturaleza, el respeto de los derechos humanos, la ausencia de fuerzas armadas, el proceso educativo y sanitario universal, con alto grado de equidad y de responsabilidad del Estado y de la sociedad nacional. La salud y la educación han sido y seguirán siendo el sustento básico de la democracia, el respeto a los derechos humanos y la reducción permanente de la iniquidad económica y social.

Para hacer posible la Salud para Todos no sólo es necesario reiterar la decisión de la universalización del acceso a los servicios de salud, sino consolidar la participación de todos. Desde los más altos niveles de conducción, deben establecerse prioridades para la inversión en salud. Los líderes y representantes de la opinión pública, partidos políticos, representantes de cuerpos legislativos, asociaciones profesionales, universidades, medios de comunicación colectiva, grupos religiosos y empresarios, deben participar activamente en los procesos de consolidación de salud integral, reducción de la iniquidad social y apoyo permanente al Sistema de Salud.

Desafíos en el Siglo XXI

Desafíos del Sistema de Salud de Costa Rica

Nuevo perfil de salud – nuevas estrategias integrales

Los principios de la atención primaria de salud han evolucionado y seguirán haciéndolo a medida que surjan nuevos enfoques económicos, políticos y sociales. Esto hace necesario el compromiso de revisión constante de los principios y estrategias, adaptándolos a las necesidades nacionales y regionales, las transiciones y polarizaciones demográficas y epidemiológicas que plantean siempre nuevos desafíos y nuevos enfoques con tecnologías basadas en la evidencia y en la capacidad de acción de quienes dirigen la salud en nuestros países.

La Iniciativa de Salud de Centroamérica (ISCA) concluyó sus operaciones en diciembre de 2001. La XVII RESSCAD (Managua) estableció una Agenda de Salud para la Primera Década del Siglo XXI, con ocho líneas estratégicas:

1. Reforma del Sector Salud: fortalecer la infraestructura, las funciones esenciales y la práctica de la salud pública; fortalecer la función rectora de las autoridades sanitarias; ampliar la protección social en el campo de la salud y lograr la equidad en el acceso universal a los servicios; reorientar los sistemas y servicios de salud con criterios de promoción de la salud y prevención de las enfermedades; mejorar la calidad de la atención; formar y desarrollar los recursos humanos para sustentar los cambios propuestos; asegurar mecanismos de financiamiento y de asignación de recursos que sean eficientes y solidarios; impulsar la participación y el control social en la gestión.
2. programa de inmunizaciones,
3. agua, saneamiento y ambiente,
4. disminución de la vulnerabilidad en casos de desastres,
5. enfermedades emergentes y reemergentes,



6. seguridad alimentaria y nutricional,
7. violencia como problema de salud pública y
8. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

Las Reuniones del Sector Salud de San José (2002), Ciudad de Panamá (2003) y Santo Domingo (2004) han reiterado el compromiso de consolidar la Agenda Decenal de Salud, aprobando estrategias y acuerdos que faciliten el proceso y movilización de la Comunidad Nacional e Internacional en el apoyo político, financiero e intersectorial, para lograr los resultados y promover un acceso equitativo a la asistencia sanitaria.

El desarrollo de la estrategia de APS debe estar vinculada con el desempeño de las funciones esenciales de salud pública (FESP), tanto en la rectoría de los sistemas como en la entrega de servicios a la población, con el propósito de garantizar continuo análisis y evaluación de la situación; participación de los ciudadanos; adecuada vigilancia, investigación y control de riesgos; promoción de la salud; desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión; capacidad institucional de regulación y fiscalización de acciones; evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios; desarrollo de recursos humanos eficientes, en capacitación continua; garantía de calidad de servicios individuales y colectivos; investigación en salud; y reducción del impacto de emergencia y desastres.

Política Nacional de Salud 2002 – 2006

La formulación de la Política y la Agenda Sanitaria de Costa Rica del período 2002 – 2006 se fundamenta en principios orientadores y ejes transversales para que se consolide la vocación democrática, innovadora y progresista en el campo de la salud pública, en un contexto globalizado y que permita mejorar con equidad y calidad la atención integral de la salud, manteniendo los éxitos alcanzados y buscando consolidar el espíritu visionario que conduzca a la reducción de las brechas sociales y al sostenimiento del sistema de salud costarricense⁷³.

Los principios orientadores son: equidad, universalidad, solidaridad, ética, calidad e inclusión social

Los ejes transversales son: enfoque de género, enfoque de derechos y participación social

Políticas y estrategias por ámbito:

Ámbito 1: Fortalecimiento y consolidación del Sistema de Salud

- Fortalecimiento de las instituciones del Sector
- Coordinación intra e intersectorial
- Legislación
- Vigilancia de la salud
- Investigación y desarrollo tecnológico
- Inversión, financiamiento y gasto
- Recursos humanos

Ámbito 2: Equidad – Universalidad – Acceso y Calidad de las acciones en salud

- Fortalecimiento de la atención primaria
- Derecho a la salud en grupos prioritarios: niñez y adolescencia, personas con discapacidad, adultos mayores, población indígena e indígena migrante, población migrante
- Atención integral de las enfermedades no transmisibles, con énfasis en cardiovasculares y cáncer
- Salud mental

⁷³ Ministerio de Salud de Costa Rica. Política Nacional de Salud 2002-2006. Costa Rica, 2002



- Violencia social e intrafamiliar
- Salud y derechos sexuales reproductivos
- Acceso y calidad de los servicios de salud

Ámbito 3: Recreación y Promoción de la Salud

- Políticas públicas saludables y participación social
- Fomento de estilos de vida saludables
- Seguridad alimentaria nutricional

Ámbito 4: Salud Ambiental y Desastres

- Manejo sanitario de desechos
- Control de los contaminantes peligrosos
- Protección del recurso hídrico
- Mejoramiento del alcantarillado sanitario
- Desastres

El proceso de elaboración de la Política Nacional de Salud contó con la amplia participación de representantes de las instituciones del sector (Ministerio de Salud, Caja Costarricense de Seguro Social, Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillado, Instituto Nacional de Seguros, IAFA, INCIENSA, Instituto del Deporte) así como de otros sectores (Defensoría de los Habitantes, Consejo Nacional de Rehabilitación, colegios profesionales, universidades, municipalidades, representantes de la comunidad y otros), que permitieron definir las acciones y estrategias por seguir.

Agenda Sanitaria Concertada: los diez compromisos del sector salud

Las instituciones del Sector Salud han planteado para el período 2002-2006 una Agenda Sanitaria con el propósito de que constituya un plan de trabajo claro, concreto, coherente y proactivo y, sobre todo, que responda al verdadero sentir de la sociedad costarricense. Se identificaron diez compromisos que responden a los siguientes seis retos nacionales en salud pública: mantener y mejorar los logros sanitarios alcanzados, mejorar la esperanza de vida con calidad, disminuir iniquidades, mejorar la cobertura y calidad de la atención de salud, mejorar la calidad de vida en ciudad y la reducción de la vulnerabilidad de los desastres⁷⁴.

Compromisos:

1. Fortalecer y mejorar las intervenciones orientadas a sostener o incrementar los logros en: mortalidad infantil, mortalidad materna, enfermedades transmisibles y carencias nutricionales.
2. Promover la construcción de una cultura de salud con énfasis en promoción de la salud y el fomento de estilos de vida saludables individuales y colectivos.
3. Prevenir y atender las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo.
4. Promover y atender la salud mental en forma integral, con énfasis en la violencia social.
5. Mejorar la equidad, acceso, calidad y ética de servicios de salud con énfasis en la atención primaria.
6. Mejorar la salud ambiental con énfasis en el saneamiento básico y el manejo integrado del recurso hídrico.
7. Fomentar acciones orientadas a la reducción de la vulnerabilidad ante los desastres.
8. Consolidar la estructura y funcionamiento del sector salud.
9. Modular la inversión, el gasto y el financiamiento en coherencia con las políticas y las prioridades del sector salud.
10. Consolidar el Sistema Nacional de la Vigilancia de la Salud.

⁷⁴ Ministerio de Salud de Costa Rica. Agenda Sanitaria Concertada – los diez compromisos del sector – 2002-2006. Costa Rica, 2002



El Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social tienen la responsabilidad de conducir y ejecutar los procesos necesarios para hacer realidad los compromisos enunciados. Los programas integrales de servicios y la coordinación con otras instituciones y sectores públicos y privados están en marcha.

En Costa Rica, la renovación de la estrategia de atención primaria de salud ha de mantenerse en la concepción política de promotora y sustentadora del desarrollo de políticas de equidad y universalidad en salud y, en la práctica, transformada en la base fundamental del desarrollo de los sistemas de servicios que garantiza salud para todos, con énfasis en la promoción, control y prevención, atención oportuna y eficiente de enfermedades y la limitación de la discapacidad.

Desafíos al proceso de desarrollo humano sostenible

Objetivos de Desarrollo en el Milenio Siglo XXI

En septiembre de 2000, representantes de 189 países se reunieron en la sede las Naciones Unidas en Nueva York y aprobaron la Declaración del Milenio, indicando los principios y valores que deberían regir las relaciones internacionales en el Siglo XXI: la paz, la seguridad y el desarme, el desarrollo y la erradicación de la pobreza, la protección del entorno común, los derechos humanos, la democracia y el buen gobierno, la protección de las personas vulnerables. Los Objetivos de Desarrollo en el Milenio (ODM) "sitúan la salud en el corazón del desarrollo y representan una serie de compromisos contraídos por gobiernos del mundo entero para contribuir con mayor decisión a reducir la pobreza y el hambre y dar respuesta a problemas como la mala salud, las desigualdades por razón de sexo, la falta de educación, el acceso a agua salubre y la degradación ambiental"⁷⁵.

Los Objetivos del Desarrollo del Milenio se relacionan con la declaración referente al desarrollo y a la erradicación de la pobreza y se desprenden de los múltiples compromisos que los integrantes de las Naciones Unidas han formulado en los últimos años. Tres de los ocho objetivos de Desarrollo, ocho de las 18 metas y 18 de los 48 indicadores están directamente relacionados con la salud. Los países, en las asambleas de la OMS y la OPS han reiterado este compromiso y han iniciado las acciones correspondientes para desarrollar las estrategias y programas que sean necesarios para alcanzar los objetivos en el más breve plazo.

Costa Rica tiene avances sustantivos en los Objetivos del Milenio y ha de cumplir con los compromisos que tiene en actual desarrollo con alto apoyo político y social. La acción conjunta con otros países de la región forma parte de la agenda de salud para la década y el aporte de Costa Rica tendrá siempre gran sentido de solidaridad y de estímulo para que el país, dentro de la democracia y la participación comunitaria, sea capaz de cumplir con los objetivos del milenio y asegurar el desarrollo sostenible.

En diferentes eventos se ha reiterado que el enfoque es global, que el cumplimiento de todos los objetivos es fundamental para alcanzar un mejor futuro. La salud requiere acciones de múltiples sectores, así como los sistemas de salud han de contribuir de manera trascendente en garantizar que la población ha de participar con plenitud de capacidad física, social y mental en su desarrollo, de manera sostenible y con claro sentido de responsabilidad y de trabajo conjunto. El desarrollo pleno de la atención primaria de salud tiene que constituir el eje central del esfuerzo en este compromiso global.

El cuadro siguiente presenta los objetivos, metas y los indicadores de los ODM en salud. Entre paréntesis y en cursiva-negrita, se presentan las cifras alcanzadas por Costa Rica en el cumplimiento de las metas durante el 2002-2003, igualmente, se incluyen las metas del país.

⁷⁵ OPS/OMS. Objetivos de Desarrollo del Milenio y Metas de Salud. 2004



<i>Objetivos del Desarrollo del Milenio relacionados con la Salud</i>	
Objetivos y Metas	Indicadores
Objetivo 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre	
<p>Meta 2: Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015 el porcentaje de personas que padezcan de hambre</p> <p>Meta 2 país : al año 2015, haber reducido a menos de 16% el porcentaje de hogares en situación de pobreza, tanto en el nivel nacional como en los diferentes niveles subnacionales.</p>	<p>4. Porcentaje de niños menores de 5 años con insuficiencia ponderal.</p> <p>5. Porcentaje de la población por debajo del nivel mínimo de consumo de energía alimentaria</p>
Objetivo 4: Reducir la mortalidad en los niños menores de cinco años	
<p>Meta 5: Reducir en dos terceras partes la mortalidad de los niños menores de 5 años</p> <p>Meta 5 país : que para el año 2015, el valor máximo de la tasa de mortalidad de niños menores de 5 años, tanto en el nivel nacional como en los diferentes niveles subnacionales, sea de 2 por mil.</p> <p>Meta 5b : que para el año 2015, el valor máximo de la tasa de mortalidad infantil, tanto en el nivel nacional como en los diferentes niveles subnacionales, sea de 9 por mil nacidos vivos.</p> <p>Meta 5c: que para el año 2005, la cobertura de la vacunación contra el sarampión y la haemophilus influenzae alcance, de manera sostenida, al menos a 95% de los niños menores de un año, tanto en el nivel nacional como en los diferentes niveles subnacionales.</p>	<p>13. Tasa de mortalidad niños menores de 5 años</p> <p>14. Tasa de mortalidad infantil (10,1 x 1,000 NV – 2003)</p> <p>15. Porcentaje de niños de un año vacunados contra sarampión (93,6% - 0 defunciones – 2002)</p>
Objetivo 5: Mejorar la Salud Materna	
<p>Meta 6: Reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes</p> <p>Meta 6a país : que para el año 2015 el valor máximo de la tasa de mortalidad materna, tanto en el nivel nacional como en los diferentes niveles subnacionales, sea de 2 por diez mil nacidos vivos.</p> <p>Meta 6b país : que para el año 2015: 97% de los partos sean hospitalarios; se logre captar a 75% de las mujeres durante el primer trimestre de gestación; y que el porcentaje de embarazadas con atención prenatal completa sea de 75%.</p>	<p>16. Tasa de mortalidad materna (3,8 x 10,000 NV – 2002)</p> <p>17. Porcentaje de partos con asistencia de personal sanitario especializado. (97,5 % - 2002)</p>



<p>Objetivo 6: Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades</p>	
<p>Meta 7: Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA</p> <p>Meta 7 país : reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA.</p>	<p>18. Prevalencia del VIH entre gestantes de 15 a 24 años</p> <p>19. Tasa de uso de preservativos en la tasa de uso de anticonceptivo <i>(96,0% mujeres, todo método)</i></p> <p>20. Número de niños huérfanos por causa del VIH/SIDA</p>
<p>Meta 8: Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia del paludismo y de otras enfermedades graves</p> <p>Meta 8a país : a partir del año 2004, reducir la incidencia de la malaria en un 10% anual y mantener en 0 la mortalidad por malaria.</p> <p>Meta 8b país : a partir del año 2006, reducir la incidencia de la tuberculosis en 8% anual y la mortalidad por tuberculosis en 2% anual.</p> <p>Meta 8 c país : a partir del año 2004, reducir la incidencia del dengue en 10% anual y mantener en cero la mortalidad por dengue hemorrágico.</p>	<p>21. Prevalencia y tasas de mortalidad por malaria <i>(0,75 casos x 1,000 hab. – 0 defunciones – 2002)</i></p> <p>22. Proporción de población zonas de riesgo de malaria que aplica medidas eficaces de prevención y control de la malaria</p> <p>23. Prevalencia y tasas de mortalidad por Tuberculosis <i>(15,85 casos x 100,000 hab – 2002)</i></p> <p>24. Proporción de casos de tuberculosis detectados y curados con el tratamiento breve bajo observación (DOTS)</p>
<p>Objetivo 7: garantizar la sostenibilidad del medio ambiente</p>	
<p>Meta 9: Incorporar los principios de desarrollo sostenible en las políticas y los programas nacionales e invertir la pérdida de recursos del medio ambiente</p> <p>Meta 9a país: incorporar los principios del desarrollo sostenible en las políticas y los programas nacionales.</p> <p>Meta 9b país: revertir la pérdida y degradación de los recursos del medio ambiente.</p>	<p>28. Emisiones de dióxido de carbono (per cápita)</p>



<p>Meta 10: Reducir a la mitad, para el año 2015, el porcentaje de personas que carezcan de acceso sostenible a agua potable y a servicios básicos de saneamiento.</p> <p>Meta 10a país : que para el año 2015, el 98,7% de la población disponga agua para consumo humano y que a partir del año 2006 al menos 88% de la población tenga acceso a agua de calidad potable.</p> <p>Meta 10b país : reducir a la mitad (respecto a 1990), para el año 2015, el porcentaje de personas que carezcan de acceso sostenible a saneamiento básico.</p>	<p>30. Proporción de la población con acceso sostenible a mejores fuentes de abastecimiento de agua, urbanas y rurales (95,0 % acceso agua – 2002)</p>
<p>Meta 11: Haber mejorado considerablemente, para el año 2020, la vida de por lo menos 100 millones de habitantes de tugurios.</p> <p>Meta 11 país : Mejorar las condiciones habitacionales de las personas que en Costa Rica viven en asentamientos precarios y tugurios.</p>	<p>31. proporción de la población con acceso a servicios de saneamiento mejorados en áreas urbanas y rurales (96,3% acceso alcantarillado – 2002)</p>
<p><i>Objetivo 8: Fomentar una asociación mundial para el desarrollo</i></p>	
<p>Meta 17: En cooperación con las empresas farmacéuticas, proporcionar acceso a medicamentos esenciales, en los países en desarrollo a un costo razonable.</p>	<p>46. proporción de la población con acceso estable a medicamentos esenciales a un costo razonable.</p>

Fuentes: Ministerio de Salud, Caja Costarricense de Seguro Social, Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos y Ministerio de Planificación. Consejo Social, Gobierno de la República. Objetivos de Desarrollo del Milenio: Informe sobre el avance del país en su cumplimiento. San José, 2005 Organización de Naciones Unidas. Documento Indicadores ODM. 2004



Bibliografía

- Caja Costarricense de Seguro Social, Gerencia de Modernización. Plan de Atención a la Salud de las Personas (PASP) 2001
<http://www.BINASSS.sa.cr/Pascr.pdf>
- Declaración de Contadora. Panamá, enero 1983
<http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/2513.pdf>
- Homedes, N / Ugalde A. Privatización de los servicios de salud: las experiencias de Chile y Costa Rica. Gac Sanit v. 16 n.1 Barcelona en-feb 2002. Proyecto SciELO España
http://absys.isciii.es:90/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112002000100008&lng=es&nrm=iso
- Jaramillo Antillón, Juan. Salud y Seguridad Social. Editorial Universidad de Costa Rica, 1993
- Morgan, Lynn M., Participación Comunitaria en Salud - La política de atención primaria en Costa Rica. EDNASSS, 1977
- Ministerio de Salud Costa Rica. Análisis Sectorial de Salud Costa Rica. 2002
<http://www.ministeriodesalud.go.cr/interes.htm>
- Ministerio de Salud Costa Rica. Política Nacional de Salud 2002 – 2006. San José
<http://www.ministeriodesalud.go.cr/dirdesar/politica%20nacional%20de%20salud%2020022006.PDF>
- Ministerio de Salud Costa Rica. Agenda Sanitaria Concertada – Los Diez Compromisos del Sector – 2002 / 2006
http://www.ministeriodesalud.go.cr/dirdesar/agenda_sanitaria_concertada_20022006.PDF
- Ministerio de Salud / CCSS / OPS Costa Rica. Perfil del Sistema de Servicios de Salud de Costa Rica. MS – CCSS – OPS/COR. Serie Análisis de Situación de Salud No. 15 – 2004.
http://www.cor.ops_oms.org/TextoCompleto/configuredRedirect.asp?LinkID=440&linkPrefix=/TextoCompleto/documentos/
- Ministerio de Salud, Oficina Sectorial de Planificación. Plan Nacional de Salud 1974-1980. Publicación del Ministerio de Salud, Costa Rica, abril 1971
- Ministerio de Salud, Costa Rica. Programa de Salud para Comunidades Rurales. San José, 1974
- Ministerio de Salud Costa Rica, Ministerio de Planificación, OPS Costa Rica. Costa Rica: Extensión de los Servicios de Salud. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 septiembre 1978. Informe de Costa Rica
- Ministerio de Salud Costa Rica. Necesidades Prioritarias de Salud en Costa Rica. La salud como puente para la paz, la solidaridad y la comprensión entre los pueblos de América Central y Panamá. Reunión de Madrid, España. 1985
- Ministerio de Salud. Medición del Desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública en Costa Rica. - Costa Rica, 2002
<http://www.ministeriodesalud.go.cr/dirdesar/medicion%20de%20funciones%20esenciales%20de%20salud%20publica.htm>
- Ministerio de Salud Costa Rica. Indicadores básicos: Situación de Salud en Costa Rica 2002.
http://www.cor.ops-oms.org/TextoCompleto/indicadores_basicos.pdf



- Miranda Gutiérrez, Guido. Presidente Ejecutivo de la CCSS: La Seguridad Social en el Desarrollo de la Salud y el Bienestar de la Población. Foro Salud y Desarrollo en Costa Rica, Dimensiones Políticas y Aspectos Intersectoriales. Colegio de Médicos y Cirujanos, 5 de julio de 1988. OPS/OMS
- Miranda Gutiérrez, Guido. La Seguridad Social y el Desarrollo en Costa Rica. Segunda edición: 1994. Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social (EDNASSS)
- Mohs, Edgar. Teoría General de Paradigmas en Salud. Ministerio de Salud Costa Rica, 1989.
- Organización de las Naciones Unidas – ONU. Objetivos de Desarrollo de la ONU para el Milenio. 2000
<http://www.undp.org/spanish/mdgsp/ODM-progresos.html>
<http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/>
http://www.undp.org/spanish/mdgsp/ODM-LogrosReveses_etc.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS) / Organización de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Atención Primaria de Salud, Alma-Ata. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Serie “Salud para Todos” No.1
<http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. De Alma-Ata al año 2000 – Reflexiones a medio camino. Ginebra, 1991
- Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la Salud en el Mundo, 2003 – Forjemos el Futuro.
<http://www.who.int/whr/2003/es/>
<http://www.who.int/whr/2003/en/Chapter2-es.pdf> Capítulo 2: Objetivos de Salud del Milenio: caminos hacia el futuro.
- Organización Mundial de la Salud. Orientaciones futuras para la atención primaria de salud. 113ª. Reunión Consejo Ejecutivo – EB13/11Add.1, 4 diciembre 2003
http://www.who.int/gb/EB_WHA/PDF/EB113/seb11311a1.pdf
- World Health Organization – Global report. Primary Health Care: A Framework for Future Strategic Directions
http://www.who.int/entity/chronic_conditions/primary_health_care/en/pch_report_oct03.pdf
- Organización Mundial de la Salud. La Salud para Todos en el Siglo XX –A51/5 - 2002.
http://www.who.int/gb/EB_WHA/PDF/WHA51/sa5.pdf
- Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) – Ministerio de Salud de Nicaragua. Dr. Mario Ernesto Cruz-Peñate, Programa de Formación en Salud Internacional. Julio 2001.
http://www.ops.org.ni/resscadxvii/download/Historia1985_2000.pdf
- WHO Meeting on Future Strategic Directions for Primary Health Care Madrid, España – 27-29 October 2003
http://www.who.int/chronic_conditions/primary_health_care/en/closing_jbryant.pdf
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). Atención Primaria de Salud en las Américas: las enseñanzas extraídas a lo largo de 25 años y los retos futuros – 44º. Consejo Directivo – CD44/9, 18 julio 2003
<http://www.paho.org/spanish/gov/cd/cd44-09-s.pdf>



- Organización Panamericana Salud (OPS/OMS) – Representación Costa Rica – 100 Años de Salud: Costa Rica Siglo XX - Julio 2003.
<http://www.cor.ops-oms.org/TextoCompleto/100%20AÑOS%20DE%20SALUD.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). La Salud en las Américas, 2 tomos. Publicación científica y técnica No.587, 2002.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Número Especial: 75º. Aniversario de la OPS. Vol. LXXXIII, No.6, diciembre 1977
- Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). Historia de la Organización Panamericana de la Salud. OPS, 1992
- Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). Salud y Paz para el desarrollo de Centroamérica. – Los 15 años de la Iniciativa de Salud para Centroamérica. San José – Costa Rica, octubre 2002
 - Introducción
<http://www.cor.ops-oms.org/TextoCompleto/documentos/ISCA%20Introduccion.pdf>
 - Parte I: Salud Puente para la Paz, 1985 – 1990
<http://www.cor.ops-oms.org/TextoCompleto/documentos/ISCA%20Capitulo%201.pdf>
 - Parte II: Salud y Paz para el Desarrollo y la Democracia, 1990 - 1995
<http://www.cor.ops-oms.org/TextoCompleto/documentos/ISCA%20Capitulo%202.pdf>
 - Parte III: Salud en la Integración Centroamericana
<http://www.cor.ops-oms.org/TextoCompleto/documentos/ISCA%20Capitulo%203.rtf>
 - Parte IV: Agenda para el Futuro
<http://www.cor.ops-oms.org/TextoCompleto/documentos/ISCA%20Capitulo%204.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). La Atención Primaria de Salud: viejo compromiso y nuevos retos. Dr. Javier Santacruz Varela, consultor OPS. San José.
http://www.cor.ops-oms.org/TextoCompleto/atencion_primaria.doc
- Organización Panamericana de la Salud, Representación en Costa Rica, Ministerio de salud, Caja Costarricense de Seguro Social Medición del Desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública en Costa Rica. San José, 2002.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). Plan de Emergencia de Servicios de salud para Excombatientes del FMLN en proceso de Desmovilización. Informe Final de la Representación OPS / OMS en El Salvador. 1993.
- Organización Panamericana de la Salud – OPS – SPP38/4, 18 febrero 2004 “Objetivos de Desarrollo del Milenio y las Metas de Salud
- Pertti Kekki – University of Helsinki, Finland. Primary Health Care and the Millennium Development Goals: issues for discussion
http://www.who.int/chronic_conditions/primary_health_care/en/mdgs_final.pdf
- Reunión del Sector Salud de Centroamérica y República Dominicana. Informe final XVII RESSCAD. 29 y 30 agosto 2001, Managua, Nicaragua
<http://www2.ops.org.ni/resscadxvii/agenda/index.htm>



- Reunión del Sector Salud de Centroamérica y República Dominicana. Informe final XVIII RESSCAD. 15-16 octubre 2002, San José – Costa Rica
<http://www.cor.ops-oms.org/resscad/resscad.htm>
- Reunión del Sector Salud de Centroamérica y República Dominicana. Informe final XIX RESSCAD. 20-22 agosto 2003, Ciudad de Panamá, Panamá
http://www.ops-oms.org.pa/resscad/xixresscad/r_acuerdos.pdf
- Reunión del Sector Salud de Centroamérica y República Dominicana Salud e Historia en Centroamérica - Análisis de las Reuniones del Sector Salud de Centroamérica y República Dominicana: 1985-2000.
- Rosero Bixby, Luis. Determinantes socioeconómicos y sanitarios del descenso de la mortalidad infantil. Simposio Internacional sobre Control y Erradicación de Enfermedades Infecciosas. San José – Costa Rica, 1985
- Sáenz, Lenín. Salud sin Riqueza: el caso de Costa Rica. Publicaciones del Ministerio de Salud, 1986.
- Salas Chávez, Álvaro. Presente y Futuro. Caja Costarricense de Seguro Social. Mayo de 1988
- Simposio Internacional: Control y Erradicación de Enfermedades Infecciosas. San José – Costa Rica, 1985. Serie de Copublicaciones de la OPS No.1
- Sistema de Información de la Cumbre de las Américas. Declaración de los Presidentes de América. Punta del Este, Uruguay, 12-14 abril 1967
<http://www.summit-americas.org/declaracion%20presidentes-1967-span.htm>
- Starfield, Barbara. Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology. 1998
http://medicine.lotsofgoodbooks.com/us_medical-item_id-0195125436-search_type-image-locale-us.html
- Starfield, Barbara. Primary Care: Concept, Evaluation, and Policy. 1992
http://medicine.lotsofgoodbooks.com/us_medical-item_id-019507517X-search_type-AsinSearch-locale-us.html
- Starfield, Barbara. Atención Primaria – Equilibrio Entre Necesidades. 2001.
http://medicine.lotsofgoodbooks.com/us_medical-item_id-8445810588-search_type-AsinSearch-locale-us.html
- Tejada de Rivero, David A. Alma-Ata: 25 años después. Revista Perspectivas de Salud, Organización Panamericana de la Salud, Volumen 8, Número 1, 2003.
- UNICEF. Carlos Castro Valverde. Yodización de la sal: la experiencia de Costa Rica en la reducción del Bocio endémico, 1997
- Villegas H., Vargas W., Alfaro L., Amat A Programa de Salud para Comunidades Rurales de Costa Rica. Ministerio de Salud – OPS / OMS Costa Rica - San José, 1974
- Villegas, Hugo. Programa de Salud para Comunidades Rurales de Costa Rica. OPS – Costa Rica / Ministerio de Salud, San José, 1974
- Villegas, Hugo. Extensión de la Cobertura de Salud en Costa Rica. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Número Especial: 75°. Aniversario de la OPS. Vol LXXXIII, No.6, diciembre 1977, pág. 537-544



- Villegas, Hugo. Sistema de Información del Programa de Salud Rural de Costa Rica. OPS – Costa Rica / Ministerio de Salud, San José, 1977
- Villegas H, Osuna J. 1979. Extensión de los Servicios de Salud de Costa Rica . In: Condiciones de salud del niño en las Américas, Anexo II. Scientific Publication No.381, PAHO/WHO
- Villegas, Hugo. Costa Rica: Recursos Humanos y participación de la Comunidad en los servicios de salud en el medio rural. Bol Of Sanit Panam 84:12-23. 1978.
- Villegas, Hugo y Valverde, Carlos. Tendencia de la Esperanza de Vida en Costa Rica . Bol Of Sanit Panam 29;189-194, 1980
- Villegas, Hugo. Prevención y Control de Enfermedades en la Atención Primaria de Salud. Organización Panamericana de la Salud – OPS. Informe de Grupo Consultivo de OPS/OMS en Washington, D.C. Mayo 1980
- Villegas, Hugo. Extensión de la Cobertura de los Servicios de Salud. Centro Latinoamericano de Perinatología y desarrollo Humano (CLAP). Montevideo, Uruguay. Octubre 1980
- Villegas, Hugo. Atención Primaria de Salud en Comunidades Marginadas. III Congreso Iberoamericano de Medicina Rural y Atención Primaria – I Congreso Nacional de Atención Primaria de Salud. Cuzco, Perú, 5-11 septiembre 1982
- Villegas, Hugo. La Salud hacia el Siglo XXI: Acciones prioritarias del Sistema Nacional de Costa Rica. Netsalud, Ministerio de Salud – Costa Rica, junio 1995
- Villegas, Hugo. Costa Rica, avances en salud en el siglo XX. Capítulo 14. “100 años de salud: Costa Rica”. Organización Panamericana de la Salud - OPS, Representación Costa Rica. Julio 2003. <http://www.cor.ops-oms.org/TextoCompleto/100%20AÑOS%20DE%20SALUD.pdf>
- Villegas, Hugo. Capítulo “Atención Integral de Salud en Costa Rica: Desafíos y Estrategias en el Siglo XXI”. Libro “La Construcción de la Seguridad Social”. Universidad Estatal a Distancia (UNED) y Editorial EUNED. Guido Miranda Gutiérrez y Carlos Zamora Zamora, editores. San José, septiembre 2004.
- Villegas, Hugo. Plan de Emergencia de Servicios de Salud para Excombatientes del FMLN en proceso de Desmovilización. Organización Panamericana de la Salud – OPS / Representación en El Salvador – Informe Final. 1993
- Werner, David y Sanders, David. Cuestionando la Solución: Las Políticas de Atención Primaria de Salud y Supervivencia Infantil. Febrero 2000. <http://www.healthwrights.org/static/cuestionando/index.htm>



La reforma de los servicios de salud y la universalización de la atención

Dr. Lenín Sáenz⁷⁶

Antecedentes

Desde la década de los años 50, la adopción del nuevo modelo económico de “sustitución de importaciones” y el estímulo al libre comercio entre los países centroamericanos, permitieron el inicio de un proceso de industrialización, crecimiento de la economía y cambio de estructura del comercio exterior. Desde entonces, el ingreso per cápita y el gasto per cápita en salud fueron aumentando, mientras mejoraron las condiciones de vivienda y educación, se incrementó la matrícula en primaria y en secundaria, y se redujo el analfabetismo (de 26,7% a 11,2%).⁷⁷

En el campo de la salud, en el nivel mundial, los grandes avances tecnológicos habían permitido contar con insecticidas eficaces contra los vectores de varias enfermedades, nuevas vacunas y nuevos y mejores equipos, así como con mejores técnicas de diagnóstico y tratamiento y medicamentos más efectivos. En el país, se habían incrementado las actividades de prevención y promoción de la salud y, para ejecutarlas y dirigir las, se habían creado nuevos establecimientos en el nivel local y nuevas dependencias en el central, bajo la coordinación de una recién creada Dirección General de Salubridad⁷⁸. Particular importancia había sido dada a la lucha contra la malaria, en especial desde 1957, con acciones mixtas de saneamiento ambiental, uso de insecticidas, empleo de medicamentos y educación para la salud, así como al suministro de agua potable con la participación de instituciones de varios sectores, que se había intensificado y tecnificado desde la creación del Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (AyA), en 1961. Sin embargo, había continuado predominando el enfoque curativo, y se había extendido la cobertura de los hospitales con la ampliación y remodelación de varios de los existentes y la construcción de otros nuevos y, para tener mayor control sobre ellos, se había creado una Dirección General de Asistencia Médico Social (DGAMS) en el Ministerio de Salubridad.

Por su parte, la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), creada en 1941, aunque tuvo un crecimiento lento en este período, constituiría un elemento muy importante para la extensión de la cobertura de servicios que se logró en los años 70.

Con esta acción sanitaria, se había iniciado un descenso moderado de la mortalidad general y de la infantil, reducido la proporcional de menores de 5 años, y principiado una moderada disminución de las enfermedades infecciosas y parasitarias, con merma de su importancia como causa de defunción.

El contexto de la reforma

En la década de los 70, la economía mantuvo las características de los dos decenios anteriores y persistió la bonanza. El Producto Interno Bruto (PIB) experimentó un incremento sustancial, y la participación en él, del sector salud, pasó de 5,1% a 7,6%.

Al inicio de este período, la mayoría de las actividades de prevención de la enfermedad y de promoción de la salud, y algunas de recuperación, se prestaban en los servicios subordinados a la Dirección General

⁷⁶ Ex Director de la Unidad Sectorial de Planificación del Ministerio de Salud de Costa Rica

⁷⁷ Sáenz, Lenín. Administración de Servicios de Salud. Editorial UNED, San José, Costa Rica, segunda edición, 1988, p. 145.

⁷⁸ Salas, Rodrigo, R. Meneses y M. de los A. Gómez. Memoria del Cincuentenario del Ministerio de Salud y de la salud pública en Costa Rica. Ministerio de Salud, San José, Costa Rica, 1972, pp. 1-2.



de Salubridad, con excepción del de Erradicación de la Malaria, que tenía una organización casi independiente. También dependían de ella algunos programas de lucha contra enfermedades específicas, como las venéreas, la lepra, la tuberculosis y el cáncer, que habían sido creados con una estructura vertical que les había permitido adquirir tal grado de autonomía que, en la práctica, funcionaban con sus propias normas, aunque también se encontraban bajo la jurisdicción financiera de la DGAMS, la cual era responsable de algunas funciones preventivas y de la mayoría de las de recuperación y rehabilitación de la población no asegurada. Para ello, tenía a su cargo la coordinación, la supervisión técnica y el financiamiento (con rentas de la Lotería, de impuestos y de subvenciones estatales) de los Patronatos y Juntas de Protección Social, que tenían el carácter de gobiernos locales en el campo de la salud y eran los propietarios legales de los hospitales. A pesar de los múltiples intentos anteriores de coordinación, el crecimiento desordenado de tantos servicios similares había dado lugar a una diversidad de instituciones casi independientes, apenas unidas a dicha Dirección por las subvenciones que recibían de ella. A pesar de su dependencia directa del Ministro, las dos Direcciones Generales habían llegado a desarrollar grandes diferencias legales, administrativas, financieras, de disponibilidad de recursos, de esferas de influencia y de áreas de trabajo que les permitían, a su vez, actuar como entes autónomos, apoyados por numerosas dependencias de soporte técnico o administrativo, destinadas a la ejecución de actividades similares (o aún idénticas en algunas ocasiones) que duplicaban inútilmente su campo de acción.

La CCSS, responsable de la atención de los afiliados en su régimen de Enfermedad y Maternidad, — aunque había alcanzado una cobertura que, según sus cálculos, ya se aproximaba a 50% de la población— sólo disponía para atenderla de dos hospitales centrales y dos en provincias, con una cantidad de camas que apenas correspondía a 15% de las existentes en el país, por lo que la población asegurada residente en áreas donde aquella carecía de recursos propios tenía que ser atendida en los establecimientos de las Juntas y Patronatos, por medio del pago correspondiente.

La atención de los asegurados con pólizas del seguro de riesgos laborales o de tránsito, lesionados en accidentes, estaba a cargo del Instituto Nacional de Seguros (INS), que contaba con servicios médicos propios en algunos lugares del país, y los contrataba con personas u organismos, públicos o privados, donde carecía de ellos.

Finalmente, el suministro de agua y de medios adecuados para la disposición de excretas era compartido por el Servicio Nacional de Acueductos y Alcantarillado, el Ministerio de Salubridad Pública y las municipalidades.

Como es lógico suponer, esta multiplicidad de servicios de salud permitía la superposición de sus campos de acción, y el uso simultáneo de varios de ellos, por amplios segmentos de población, para resolver el mismo problema; mientras, carecía del acceso a otros. Esta situación se complicaba aún más por la existencia de otras instituciones que también ejecutaban algunas actividades para grupos específicos de población, o en campos específicos de la salud. En última instancia, el sector se encontraba estructurado en 18 instituciones, una sola de las cuales constaba de 29 organismos (Juntas y Patronatos de Protección Social), cuya característica común era sus demandas de financiamiento al Estado y la defensa, a ultranza, de su autonomía, en todos los demás aspectos, con un claro predominio de los intereses institucionales de cada organismo sobre los del sector y sobre las necesidades nacionales. Esta realidad conducía a frecuentes situaciones de rivalidad y reducía la colaboración necesaria. Sin embargo, a pesar de la existencia de esta constelación de instituciones, la cobertura de la población con servicios de salud, aunque en teoría se consideraba universal, en la práctica resultaba insuficiente, porque todos los servicios se encontraban instalados en localidades de más de 2.000 habitantes, mientras alrededor de 50% de la



población nacional residía en localidades menos pobladas (70% de ellas con menos de 500 habitantes) con muy difícil acceso geográfico, económico y social a los servicios de salud, un ingreso per cápita muy bajo y serias deficiencias de saneamiento ambiental.⁷⁹

Estas condiciones ecológicas y socioculturales, que hacían a esta población altamente susceptible a las agresiones físicas, biológicas y sociales, hacían imperativa la búsqueda de mecanismos para protegerla adecuadamente con servicios de salud, y hacían pensar que, a menos que para modificarlas se adoptara un modelo de estructura y funcionamiento diferente de lo tradicional, serían muy difíciles de superar.⁸⁰

Los fundamentos de la reforma

Desde el inicio de los años 70 se desarrolló una intensa polémica, en el nivel nacional, sobre los alcances de una reforma constitucional de 1961, que había ordenado adoptar, en el término de una década, las medidas necesarias para universalizar la seguridad social. La ausencia, hasta entonces, de algún esfuerzo para lograrlo, generó un intenso debate en la Asamblea Legislativa, que se extendió a los medios de comunicación colectiva y culminó con la aprobación de la Ley 4750, del 16 de abril de 1971, de Universalización de los Servicios de la CCSS, que definió que aquel proceso debería realizarse en tres etapas, y autorizó la ejecución de la primera de ellas, destinada a la ruptura de los llamados topes salariales, que sustentaban el financiamiento de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) en los salarios inferiores a mil colones; además, definió que en la segunda se ampliarían los servicios a las áreas geográficas no cubiertas y que, al final, con fecha indefinida, se alcanzaría la universalización.

También, desde el inicio de aquel decenio, las autoridades del Ministerio del ramo consideraron necesario elaborar un Plan Nacional de Salud, que inicialmente creyeron que debería abarcar a todo el sector, pero luego decidieron que, en un primer intento, sólo comprendería las instituciones controladas directamente por el Ministerio, para aprovechar su evaluación al elaborar uno nuevo de carácter sectorial, que se efectuó en 1973. A diferencia de la mayoría de otros, elaborados en América Latina, aquel primer Plan no se limitó a un diagnóstico de la situación y, con base en un documento preliminar de trabajo, en el que se había definido la línea de acción del grupo que asumiría la conducción del Ministerio durante el período 1970-1974⁸¹ y en el concepto de cierre de la brecha social en que sustentó el Gobierno del país su política de lucha contra la pobreza, resumió, en un conjunto de premisas, la orientación que deberían tener las políticas y estrategias nacionales de salud durante aquel período. La ejecución condujo a una profunda reforma del sector que modificó, de manera sustancial, la legislación, la estructura, el funcionamiento y la coordinación de los servicios, y aumentó su cobertura a toda la población del país, en todos los ámbitos geográficos y todos los niveles socio-económicos. Aquellas premisas definieron que⁸²:

- a) la atención de la salud es un derecho de la población;
- b) el Estado tiene la responsabilidad de la salud del pueblo;
- c) la atención de la salud debe ser integral;
- d) debe existir integración de los servicios preventivos con los de recuperación de la salud;
- e) los servicios deben regionalizarse, para mejorar la oferta y la cobertura de las prestaciones a la población; y
- f) debe darse preferencia a la atención ambulatoria.

⁷⁹ Ministerio de Salud, Unidad Sectorial de Planificación. Plan Nacional de Salud 1974-1980. San José, Costa Rica, 1975, p.18.⁸⁰ Sáenz, Lenin. Formulación de metas sobre esperanza de vida al nacer. Informe de una experiencia. Bol. Of. Sanit. Panam. 78 (%), 1975. pp.98-111.

⁸¹ José L. Orlich, Mohs, Edgar, Sáenz, Lenin, Rodríguez A., Antonio y Rivera, Edison. Documento Preliminar de Trabajo para la Definición de la Política de Salud durante el Período de Gobierno 1970-1974. Ministerio de Salubridad Pública. San José, Costa Rica, mayo, 1970.

⁸² Oficina Sectorial de planificación. Ministerio de Salubridad Pública. Plan Nacional de Salud. San José, Costa Rica, abril, 1971.



Políticas y estrategias de salud en los años 70

Aunque a lo largo de su historia cada una de las instituciones de salud del país ha tenido sus propias políticas –basadas, en ocasiones, en necesidades reales y, a veces, en ocurrencias del Ministro de turno– al analizar la evolución de la salud pública, sólo en los años 70 resulta posible identificar una política estatal en este campo, que tuvo un verdadero carácter integral, fue definida con claridad, de acuerdo con las circunstancias existentes en el momento, trascendió el ámbito institucional y mantuvo su continuidad durante toda una década, aunque moderadamente debilitada en los dos últimos años.

Las principales políticas de salud de los años 70, apoyadas en las premisas del Primer Plan Nacional, giraron alrededor de dos ideas centrales: a) el logro de una cobertura universal de prestación de servicios a toda la población del país, en todos los ámbitos geográficos y en todos los niveles socio económicos; y b) la necesidad de emplear estrategias distintas de las tradicionales para alcanzarla.⁸³

Para la ejecución de aquellas políticas fueron definidas dos estrategias básicas, que se apartaron de lo tradicional y permitieron extender y el fortalecer los servicios médicos de la CCSS y desarrollar nuevos programas que superaron las deficiencias de los existentes.

La primera estrategia, de universalización de la seguridad social, se basó en la mencionada Ley 4750, que propuso el desarrollo de aquel proceso en tres etapas sucesivas: la inicial, de extensión vertical, permitió financiarlo con la eliminación de los citados “topes salariales”; la segunda, de extensión horizontal, requería el traslado a la CCSS de los recursos físicos y humanos para ampliar los servicios a las áreas geográficas no cubiertas; la etapa final, de universalización de la protección, apenas quedó planteada para su logro futuro.

La segunda estrategia, de atención primaria, para la extensión de la cobertura de los servicios a poblaciones que tradicionalmente habían carecido de ellos, en especial la rural dispersa y la urbana marginada, se concretó en dos programas nuevos.

Para lograr la integración de los servicios, en vista de que no se podía llevar a cabo de una sola vez, se inició en el Ministerio de Salubridad, con la unificación de sus dos Direcciones Generales en una única Dirección General de Salud, para después iniciar el desarrollo de mecanismos, al principio de coordinación, y posteriormente de integración, que permitieran hacerla efectiva con las demás instituciones del sector. Con miras a lograr la unificación que facilitara el alcance de la integración final de todos los servicios, el primer Plan propuso tres opciones de modelos alternativos, o estrategias de reestructuración:

- a) la creación, con ellos, de un nuevo Servicio Nacional de Salud;
- b) su integración, bajo la jurisdicción del Ministerio, dejando a la CCSS la recaudación de los ingresos y el financiamiento de las prestaciones;
- c) su integración, bajo la jurisdicción de la CCSS, dejando al Ministerio la función rectora y los servicios colectivos de carácter preventivo, como el saneamiento ambiental.

El análisis minucioso de estas tres alternativas condujo a identificar la falta de viabilidad de la primera de ellas y las serias dificultades que existían para el éxito de la segunda, por lo que cada vez tomó mayor fuerza la tercera. En consonancia con las dos políticas básicas de la década, también fueron definidas otras, necesarias para el cabal cumplimiento de aquellas:

⁸³ Sáenz, Lenin. Salud sin riqueza (el caso de Costa Rica) Publicaciones e impresos del Ministerio de Salud, San José, Costa Rica, 1989 p. 13



- a) fomentar la participación comunitaria;
- b) mejorar la situación alimentaria y nutricional de la población, en especial de la preescolar y la escolar; y
- c) lograr una mayor racionalidad en el uso de los recursos.

Para fomentar la participación comunitaria, la estrategia empleada consistió en asociar, en los programas de atención primaria, la ejecución de las actividades de salud, con la detección de líderes y la organización de las comunidades para su mejoramiento económico y social, para lo que inicialmente sólo se empleó el personal de aquellos programas, previamente capacitado, y posteriormente se contó con la colaboración de la Dirección Nacional de Desarrollo Comunal (DINADECO), que asignó a uno de sus funcionarios para ayudar en estos aspectos, en cada dos áreas de aquellos programas.

Para mejorar la situación alimentaria y nutricional de la población, fueron empleadas tres estrategias básicas:

- a) el desarrollo de programas de alimentación complementaria y educación nutricional, financiados con el fondo que generó la Ley de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares;
- b) el enriquecimiento de alimentos con nutrientes deficitarios (sal con yodo y azúcar con vitamina A) y
- c) la realización de encuestas, estudios e investigaciones para conocer mejor aquella problemática y desarrollar nuevas formas de actuar, de manera más adecuada ante ella.

La mayor racionalidad en el uso de los recursos se concretó por medio de varias estrategias, entre las cuales se destacó su concentración en los problemas más frecuentes y más vulnerables con los recursos disponibles, por medio del fortalecimiento de los programas de inmunización y de saneamiento ambiental básico, que prestaron especial atención al suministro de agua potable y a la adecuada disposición de excretas. Además, se impulsó la regionalización de la prestación de los servicios, se mantuvo un fuerte apoyo a la planificación, se fomentó la atención ambulatoria y se reorientó la distribución de las nuevas construcciones del sector, hacia las regiones carentes de servicio. Asimismo, se intensificaron los esfuerzos de coordinación entre el Ministerio y la CCSS.

La reforma legal

Para el desarrollo de todo el conjunto de políticas y estrategias definidas en los dos planes de salud de la década (el primero de 1971, y el de 1973, para el período 1974-1980) fue necesaria la promulgación de leyes que hicieron posible la reforma de los servicios de salud y la universalización de la atención en este campo las que, a su vez, condujeron a un cambio radical en la situación de salud del país:

- la anteriormente citada, Ley de Universalización de los Servicios de la CCSS, N° 4750 del 16 de abril de 1971, que definió que aquel proceso debería realizarse en tres etapas cuando, al autorizar la ruptura de los llamados topes salariales, permitió el desarrollo de la inicial, de extensión vertical, o económica;
- la Ley General de Salud, N° 5395 del 30 de octubre de 1973, que establece un conjunto de principios obligatorios relacionados con los derechos y deberes de los individuos y las empresas en el campo de la salud, y regula su conducta, en aspectos que determinan la salud individual y colectiva;
- la Ley Orgánica del Ministerio, N° 5412 del 8 de noviembre de 1973, que permitió la reestructuración total de esta institución, para fortalecerla y hacerla más funcional, y para hacer posible la fusión de muchas de sus dependencias responsables de las mismas funciones, o similares, para dejarlas subordinadas a una sola Dirección General de Salud;
- la llamada Ley de Traspaso de Hospitales, N° 5349 del 29 de septiembre de 1973, que permitió trasladar los de las Juntas de Protección Social a la CCSS, para ampliar la cobertura geográfica del Riesgo de Enfermedad y Maternidad de esta institución, y hacer factible la tercera etapa de la universalización de la seguridad social; y
- la Ley de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares, N° 5662 del 23 de diciembre de 1974, que vino a financiar la enorme ampliación de los programas de alimentación y nutrición del Ministerio de Salud, y dio un aporte económico sustancial a los de atención primaria.



Nuevos programas y cambios en los servicios

La ejecución de las dos ideas centrales que orientaron las principales políticas de salud de los años 70, y la nueva legislación que la permitió, condujeron a una reforma radical de la cobertura, la estructura y el funcionamiento de los servicios de salud, en la que cambió la propiedad de los hospitales del país, nacieron nuevos programas y otros fueron reforzados.

La adquisición, por parte de la CCSS de los establecimientos pertenecientes a la Compañía Bananera y el traspaso a la Caja de los que se hallaban bajo la jurisdicción del Ministerio, se inició con el de los tres primeros, en julio de 1974, seguido con el de cuatro en 1975, 12 en 1976, tres en 1977 y, finalmente, uno en 1979.

Los programas que recibieron mayor impulso durante el período fueron los de nutrición y los de atención primaria, en los que fueron incorporadas, como parte de ellos, algunas actividades de saneamiento ambiental básico, de inmunización y de educación para la salud.

Los dos nuevos programas de atención primaria fueron creados para ampliar la cobertura de los servicios a poblaciones tradicionalmente carentes de ellos: el de Salud Rural, para comunidades residentes en este medio, y el de Salud Comunitaria, para comunidades urbanas marginadas. Desde un inicio se definió que el propósito del nuevo Programa de Salud Rural sería:

“ampliar la cobertura de los servicios integrales de salud a las zonas rurales de población dispersa, mediante la utilización de técnicas y procedimientos sencillos y de fácil aplicación por personal auxiliar debidamente adiestrado, supervisado y apoyado por las estructuras organizacionales de los servicios de salud existentes, con costo unitario de las acciones acorde con la capacidad financiera de las comunidades, y ejecutado por personal susceptible de arraigarse, fijarse o identificado plenamente con las mismas”.⁸⁴

Los conceptos de esta definición, subrayados por el autor, permiten apreciar su similitud con los contenidos, en la definición de Atención Primaria de la Salud efectuada en Alma-Ata, varios años después, en 1978. Ella contiene otros que también, desde el inicio, se decidió que caracterizarían el Programa de Salud Rural: la participación plena de las comunidades en su desarrollo, la prestación de los servicios lo más cerca posible del lugar donde residen y trabajan las personas y el hecho de que debía constituir el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

En la gestación del Programa de Salud Rural, coincidieron dos circunstancias: la decisión política de conceder prioridad a las zonas rurales y el éxito obtenido por el Servicio de Erradicación de la Malaria que, al interrumpir las labores de rociado con insecticidas en amplias áreas geográficas próximas a entrar en fase de consolidación, dejaría de requerir los esfuerzos de un grupo de trabajadores que habían demostrado gran eficacia en el desempeño de sus labores, especialmente en localidades de difícil acceso.

Este programa se diferenció en dos aspectos básicos de los que tradicionalmente habían existido hasta ese momento: se desarrolló desde las localidades más alejadas, más pequeñas, y de más difícil acceso, hacia las de mayor densidad de población y más fácil acceso; y los servicios de salud llegaron hasta los domicilios de los habitantes, en vez de esperar a que éstos acudiesen a ellos. Desde el inicio, su planificación incluyó el diseño del correspondiente apoyo técnico y logístico, y el de mecanismos de referencia de los pacientes a otros niveles del sistema de servicios de salud. Además, heredó muchos métodos y procedimientos del de erradicación de la malaria, tales como los censos periódicos de la

⁸⁴ Ministerio de Salud, Unidad Sectorial de Planificación. Plan Nacional de Salud 1974-1980. San José, Costa Rica, 1975, p.18.



población beneficiaria, la realización de visitas a los hogares, conforme a itinerarios-calendario, los mecanismos de supervisión y apoyo desde otros niveles y dio la máxima prioridad a la población rural dispersa, que tradicionalmente había sido la menos beneficiada con los programas de desarrollo nacional. Sólo después de que alcanzó la cobertura total de dicha población, extendió sus acciones al resto de la rural con mayores posibilidades de acceso a los servicios existentes, lo que explica la razón por la cual la cobertura alcanzada en 1979 por el programa (de 60% de la población rural) incluía a 95% de la rural dispersa. Desde la etapa de planificación, fueron previstas medidas para garantizar la atención de sus pacientes referidos a establecimientos de otros niveles y para que, después del traspaso de los hospitales del Ministerio a la CCSS, las rentas traspasadas junto con ellos permitieran que los indigentes, incluyendo a los referidos por el Programa, fuesen atendidos como “asegurados por cuenta del Estado”.

Para facilitar el financiamiento del programa en sus fases iniciales, en 1972, se firmó un acuerdo tripartito entre el Gobierno, OPS/OMS y fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), que permitió los dos primeros cursos de capacitación del personal y la puesta en funcionamiento en los primeros puestos de Salud Rural. También, en ese año, se firmó otro acuerdo con la Agencia Internacional de los Estados Unidos para el Desarrollo (USAID), que aportó una donación que facilitó la apertura de 45 puestos más.

Aunque al principio el programa se ejecutó con carácter vertical, posteriormente pasó a desarrollarse en los tres niveles de gestión del Ministerio de Salud: con funciones normativas en el central; de coordinación, apoyo técnico y administrativo, control y evaluación en el regional; y programación y la ejecución de sus actividades en el local.

El elemento básico en el nivel local era el área de salud de alrededor de 150 Km², con cerca de 3.000 habitantes, constituida por un conjunto de localidades o centros poblados relacionados por vías de comunicación y por vínculos comerciales, sociales o de producción, en una de cuyas localidades se instalaba un Puesto de Salud, que servía como centro de operaciones. La prestación de los servicios se hacía en los propios domicilios, ajustándose a una programación elaborada con base en información recogida, por medio de censos periódicos de la población local, sus características y sus problemas. Varias Áreas de Salud dependían del Centro de Salud del cantón al que pertenecían, cuyo personal técnico y profesional las apoyaba y supervisaba.

Al analizar la coincidencia de las principales características del programa con los mayores problemas que afectaban la población a la que estaba destinado, resulta fácil comprender los magníficos resultados que obtuvo durante la década en que tuvo plena vigencia.

El otro programa de atención primaria, para ampliar la cobertura a poblaciones marginadas, fue el de Salud Comunitaria, cuya planificación se inició en 1975. Partiendo de la premisa de que originalmente la población de las urbanas marginadas procedía del medio rural, este programa se creó para ella, con la misma organización y tipo de recursos del de Salud Rural. En su primer año de labor efectiva, 1976, este cubrió a 10% de la población urbana, y luego creció de manera acelerada, hasta alcanzar, en 1979, a 57%.

Resultados

La política de extensión de cobertura condujo a un aumento sustancial del número de asegurados: la cobertura real de la CCSS, que en 1970 era de 39% de la población nacional; durante la década se duplicó, para alcanzar, en 1979, a 78%. Esto lo hizo posible la implementación de la Ley de Traspaso de Hospitales que condujo, entre 1974 y 1978, al traslado de casi la totalidad de los hospitales bajo la jurisdicción del



ministerio y de los de la Compañía Bananera, a la CCSS, con lo que el predominio de los establecimientos hospitalarios pasó a esta última, y el de los establecimientos sin camas, al ministerio. Como se necesitó menor cantidad de camas, el índice de camas se redujo de 4 a 3,4 por mil habitantes, a pesar del aumento de población. Por otra parte, mientras al principio de la década, 81% de las camas correspondía al ministerio, al final, 91% correspondía a la CCSS; las pertenecientes a entidades particulares se redujeron a menos de la mitad.⁸⁵ Este proceso coincidió con la asignación de prioridad a la atención ambulatoria.

En contraposición a los programas tradicionales, en los que la mayoría de los insumos se destinan a establecimientos complejos que producen en última instancia egresos y consultas, el de Salud Rural orientó sus actividades hacia los domicilios, y produjo una amplia gama de servicios de promoción y protección de la salud, complementados con la atención de emergencias y la referencia de pacientes a los otros niveles de atención. Este programa, que en su inicio, en 1973, tuvo una cobertura de 10% de la población rural, en 1969 ya protegía 60% de ella, que correspondía, a su vez, a 95% de la rural dispersa del país, que es la que vive en localidades de menos de 500 habitantes. Aunque los costos del programa se incrementaron bastante durante ese período, desde 655.000 colones en 1973, hasta cerca de 43 millones de colones en 1980, en este último año sólo representaron una participación de 0,10% del producto interno bruto, cifra que contrasta con 4,3% que representaron las consultas y egresos.

En lo referente al saneamiento ambiental básico, toda la población urbana del país estuvo abastecida de agua durante la década, y se alcanzaron 98% de conexiones intradomiciliarias en 1979. En el medio rural, el abastecimiento de agua a la población ascendió de 56% en 1970, a 74% en 1979, y la conexión intradomiciliaria pasó de 39% a 61%. Por su parte, la cobertura de la disposición sanitaria de excretas pasó de 60% a 96% en el medio urbano, y del 41% a 86% en el rural.

Los indicadores económicos, sociales y demográficos mantuvieron un trayecto ascendente durante la década; los de salud, en especial la mortalidad infantil, que hasta entonces habían evolucionado en forma paralela con los demás, al acelerar mucho más su mejoría, superaron ampliamente a los demás y excedieron las tasas teóricas esperadas.

La disminución de la mortalidad infantil la llevó, entre 1970 y 1980, de 61,5 a 19,1 por mil nacidos vivos. Llama la atención que un descenso de esta misma magnitud requirió, para un promedio de ocho países industrializados, alrededor de 40 años.⁸⁶ El descenso mucho mayor de la mortalidad residual que de la neonatal, coincidió con la mayor eficacia de las acciones a la población infantil mayor de un año, de inmunización y de saneamiento básico.

En la población de 1 a 4 años, su tasa descendió de 5,1 a 1,1 por mil, con cambios en su estructura por la importancia que fueron cobrando los accidentes.

Todas estas cifras cobran mayor significado cuando se comparan con las propuestas para alcanzar la meta de Salud Para Todos en el Año 2000 en América Latina, que fijaron como metas, tasas de 30 por mil para la mortalidad infantil y de 2,4 por mil para la de 1 a 4 años.

En la población de 5 a 14 años, entre 1970 y 1979, la mortalidad pasó de 0,9 a 0,5 por mil y su estructura cambió bastante, con el descenso de las enfermedades infecciosas y parasitarias del primero al quinto lugar como causa de muerte, y el ascenso de los accidentes y los tumores, que pasaron a ocupar los dos primeros lugares.

⁸⁵ Sáenz, Lenín. Salud en Costa Rica. Evaluación de la situación en la década de los años 70. Ministerio de Salud, San José, Costa Rica, 1981, pp 125-126.

⁸⁶ Sáenz, Lenín. Evolución del perfil epidemiológico. La transición de la nutrición y la salud de Costa Rica democrática. Publicación INCAP DCE/019, Guatemala, 1996, p.129.



La mortalidad general, que al inicio de la década era de 6,6 por mil, descendió en 1980 a 4,1 por mil. Además, cambió su estructura, al pasar las enfermedades infecciosas y parasitarias, del primer lugar como causa de muerte, que habían ocupado en 1970, a ocupar el octavo, dejando los tres primeros lugares a las enfermedades del aparato circulatorio, los tumores y los accidentes.

Entre la población adulta, también se produjo, en esa década, una fuerte reducción de las tasas de mortalidad (de 20 a 14,8 por 10.000) y los tres primeros lugares correspondieron a los accidentes, los tumores y las enfermedades del aparato circulatorio.

Por otra parte, mientras en 1970, sólo 41,6% de la población costarricense tenía la posibilidad de morir después de los 50 años, esta proporción ascendió a 59% en 1979.

Las reducciones de mortalidad más espectaculares se produjeron en las enfermedades transmisibles, cuya tasa, que en 1970 era de 136,2 por 10.000 descendió en 1979 a 2,1. El mayor descenso se produjo en los menores de 1 año, desde 224,6 hasta 3,6 por 10.000.

La mortalidad por deficiencias nutricionales se redujo, en el periodo, casi a una quinta parte, en contraste con la mortalidad por diabetes, que se incrementó en alrededor de 25%.

En líneas generales, las reducciones en la mortalidad excedieron a las que se había programado obtener en casi todos los grupos de edad. Como resultado de ellas, se obtuvo una ganancia sustancial en la esperanza de vida al nacer, que en el período 1976-1979 alcanzó a 73,2 años, cifra que cobra mayor significado cuando se compara con la de 70 años que propuso, para el final del siglo XX, para América Latina, la meta de Salud Para Todos en el Año 2000.

La relación entre la política de extensión de cobertura, mediante la estrategia de atención primaria y la obtención de la mayoría de estos resultados, la muestran dos estudios donde se trató de evaluar la eficacia de dicha estrategia, y el grado de concordancia entre las actividades del Plan Nacional de Salud 1974-1980 y las metas de esperanza de vida al nacer, propuestas en él.⁸⁷ En ellos se comparó la mortalidad de los períodos 1970—72 (antes de que comenzara el Programa de Salud Rural) y 1974-76 (cuando éste estaba en pleno desarrollo) y se elaboró diez tablas actuariales para grupos de cantones, clasificados conforme al grado de cobertura poblacional alcanzada por aquel programa hasta el período 1974-76. Al comparar estas coberturas con los aumentos de esperanza de vida al nacer, obtenidos entre los períodos citados, se hizo evidente que la ganancia promedio por año calendario, en los cantones en los que la cobertura del programa de Salud Rural había sido inferior a 25%, fue de 0,60 años; y a partir de este punto aumentó en forma paralela a la cobertura, hasta constituirse en una ganancia de 1,27 años por año calendario, en los cantones donde la cobertura había superado 75%. Además, los resultados mostraron que los cambios más importantes ocurrieron en los cantones donde el programa tenía más de dos años de antigüedad. Por su parte, un estudio realizado con un modelo de regresión múltiple entre 1972 y 1980,⁸⁸ mostró que de los factores relacionados con el descenso de mortalidad infantil, el incremento de la atención primaria fue el de mayor peso (representó 40%), seguido por la atención secundaria en los servicios de consulta externa (32%), mientras el progreso socio económico sólo representó 22%, y la reducción de la fecundidad, 5%.

En lo que se refiere a la morbilidad, el hecho más espectacular lo constituyó la reducción de las enfermedades transmisibles, en especial las prevenibles por vacunación, que concuerda con los altos

⁸⁷ Ortega, A. Evolución de la enfermedad entre los períodos 1970-72 y 1974-76 en Costa Rica. San José, Costa Rica, Centro Latinoamericano de Demografía, (documento mimeografiado, 1977.

⁸⁸ Rosero, Luis. Determinantes del descenso de la mortalidad infantil en Costa Rica. En Demografía y epidemiología en Costa Rica. Asociación Demográfica Costarricense, San José, Costa Rica, marzo, 1985, pp.pp . 25-26.



niveles alcanzados de inmunización con vacunas: entre 1970 y 1980 se obtuvo la erradicación de la difteria y la poliomielitis (certificada por OPS en 1995), y reducciones del orden de 80% del tétanos, el sarampión y la tos ferina. Por su parte, las enfermedades de transmisión hídrica, como era de esperar ante el gran esfuerzo para abastecer de agua y de medios adecuados de disposición de excretas a las poblaciones urbana y rural, sufrieron una intensa disminución en el período.

En contraste con el hecho de que el estado nutricional de la población infantil, de acuerdo con la clasificación de Gómez, sólo había tenido cambios poco significativos entre 1966 y 1975, entre este último año y 1978 tuvo una mejoría tan evidente⁸⁹ que superó ampliamente, en sólo esos tres últimos años, todo lo obtenido en la década anterior. Cabe comentar que la financiación de los grandes programas de salud y nutrición por la Ley de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares, se inició en 1974.

Por su parte, en el decenio dejaron de ser un problema de salud pública para el país otras enfermedades carenciales como el bocio, la avitaminosis A y las anemias.

El costo de la salud

Conseguir información sobre costos unitarios de los programas de atención primaria es difícil. La única disponible se encuentra en una publicación de 1985, del Ministerio de Salud⁹⁰, que utilizó en sus cálculos: a) las liquidaciones de presupuesto de la Oficina de Cooperación Internacional de la Salud (OCIS, que manejaba los gastos de aquellos programas, en los que incluía la instalación de bombas de agua y el suministro de letrinas); b) las liquidaciones de presupuesto del Sector Salud; c) las cantidades de estancias hospitalarias y de consultas de los establecimientos de la CCSS y del Ministerio; y d) el número de habitantes residentes en las localidades cubiertas por los programas de Salud Rural y Salud Comunitaria.

La decisión política de mejorar la situación de salud del país, y extender y mejorar sus servicios y los de alimentación y nutrición, como mecanismos de redistribución del ingreso, se hizo manifiesta en la forma en que el gasto per cápita en salud aumentó constantemente entre 1970 y 1980, desde ₡ 195 hasta ₡ 1.435, aumentando también su participación en el PIB, del 5,1% hasta el 7,6%. La mayor parte del gasto en la década 1973-82, se produjo en consultas y estancias hospitalarias, rubros a los que se dedicó en promedio, el 55% del gasto total en salud, mientras el total de actividades realizadas en los dos programas de atención primaria no alcanzaron a consumir, en promedio, ni el 2% de dicho gasto. Mientras en ese período el costo de cada consulta aumentó de ₡ 33,50 a ₡ 181,70 y el de cada estancia de ₡ 111,20 a ₡ 1.125,10, el costo per cápita de los programas de atención primaria ascendió de ₡ 20,70 a ₡ 132,90.

La participación en el PIB, del gasto en consultas y estancias hospitalarias, que fue de 2,68% en 1973, creció en forma paralela al aumento del PIB hasta 1980, cuando llegó a ser 4,42% de él. Esta cifra contrasta con la de la participación, en el PIB, de los programas de atención primaria, que en 1973 constituyó sólo 0,02% y, aunque creció hasta 1979 cuando alcanzaron su mayor cobertura, apenas llegó a 0,14% en esta última fecha.

⁸⁹ Díaz-Amador, Carlos. Situación nutricional de la población costarricense. En *Análisis de la situación alimentaria-nutricional en Costa Rica*. L. Sáenz (edir). San José, Costa Rica, Secretaría de la Política Nacional de Alimentación y Nutrición, 1982 Sáenz, Lenin. *Salud sin riqueza (El caso de Costa Rica)* Departamento de publicaciones e impresos del Ministerio de Salud, San José, Costa Rica, mayo 1985, pp. 39-44

⁹⁰ Sáenz, Lenin. *Salud sin riqueza (El caso de Costa Rica)* Departamento de publicaciones e impresos del Ministerio de Salud, San José, Costa Rica, mayo 1985, pp. 39-44

El contexto internacional y los Objetivos de Desarrollo del Milenio

Yalena de la Cruz⁹¹

El contexto

No hay duda de que en el mundo actual existen grandes desigualdades; que la pobreza afecta a miles de personas, que también carecen de salud y de las condiciones de vida mínimas para decir que sobreviven, al menos con dignidad de persona. Faltan los alimentos, la educación, el trabajo... Y sabiéndolo, y conociendo el potencial que tenemos en el planeta, no es posible no decidirse a construir un mundo mejor, garante de una vida plena para cada persona.

Pobreza, desigualdad y falta de oportunidades a inicios del milenio

La Asamblea Mundial de la Salud declaró que “el mejoramiento de la salud y el bienestar de las personas constituye el objetivo fundamental del desarrollo social y económico”⁹², y que, como lo manifestaron en su Informe a Alma Ata, los directores de OMS y UNICEF, “el desarrollo entraña la mejora gradual de las condiciones y la calidad de vida de que disfrutaban los miembros de la sociedad.”⁹³

No obstante, en la actualidad, grandes disparidades existen en el mundo. Como lo apunta Rifkin, “la globalización ha mejorado las perspectivas de muchos. Pero también es cierto que muchos otros han sido las víctimas de la globalización: mano de obra infantil, de la que se abusa y a la que se explota en fábricas dickensianas en todo el Tercer Mundo; millones de personas desarraigadas de sus tierras ancestrales para dejar sitio al negocio agrario; concentraciones de población cada vez mayores en las zonas urbanas, sin empleo y a menudo sin hogar; espacios naturales que se han esquilado hasta dejarlos desnudos e incapaces de mantener ni siquiera la existencia humana más rudimentaria.”⁹⁴

De acuerdo con Rifkin, “850 millones de personas están desnutridas y cientos de millones de personas carecen de agua potable adecuada, o de combustible suficiente para calentar sus hogares. La mitad de la población del mundo está completamente excluida de la economía formal, obligada a trabajar en la economía extraoficial del trueque y la subsistencia.”⁹⁵ Por eso, como lo dice Alejandro Llano, “de momento, lo único que de verdad se ha globalizado es la pobreza.”⁹⁶ De ahí el reto señalado por los Jefes de Estado y de Gobierno que integran la Asamblea General de Naciones Unidas, en la Declaración del Milenio⁹⁷: “Creemos que la tarea fundamental a que nos enfrentamos hoy es conseguir que la mundialización se convierta en una fuerza positiva para todos los habitantes del mundo, ya que, si bien ofrece grandes posibilidades, en la actualidad sus beneficios se distribuyen de forma muy desigual al igual que sus costos.”

⁹¹ Diplomada en Formación General, Licenciada en Odontología, Doctora en Cirugía Dental y Magister Scientiae en Salud Pública de la Universidad de Costa Rica. Estudios de posgrado en Atención Primaria de la Salud en el Instituto Internacional Histadrut (Campus Beit-Berl), Israel. Profesora de la Escuela de Medicina de la Universidad de Costa Rica. Columnista de la Página 15 del periódico La Nación. Apartado postal 640-2050, San José, Costa Rica. E-mail: delacruz@cariari.ucr.ac.cr

⁹² Declaración Mundial de la Salud. Adoptada por la comunidad sanitaria mundial en la 51ª Asamblea Mundial de la Salud celebrada en Mayo de 1978

⁹³ Atención Primaria de la Salud. Informe conjunto del Director General de la Organización Mundial de la Salud y del Director Ejecutivo del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia presentado en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata (URSS), 6-12 de septiembre de 1978, en: OMS-UNICEF. Alma-Ata 1978. Atención Primaria de la Salud, 1978. ISBN 92 4 354135 8 (OPS COL SSPT No. 1), p 51.

⁹⁴ Rifkin, Jeremy. La guerra que hay detrás de la guerra, en Diario El País de España, 2 de septiembre de 2001. En URL: http://www.elpais.es/articulo.html?d_date=20010922&xref=20010922elpepiopi_8&type=Tes&anchor=elpepiopi

⁹⁵ Rifkin, Jeremy. La guerra que hay detrás de la guerra, en Diario El País de España, 2 de septiembre de 2001. En URL: http://www.elpais.es/articulo.html?d_date=20010922&xref=20010922elpepiopi_8&type=Tes&anchor=elpepiopi

⁹⁶ Llano, Alejandro. Universidad y autenticidad. En Nuestro tiempo, N° 557 noviembre de 2000, Universidad de Navarra, Pamplona, España. ISSN-0029-5795, p 26

⁹⁷ Declaración del Milenio. Resolución aprobada por la Asamblea General [sin remisión previa a una Comisión Principal (A/55/L.2)]. Nueva York, 6 a 8 de septiembre de 2000.



Un mundo nuevo

Federico Mayor Zaragoza ha dicho⁹⁸ que nuestra única esperanza radica en la libertad y la creatividad humana para hacer frente a cuatro grandes desafíos:

- La construcción de la paz, con programas internacionales y cooperación planetaria, no solo para evitar el horror de la guerra, sino sobre todo, para preparar la justicia social y para desterrar la violencia.
- La desaparición de las desigualdades y exclusiones, terriblemente agudizadas por la mundialización.
- El desarrollo duradero, que comprende el deber de prever para las generaciones futuras.
- La visualización de un proyecto de largo plazo, para no ir a la deriva.

Por su parte, los Jefes de Estado y de Gobierno que integran la Asamblea General de Naciones Unidas, en la Declaración del Milenio⁹⁹ señalaron: “reconocemos que, además de las responsabilidades que todos tenemos respecto de nuestras sociedades, nos incumbe la responsabilidad colectiva de respetar y defender los principios de la dignidad humana, la igualdad y la equidad en el plano mundial”; “estamos decididos a establecer una paz justa y duradera en todo el mundo”; “reafirmamos nuestra determinación de apoyar todos los esfuerzos encaminados a hacer respetar la igualdad soberana de todos los Estados, el respeto de su integridad territorial e independencia política; la solución de los conflictos por medios pacíficos y en consonancia con los principios de la justicia y del derecho internacional”; “el respeto de la igualdad de derechos de todos, sin distinciones por motivo de raza, sexo, idioma o religión, y la cooperación internacional para resolver los problemas internacionales de carácter económico, social, cultural o humanitario”. E indicaron, como valores fundamentales para las relaciones internacionales en el siglo XXI: la libertad, la igualdad, la solidaridad, la tolerancia, el respeto a la naturaleza y el sentido de responsabilidad común de las naciones del mundo.

Objetivos de Desarrollo del Milenio y la salud

Para el año 2015, los 191 Estados Miembros de las Naciones Unidas se han comprometido a cumplir una serie de objetivos, también llamados “las metas del milenio”¹⁰⁰:

1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre
2. Lograr la enseñanza primaria universal
3. Promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer
4. Reducir la mortalidad infantil
5. Mejorar la salud materna
6. Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades
7. Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente
8. Fomentar una asociación mundial para el desarrollo

Si salud es un estado de bienestar, determinado por factores bio-psico-sociales, el cumplimiento de los objetivos del milenio es requisito indispensable en la simultánea construcción de la “salud para todos”.

La salud en la sociedad

En criterio de los Directores de OMS y UNICEF, “únicamente cuando alcanzan un grado aceptable de salud pueden los individuos, las familias y las colectividades disfrutar de los restantes beneficios de la vida”¹⁰¹.

⁹⁸ Mayor Zaragoza, Federico. Un Mundo Nuevo. Ed. Odile Jacob, Paris, 1999

⁹⁹ Declaración del Milenio. Resolución aprobada por la Asamblea General [sin remisión previa a una Comisión Principal (A/55/L.2)]. Nueva York, 6 a 8 de septiembre de 2000.

¹⁰⁰ Naciones Unidas. Las metas del milenio. En URL: <http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/>

¹⁰¹ Atención Primaria de la Salud. Informe conjunto del Director General de la Organización Mundial de la Salud y del Director Ejecutivo del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia presentado en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata (URSS), 6-12 de septiembre de 1978, en: OMS-UNICEF. Alma-Ata 1978. Atención Primaria de la Salud, 1978. ISBN 92 4 354135 8 (OPS COL SSPT No. 1), p 51.



Así, la meta en salud es preservar la vida humana y la calidad y dignidad de esa vida humana. En lo posible, tenemos que evitar que las personas se enfermen y hemos de entender que con más hospitales no mejora la salud; como sociedad, tenemos que aspirar a cerrar camas de hospital, a prevenir lo que se pueda prevenir, a diagnosticar lo más tempranamente posible, a curar y rehabilitar cuando haya que hacerlo¹⁰². Pero, sobre todo, si la salud de las personas está determinada, entre otros, por factores sociales, es necesario desarrollar programas para eliminar la pobreza y elevar el nivel de vida y educación de la gente, para desarrollar la investigación clínica y epidemiológica, para dar un manejo adecuado de la basura, para implementar controles ambientales, para prevenir desastres y propiciar una mayor participación de la población en los procesos generadores de salud¹⁰³.

Junto a los de salud, los programas de seguridad social, siendo fieles a su origen histórico, deben seguir siendo financiados en forma tripartita por empleados, patronos y Estado, y han de procurar la promoción de la salud y la atención de los riesgos de enfermedad y laborales, así como las enfermedades y los programas socioeconómicos (pensiones) de invalidez, de vejez y de muerte.

Salud y estilos de vida

Para procurar la salud, resulta clave cumplir el compromiso sectorial¹⁰⁴ asumido para el período 2002-2006 en estos términos: “Promover la construcción de una cultura de salud con énfasis en promoción de la salud y el fomento de estilos de vida saludables individuales y colectivos”¹⁰⁵, que se enmarca dentro de la función rectora de dirección y conducción de la salud que conlleva precisamente “el fomento de políticas públicas saludables”.¹⁰⁶

Relacionado con la promoción de la salud y los estilos de vida saludables, se han de cumplir específicamente, los siguientes aspectos:

1. Un programa contra el uso de las drogas. Además de la campaña educativa, debe ofrecerse tratamiento, rehabilitación, a quienes han caído en las garras de este vicio. La sociedad del siglo XXI debe ser una sociedad libre de drogas.
2. Un programa contra el uso de la violencia como método de resolución de conflictos. El programa debe abarcar:
 - a. Campañas contra la violencia en las carreteras, para disminuir los accidentes de tránsito y atropellos, y la concienciación a la población para reducir las conductas “de riesgo”; sanciones fuertes a quienes incumplan las leyes y regulaciones de tránsito o manejen bajo la influencia del licor o las drogas. A la vez, deben mejorarse las vías, sobre todo en cuanto a condiciones y señalización; las regulaciones para la circulación de los vehículos; la construcción de puentes y pasos peatonales; la disposición de vías para bicicletas (ciclorutas) fuera de las autopistas.
 - b. Campañas para disminuir la violencia intrafamiliar contra las mujeres y contra la explotación sexual comercial infantil. Debe establecerse, además, un sistema de seguimiento de casos, y debe penalizarse la violencia intrafamiliar. Es deseable, además, contar con un marco legal apropiado que penalice la violencia doméstica y que responda a las convenciones internacionales que sobre la materia ha ratificado nuestro país, en particular, al Convención Interamericana sobre Derechos Humanos y la Convención contra toda forma de discriminación contra la mujer (CEDAW).

¹⁰² De la Cruz, Yalena. Salud para todos. Periódico La Nación, San José, p 15A, 5 de abril de 1998. En URL: http://www.nacion.co.cr/ln_ee/1998/abril/05/opinion4.html

¹⁰³ De la Cruz, Yalena. La ruta de la salud. Periódico La Nación, San José, p 15A, 18 de septiembre de 1998. En URL: http://www.nacion.co.cr/ln_ee/1998/septiembre/18/opinion.html

¹⁰⁴ República de Costa Rica. MS, CCSS, AyA, INS, OPS. Agenda Sanitaria concertada. Los diez compromisos del sector 2002-2006

¹⁰⁵ Naciones Unidas. Las metas del milenio. En URL: <http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/>

¹⁰⁶ Saborio, R., Coto, D. La organización administrativa costarricense. Inventario. Ministerio de Salud, en: URL: <http://www.cesdepu.com/org/msal.htm>



- c. Campañas que promuevan la cultura de la paz, que incluya la cortesía y el respeto en la comunicación social y tolerancia para la discusión de las diferencias. Esto es especialmente importante en relación con el punto anterior, de la violencia intrafamiliar, pues debe enfocarse también en las relaciones de pareja.
 - d. Regulaciones a la compra y tenencia de armas; establecimiento de cursos de manejo y seguridad en la porta y custodia de armas.
 - e. Regulación de la televisión. Deben regularse los contenidos, para eliminar la incitación a la violencia y la discriminación por género u otra causa.
3. Un programa de educación sexual. Es necesario desarrollar programas de educación sexual dirigidos a los jóvenes, con una perspectiva de salud integral. Estos programas deben incluir de manera prioritaria las campañas educativas para evitar la diseminación del SIDA y para prevenir otras enfermedades de transmisión sexual. Debe conllevar, a la vez, la posibilidad de tener acceso efectivo a los métodos para hacer tal prevención posible. Además, es importante enseñarle a los niños, niñas y adolescentes a detectar oportunamente las situaciones de riesgo a las que pueden estar expuestos, para ser víctimas del abuso sexual.¹⁰⁷
 4. Un programa de nutrición adecuada. Es necesario impulsar campañas educando a la población sobre hábitos alimentarios saludables.
 5. Un programa de deporte. Es necesario combatir el sedentarismo e impulsar el sano hábito de hacer deporte (al menos 30 minutos diarios de ejercicio físico de intensidad moderada) para lograr una vida plena y saludable. Simultáneamente, debe impulsarse la construcción de ciclorutas, parques y otras áreas deportivas públicas.

Salud y pobreza

Según la Declaración de Alma Ata, "los gobiernos tienen la obligación de cuidar la salud de sus pueblos, obligación que sólo puede cumplirse mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas."¹⁰⁸ Para ello, resulta fundamental cumplir con el objetivo del milenio de "erradicar la pobreza extrema y el hambre"¹⁰⁹ y además, el compromiso sectorial asumido para el período 2002-2006: en estos términos "modular la inversión, el gasto y el financiamiento en coherencia con las políticas y las prioridades del sector salud".¹¹⁰

1. En materia de superación de la pobreza se requiere:
2. Programa de educación: que todos los niños y niñas puedan terminar su enseñanza secundaria, además de cerrar las brechas cualitativas entre la educación pública y privada, y la rural y la urbana.
3. Programa de educación en salud: que las personas cambien sus conocimientos, actitudes y prácticas, lo que les facilite acceder a la salud.
4. Programa de agua potable: abastecimiento universal de agua potable y saneamiento básico.
5. Programa de manejo de desechos: promover la construcción de rellenos sanitarios y dar un manejo adecuado a los desechos reciclables, especiales y peligrosos.
6. Programa de dotación de vivienda: buscar que toda familia tenga una vivienda digna, y en el proceso, dar prioridad a la mujer jefa de familia.

¹⁰⁷ Las estadísticas nacionales sobre embarazo adolescente son alarmantes: el 81% de los partos de primigestas son de adolescentes; Entre 270 madres adolescentes, se determinó que el 50% no conocía las implicaciones de las relaciones sexuales; el 43% no tenía conocimiento sobre la menstruación; el 42% no sabía como nacen los niños y el 68% dijo no tener a quién recurrir para buscar información para aspectos relacionados con la sexualidad. Además, según un estudio de PROCAL, en 358 niñas madres atendidas, la edad promedio de las jóvenes oscilaba ente 13 y 13 y medio años, siendo la principal referencia al programa por abuso sexual, acompañado de rechazo familiar; en las menores de 14 años el embarazo se produjo por incesto provocado por el padre, un hermano o un familiar cercano; más del 90% fue embarazo no planeado, ni mucho menos deseado. El 100% carece de información adecuada suficiente y necesaria para el manejo de la sexualidad y el 80% no utilizó servicios de atención prenatal en salud. (Embarazo en Adolescentes. Costa Rica. En: URL <http://www.fire.or.cr/joven5.htm>)

¹⁰⁸ Declaración de Alma Ata, en: OMS-UNICEF. Alma-Ata 1978. Atención Primaria de la Salud, 1978. ISBN 92 4 354135 8 (OPS COL SSPT No. 1), p 2-7

¹⁰⁹ Organización Panamericana de la Salud. Análisis de Situación de Salud en las Américas, 1999-2000, Boletín Epidemiológico, Vol. 21 No. 4, diciembre 2000, en URL: http://www.paho.org/Spanish/SHA/be_v21n4-editorial.htm

¹¹⁰ República de Costa Rica. MS, CCSS, AyA, INS, OPS. Agenda Sanitaria concertada. Los diez compromisos del sector 2002-2006



7. Programas sanitarios: acceso a la salud: acceso universal a los programas de salud y seguridad social, e incorporación con plenos derechos a las mujeres trabajadoras no remuneradas en la seguridad social.
8. Programa de alimentación (seguridad alimentaria): que cada persona tenga suficientes alimentos para llevar una vida saludable y campañas para consumir dietas balanceadas.
9. Programa de igualdad de oportunidades sociales: desarrollar el enfoque de género como estrategia, entendido éste como “un proceso mediante el cual se reconocen las diferencias entre mujeres y hombres en términos de sus necesidades y problemas de salud, para planificar acciones integrales adecuadas a sus particularidades biológicas y sociales, garantizando la participación igualitaria de ambos géneros en la toma de decisiones a nivel político, económico y social”¹¹¹; ampliar la protección social, mejorar las condiciones laborales, de vivienda y de acceso al crédito de las mujeres pobres, y lograr la contabilización de la contribución económica de las mujeres: de su trabajo productivo y reproductivo no remunerados.

La salud y el desarrollo sostenible

Se ha asumido, como compromiso del milenio, “garantizar la sostenibilidad del medio ambiente¹¹². En este sentido, conviene impulsar:

1. Políticas de negociación comercial que contemplen la necesaria protección del ambiente por parte de toda actividad económica que se desarrolle, para evitar así daños irreparables en bosques, suelos y especies, aire, agua y atmósfera.
2. Programa de calidad del agua y control de la contaminación del agua, que garantice la potabilidad para consumo humano en todo el país.
3. Programa de control de alimentos en cuanto a producción, manipulación, venta.
4. Programa de control del ruido y la contaminación sónica, estableciendo máximos niveles de ruido permitidos, y velando por su cumplimiento.
5. Programa de control de la contaminación del aire
6. Programa de control de la contaminación visual, que incluya la regulación de rótulos, y de las vallas en carreteras.
7. Programa de manejo de desechos, que incluya la sensibilización para separar los desechos reciclables de los que no lo son y construcción de un relleno sanitario.

La salud laboral

Es importante promover políticas en materia laboral que contemplen:

1. Programa informativo al trabajador de sus derechos y así como garantía del respeto a la legislación social: jornadas, salarios, vacaciones, etc., así como su incorporación a los tratados internacionales, de tal manera que la competencia no se dé a expensas de la explotación de los trabajadores.
2. Programa “sello humano”, que implique los productos que no se han fabricado con mano de obra infantil ni con trabajo pagado a precios menores que un salario mínimo que le garantice al trabajador la satisfacción de sus necesidades.
3. Programa de incorporación productiva de madres solteras, que incluya impulsar horarios flexibles de trabajo que faciliten combinar las responsabilidades laborales con las obligaciones familiares y la construcción de guarderías.

¹¹¹ Política Nacional de Salud 2002-2006, p 25.

¹¹² Naciones Unidas. Las metas del milenio. En URL: <http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/>



Salud y participación ciudadana

Alma Ata señaló que “el pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud.”¹¹³ En informe conjunto de los Directores Generales de UNICEF y OMS a la Conferencia, ellos señalaban que: “la comunidad ha de participar plenamente en la planificación, la organización y la administración de la atención primaria de salud” y agregaban: “esa participación se consigue principalmente mediante una adecuada labor de educación que permita a las comunidades enfrentarse, en la forma más conveniente, con sus verdaderos problemas de salud. Así estarán mejor situadas para adoptar decisiones racionales acerca de la atención primaria de salud y para conseguir de los demás niveles del sistema nacional de salud el apoyo que realmente sea necesario. Esos niveles superiores se deben organizar y fortalecer para que puedan apoyar la atención primaria de salud mediante conocimientos técnicos, formación de personal, orientación y supervisión, ayuda logística, suministros, información, financiación y sistemas e instituciones de envío de enfermos o de consulta de problemas pendientes de solución”.¹¹⁴

Esto implica el impulso a programas sanitarios con plena participación comunitaria, y donde las personas sean entes activos y no receptores pasivos de las acciones. Así las cosas, debe fomentarse la participación ciudadana en la identificación de los problemas sanitarios: “la evaluación de la situación, la definición de los problemas y el señalamiento de las prioridades”¹¹⁵; el control de la gestión; y también en la toma de decisiones relativas a sus procesos de salud integral, sin perder de vista que, “para alcanzar su máxima eficacia, la atención primaria de salud habrá de emplear métodos que la comunidad acepte y comprenda y que el personal sanitario pueda aplicar dentro de las posibilidades económicas de la comunidad y del país”.¹¹⁶ Lo anterior, sin perder de vista que los líderes en salud deben estar en todos los niveles comunales, y que la meta es que toda persona se involucre en el proceso de asumir responsablemente las decisiones de su salud.

Salud y desastres

Debe haber un Programa Nacional de Desastres que facilite cumplir con el compromiso sectorial¹¹⁷ asumido para el período 2002-2006, en estos términos: “fomentar acciones orientadas a la reducción de la vulnerabilidad ante los desastres”.

El programa debe capacitar a los habitantes para evaluar, en las comunidades, riesgos que permitan prevenir desastres como incendios o derrumbes, pero también para manejar situaciones más complejas como un terremoto. Normas de construcción, señalamientos y salidas de emergencia, uso de extinguidores, son parte de la tarea reguladora del Ministerio de Salud.

Salud y modelo de atención

Un Sistema Nacional de Salud debe garantizar no solo el acceso oportuno y eficiente a los servicios sino, sobre todo, debe evitar -cuando es posible- la aparición de las enfermedades, bajo un concepto de salud

¹¹³ Declaración de Alma Ata, en: OMS-UNICEF. Alma-Ata 1978. Atención Primaria de la Salud, 1978. ISBN 92 4 354135 8 (OPS COL SSPT No. 1), p 2-7

¹¹⁴ Atención Primaria de la Salud. Informe conjunto del Director General de la Organización Mundial de la Salud y del Director Ejecutivo del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia presentado en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata (URSS), 6-12 de septiembre de 1978, en: OMS-UNICEF. Alma-Ata 1978. Atención Primaria de la Salud, 1978. ISBN 92 4 354135 8 (OPS COL SSPT No. 1), p 40-41.

¹¹⁵ Atención Primaria de la Salud. Informe conjunto del Director General de la Organización Mundial de la Salud y del Director Ejecutivo del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia presentado en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata (URSS), 6-12 de septiembre de 1978, en: OMS-UNICEF. Alma-Ata 1978. Atención Primaria de la Salud, 1978. ISBN 92 4 354135 8 (OPS COL SSPT No. 1), p 59.

¹¹⁶ Atención Primaria de la Salud. Informe conjunto del Director General de la Organización Mundial de la Salud y del Director Ejecutivo del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia presentado en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata (URSS), 6-12 de septiembre de 1978, en: OMS-UNICEF. Alma-Ata 1978. Atención Primaria de la Salud, 1978. ISBN 92 4 354135 8 (OPS COL SSPT No. 1), p 41.

¹¹⁷ República de Costa Rica. MS, CCSS, AyA, INS, OPS. Agenda Sanitaria concertada. Los diez compromisos del sector 2002-2006



integral, donde se ataquen los factores biológicos y sociales que inciden en la salud de las personas y la determinan. Así, en una primera etapa, se debe prevenir; es más satisfactorio para la persona -a nadie le gusta enfermarse- y más barato para el sistema. Hablamos en esta etapa de vacunar, educar para cambiar hábitos que incidan en la aparición de enfermedades, y detectar factores de riesgo para tratar de contrarrestarlos.¹¹⁸

El acceso debe darse en términos de:

- Accesibilidad geográfica: la distancia, el tiempo necesario para recorrerla y los medios de transporte deben ser aceptables para la población.¹¹⁹
- Accesibilidad financiera: cualesquiera que sean las formas de pago que se utilicen, los servicios deben estar dentro de las posibilidades económicas de la comunidad y del país.¹²⁰
- Accesibilidad cultural: los métodos técnicos y administrativos utilizados deben estar en consonancia con las pautas culturales de la comunidad¹²¹ y ser realizados tomando en cuenta, también, la perspectiva de género.
- Accesibilidad funcional: debe haber prestación permanente de la asistencia adecuada a quienes la necesiten, y en cualquier momento que la necesiten, por medio del grupo sanitario apropiado para ese fin.¹²²
- La accesibilidad debe medirse no solo en función de su utilización, sino también por su capacidad de resolución.¹²³

Una segunda etapa debe hacer diagnóstico precoz, para detectar la enfermedad en sus primeras manifestaciones; ello conlleva una mayor probabilidad de pronta curación y de menor daño de la persona, y para el sistema resulta más barato que una acción tardía.¹²⁴

Una tercera etapa debe ofrecer atención médica general, con un profesional que atienda los síntomas evidentes de enfermedad del paciente en forma oportuna, eficiente y humanizada.¹²⁵

Una cuarta etapa debe brindar atención médica especializada, cuando la atención general no resulta efectiva.¹²⁶

En una quinta etapa, cuando en las etapas previas, el Sistema de Salud no ha podido combatir la

¹¹⁸ De la Cruz, Yalena. El sistema de salud. Periódico La Nación, San José, p 15A, 7 de mayo de 1999. En URL: http://www.nacion.co.cr/ln_ee/1999/mayo/07/opinion4.html

¹¹⁹ Atención Primaria de la Salud. Informe conjunto del Director General de la Organización Mundial de la Salud y del Director Ejecutivo del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia presentado en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata (URSS), 6-12 de septiembre de 1978, en: OMS-UNICEF. Alma-Ata 1978. Atención Primaria de la Salud, 1978. ISBN 92 4 354135 8 (OPS COL SSPT No. 1), p 68.

¹²⁰ Atención Primaria de la Salud. Informe conjunto del Director General de la Organización Mundial de la Salud y del Director Ejecutivo del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia presentado en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata (URSS), 6-12 de septiembre de 1978, en: OMS-UNICEF. Alma-Ata 1978. Atención Primaria de la Salud, 1978. ISBN 92 4 354135 8 (OPS COL SSPT No. 1), p 68.

¹²¹ Atención Primaria de la Salud. Informe conjunto del Director General de la Organización Mundial de la Salud y del Director Ejecutivo del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia presentado en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata (URSS), 6-12 de septiembre de 1978, en: OMS-UNICEF. Alma-Ata 1978. Atención Primaria de la Salud, 1978. ISBN 92 4 354135 8 (OPS COL SSPT No. 1), p 68.

¹²² Atención Primaria de la Salud. Informe conjunto del Director General de la Organización Mundial de la Salud y del Director Ejecutivo del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia presentado en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata (URSS), 6-12 de septiembre de 1978, en: OMS-UNICEF. Alma-Ata 1978. Atención Primaria de la Salud, 1978. ISBN 92 4 354135 8 (OPS COL SSPT No. 1), p 68.

¹²³ Atención Primaria de la Salud. Informe conjunto del Director General de la Organización Mundial de la Salud y del Director Ejecutivo del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia presentado en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata (URSS), 6-12 de septiembre de 1978, en: OMS-UNICEF. Alma-Ata 1978. Atención Primaria de la Salud, 1978. ISBN 92 4 354135 8 (OPS COL SSPT No. 1), p 68.

¹²⁴ De la Cruz, Yalena. El sistema de salud. Periódico La Nación, San José, p 15A, 7 de mayo de 1999. En URL: http://www.nacion.co.cr/ln_ee/1999/mayo/07/opinion4.html

¹²⁵ De la Cruz, Yalena. El sistema de salud. Periódico La Nación, San José, p 15A, 7 de mayo de 1999. En URL: http://www.nacion.co.cr/ln_ee/1999/mayo/07/opinion4.html

¹²⁶ De la Cruz, Yalena. El sistema de salud. Periódico La Nación, San José, p 15A, 7 de mayo de 1999. En URL: http://www.nacion.co.cr/ln_ee/1999/mayo/07/opinion4.html



enfermedad, debe garantizarse el derecho a morir dignamente, teniendo los medios humanos y espirituales que hagan a la persona más fácil esta transición.¹²⁷

Además, es necesario superar el modelo médico-céntrico de atención y no confundir el cuidado de la salud con la atención médica de la enfermedad. En ese sentido, "las universidades deben desempeñar un papel crítico en la formación de líderes del sector sanitario, especialmente en la preparación de personal que desarrolle y dirija servicios de salud más eficaces"¹²⁸. No obstante, se requieren líderes en salud en todos los niveles, no solo universitarios.

A la vez, debe incorporarse la perspectiva de género que permita tratar como corresponde, en virtud de las diferencias existentes, la salud de las mujeres y de los varones, bajo un principio de equidad, es decir, tratando diferente a quienes no son iguales para facilitarles alcanzar, en la mejor forma posible, los mayores niveles de salud.

Por otro lado, para cumplir el compromiso sectorial¹²⁹ de "mejorar la equidad, acceso, calidad y ética de servicios de salud con énfasis en la atención primaria" es conveniente que el modelo de atención incluya un programa de atención primaria pensada desde las especialidades:

1. Pediatría

- a. Programas de promoción de lactancia materna y de hábitos alimentarios saludables
- b. Vacunación
- c. Peso y talla

2. Ginecología

- a. Programas de detección temprana de cáncer, que incluye la vigilancia y control de cambios en órganos (papanicolau y examen periódico de mamas)
- b. Programas de promoción para el autocuidado de la salud sexual y reproductiva

3. Obstetricia

- a. Control del embarazo y parto¹³⁰
- b. Programas educativos que fomenten la atención prenatal¹³¹
- c. Programas de atención integral a la mujer, tanto para los períodos previos al embarazo¹³² (cuando está en proceso de decidir si asume un proceso de maternidad) como durante el embarazo y en el parto y puerperio.

4. Medicina interna

- a. Programas de educación y prevención de:
 - enfermedades cardiovasculares
 - diabetes
- b. Programas de promoción de estilos de vida saludables:
 - fomento del deporte y la actividad física
 - hábitos alimentarios saludables

¹²⁷ De la Cruz, Yalena. El sistema de salud. Periódico La Nación, San José, p 15A, 7 de mayo de 1999. En URL: http://www.nacion.co.cr/ln_ee/1999/mayo/07/opinion4.html

¹²⁸ OMS. De Alma Ata al año 2000: reflexiones a medio camino, Ginebra, 1991. ISBN 92 4 356124 3, p 78

¹²⁹ República de Costa Rica. MS, CCSS, AyA, INS, OPS. Agenda Sanitaria concertada. Los diez compromisos del sector 2002-2006

¹³⁰ De acuerdo con los datos oficiales, en nuestro país el promedio anual de muertes maternas es de 23 mujeres, de las cuales el 85% pueden evitarse. Fuente: Discurso de la Sra. Ministra de Salud, Dra. Rocio Sáenz: "Cada madre, cada niña y niño cuentan", en la celebración del Día Mundial de la Salud. San José, 7 de abril de 2005.

¹³¹ De acuerdo con los datos oficiales, en nuestro país, de las 668 muertes infantiles ocurridas en 2004, 32,8% fallecieron en las primeras 24 horas y el 57,8% en la primera semana de vida: el 40,2% de estas muertes son prevenibles. Fuente: Discurso de la Sra. Ministra de Salud, Dra. Rocio Sáenz: "Cada madre, cada niña y niño cuentan", en la celebración del Día Mundial de la Salud. San José, 7 de abril de 2005.

¹³² La "Alianza Nacional para una maternidad saludable y segura" precisamente promueve "mejorar la calidad de la atención lo cual incluye desde: la atención preconcepcional, el control prenatal y la hospitalización con enfoque de riesgo, el control post parto y del recién nacido y en el ámbito administrativo, la vigilancia de la salud, los sistemas de información, la investigación y la docencia". Fuente: Discurso de la Sra. Ministra de Salud, Dra. Rocio Sáenz: "Cada madre, cada niña y niño cuentan", en la celebración del Día Mundial de la Salud. San José, 7 de abril de 2005.



5. Odontología

- a. Programas de educación y promoción para la salud dental y prevención de caries y enfermedades periodontales

6. Nutrición

- a. Fomento de hábitos alimentarios saludables
- b. Seguridad Alimentaria Nutricional

7. Geriátría

- a. Promoción de ambientes familiares y sociales para el adulto mayor
- b. Procurar la enseñanza de la geriatría como especialidad médica básica en los currículos médicos, dados los cambios en el perfil demográfico nacional
- c. Actividades para promover una vida activa del adulto mayor, que incluye la entretención del ocio

Vigilancia de la salud

La vigilancia es una función rectora del Ministerio de Salud. Al respecto, se ha asumido el compromiso sectorial¹³³ en estos términos: “Consolidar el Sistema Nacional de la Vigilancia de la Salud”. Es necesario el registro de incidencia y prevalencia de las principales enfermedades y problemas sanitarios, para incidir directamente no solo en la parte de atención, sino en la prevención con enfoque de riesgo. En términos prácticos, la vigilancia epidemiológica es “información para la acción” y, por lo tanto, debe ser la orientadora de las campañas preventivas bajo enfoque de riesgo, y de las curativas y rehabilitadoras.

También la vigilancia epidemiológica debe incorporar el enfoque de género, para determinar las diferencias en el perfil epidemiológico de mujeres y varones.

La vida humana y la salud

El sistema —y las acciones— en salud deben orientarse a preservar la vida humana y la calidad de esa vida humana. En ese sentido, varios programas son pertinentes:

1. Trasplantes. Debe fomentarse la cultura de la donación de órganos, voluntaria y gratuita. La legislación debe ser cuidadosa para evitar el trasiego de órganos.
2. Aborto. Se deben establecer ágiles mecanismos de adopción para los casos en que una madre no desee conservar un neonato. Además, se deben tener programas de apoyo a la mujer que sobrevive a un aborto, para que supere las consecuencias psicológicas que podría afrontar. Sería deseable que la mujer no tenga que someterse a los abortos clandestinos que terminan con la gestación y ponen en riesgo su vida, con consecuencias muchas veces fatales.¹³⁴
3. Muerte natural. Debe fomentarse la práctica de tener un “testamento vital”¹³⁵, mediante el cual la persona decida sobre su vida en caso de tener que ser conectado a un respirador artificial o métodos similares que le mantengan la vida artificialmente.
4. Cuidados paliativos. Debe fomentarse el programa de cuidados paliativos que mitiguen el dolor.

¹³³ República de Costa Rica. MS, CCSS, AyA, INS, OPS. Agenda Sanitaria concertada. Los diez compromisos del sector 2002-2006

¹³⁴ Ver, por ejemplo, el artículo del doctor Francisco Fuster, “El día que cabalgó la muerte”, en La Nación del 2 de febrero de 2001, en URL: http://www.nacion.com/ln_ee/2001/febrero/02/opinion8.html

Este es parte del doloroso relato que refleja una realidad que no podemos ocultar: “Al entrar a mi trabajo en el hospital, un 14 de agosto, recibí una llamada urgente del Salón de Ginecología: a una paciente la habían internado por emergencias y estaba grave. Me encontré con una adolescente de escasos 14 años que venía sangrando y estaba en muy mal estado; vi sus ojos vidriosos, unos ojos que tantas veces he visto a través de los años y que denotan que la vida se escapa a cada instante, como jirones de piel en la oscuridad de un sin sentido. Me confesó, apenas audible, que estaba embarazada de su novio, el cual al enterarse la había dejado —historia trillada en nuestro medio—, y que, en su desesperación, había ido donde una señora que le había hecho “algo abajo” que inició el sangrado. Al examinarla me encontré con un pedazo de alambre de sombrilla que estaba pegado al útero y que se veía a la entrada de la vagina. La paciente con fiebre alta, el flujo de sangre fétido y la presión que descendía peligrosamente, me anunciaron un shock séptico. El laboratorio denotaba la infección que rauda la carcomía, las radiografías y el ultrasonido mostraban la varilla atravesando el útero y penetrando en esa oscuridad de su vientre.”

¹³⁵ Gordienko, Abril. Diane Pretty y “Miss B”. En URL: http://www.nacion.com/ln_ee/2002/junio/01/opinion3.html



5. Investigación en salud, básica, clínica y epidemiológica. Debe garantizar la dignidad del ser humano y la prevalencia de la ética en el proceso, de tal manera que cuando intervenga la participación de pacientes, los protocolos de investigación deban ser rigurosos en el cumplimiento de tales garantías. En cuanto a clonación, Costa Rica debe mantener su posición de que se prohíba internacionalmente la clonación humana con fines reproductivos. Además, todos los procesos de investigación deben incorporar la perspectiva de género, que permita considerar las diferencias entre varones y mujeres a la hora de diseñar y hacer los estudios.

Habilitación y acreditación de los establecimientos de salud y afines

El Ministerio de Salud debe continuar ampliando sus tareas de habilitación y acreditación de establecimientos en salud y afines, lo que implica establecer estándares para clínicas y hospitales, pero también para sodas, restaurantes y otros sitios de venta de comida (manipulación, almacenamiento y expendio de alimentos), hogares de ancianos, barberías, salas de masaje, etc.

Formación de recursos humanos

La declaración de Alma-Ata estableció: "Que los gobiernos atribuyan alta prioridad a la utilización plena de los recursos humanos, definiendo para cada una de las categorías del personal de salud la función técnica, las competencias y las actitudes necesarias con arreglo a las tareas que le incumben a fin de lograr una atención primaria de salud eficaz; y creando equipos formados por agentes de salud de la comunidad, otro personal de desarrollo, personal de categoría intermedia, enfermeras, parteras, médicos y, cuando proceda, personas que practican la medicina tradicional y parteras empíricas".¹³⁶

En ese sentido, debe fomentarse la formación de promotores comunitarios de salud, como agentes promotores de la atención primaria.

Como lo propone Jaramillo, "las Escuelas de Medicina y en términos generales todas aquellas que tienen que ver con el campo de la salud, tienen que ser reorientadas, ahora más que nunca, no sólo para producir médicos clínicos, sino también para dar médicos sociales que entiendan que el abrumador adoctrinamiento dado durante milenios en las Escuelas de Medicina y que tiene como objetivo fundamental el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, era una estrecha perspectiva. Hoy sabemos que esto fue un error, que el objetivo era mucho más vasto y que la primera y más importante función deberá ser la promoción de la salud en todos sus aspectos".¹³⁷ Así, el paradigma con el que se forman los nuevos profesionales del área es uno de los elementos claves para la ejecución de las políticas de salud.

Cooperación internacional

La declaración de Alma-Ata establece "que las organizaciones internacionales, los organismos multilaterales y bilaterales, las organizaciones no gubernamentales, las entidades de financiación y otras partes interesadas en la salud internacional, actuando de manera coordinada, estimulen y ayuden a los países a hacer suya una política de atención primaria de salud y encaucen hacia ésta una mayor asistencia técnica y financiera, dejando enteramente a los propios países que coordinen esos recursos con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación, y aprovechando al máximo los recursos locales disponibles"

¹³⁶ Declaración de Alma-Ata, en: OMS-UNICEF. Alma-Ata 1978. Atención Primaria de la Salud, 1978. ISBN 92 4 354135 8 (OPS COL SSPT No. 1), p 31

¹³⁷ Jaramillo, J., 1984. Los problemas de la salud en Costa Rica: políticas y estrategias, segunda edición, San José, Costa Rica, p. p. 56 - 57.



y que la OMS y la UNICEF “sigan fomentado y apoyando las estrategias y los planes nacionales de atención primaria de salud, como parte del desarrollo general”.¹³⁸

Los programas de cooperación internacional deben apoyar, prioritariamente, los programas tendientes a resolver las necesidades de las personas.

Metas nacionales para el 2015: una propuesta en el marco de los Objetivos del Milenio

1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre:
 - reducir significativamente el número de personas en pobreza extrema
 - reducir significativamente el porcentaje de personas que no satisfacen sus necesidades básicas y que padecen hambre y desnutrición
 - procurar que toda familia tenga una vivienda digna y dar prioridad a la mujer jefa de familia
 - promover el pleno empleo
2. Lograr la enseñanza secundaria universal:
 - mejorar la calidad de la educación pública
 - desarrollar programas contra la deserción escolar y colegial
 - impulsar programas de becas, comedores escolares, transporte y otros que faciliten la permanencia de estudiantes en el sistema educativo
 - fomentar el acceso a nuevas tecnologías
 - reducir el analfabetismo a menos del 2%
3. Promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer:
 - eliminar las desigualdades entre los géneros en educación, salud, trabajo, participación política (en el marco de lo que señala la Ley para la promoción social de la mujer), y otras áreas que hoy limitan su plena realización e incorporación social
 - educar a la población para erradicar la discriminación femenina y los diversos estereotipos que históricamente han limitado la participación social de la mujer
 - incorporar con plenos derechos a las mujeres trabajadoras no remuneradas en la seguridad social.
4. Reducir la mortalidad infantil:
 - procurar el acceso de neonatos, niños y niñas, a los programas y servicios que brinda la seguridad social
 - reducir la tasa de mortalidad neonatal
 - aumentar la cobertura de inmunización, al menos a 95%
 - fomentar la lactancia materna
5. Mejorar la salud materna:
 - procurar el acceso de la gestante a los programas de control prenatal con la debida calidad y oportunidad, y bajo un enfoque de riesgo y una perspectiva de salud integral
 - procurar la detección de riesgos que faciliten una disminución en la tasa de mortalidad materna
 - reducir significativamente el embarazo de menores de edad

En ese sentido, el país ha lanzado ya la campaña “Alianza Nacional para una maternidad saludable y segura”, que pretende precisamente unir diversas entidades del sector público y organizaciones no gubernamentales, para procurar el desarrollo de redes para una maternidad saludable, segura y corresponsable, promover el involucramiento de varones y mujeres en el autocuidado de su salud sexual y reproductiva, y la promoción de una maternidad/paternidad corresponsable, afectiva y presente.¹³⁹

¹³⁸ Declaración de Alma Ata, en: OMS-UNICEF. Alma-Ata 1978. Atención Primaria de la Salud, 1978. ISBN 92 4 354135 8 (OPS COL SSPT No. 1), p 37

¹³⁹ Declaración de compromiso. Alianza Nacional para una maternidad saludable y segura en Costa Rica. San José, 7 de abril de 2005.



6. Combatir el VIH/SIDA y otras enfermedades:
 - procurar el acceso universal a los programas de salud y seguridad social
 - garantizar el acceso a los tratamientos con medicamentos antirretrovirales
 - aumentar la educación sexual
 - garantizar el acceso efectivo a los métodos que permitan reducir –siendo deseable la erradicación– la propagación del VIH/SIDA en la población sexualmente activa
7. Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente
 - incorporar los principios de desarrollo sostenible en las políticas y los programas nacionales; invertir la pérdida de recursos del medio ambiente
 - acceso universal al agua potable y establecimiento de zonas protegidas para las fuentes de agua y mantos acuíferos
 - construir rellenos sanitarios para el manejo de desechos
 - promover el manejo adecuado y reciclaje de desechos en los niveles domiciliario, hospitalario e industrial
 - construcción de las redes de alcantarillado en las diversas regiones del país
 - promover programas de manejo de desastres procurando la reducción de la vulnerabilidad
8. Fomentar una asociación mundial para el desarrollo, procurando:
 - el desarrollo de programas contra la violencia y el narcotráfico
 - promover la cultura de la paz y el desarme
 - que las negociaciones comerciales incluyan protección ambiental y normas de seguridad laboral y seguridad social para los trabajadores



Fortalecimiento del proceso participativo en salud

Licda. Marielos Rojas Espinoza. MSP.

Licda. Anargerí Solano Siles. MEPS.

Dr. William Vargas González. ¹⁴⁰

Visualizar los desafíos de la atención primaria en el siglo XXI en el país, impone referirse a la participación sostenida de la población y de los diferentes actores sociales en la toma de decisiones, sobre definición de prioridades y asignación de recursos, para asegurar la salud.

En su abordaje se requiere establecer previamente la relación de la participación con los conceptos de salud y de atención integral, así como un breve resumen de su situación actual. Con este insumo es posible avanzar en la discusión acerca de sus perspectivas, en el marco de un contexto global, cambiante, dinámico y caracterizado por un vertiginoso avance tecnológico.

Salud, atención primaria y participación. Aspectos generales

Es indudable que la manera de concebir la salud, la enfermedad y el origen de ésta ha generado formas particulares de analizar, abordar los problemas y necesidades de salud. Estas formas de pensar se expresan en creencias, tradiciones y costumbres que definen prácticas y concepciones acerca de la salud y la enfermedad¹⁴¹.

Si bien es cierto, los diferentes modelos explicativos han aportado al conocimiento y han favorecido el desarrollo de los servicios de salud, éstos han generado críticas en cuanto a la fragmentación, el enfoque biológico y la desarticulación, al explicar los procesos que se dan en la sociedad en su conjunto.

Esto implica reconocer que la relación entre lo social y lo biológico, no es una relación de contigüidad externa, no son realidades separadas, sino que lo biológico está determinado por lo social. "La salud en el ser humano no es un fenómeno biológico, es un proceso sociobiológico, integrado y sus procesos biológicos están en permanente interacción, con los procesos sociales, dándose una mutua transformación" (Guzmán, 1996:44)

Este enfoque postula que la salud- enfermedad se conforma en un proceso, ya que al igual que los procesos sociales, la biología humana no es estática, es cambiante frente a las condiciones de vida de las personas.

Ahora bien, desde la perspectiva de la salud integral, la atención en los servicios de salud se define como el abordaje de las diferentes necesidades, intereses y problemas de salud en personas, familias y comunidades, tomando como referente sus condiciones de vida, lo que incluye género, discapacidad, etnia, condición social y momento histórico.

Esta visión considera nuevos elementos de naturaleza filosófica, ética, política, social, cultural y operativa, que afectan y condicionan las necesidades de salud de ciudadanos y ciudadanas.

Entendido así, las acciones que contemplan los servicios trascienden lo curativo e incorporan la prevención y la promoción de la salud, como estrategias para producir salud.

¹⁴⁰ Licdas. Rojas y Solano: Funcionarias de la Dirección de Desarrollo de la Salud, Ministerio de Salud. Dr. Vargas Ex-Director del Programa de Atención Integral en Salud de la Universidad de Costa Rica.

¹⁴¹ Ayala Norma, et al: Hacia un nuevo Modelo de Atención Integral de Salud CCSS. San José, Costa Rica. 1998.



Se enfatizará la participación, ya que significa un elemento fundamental, como lo plantea Saúl Franco (1991): recuperar para la sociedad y para los ciudadanos la iniciativa y el protagonismo en el conocimiento y la acción en salud, apunta a mejorar el contenido mismo de la salud de la sociedad.

La participación ciudadana implica el fortalecimiento de su autodeterminación, a través de experiencias que le permitan plantear su propia propuesta de desarrollo de la salud, discutir y concertar las necesidades en salud de la población y el mejoramiento de los servicios de este ámbito. La situación de salud de un grupo de población es un producto social, está relacionado con el grado de desigualdad e inequidad social que afecta selectivamente la calidad de vida de personas y grupos sociales.

La calidad de vida de la que depende la salud está plenamente amenazada por procesos destructivos que surgen en la esfera del trabajo, del consumo, de las acciones del Estado, de la ecología y la organización político cultural. Estos procesos afectan en los ámbitos biológico y psíquico al ser humano, mucho antes de que se conviertan en casos clínicos con sus síntomas.

En consecuencia, desde las diversas esferas de acción institucional y social, debe darse una respuesta integrada, orientada a jerarquizar y sistematizar todo ese conjunto de fuerzas con la finalidad de: reforzar o impulsar las fuerzas protectoras de todo orden, promover el acceso de la población a valores de uso social, que operan como recursos de poder y de defensa, lo que equivale a hacer promoción de la salud y, a la vez, contrarrestar las fuerzas destructivas, lo que equivale a hacer prevención (Breilh, 1995).

La respuesta a los problemas de salud debe ser diferenciada de acuerdo con los problemas y necesidades específicos de los diversos grupos de la sociedad, ya que éstos se traducen en riesgos diferenciados de enfermar y morir y están directamente relacionados con características socioculturales, económicas, ecológicas y biológicas.

Síntesis de la situación actual de la participación en salud. Principales mecanismos utilizados

Uno de los problemas relevantes que sirvió para fundamentar el Programa de Reforma del Sector Salud, es que no existía “una participación amplia y definida de las comunidades en la toma de decisiones e impulso de acciones que redundaran en una mejoría del estado de salud de la colectividad” (De acuerdo con la Contraloría General de la República, citado por Barrientos Matamoros (2002: 19). De tal manera que se esperaba una mejoría, a partir de la Reforma, integrándola, entre otros, en los componentes: asignación de recursos, capacitación y financiamiento. Se estableció, además, que la participación social en el nivel local sería “ampliamente promovida en tres áreas principales: el auto-cuidado de la salud, la ejecución de las actividades y la gestión de los servicios”, por “la Dirección y el Equipo de Salud del Área de Salud”. (Barrientos, 2002: 20).

El reconocimiento, por parte de diversos países, de que los procesos de reforma del sector salud en los diferentes países descuidaron la salud pública como responsabilidad social y estatal, y que esto incidió en que algunos procesos indispensables para lograr la salud colectiva, como la participación social, no recibieran la suficiente atención en los últimos años, llevó a la OPS/OMS a poner en marcha una iniciativa conocida como “La Salud Pública en las Américas”, cuyo propósito es el de mejorar las prácticas sociales en salud pública y fortalecer las capacidades de la Autoridad Sanitaria, con base en la definición y medición de las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP).



En Costa Rica, los resultados obtenidos en la Medición de Desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública (Ministerio de Salud:2002) y en cinco mediciones regionales que se han llevado a cabo en el 2004, la función de Participación de los ciudadanos en salud, se ubica en el cuartil de desempeño medio superior y medio inferior. Las principales fortalezas en el desempeño de esta función se relacionan con la existencia de instancias formales de participación ciudadana en los ámbitos nacional, regional y local, y estrategias de información a usuarios en derechos en salud. No obstante, se carece de acciones o procesos que fomenten la participación y el “monitoreo” de las acciones en esas instancias. Las debilidades están determinadas por la ausencia de mecanismos formales y sostenidos de consulta ciudadana y el énfasis en la participación vinculada al servicio de salud.

Las políticas de salud vigentes enfatizan en el fortalecimiento de la atención primaria en salud, en todos los niveles de gestión, con prioridad en el primer nivel, con calidad, equidad, enfoque de derechos y género e incluye, dentro de sus estrategias, el fortalecimiento de la participación social y de las acciones en educación en salud que promuevan la participación individual y colectiva en el auto-cuidado en salud.

En este sentido, la CCSS ha realizado varios esfuerzos importantes, como los siguientes: la participación social se incluye como parte del Reglamento del Seguro de Salud. Dentro de sus políticas corporativas considera la de “Fortalecer la participación ciudadana y social, en la definición de prioridades y la vigilancia de los servicios de la corporación como producto social” (CCSS:2002,6); a partir de 1996 funciona la Comisión Institucional de Participación Social, con el objetivo de fortalecer y desarrollar este componente en la institución; se considera la participación social en la construcción del ASIS y del Plan Estratégico. Producto de un estudio realizado por la Comisión Institucional (CCSS: 2003), se determinó la inclusión, en las acciones en salud, de una enorme variedad de organizaciones como: comités de salud, asociaciones de desarrollo, comités CEN-CINAI, grupos de mujeres, organizaciones religiosas y de bienestar social como atención de adultos mayores, patronatos escolares, clubes de servicio, voluntarios(as), alcohólicos anónimos, juntas de salud, y comités específicos para la atención de problemas de salud, tales como: niños/as agredidos, violencia doméstica, cáncer, enfermedades crónicas, adultos mayores, drogadicción y otros. De acuerdo con este estudio, el número de organizaciones que trabajan en pro de la salud alcanza la cifra de 2398 (su distribución por hospitales descentralizados, clínicas metropolitanas y regiones de salud, puede ser observada en el anexo No. 1).

Sin embargo, a pesar de los esfuerzos realizados, según el Informe de Compromisos de Gestión 2000-2001-2002 (CCSS: 2003), en el fortalecimiento de las acciones que se desarrollan en el primer nivel de atención, ha quedado relegado el escenario comunitario, por falta de claridad de las posibles acciones por desarrollar y la participación social es aún muy utilitaria con pocos espacios reales para la identificación de problemas y el planteamiento de alternativas de solución desde la población. Por otra parte, se ha encontrado falta de orientación sobre cómo impulsar la participación social en el marco de la gestión local, escasa formación de los trabajadores de la salud en el área social, y debilidades conceptuales y metodológicas que limitan la correcta aplicación de la estrategia, de manera que incida en mejorar las condiciones de vida de las personas y grupos.

De acuerdo con el mapa que identifica la posición y opinión de actoras y actores sociales en el proceso de reforma del Sector Salud de Costa Rica (Ministerio de Salud: 2004), se consideró que el fortalecimiento de la atención primaria en el país se ubica entre moderado y poco. El argumento es que el modelo de atención en salud sigue teniendo énfasis curativo, dejando de lado las acciones preventivas y la promoción de la salud. Quienes opinan que ha habido algún grado de mejoramiento, fundamentan su criterio en la cantidad de EBASIS que se han instalado. También se mencionan los siguientes puntos: el



modelo de atención primaria ha cambiado pero no la formación del recurso humano, existe debilidad en la capacidad de gestión de las Áreas de Salud, hay poca participación de la comunidad y no hay articulación entre el análisis de situación de salud y la respuesta de los servicios.

Para Barrientos (2002), a partir de diversas fuentes, la participación en salud, en los EBASIS, se caracteriza, entre otros elementos, por los siguientes:

- parece ser muy valorada por el personal de salud, aunque la concepción y formas de promover esa participación pueden aún no ser claras;
- la concepción de participación que se utiliza es la de la comunidad, como es el apoyo al trabajo realizado por los técnicos de salud, con lo cual ayuda a la realización de las acciones ya definidas por los EBASIS y a conseguir recursos para su implementación. Los aspectos de planificación, asignación de recursos, control y evaluación, se dan prácticamente sin participación social;
- la hegemonía institucional sigue siendo tan marcada, que las comunidades no encuentran la oportunidad ni la manera de avanzar en el desarrollo de algo tan importante como es la salud en la comunidad, a pesar de que se reconoce la importancia de la participación de las personas y la comunidad, para lograr las metas de la Reforma en Salud;
- la visión tecnócrata de los funcionarios de salud les impide abrirse para compartir la toma de decisiones con la comunidad. A lo sumo, comparten la gestión de los servicios de salud, pero centralizan su planificación y evaluación. Tampoco hay preparación en los trabajadores de salud para conducir procesos de transmisión de información y espacios de concertación con actores sociales no técnicos;
- desde la población, persiste una actitud pasiva, desorganizada y dependiente de las instituciones, lo que le limita su capacidad para asumir iniciativas de acción o incorporarse en procesos de análisis y concertación. Al considerar que no tiene el conocimiento, depositan en el funcionario esa tarea y no aprenden para realizarla en conjunto.

No con menos importancia a lo anterior se agrega la concepción de salud vigente en el modelo y la forma como este concepto es asumido institucionalmente y por los funcionarios de salud. "El paradigma que privilegia la perspectiva biológica de la salud subyace en las propuestas y respuestas del Estado y sus instituciones, a pesar de que en el discurso se trate el tema de la salud integral y de su construcción social"..., situación que... "en términos generales, llena las expectativas de la población, que comúnmente piensa la salud desde el mismo paradigma" (Ruiz; 2002:14). Esto define la profundidad, el alcance y el abordaje de la participación en salud.

Por otra parte, merece destacarse que, de acuerdo con las evaluaciones del primer nivel de atención, efectuadas anualmente por el Ministerio de Salud en el período 2000-2003 (Ministerio de Salud: 2004), la participación en salud ha mostrado un porcentaje de adecuación que oscila entre 57% y 63,2%, y que se ubica en el nivel crítico más bajo de los resultados globales obtenidos. Los principales desafíos que se derivan de dicha evaluación apuntan a una mejora sustantiva en aspectos como los siguientes:

- registro de voluntarios que estén desarrollando acciones de educación en salud, de grupos de autoayuda y de organizaciones existentes en la comunidad;
- evidencias de que las personas y grupos comunitarios participan en la elaboración de planes y proyectos de promoción de la salud o de control de enfermedades prevalentes en la comunidad; así como de que su opinión ha sido reconocida y tomada en cuenta por el equipo de salud.
- identificación de proveedores de medicina tradicional y/o alternativa, y evidencias de coordinación con ellos;



- identificación de agentes de salud públicos y privados (proveedores de servicios de salud);
- desarrollo de actividades conjuntas con otras instituciones oficiales, organizaciones no gubernamentales y organizaciones comunales;
- existencia de vías formales para conocer la opinión de los usuarios sobre los servicios que se prestan.

Perspectivas para la participación en salud en el país

La evaluación común del país del Sistema de las Naciones Unidas efectuada en el 2001, identificó, dentro de los cuatro desafíos para la sociedad costarricense, el fortalecimiento de la participación ciudadana en la gestión pública. También, el Estado de la Nación define, como aspiración en desarrollo humano sostenible, la participación y rendición de cuentas, visualizando la primera de la siguiente manera: “Las instituciones públicas ofrecen amplias y cada vez más eficaces oportunidades de participación a las y los ciudadanos en la discusión, formulación, ejecución y evaluación de las políticas públicas” (Proyecto Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible, 2003:22)

En salud, como ya se analizó en los capítulos precedentes, durante el proceso anterior y durante la reforma, ha existido una constante de diversos grados de participación de la población en las acciones promovidas desde las instituciones del sector. Sin embargo, es necesario asumir acciones orientadas a enfrentar la insuficiente cultura de participación en el nivel local, que acompañe las principales decisiones sobre el devenir de las comunidades, y la débil exigibilidad de rendición de cuentas a quienes les representan en diferentes espacios colectivos.

Avanzar en la discusión sobre las perspectivas de la participación en salud, en un contexto de globalización y avance tecnológico, necesariamente requiere del abordaje de ésta como una función esencial de salud pública.

La participación en salud en un contexto de cambio y avance tecnológico

La economía global se articula en función de redes de espacios territoriales urbanos y rurales, y éstos, a su vez, dependen cada vez más de la economía global. La forma como se articulen a ésta les determina, en gran medida, el nivel de bienestar de su población. Por otra parte, el acceso a las nuevas tecnologías de información y la competitividad, como aumento de la productividad, se convierten en elementos fundamentales para esta relación. Se parte de que “la productividad depende, en lo esencial, de tres factores: conectividad, innovación y flexibilidad institucional” Citado por Borja Jordi y Castells Manuel (1997a: 32).

Al mismo tiempo que ocurre esa articulación, estos espacios deben también integrar y estructurar a lo local. Como mencionan Borja y Castells (1997b: 33), “sin un anclaje sólido en los ciudadanos, los gobiernos de las ciudades no tendrán la fuerza necesaria para navegar los circuitos globales. En este sentido, lo local y lo global son complementarios, no antagónicos”.

A la par de los procesos de globalización en la escala mundial y de los procesos nacionales, regionales y locales, se desarrollan y transforman los derechos de los espacios territoriales y de los ciudadanos. En este contexto, es necesario considerar, además, que el nuevo modelo económico-tecnológico se caracteriza por su gran dinamismo productivo, pero también por su carácter excluyente de amplios grupos sociales y la generación de personas en condiciones de marginación. Es en lo local donde es posible combinar la actuación integral, la proximidad social y la solidaridad, ante esos procesos de marginación



y de exclusión. También es necesario tomar en cuenta que los procesos de modernización conllevan la pérdida de cohesión social, por lo que uno de los retos fundamentales de la sociedad es el rescate del espacio público como un lugar de encuentro en el que se debe ejercer la mayor igualdad y descubrir el sentido de pertenencia y encuentro, promoviendo valores de solidaridad y de responsabilidad social.

Esta forma de integración social requiere, entre otros, mecanismos políticos democráticos, la descentralización administrativa y la participación ciudadana en la gestión municipal. Pero también de mecanismos orientados a asumir el reto de construir una convivencia social con respeto a las diferencias y a la diversidad cultural.

En este contexto global-local, permeado por un fuerte avance tecnológico, es preciso establecer estrategias que permitan aprovechar las oportunidades y minimizar los riesgos, para avanzar en la participación en salud. Se requiere, además, emplear la tecnología para mejorar los procesos de comunicación, a la par de la promoción de la equidad en su acceso.

Los ciudadanos pueden asumir protagonismo en sus espacios si reconstruyen, de abajo hacia arriba, una nueva relación que articule lo local y lo global.

Y ¿qué papel se espera juegue el Estado en este medio dinámico y complejo? Es preciso enfatizar que éste adquiere relevancia como garante de las políticas de cohesión social y de protección de los derechos y de las libertades de todos los ciudadanos, así como promotor de nuevas figuras de participación y de la configuración de derechos sociales.

Los retos de la participación social como función esencial de salud pública

De acuerdo con la última medición de funciones esenciales de salud pública, realizada en el país en el 2001 (Funciones esenciales de salud pública 2003: 15), en la correspondiente a participación de los ciudadanos en salud, se define como reto el desarrollo de estrategias, acciones o procesos que fomenten la participación y el "monitoreo" y evaluación de las acciones en las instancias formales de participación ciudadana. Se necesita de mecanismos formales y sostenidos de consulta ciudadana y el apoyo de la autoridad sanitaria en los niveles subnacionales. Es necesario avanzar con respecto al fortalecimiento de la ciudadanía en su participación en el proceso salud-enfermedad, para que trascienda el enfoque de servicio y avance hacia una participación efectiva en todo el proceso de planificación en salud. Además, es importante ubicar en el contexto del acontecer nacional, otros espacios de participación ciudadana que tengan incidencia en el campo de la salud y que deben ser aprovechados para los fines que se consideren oportunos.

Impulso de espacios de participación en salud: consideración de sus limitaciones y alcances positivos

Dentro de los principales desafíos para el siglo XXI está el de mantener algunos de los espacios consolidados, mejorar su calidad, así como generar innovaciones orientadas a enriquecer y profundizar la participación, espacios como: trabajo institución – comunidad, promovido bajo las normas internas de las instituciones de salud; trabajo conjunto instituciones de salud - actores sociales comunales, promovido desde las instituciones de salud; producción social de la salud, desde las organizaciones de la comunidad y los/as ciudadanos/as, desarrollo de redes, participación del sector salud en la gestión local, como una forma de generar salud.



Se parte de que dentro de estos espacios se debe promover la participación en el ámbito socio-político, que según Molina M. (2002:29), "tiene que ver con el proceso decisorio, de la vigilancia del cumplimiento, de la exigibilidad de derechos y de la rendición de cuentas" y que "puede ser comprendida como: comunitaria, social y ciudadana" (ver conceptos en anexo No.2). Se parte también, de que al interior de estos espacios, es necesario profundizar en la discusión y asumir medidas acerca de la equidad de género, de manera que haya "un balance justo en la distribución por sexo de las responsabilidades de trabajo, de los beneficios del desarrollo y del poder de decisión, dentro de los procesos de participación en salud" (Gómez:2001;4), así como "el reconocimiento de las contribuciones –remuneradas o no- de mujeres y hombres a la producción social de la salud" (Gómez:2001;13). Todo ello, en el marco de un esfuerzo nacional por pasar del discurso a la acción, acerca de la relevancia de la participación en el proceso de construcción social de la salud.

Trabajo institución- comunidad, promovido bajo la normativa de las instituciones de salud

Las organizaciones como Comités de Salud, grupos específicos, voluntarias/os, Juntas de Salud, que surgen promovidos por mecanismos institucionales, que consideran la participación de la comunidad pero bajo principios, normas y procedimientos institucionales, muestran una tendencia a mantenerse dentro de nuestro medio, como una forma reconocida y legitimada de participación. Las Juntas de Salud, por ejemplo, constituyen entes auxiliares que, de acuerdo con la Ley de Desconcentración de Clínicas y Hospitales de la CCSS, coadyuvan a mejorar las condiciones de salud de la población, al hacerla partícipe de la construcción, fiscalización y definición de prioridades de la institución (SUGESS: 2002).

A futuro, es necesario considerar que ésta es una forma de participación con importantes beneficios, pero que puede mostrar limitaciones relevantes para lograr un cometido protagónico de la comunidad. Específicamente, cuando la voz de los grupos tiene un límite, aquél que le establezca la institución y los funcionarios que la representan. Es decir, es necesario tener conciencia clara de que si se mantiene este mecanismo, es bajo el reconocimiento tácito de sus limitaciones; no se puede esperar amplia participación donde no están dadas las condiciones para que se produzca y la institucionalización es una limitante. Pero, además, se requiere de un apoyo institucional establecido como política, con los mecanismos pertinentes para hacerlo efectivo, de tal manera que se contribuya al cumplimiento de los objetivos y metas que esperan cumplir estas organizaciones.

Por otra parte, cuando la institución promueve la constitución de organizaciones de niños/as, adolescentes, mujeres, personas adultas mayores, entre otros, desde los servicios de salud, es preciso considerar las características que marcan las nuevas tendencias de participación, pues ya no son las grandes organizaciones con estructuras rígidas, con dirigencias inamovibles, con programas preestablecidos, los que atraen a los grupos (Pérez: 2003). Las nuevas generaciones, por ejemplo, muestran mayor interés por lo cercano, lo cotidiano, lo específico, lo que afecta al barrio, al distrito, al cantón, a la comunidad, o hasta lo referido a sus asuntos afectivos, en un marco de factibilidad para el desarrollo de las acciones.

Participación de la comunidad en mecanismos establecidos institucionalmente para canalizar inquietudes de usuarios de servicios

Las Contralorías de Servicios surgen en el país en forma reciente, como mecanismos de control y participación, con el fin de avanzar hacia servicios públicos orientados a servir a los ciudadanos y como



un instrumento de participación del usuario, que le permita ejercer sus derechos a una atención oportuna y de calidad, involucrándose en el quehacer institucional y en la fiscalización de la calidad de los servicios recibidos.

Las actuales Contralorías de Servicios en salud, constituyen un esfuerzo importante del país en materia de fiscalización y vigilancia de la prestación de servicios; sin embargo, existe el desafío de revisar su asidero legal, porque no tiene carácter vinculante; es decir, no permiten a la ciudadanía ejercer la acción requerida para actuar sobre el origen de los problemas. (El Heraldo, 2004: 4y5). Se requieren, además, medidas correctivas en relación con: el tiempo utilizado para resolver los problemas, la capacitación del recurso humano que las tiene a cargo, así como la evaluación y seguimiento de su desempeño, respaldo de las autoridades superiores, sistema de control, estructura organizacional y funcional administrativa, entre otros. (El Heraldo: op.cit. y Esquivel: 2003).

Se espera que la Auditoría General de Servicios de Salud, creada por Ley No.8239, en el año 2002, haga efectivo el desarrollo de sus funciones y contribuya a tutelar los derechos y obligaciones de las personas usuarias de los servicios públicos y privados, en el territorio nacional.

Trabajo conjunto instituciones-actores sociales, promovido desde las instituciones de salud

En esta modalidad, las instituciones son las que convocan a los diversos actores, para que se involucren en la formulación, ejecución y seguimiento de planes, programas y proyectos, lo que ya tiene un matiz institucional que no es posible obviar. Los mecanismos internos de negociación y la concertación, las metodologías de abordaje de los problemas, son las que pueden introducir la variante de convocar, invitar y lograr, la mayor participación de estos actores, tratando de que los procesos respondan a la realidad local y que sean estos mismos actores quienes orienten su quehacer hacia la producción social de la salud.

El Ministerio de Salud, como ente rector, debe promover y garantizar espacios de participación, negociación y concertación, utilizando metodologías de planificación participativas, con amplia convocatoria de actores sociales individuales y colectivos, que permitan conducir, dar seguimiento y evaluar, tanto el proceso de producción social de la salud en un ámbito geográfico delimitado, como su proceso de planificación.

La Caja Costarricense de Seguro Social, desde sus áreas de salud, el ICAA con sus comités locales de acueductos, entre otros, debe propiciar, con mayor amplitud, la participación en procesos de construcción de la salud. En general, el proceso participativo debe abrirse cada vez más hacia organizaciones de tipo recreativo, deportivo, ambientalista y socio-cultural, hacia organizaciones no gubernamentales y empresa privada.

Un elemento importante por considerar en este espacio es la generación de mecanismos institucionales que promuevan, junto con la participación, los enfoques de derechos, género sensitivo y el multigeneracional, así como la equidad y la inclusión social.



El gobierno local, la gestión local y la producción social de la salud

La construcción de una sociedad, en esencia democrática, supone ahondar en las posibilidades de ejercer el poder representativo, pero también de abrir la participación local. Esto alude a dar prioridad a la descentralización y al fortalecimiento de las Municipalidades.

Propuestas recientes en el país, como el Código Municipal, otorgan competencias a las Municipalidades, orientadas a su fortalecimiento. Dentro de ellas se señala que le compete “convocar (...) a consultas populares”, “fomentar la participación activa, consciente y democrática del pueblo, en las decisiones del gobierno local” (Asamblea Legislativa: 1998) Para hacerlo efectivo, en el ámbito municipal, se requiere hacer un cambio en las relaciones entre autoridades y población, que permita abrir y mantener espacios democráticos en los procesos de toma de decisiones y de gestión social. Debe potenciarse la identidad e integración social y la implementación de mecanismos y prácticas democráticas.

El Sector Salud debe estar presente, junto con los gobiernos locales, en aquellos esfuerzos orientados a dar dinamismo a la base productiva, sobre todo en grupos de población que por las formas de organización social, rígidas y excluyentes, han visto disminuidas sus capacidades productivas, como es el caso de las mujeres y de los jóvenes. Debe mantener y acrecentar el apoyo a todas aquellas acciones dirigidas a fortalecer y potenciar el sentido colectivo en sus dimensiones más concretas de asociación como son el barrio, los grupos sociales, los sectores sociales, los géneros, entre otros.

Este proceso debe estar estrechamente unido a los diversos esfuerzos de país por provocar el desarrollo local y desde lo local. Cuando, desde el Sector Salud, se trabaja en planes estratégicos locales, el Ministerio de Salud, como ente rector, con el apoyo de los actores sociales participantes, debe desarrollar una amplia abogacía y negociación con los gobiernos locales, de manera que el esfuerzo dirigido a actuar sobre los determinantes de la salud, esté vinculado con el Plan de Desarrollo Local y responda a las políticas locales cuando éstas existan.

Una de las vías por desarrollar en el país, establecidas en el Código Municipal, es la constitución de Concejos de Distrito, como entes mediadores entre las demandas de la ciudadanía y el Concejo Municipal, quien debe tomar decisiones políticas y presupuestarias. Estos Concejos tienen, entre sus funciones (Molina M. 2002:30): “fomentar la participación activa, consciente y democrática de los vecinos en las decisiones de sus distritos”, “servir de órganos coordinadores entre actividades distritales que se ejecuten entre las instituciones estatales, las empresas, las municipalidades y las respectivas comunidades”.

El gobierno local está llamado a promover el desarrollo de los Concejos de Distrito, ya que éstos requieren de conocimientos, herramientas e instrumentos, para hacer efectivas sus funciones, desarrollar liderazgo e involucrar a la comunidad como actor socio político. Las organizaciones de base comunitaria, vinculadas con salud, pueden derivar ventajas si están articuladas a estos Concejos, mediante la cogestión de proyectos y, a la vez, ejerciendo el derecho a la rendición de cuentas como fiscalizadores ciudadanos.

Todo parece indicar que para que estos esfuerzos sean efectivos se requiere que las organizaciones de la comunidad exijan el derecho a participar en la gestión local, trasciendan de un papel consultivo a uno más protagónico, sean convocadas para el planeamiento, la corresponsabilidad en la ejecución de las acciones, la vigilancia y la evaluación, sin distinción por color político. Pero también, que se convoque a la representación equitativa de género y con personas que representen a los diferentes grupos sociales.



Producción social de la salud desde las organizaciones de la comunidad y los/as ciudadanos/as

Asociaciones de desarrollo comunal, comités de deportes, grupos femeninos y juveniles, microempresas, entre otras, constituyen organizaciones comunales que, mediante sus acciones, influyen sobre los determinantes de la salud. Por su origen, se parte de que es la participación más cercana a las necesidades y características de la población, donde desde su propia perspectiva de salud, las organizaciones de la sociedad civil generan acciones pro-salud. Dentro del marco de respeto a la diversidad, la diferencia y la necesidad, la comunidad puede generar procesos autóctonos, surgidos a partir de sus propias características y de acuerdo con sus intereses, conflictos y sus posibilidades de participación.

Las instituciones de salud deben valorar, al menos, dos formas de trabajo simultáneo con estas organizaciones, para alimentar la participación social: una, fomentar la creación de organizaciones propias de la comunidad, propias de la sociedad civil, que representen variados intereses, diversos enfoques, legítimos intereses de grupos específicos; otra, apoyar y trabajar a la par de las múltiples organizaciones existentes, respetando su especificidad y forma de organización, al igual que lo hace con organizaciones no gubernamentales. La unión de intereses y de recursos materiales, técnicos y tecnológicos, en la mayor diversidad, es la fuente del enriquecimiento de la salud.

Las diversas organizaciones podrían, en forma efectiva y útil, aportar a la salud desde diferentes frentes:

- Desarrollo de proyectos comunales que actúen sobre los determinantes de la salud y sobre los nudos críticos derivados del proceso de planificación estratégica local;
- vigilancia y fiscalización de la atención primaria en salud en los diferentes niveles de atención en salud;
- educación en prevención de enfermedades;
- desarrollo de redes de organizaciones que trabajan por la salud;
- impulso de la promoción de la salud.

Desarrollo de redes sociales

“Una red puede ser definida como un sistema abierto conformado por distintas organizaciones y/ o comunidades que intercambian dinámicamente información, bienes y servicios, productos y recursos para la ejecución de acciones coordinadas y potencializadoras de las capacidades que cada uno de ellos posee, para aumentar así las posibilidades de incidir sobre la realidad que quieran afectar” (OPS/FNUAP, 1997;32) Desde la concepción de construcción social de la salud, la gestión en red resulta indispensable en la actualidad, dado que existe una diversidad de actores sociales que requieren ser involucrados; a su vez, se debe reconocer que los recursos son finitos, por lo que se requieren nuevas formas de gestión más eficientes y efectivas que permitan optimizarlos.

El funcionamiento de las redes en salud debe configurarse a través de la constitución y fortalecimiento de redes de información, cooperación, comunicación y de acción, por objetivos comunes en los ámbitos local, nacional e incluso internacional.

La participación en redes constituye, para los niveles locales, además de una estrategia de trabajo para aunar esfuerzos y recursos, una estrategia de inserción en un medio complejo y cambiante y de mejora de



la competitividad, especialmente en el marco de un sistema global que tiende a funcionar como red. Le permite a sus miembros insertarse en un sistema de relaciones superior, con acceso a grandes volúmenes de información, se consolidan como mecanismo de desarrollo de acciones colectivas y de promoción de la salud, permiten el desarrollo o desenvolvimiento de las condiciones de liderazgo de la comunidad, y, a la vez, sirven de estímulo para el desarrollo interno de sus miembros. El principal reto para el sector salud está en promover estas redes para abordar problemas prioritarios específicos, implementar mecanismos que contrarresten las debilidades que se presentan en su desarrollo, así como apoyar las redes existentes y derivar lecciones aprendidas de aquellas que han resultado exitosas.

La Ley de Partidas Específicas de 1998, también abre la posibilidad para que las organizaciones comunitarias se articulen en redes sociales y presenten proyectos ante los Concejos de Distrito, quienes los someterán a consideración del Concejo de Distrito Ampliado y éste al Concejo Municipal.

Algunos de los objetivos que pueden plantearse al conformar redes de acción pueden ser¹⁴²:

- Involucrar a los distintos actores sociales y comunitarios frente al tema de salud, para que se constituyan en actores activos y protagónicos.
- Incrementar la sensibilidad individual y colectiva ante la problemática de salud.
- Crear instancias colectivas de intervención, para el aprovechamiento de los recursos existentes en el nivel comunitario.
- Generar instancias de comunicación, diálogo, coordinación de los distintos sectores y actores involucrados en los problemas de salud, con el fin de hacer más eficiente la respuesta al problema.

Conclusión

El país ha hecho avances importantes en el fomento y el reconocimiento de la participación como un eje transversal de la producción social de la salud. Los principales desafíos de la participación, en la atención primaria, tienen que ver con profundizarla y hacerla avanzar conceptual y metodológicamente, en sus diferentes formas: participación comunitaria, participación social y participación democrática, a la par de la evolución hacia el paradigma holístico que concibe la salud como resultado de las condiciones de vida; en el marco de una política de Estado.

Se trata de aprovechar el nivel organizativo logrado en el país y las condiciones políticas, para profundizar la democracia. Esto implica, para el sector salud, avanzar en la capacidad para la conciliación, el diálogo, la concertación, el cabildeo, el reconocimiento de errores, el respeto a la diversidad, la integración de los enfoques de derechos, género y multigeneracional en su quehacer, la rendición de cuentas, la integración de acciones con procesos locales de desarrollo, entre otros. También implica compartir con la comunidad las bases del paradigma holístico, sus implicaciones sociales y el papel individual y colectivo esperado, así como herramientas básicas que les permitan mejorar la calidad de su participación cuando se requiera y ejercer sus deberes y derechos. En general, conlleva el desarrollo de los indicadores y estándares básicos definidos para la participación de los ciudadanos en salud, como función esencial de salud pública.

La investigación, la sistematización y la divulgación de experiencias con amplio aprovechamiento de la tecnología, la medición de funciones esenciales de salud pública y el desempeño de las funciones propias de la Auditoría General de Servicios de Salud, deben convertirse en aliados imprescindibles para acompañar el proceso.

¹⁴² Organización Panamericana de la Salud. Programa Mujer, Salud y Desarrollo. Serie Género y Salud Pública. San José, Costa Rica.



Bibliografía

- Ayala Norma, et al. (1998). Hacia un nuevo Modelo de Atención Integral de Salud CCSS. San José, Costa Rica.
- Barrientos (2002) La Participación Comunal y la Gestión Local de la Salud: el caso del Área de Salud de Miramar de Montes de Oro, Provincia de Puntarenas, en el 2000. Universidad Estatal a Distancia – UNED Sistema de Estudios de Posgrado Maestría en Administración de Servicios de Salud Sostenible - MASSS
- Borja, Jordi y Castells, Manuel. (1997) "Local y global La gestión de las ciudades en la era de la información". Grupo Santillana de Ediciones, S.A. Madrid.
- Breilh, Jaime. (1995) Nuevos conceptos y técnicas de investigación. Guía pedagógica para un taller de metodología. Segunda Edición Centro de Estudios y Asesoría en Salud.
- Caja Costarricense de Seguro Social (2004) Evaluación de compromisos de gestión años 2000.2001 y 2002. En <http://www.ccss.sa.cr>
- Caja Costarricense de Seguro Social (2002) Módulo socio-educativo de participación social. Gerencia de División Médica, Sección de Trabajo Social, Comisión Institucional de Participación Social.
- Caja Costarricense de Seguro Social. (2003) Padrón Nacional de organizaciones que trabajan en pro de la salud. Gerencia Médica, Oficina de Desconcentración y Juntas de Salud, Comisión Institucional de Participación Social, Sección de Trabajo Social.
- Costa Rica, Asamblea Legislativa. (1998) Código Municipal, concordado y guía práctica para su aplicación. Moisés Solano M. 6edic. San José._
- Costa Rica, Poder Legislativo. (2002) Ley No.8239 Derechos y deberes de las personas usuarias de los servicios de salud públicos y privados.
- Costa Rica, Ministerio de Salud. (2003) Política Nacional de Salud 2002-2006.
- Esquivel Garita, Frans. (2004) Análisis administrativo, Sistema de Contralorías de Servicios de la Caja Costarricense de Seguro Social. Universidad Estatal a Distancia Sistema de Estudios de Posgrado. Maestría en Administración de Servicios de Salud Sostenibles.
- Galeana de la O, Silvia y Sainz Villanueva, José Luis. (2003) "Estrategias para fortalecer la participación social en proyectos de desarrollo local". Revista de Trabajo Social. Escuela Nacional de Trabajo Social México.
- Gómez Gómez, Elsa. (2001) Equidad, género y salud: retos para la acción. Organización Panamericana de la Salud. Adaptación de la presentación del mismo nombre hecha por la autora en el Seminario Género y Cuentas Nacionales de Salud, OPS. Santiago de Chile.



- Guzmán Ana y otros. (1996) Módulo II de Atención Integral. San José. Costa Rica CCSS- UCR.
- Ministerio de Salud Costa Rica. (2004). Informe de resultados de la evaluación del primer nivel de atención en salud. Unidad de Evaluación, Dirección de Servicios de Salud.
- Ministerio de Salud Costa Rica -OPS. (2004). Mapa de actoras y actores en la reforma del Sector salud en Costa Rica. Documento de trabajo. Dirección Desarrollo de la Salud.
- Molina M., María Lorena. (2002) Gestión local, municipalidades y participación ciudadana. Revista Costarricense de Trabajo Social No.14.
- Pérez Islas, José Antonio. (2003) Mitos y realidades sobre la participación juvenil. Revista Trabajo Social. Escuela Nacional de Trabajo Social. México.
- Proyecto Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible. (2001) Informe de la auditoria ciudadana sobre la calidad de la democracia en Costa Rica. Primera edición, San José, Costa Rica.
- Proyecto Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible. (2003) Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible: Resumen noveno informe 2002.
- Ruiz Rojas, Ana Isabel. (2002) "Democracia local, participación en salud y Trabajo Social. Revista Costarricense de Trabajo Social No.14
- Superintendencia General de Servicios de Salud -SUGESS-. (2003) Encuesta de Expectativas Juntas de salud 2002. Resumen ejecutivo. Dirección de divulgación, seguimiento y mejoramiento de la calidad.
- Torres González, Marlene. Participación social en salud. Documento inédito. Área Rectora de Aserrí, Ministerio de Salud.
- UNICEF. (2004). Revisión de medio período Programa de Cooperación UNICEF-Gobierno de Costa Rica 2002-2006. Documento de presentación realizada por la Dra. Rocío Sáenz Madrigal, Ministra de Salud en Agenda MTR.
- Uribe Gómez, Mónica María. (2003) "El observatorio de juventud para Medellín: una estrategia que puede contribuir al reconocimiento y la inclusión". Revista Trabajo Social. Escuela Nacional de Trabajo Social. México.



ANEXO 1

Cuadro 1: Distribución de organizaciones sociales que trabajan en pro de la salud

Hospitales y regiones	No. de organizaciones
Hospitales desconcentrados (8)	151
Clínicas Área Metropolitana	139
Región Huetar Norte	232
Región Huetar Atlántica	372
Región Brunca	181
Región Pacífico Central	196
Región Chorotega	234
Región Central Norte	434
Región Central Sur	459
TOTAL	2398

Fuente: elaborado con base en información del Padrón nacional de organizaciones que trabajan en pro de la salud. Caja Costarricense de Seguros Social: Gerencia Médica, Oficina de Desconcentración y Juntas de Salud, Comisión Institucional de Participación Social. Sección de Trabajo Social; 2003.



ANEXO 2

Participación comunitaria	Participación social	Participación ciudadana
<p>Se refiere a si las personas, las familias y/o la comunidad desarrollan acciones referidas al bienestar individual y colectivo.</p>	<p>Implica un proceso que involucra más actores, a saber, las organizaciones de base comunitaria, las organizaciones públicas gubernamentales y no gubernamentales, que se interrelacionan para identificar problemáticas y buscar soluciones y que le dan soporte a un tejido de relaciones de cooperación.</p>	<p>Refiere a la interrelación de sujetos o personas organizadas colectivamente y que se vinculan con el Estado, para hacer valer sus derechos e influir en la construcción de las políticas, su ejecución y evaluación. Permite a las personas reconocerse como actores que comparten una situación determinada, expectativas e intereses y que buscan expresarlos en una acción colectiva.</p> <p>La participación apunta al ámbito donde se encuentra lo público con lo privado y a los vínculos que los (as) ciudadanos (as) puedan establecer para expresarse demandar e incidir sobre lo público. Esta es la participación ciudadana que incorpora la noción de derechos que se orienta al Estado y que incide en los temas de orden público, es decir, que apunta a la posibilidad de influir en espacio de toma de decisiones¹⁴³.</p>

Fuente: Molina M., María Lorena. (2002) Gestión local, municipalidades y participación ciudadana. Revista Costarricense de Trabajo Social No.14. (original en texto continuo) y Chávez Jiménez, Rocío (ver nota al pie).

¹⁴³ Chávez Jiménez Rocío. Políticas Públicas, Igualdad de Oportunidades y la Participación Social y la Política de las Mujeres. SERMAN. Chile. 1999



Desarrollo de los recursos humanos en el Sector Salud, avances y perspectivas¹⁴⁴

Licda. Anargeri Solano Siles. MEPS.

Lic. Alonzo Hernández Montero

M.Sc. Carmen M. Vázquez Peñaranda

Lic. Carlos Bonilla Guevara

M.Sc. Rocío Rodríguez Villalobos

Licda. Rosibel Méndez Briceño

Los recursos humanos representan un elemento fundamental en la producción social de la salud, tanto desde su ámbito de ejecución de competencias específicas como desde el plano subjetivo. Es ampliamente reconocida su contribución para llevar a la práctica las políticas y desarrollar servicios acordes con las necesidades en salud del país.

Constituye un campo firmemente asociado a las definiciones de política que dan forma a los sistemas de salud, por lo que a la par de las acciones y decisiones que facilitan la organización y funcionamiento coherente de éstos, se encuentran las relacionadas con recursos humanos. Desde esta perspectiva, adentrarse en los temas de atención primaria en salud en el sistema sanitario nacional y cómo se inserta el tema de los recursos humanos, implica revisar en forma constante las decisiones que el Estado y sus distintos actores toman, en relación con éstos, y que inciden en las condiciones actuales de empleo, legislación del trabajo, competencias y oportunidades de desarrollo humano y técnico del personal en salud, así como en sus retos.

Es importante recordar que, en sus orígenes, la declaración de Alma Ata estableció, en relación con este tema: "Que los gobiernos atribuyan alta prioridad a la utilización plena de los recursos humanos, definiendo para cada una de las categorías de personal de salud la función técnica, las competencias y las actitudes necesarias con arreglo a las tareas que le incumben, a fin de lograr una atención primaria de salud eficaz; y creando equipos formados por agentes de salud de la comunidad, otro personal de desarrollo, personal de categoría intermedia, enfermeras, parteras, médicos y, cuando proceda, personas que practican la medicina tradicional y parteras empíricas". (Declaración de Alma Ata; 1987:31). Hoy, 25 años después, es posible que se requiera no sólo revisar los principios de la atención primaria, a la luz del contexto mundial actual y de los avances conseguidos como país (OMS:2003), sino, también, el papel de los recursos humanos como uno de los medios para lograrla al tenor de estos cambios, las adaptaciones que éstos deben hacer en función de las necesidades actuales del perfil epidemiológico y cómo deben contribuir a hacer efectivos los principios de equidad, universalidad, solidaridad ética, calidad e inclusión social, en la prestación de servicios del Sistema Nacional de Salud.

Los recursos humanos y la experiencia de aplicación de la Atención Primaria de Salud en el país. Breve acercamiento.

Sin duda alguna, el país ha mostrado avances significativos en el desarrollo de la atención primaria en salud, como ha sido mostrado en el abordaje de los temas precedentes. Para responder a su extensión en todas las áreas geográficas del país, este proceso fue acompañado, entre otros, por los esfuerzos de las

¹⁴⁴ Elaborado por la Comisión Técnica Interinstitucional para el Desarrollo del Recurso Humano en Salud



Universidades en la formación de técnicos y profesionales, la apertura de centros de investigación, el empleo de personal con funciones específicas de atención primaria, la ubicación de la capacitación impulsada por las instituciones de salud y la creación del Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISS) y de la Biblioteca Nacional de Salud y Seguridad Social (BINASS).

En el año 1977, cuando se efectuó la presentación de la tercera evaluación de la aplicación de la Estrategia de Salud para Todos en el año 2000, se consideró que los logros alcanzados en el país eran impresionantes: "se han alcanzado y superado sin excepción las metas propuestas, gracias a la acumulación histórica de los esfuerzos del país en el campo de la salud" (Ministerio de Salud-CCSS-OPS/OMS;1977:sp) El desarrollo de los recursos humanos se concibió como piedra fundamental de apoyo a las transformaciones que se llevaban a cabo en el sector salud; "se incrementaron cuantitativa y cualitativamente los esfuerzos en capacitación y formación de los recursos humanos" (Ministerio de Salud-CCSS-OPS/OMS;1977:sp).

Tanto en ese momento histórico como en el de la reforma del Sector Salud subsiguiente, se consolidan logros significativos, con avances en la prevención y en la promoción de la salud, desde los diferentes niveles de gestión institucionales. Se reconoce que los recursos humanos han jugado un papel fundamental en los logros obtenidos por el país, además de que el desarrollo de la estrategia produjo modificaciones en los procesos de educación y trabajo, en el papel de los trabajadores(as) y en el mercado de trabajo.

En la actualidad, cuando en el país se dispone de una creciente oferta de profesionales en salud, resulta imprescindible aproximarse a la discusión acerca de las principales fortalezas y debilidades mostradas en el área de recursos humanos, en el marco de la atención primaria en salud, para luego adentrarse en el análisis de sus perspectivas.

Como se ha mencionado anteriormente, durante el desarrollo de la estrategia de Salud para Todos en el país se ha producido un esfuerzo simultáneo desde la formación, la capacitación, el empleo e incluso en la regulación de los recursos humanos. En el ámbito de políticas y planes concertados, sin embargo, ha existido debilidad para contar con un sistema integral de desarrollo de recursos humanos que sustente los cambios en los servicios orientados por la Atención Primaria. Así lo demuestran la persistencia de desequilibrios en la distribución, ya que existe concentración del recurso en las zonas urbanas, oferta desmedida en relación con la demanda, diferencias en la calidad de los recursos, renovación de conocimientos organizada en forma desigual para los diferentes grupos, traslado de personal capacitado a niveles donde se pierde o no se aprovecha la experiencia adquirida en atención primaria, inexistencia o debilidad de mecanismos que integren la formación con las oportunidades de empleo en zonas consideradas prioritarias, entre otros aspectos.

Con la aparición de nuevos actores profesionales como los médicos de familia, se hizo un avance importante en la formación de recurso humano de soporte para el impulso y desarrollo de la atención primaria, pero no se logró sostenibilidad porque la mayoría de estos profesionales están ubicados en áreas de la prestación de servicios de salud, en las que no desarrollan su formación específica, o en puestos gerenciales que no necesariamente inciden en decisiones sobre la materia. En términos generales, la formación acompañó el proceso de atención primaria inicialmente, pero luego avanzó la implementación de la estrategia y esto no impactó en la formación universitaria, excepto en la carrera de enfermería donde se reforzó el currículo con temas específicos de atención primaria. (Comisión Interinstitucional de Recursos Humanos: 2003).



De acuerdo con los resultados obtenidos en la Medición de Funciones Esenciales de Salud Pública, efectuada en el nivel nacional en el año 2001, la de “Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública” obtuvo un resultado insuficiente y se requieren acciones urgentes para lograr cambios en algunos indicadores. Entre otros factores, sobresalen los siguientes:

- “No existe un desarrollo adecuado del recurso humano, en función de las características socio-culturales de la población; los esfuerzos realizados con respecto a la educación no son sistemáticos y las iniciativas existentes se caracterizan por la ausencia de seguimiento y evaluación.
- “Se destaca la ausencia de un sistema de evaluación del desempeño del personal que trabaja en salud pública y la falta de un sistema de incentivos que promueva la excelencia de los funcionarios que laboran en el campo de la salud pública.
- “Hay ausencia de conducción y liderazgo sectorial en materia de desarrollo de recursos humanos” (Costa Rica, Ministerio de Salud; 2002:19 Y 20).

En la Política Nacional de Salud 2002-2006, en el Área de Intervención de Recursos Humanos, las políticas establecen la “Gestión y desarrollo del recurso humano acorde con las necesidades de la población y del sector salud” y la “Orientación de la formación del recurso humano para los servicios de salud públicos y privados, de acuerdo con las necesidades de salud actuales y futuras de la población del país” (Costa Rica, Ministerio de Salud; 2003:28 y 29), políticas que incluyen algunas estrategias específicas en el marco de la APS.

También las políticas de fortalecimiento de la atención primaria en todos los niveles de gestión, con énfasis en el primero, incluyen dentro de sus estrategias la redefinición y fortalecimiento del perfil funcional y del recurso humano en EBAIS y equipos de apoyo, con base en la priorización de necesidades y problemas de salud de la población.

Las políticas de recursos humanos fueron definidas por los actores sociales, a partir de la declaración de los siguientes seis asuntos críticos prioritarios:

1. Los servicios de salud del primer nivel de atención no responden al enfoque de atención primaria, lo cual dificulta la orientación de la formación del recurso humano para dar respuesta a ese nivel.
2. El quehacer de las instituciones formadoras y empleadoras en salud, en su mayoría, está orientado por un enfoque biológico, patocéntrico, tecnocrático, no humanista e individualista, que fomenta el desarrollo de competencias de recursos humanos en esta misma dirección y que no responde a las necesidades del perfil social del país. El currículo de algunas profesiones es estático, desactualizado y con metodologías de enseñanza no apropiadas.
3. Hay dispersión y desfragmentación de la información en recursos humanos, por lo que no se dispone de bases de datos, investigaciones prospectivas actualizadas, estudios de mercado y otros que permitan evidenciar el desarrollo de los recursos humanos en el sector salud.
4. No existe una definición explícita de las necesidades de formación en cantidad y calidad de las instituciones empleadoras.

De acuerdo con un estudio sobre los requerimientos de médicos generales a cinco-diez años, realizado por CENDEISS (2002), éstos coinciden con los esfuerzos de la CCSS por consolidar el modelo de atención a las personas, basado en la atención primaria, “sin embargo, debe indicarse que debe revisarse las cualidades esperadas en este tipo de recurso humano, con el fin de que tales requerimientos sean considerados en cantidad y calidad por los centros de formación de profesionales en medicina”



(CENDEISSS;2002:56). En el caso de los especialistas, se presentan dos situaciones: por un lado, existe una alta concentración en los hospitales y, dentro de ellos, los pertenecientes a la gran área metropolitana, por otro "resalta el hecho de que muchas solicitudes de las Áreas de Salud incluyeron este tipo de profesionales, por lo que esta conducta contrasta con el esquema de readecuación del modelo de atención en el primer nivel, por cuanto el nivel primario corresponde a los servicios básicos de salud que comprenden acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación y rehabilitación de menor complejidad; que se practiquen respecto de la familia en los ámbitos intra domiciliario, de consulta externa o de ambulatoria general" (CENDEISSS;2002:56).

De acuerdo con el pronunciamiento de los integrantes institucionales en las Comisiones de Análisis de Mortalidad Infantil y Materna, ante las autoridades del Ministerio de Salud (2004) y coincidiendo con los respectivos colegios profesionales, el país ha realizado esfuerzos significativos en el campo de los recursos humanos; sin embargo, se requiere atender situaciones problema como las siguientes: existe falta de recursos humanos, en especial de gineco-obstetras, neonatólogos, anestesistas y enfermeras obstétricas, lo que incide en el incumplimiento de normas de atención materno infantil y por lo tanto en la calidad del servicio de salud. A ello se une la debilidad en los programas de orientación al personal nuevo que ingresa en las diferentes unidades de la CCSS, la indefinición de niveles de atención, según su capacidad resolutive, la distribución del recurso con iniquidad, el cual se concentra en el Área Metropolitana, entre otros.

Se reconoce ampliamente el esfuerzo que la CCSS ha realizado para impulsar y ejecutar la atención primaria en el primer nivel, así como los esfuerzos para el desarrollo del componente de recursos humanos, como uno de los medios efectivos para hacerla posible. De acuerdo con la última evaluación realizada por el Ministerio de Salud en el 2003, es necesario realizar un mayor esfuerzo, ya que el rubro de recursos humanos alcanzó 76,7 con un nivel bajo de desempeño, mostrando los resultados más bajos la Región Chorotega. Las variables que más contribuyen en el nivel de desempeño logrado son: la visita - asesoría de personal del Equipo de Apoyo, al menos una vez por mes, con su debida documentación, el acceso de los usuarios a servicios de Nutrición, el registro, capacitación y supervisión de las parteras empíricas, la percepción del equipo sobre el reconocimiento y apoyo al trabajo que realiza, así como la motivación.

La CCSS, en su esfuerzo por brindar atención integral de salud por medio de los Equipos Básicos de Atención Primaria (EBAIS), había nombrado al 2002, a aproximadamente 948 Asistentes Técnicos de Atención Primaria (ATAPS). Según el estudio sobre necesidades de capacitación de este recurso humano, realizado por el CENDEISSS(2002), en relación con la formación, 80% consideró que los conocimientos adquiridos les había permitido hacerle frente a las demandas de trabajo; sin embargo, en relación con el desarrollo del trabajo, de acuerdo con el perfil ocupacional, 22,1% del total de los funcionarios refirió que no se cumple, por lo que debería evaluarse las tareas que están realizando. Tanto los ATAPS como las jefaturas coincidieron en que los primeros realizan actividades no definidas en el perfil ocupacional. También, una de las razones por las que 11,4% de los ATAPS muestran niveles de insatisfacción por las tareas que realizan, se debe a que "se están asignando una serie de actividades distintas a lo desglosado en el perfil ocupacional, lo que apoya la idea de una redefinición del mismo y/o una evaluación de las tareas que cumplen dichos funcionarios". (CENDEISSS; 2003:18) Sobre la formación de este personal, 45,1% de las jefaturas de enfermería entrevistadas planteó que la formación del ATAPS no es congruente con el trabajo práctico, a lo que se suma 63,5% de los técnicos del país que cree que hay marcada diferencia entre el proceso de formación y el trabajo práctico (CENDEISSS; 2003:18).



Acerca de la formación de profesionales, existe una creciente oferta y la preocupación expresa de diferentes medios como el Colegio de Médicos y Cirujanos, autoridades de salud de la CCCSS y del Ministerio de Salud, la Academia Nacional de Medicina y otros, porque hay una excesiva cantidad de escuelas de medicina y de graduados, poco control y supervisión de las escuelas, insuficiente proceso de acreditación de escuelas y, además, no se cuenta con instrumentos para la acreditación de espacios docentes en salud. Por otra parte, en diversas instancias se ha compartido la idea de que “los centros formadores mantienen el mismo molde biomédico individual de producción de profesionales de especialidades clínico-quirúrgicas, sin considerar las carencias de profesionales con formación para la atención primaria en salud” (OPS-OMS; 2003:11).

En relación con la investigación, sistematización y evaluación sobre recursos humanos en atención primaria, persiste un escaso desarrollo; las pocas investigaciones y evaluaciones disponibles se refieren a la atención primaria en el primer nivel. Prácticamente se desconoce cuál es la situación en los otros niveles, excepto que se deriven algunas conclusiones a partir de las acciones de prevención y promoción de la salud que se desarrollan en el secundario y en el terciario. Una de las áreas que ha sido poco estudiada y en la que se ha expuesto que la investigación puede generar valor agregado, es la de las formas de contratación de trabajadores profesionales ligadas a los esquemas de extensión de cobertura, en atención primaria de salud.

De acuerdo con panorama presentado de manera muy resumida, es posible plantear que el país ha realizado esfuerzos significativos en el campo de los recursos humanos, para dar respuesta a las demandas de la expansión y consolidación de la atención primaria; no obstante, persisten algunas debilidades en la definición concertada y en la puesta en operación de políticas en esta materia, en la planificación de la formación, así como en la distribución, incentivos, selección y permanencia del personal en el puesto. A la vez, se desprende la posibilidad de convertir la profesionalización del recurso en una oportunidad, para ayudar a consolidar los logros en salud y reorientar esfuerzos hacia las prioridades políticas en salud.

Perspectivas

En el marco de la 56ª Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en Ginebra (2003), se propuso a los Estados Miembros, entre otros, “que fortalezcan la capacidad en materia de recursos humanos dedicados a la atención primaria de salud, para hacer frente al incremento de la carga impuesta por la situación sanitaria” (OMS; 2003:56), reto al que se suma el país en su conjunto.

Asumiendo la necesidad de que se declare un sistema sanitario nacional con enfoque de atención primaria, el recurso humano debe orientar su evolución y su esfuerzo hacia la equidad y calidad en la prestación de los servicios de este sistema, bajo principios éticos, y trascendiendo de lo operativo hacia el pensamiento estratégico de la salud.

En los diferentes niveles de atención en salud que deben desarrollar la atención primaria, se requiere un recurso humano sensibilizado, que analice constantemente su entorno y le dé la lectura apropiada, genere innovaciones, tanto para inducir cambios orientados a mejorar el abordaje institucional de la salud colectiva como para llevar a cabo procesos de negociación, concertación y desarrollo de alianzas estratégicas con diversos actores sociales, convertir a la población en un aliado para la transformación de su medio y promover el acceso a la salud de grupos socio-culturales diversos. De esta manera, se estaría avanzando hacia un recurso institucional identificado con su papel en cada uno de los niveles, brindando



un servicio con calidad. Todo ello, en el marco de una relación biunívoca, donde el crecimiento innovador de la atención integral en salud conlleve al crecimiento del recurso humano y viceversa.

Para facilitar el abordaje del desarrollo de las perspectivas de los recursos humanos en la atención primaria, se partirá de las funciones esenciales de salud pública y se avanzará hacia el análisis de áreas como: planificación estratégica, gestión, formación, regulación, investigación y ética del trabajo, partiendo de que éstas deben ser acompañadas de condiciones como las siguientes: la declaración explícita y concertada de un sistema sanitario con enfoque de atención primaria, el trabajo conjunto, coordinado y concertado entre los diferentes actores nacionales, responsables directa o indirectamente del desarrollo de los recursos humanos en salud, el aprovechamiento de las tecnologías para fomentar el intercambio entre unidades de atención primaria y la derivación y divulgación constante de lecciones aprendidas en experiencias exitosas.

Funciones esenciales de salud pública y recursos humanos

Avanzar en el desempeño de las funciones esenciales de salud pública relacionadas con la atención primaria en salud en el país, implica necesariamente retomar el tema de los recursos humanos, tanto en su carácter de función esencial como de contribuyente al desarrollo de otras funciones relacionadas con atención primaria.

En el primer caso, es necesario profundizar en variables como: caracterización de la fuerza de trabajo en salud pública, mejoramiento de la calidad de esa fuerza de trabajo, educación continua, permanente y de postgrado en salud pública y perfeccionamiento de los recursos para la entrega de servicios apropiados a las características socioculturales de los usuarios.

En el segundo caso, si se parte de que el factor humano como elemento dinámico de la organización, es quien tiene capacidad para obtener nuevos conocimientos, poner en práctica habilidades y modificar actitudes y comportamientos, el desarrollo de los talentos humanos debe acompañar en forma estrecha el avance y la transformación de la atención primaria. De esta manera la necesidad de trascender de una atención en salud centrada en la enfermedad, a una que haga énfasis en la prevención y en la promoción de la salud, se convierten en retos para el personal prestador de servicios de salud y de rectoría.

Por ejemplo, para hacer efectiva la función esencial "participación de los ciudadanos en salud", el recurso humano del sector debe contar con los conocimientos, habilidades y destrezas que le permitan desarrollar estrategias, acciones o procesos que fomenten la participación, así como el seguimiento y evaluación de las acciones en las instancias formales de participación ciudadana. En su quehacer, el personal de salud debe asumir un papel favorecedor del "empoderamiento" de la ciudadanía, en su participación en el proceso salud-enfermedad, para que trascienda el enfoque de servicio y avance hacia una participación efectiva en la planificación en salud. Además, es importante que ubique, en el contexto del acontecer nacional, otros espacios de participación que tengan incidencia en el campo de la salud y que deben ser aprovechados para los fines que se consideren oportunos.

Desde la función esencial de promoción de la salud, se perfila la necesidad de que el recurso humano del Ministerio de Salud asuma el reto de lograr la meta institucional de incrementar su liderazgo en la dinámica extra sectorial, a fin de incidir en la calidad de vida de la población, conducir la implementación de una estrategia de promoción de la salud que incida en las enfermedades crónicas no transmisibles, la violencia y los accidentes, promover acciones proactivas e integradas en esta materia, que respondan a las



particularidades y capacidades de los niveles regionales y locales. Se requiere, además, que intervenga para lograr una estructura intersectorial que permita permear a las instituciones clave en la promoción de la salud.

Planificación estratégica de recursos humanos

Es importante contar con un proceso de planificación de recursos humanos con enfoque estratégico, flexible, que combine métodos y análisis cuantitativos y cualitativos, se ubique claramente en el contexto de país y de las instituciones del sector, defina prioridades, estrategias y compromisos a corto, mediano y largo plazo, e incorpore a los actores sociales claves y los niveles administrativos. Una clara definición del paradigma central de la atención primaria en salud en el país, orientada por la Política Nacional de Salud, el análisis de las bases del modelo readequado y la razón de ser del primer nivel de atención, así como la declaratoria explícita y concertada de la atención primaria como eje del sistema de salud, son fundamentales para que sirva de marco orientador y de guía. Dicho marco debe ser divulgado y reconocido por todos los actores sociales involucrados, para que las personas y los grupos sociales ejerzan ciudadanía en salud.

Dentro de los insumos para la formulación del plan, se debe considerar las recomendaciones emitidas por diferentes sectores y grupos, como las de la Comisión Nacional de Mortalidad Materno Infantil (2004), donde se determinó como necesario promover, a corto plazo, la elaboración conjunta de un plan de distribución equitativa de los recursos humanos en salud entre los establecimientos de salud, para responder a sus necesidades según su capacidad resolutoria, con los colegios profesionales de medicina, enfermería, farmacia, microbiología, nutrición, sicología y trabajo social.

Este proceso de planificación estratégica debe ser promovido y conducido por la Comisión Técnica Intersectorial para el Desarrollo del Recurso Humano en Salud, que se crea para que funcione como órgano asesor consultivo, adscrito al Consejo Sectorial de Salud, con funciones como apoyar los procesos de formulación e implementación de la política nacional, así como regular y dirigir la gestión de los recursos humanos en salud, entre otras.

Por otra parte, las instituciones del sector deben asumir en forma conjunta, vía Consejo Sectorial de Salud, el desarrollo de un modelo de oferta y demanda de recursos humanos, que considere el específico para desarrollar la atención primaria, de manera que cuente con información que sirva de base para la planificación a mediano y largo plazo. En este mismo sentido, es necesario contar en primera instancia, con un Sistema Nacional de Información Sectorial, que brinde información actualizada, oportuna y veraz.

Mediante estos procesos, se podrá llevar a cabo una planificación con visión a mediano y largo plazo, que desarrolle esfuerzos orientados a definir el tipo y cantidad de recurso humano que el país necesita y analizar los desequilibrios de la composición, dotación y distribución del capital humano, en todos los niveles de atención, con énfasis en la atención primaria; el Ministerio de Salud, como órgano rector, tendría la potestad para tomar medidas y generar políticas que coadyuven a su mejoramiento y el del servicio que presta.

Gestión de recursos humanos

Se debe revisar las prácticas empleadas por parte de las instituciones del Sector en la gestión de recursos humanos, entendiéndose ésta como aquella que parte de la incorporación, motivación, desarrollo y retención de las personas. Para esto, es necesario conocer la cantidad y tipo de personal que se requiere



en cada nivel de atención, con el fin de desarrollar la atención primaria y adecuar los manuales de clasificación de puestos, de manera que se ajusten a las necesidades de cada uno de ellos. Esto implica verificar el conjunto de conocimientos, habilidades y capacidades que debe tener una persona para desempeñarse en cada nivel y lograr con éxito los objetivos propuestos.

Es oportuno perfilar los instrumentos de clasificación ocupacional con base en competencias, de tal manera que los planes de desarrollo del recurso humano estén vinculados con la capacitación, la especialización, las estrategias para la retención de personal en cada nivel, así como que los mecanismos de captación, selección de personal y evaluación, tomen en consideración dichas competencias y su desarrollo.

Además, se debe considerar en el proceso de captación y selección de personal, aquellos factores que inciden directamente en la prestación de los servicios del área de atención, entendiéndose éstos como el acceso a la comunidad, características geográficas de la zona, distancias, condiciones socio-económicas, educación de la comunidad que se atiende, oferta de los recursos humanos, condiciones físicas y mentales de éstos, entre otros. Se considera importante y positivo que en el escogimiento del personal para los diferentes niveles de atención, participe el nivel directivo correspondiente, por su conocimiento de las necesidades de la población y porque se podría generar una mayor identificación del personal con el quehacer diario e incidir en la calidad del servicio.

También es necesario verificar que las actividades que realizan los funcionarios no sean distintas de aquellas para las cuales fueron contratados.

Para mejorar los métodos de trabajo, los valores y el comportamiento en una administración que brinda el servicio directamente a la comunidad, se requiere la elaboración y desarrollo de políticas de capacitación, partiendo de las prioridades nacionales y locales en salud, así como de las necesidades específicas de atención primaria en cada nivel de atención y de su equipo de trabajo; esto para incrementar las habilidades, conocimientos y desempeño de su personal.

La educación permanente está llamada a jugar un papel fundamental para mejorar los métodos de trabajo, los valores y el comportamiento, especialmente para dar el vuelco de un personal que tiene una historia de trabajo basada en lo individual y centrada en la enfermedad, hacia equipos con visión colectiva, con capacidad para atender en forma integral a la familia y a la comunidad y desarrollar una participación en salud más orientada al protagonismo de la población, con actitud de búsqueda de la disminución de diferencias en salud incorrectas e injustas y de desatención de las necesidades de personas y grupos sociales. El esfuerzo también debe ser congruente con un empeño mayor en el sistema, para impulsar la modificación del comportamiento de la población hacia una cultura preventiva. Debe reforzarse la educación permanente en enfoque de derechos, de género, intergeneracional, pluricultural y otros, así como principios básicos como equidad, inclusión social, ética y calidad, específicamente vinculados con las realidades de las poblaciones donde trabajan las diferentes instituciones prestadoras de servicios de salud, incluyendo a proveedores externos. Lo anterior lleva a proponer la necesidad de realizar esfuerzos, con el fin de determinar las necesidades reales de educación permanente en los diferentes grupos de trabajo, teniendo como insumos básicos las funciones que están realizando en cada área de cobertura, el perfil ocupacional, los planes estratégicos, la esencia de la atención primaria y todas aquellas otras variables que deban ser consideradas.

Resulta pertinente revisar los programas de capacitación existentes, su pertinencia en relación con las necesidades, la utilización de la educación a distancia y la consideración de evaluaciones de impacto en



la realización de las funciones y en la calidad del servicio. La tarea puede ser asumida por el Ministerio de Salud, en conjunto con el CENDEISS, el Sistema Superior de Educación Universitaria y los colegios profesionales, entre otros actores.

En síntesis, tanto la institución rectora como las instituciones prestadoras de servicios de salud deben revisar las competencias de sus recursos humanos a la luz de la naturaleza de sus funciones específicas, en la atención primaria en salud, y efectuar ajustes para que sean acompañadas de formación y educación permanente.

Acerca de la disponibilidad y papel del recurso humano en el primer nivel de atención, se debe revisar y ajustar el papel del Equipo de Apoyo en el adecuado desempeño de los EBAIS, aumentar el acceso de los usuarios a servicios de nutrición, incrementar la presencia de profesionales en enfermería, formados en atención primaria, y desarrollar mecanismos institucionales que incentiven el reconocimiento y apoyo al trabajo que realizan. Es necesario reforzarlos, especialmente en zonas rurales, y en aquellos que tengan exceso de población bajo su responsabilidad. Pero también que se garantice el apoyo y asesoría a las labores de los EBAIS, en el sitio de trabajo.

El país debe considerar la incorporación paulatina de otro recurso humano en la atención primaria en salud, tanto en profesiones tradicionales del sector salud como de otros que desde la formación privilegian la atención primaria. En este sentido, es importante considerar el esfuerzo que realizó el Colegio de Profesionales en Enfermería de Costa Rica al brindar una propuesta denominada "Fortalecimiento del primer nivel de atención", en la que plantean considerar la incorporación del profesional en enfermería como supervisor de al menos cada dos EBAIS, con el propósito de contar con un primer nivel de atención, que garantice la promoción y prevención, así como la atención y rehabilitación de la salud, en los diferentes escenarios: familia, comunidad, centros educativos y de trabajo. Así, se fortalecería la construcción social de la salud, premisa de la cual se parte para cumplir con los principios filosóficos de equidad y universalidad, y garantizar el derecho a la salud como un derecho fundamental de cada uno de los habitantes del país. Dicha propuesta es producto del esfuerzo de trabajo concertado del Colegio con sectores de enfermería tales como la sección de enfermería, la Asociación Nacional de Profesionales en Enfermería, Universidades, Ministerio de Salud, enfermeros que laboran en el primer nivel, entre otros.

Se considera que, actualmente, la formación de estos profesionales se fundamenta en una concepción social de la salud, que se evidencia en cambios curriculares importantes en las Escuelas de Enfermería de las diferentes universidades. Se parte también de que la visión de género que imprime la incorporación de enfermeras y enfermeros, contribuirá al proceso de reapropiación de la identidad personal y social de las mujeres y hombres y de su salud, lo que revertirá el discurso y la práctica de la medicalización, impedirá la manipulación y será una valiosa estrategia para promover la salud comunitaria.

En el campo de la desconcentración de la gestión de recursos humanos, el país debe hacer avances en el estudio de las formas de contratación de trabajadores profesionales en las diferentes modalidades de contratación de servicios, y considerar, de acuerdo con su magnitud, la formulación de una política laboral en salud de "desprecarización del trabajo", de tal manera que se exploren opciones de protección a la fuerza de trabajo en salud, como lo han hecho otros países.

Aparte de los avances que sea factible lograr en evaluación de desempeño, se requiere avanzar en la discusión y toma de decisión sectorial, sobre incentivos individuales y de equipo para el personal de salud



que efectúa labores relacionadas con la atención primaria. En este sentido, es importante ligar la atención primaria a los compromisos de gestión en la CCSS y a otros mecanismos de seguimiento y evaluación institucionales.

En relación con el esfuerzo de país para formar personal en Medicina Familiar y Comunitaria, resulta pertinente retomar, con las instituciones empleadoras, la posibilidad de establecer algún sistema de incentivos o de mejora de condiciones para este recurso definido como prioridad en el país, en su momento, y en el que se invirtió recursos públicos y que mantienen vigencia en su intervención profesional.

Formación del recurso humano

Es necesario generar espacios de discusión e incorporación de contenidos temáticos en los programas educativos, que potencien la calidad de los graduados que saldrán al mercado laboral a futuro, de manera que respondan a las necesidades del sistema de salud en el campo de la atención primaria, a las características de la población a la que se dirigen los servicios y al perfil epidemiológico.

En forma paralela, se debe realizar esfuerzos sistemáticos para mejorar la coordinación del sector salud con los entes universitarios formadores del recurso humano, tanto general como especializado.

Según el estudio del CENDEISS sobre necesidades de profesionales de medicina en la CCSS (2002), de acuerdo con el modelo de atención que practica la institución, el país requiere prioritariamente de médicos generales, debidamente formados y capacitados en atención integral, con énfasis en medicina familiar y comunitaria y una alta capacidad resolutoria en el primer nivel de atención, a lo que se agrega el pensamiento estratégico en salud, como elemento fundamental para trascender lo operativo. Por otra parte, "de forma adicional a las cantidades de profesionales de medicina, debe hacerse una adecuada lectura de las cualidades requeridas en los profesionales, según la visión de las áreas de salud y hospitales. Las cualidades esperadas, responden a un cúmulo de conocimientos, valores y aptitudes que debe tener el profesional en medicina, para que, al momento de integrarse a la institución, pueda responder de forma efectiva a las necesidades de salud de la población. Las cualidades del profesional en medicina, en las circunstancias actuales, rebasan la orientación de los currículos académicos, en lo que se refiere a atender las patologías y el manejo técnico de ellas. Su competencia laboral se basa en condiciones asociadas con dominio de normas de atención integral de salud y servicio a la comunidad, trato más humanizado, tanto hacia los compañeros de la unidad como a los pacientes y su familia, capacidad para el trabajo en equipo, con altas normas de ética, alto nivel de formación médica, formación para trabajar en un EBAIS, conocimiento de los compromisos de gestión, capacidad de liderazgo e innovación, disponibilidad para trabajar en zona rural y/o en el área de salud; entre otras". (CENDEISS;2002:56-57).

El Sistema Nacional de Salud puede aprovechar esfuerzos recientes desde el área educativa pública y privada, para la formación de recurso humano en campos no tradicionales y a los que se imprime énfasis en atención primaria. Por ejemplo, la Universidad de Costa Rica está desarrollando la carrera de Terapia Física, campo del conocimiento que se ocupa de promover, mantener, mejorar y restaurar la funcionalidad del sistema neuropsicomotor, que tiene como meta el desarrollo de las potencialidades de este sistema, durante las distintas etapas del ciclo vital de las personas, en los espacios familiares, laborales y sociales de la vida cotidiana, y cuya práctica profesional se desarrolla en procesos de atención a las personas en



forma individual o grupal y mediante la integración a equipos de salud. En la actualidad, la formación práctica de la carrera se está llevando a cabo en el Programa de Atención Integral de la Salud, Convenio UCR/CCSS, en las áreas de salud de San Pedro, Curridabat y los distritos de Concepción y San Juan de la Unión, de forma tal que, al graduarse, el profesional tendrá todas las competencias para llevar a cabo intervenciones de atención primaria en su campo.

Regulación

Avanzar en esta área requiere un esfuerzo mancomunado y sistemático entre los diferentes actores sociales nacionales vinculados con el tema. El Ministerio de Salud, como garante de la salud del país, puede desarrollar alianzas estratégicas con el Ministerio de Educación Pública, como rector en el campo de la educación, así como con las instituciones que aglutinan las instituciones de educación superior, públicas y privadas, de manera que se analice el campo de los recursos humanos como un todo, con énfasis en atención primaria, y se definan las reglas que se aplicarán, tanto para mejorar la educación como para reorientar la dinámica de trabajo en el país. En este sentido, es necesario hacer un esfuerzo nacional orientado a generar evidencias sobre la situación de la fuerza de trabajo, de manera que sirva como insumo para la toma de decisiones intrasectorial e intersectorial.

Por otra parte, desde la evaluación de la calidad de los servicios y sistemas de salud, el desarrollo del recurso humano es materia ineludible y puede ser aprovechada como uno de los medios fundamentales para fortalecer la formación, el ejercicio profesional y la educación permanente en salud, en procura del logro de la equidad, la solidaridad y la calidad, requisitos indispensables de la atención en salud. El Programa Nacional de Garantía de Calidad, importante esfuerzo realizado por el Ministerio de Salud como ente rector en materia de regulación, puede ser fortalecido con estándares cada vez más pertinentes al campo de los recursos humanos, para garantizar calidad en los servicios de salud. Una propuesta en este sentido debe gestarse en la Comisión Técnica para el Desarrollo de los Recursos Humanos, como comisión consultiva del Consejo Sectorial de Salud.

Investigación

Con el fin de generar evidencias en áreas críticas del campo de los recursos humanos, es necesario promover la investigación en el campo de la formación, el trabajo y la práctica profesional en la atención primaria, desarrollada en los diferentes niveles de gestión de las instituciones del sector. Algunos temas prioritarios definidos en el marco del Análisis Sectorial de Salud (Costa Rica, Ministerio de Salud;2002:435) son los siguientes:

- “Análisis de los currículos de las carreras de salud, tomando en cuenta su objeto de estudio, los perfiles de competencias, ejes curriculares, materias del plan de estudios, intensidad horaria y porcentaje del plan de estudios dedicado a contenidos y prácticas orientadas a la atención primaria, entre otros”.
- Seguimiento de las tendencias en los contenidos y proyección de los programas de recertificación profesional desarrollados y su impacto en la calidad de los servicios.
- Necesidades de formación de profesionales en salud, que defina los criterios o variables sobre las actuales se realiza esa determinación, congruente con las necesidades actuales y futuras.
- Perfiles de competencia de los diferentes profesionales en la atención integral en salud, con énfasis en el mapeo de las competencias requeridas para la intervención en la atención primaria en salud”



Una constante en el trabajo de la Comisión Técnica para el Desarrollo de los Recursos Humanos es la derivación de necesidades de investigación, desde los diferentes ámbitos del quehacer en salud, que pueden ser canalizadas hacia la Agenda Nacional de Investigación, de manera que formen parte de las prioridades de país.

Ética del trabajo

Como complemento a las acciones anteriores, es necesario fortalecer en aspectos éticos la prestación del servicio, área que en forma manifiesta se ha visto afectada en los últimos años, tanto en el ambiente laboral como en otras esferas de la vida cotidiana. Diversas situaciones que no responden a las conductas esperadas de las instituciones públicas del sector salud, están afectando el ambiente de trabajo y, por ende, las diversas formas de relaciones humanas. Las conductas poco deseables y nocivas se han convertido en parte de la dinámica laboral, lo que plantea la necesidad de construir, asimilar e incorporar mecanismos, herramientas e instrumentos que permitan hacer efectiva la ética, como eje transversal de la ejecución de la política de salud, por medio del fortalecimiento de los principios orientadores del sistema nacional de salud y todos aquellos valores que refuercen su cumplimiento.

También, es de suma importancia velar por los derechos de las personas sin distinciones de etnia, género, edad, discapacidad o situación socioeconómica, y rendición de cuentas, entre otros. De acuerdo con lo anterior, es necesario reconocer y desarrollar espacios en las instituciones del sector salud, para que se garantice que se produzcan acciones y decisiones éticamente aceptables en el servicio. Estos espacios deben involucrar a todos los actores, entre los que se incluye la comunidad como fiscalizadora de los intereses de la población. El estímulo al ejercicio de las relaciones laborales positivas y éticas, la constante revisión de cuáles son los elementos que la obstaculizan y favorecen, la definición de políticas y estrategias orientadas y el seguimiento y evaluación constantes para corregirlos o mejorarlos, deben ser una constante en el ambiente de trabajo del capital humano.

Bibliografía

- Caja Costarricense de Seguro Social. Hacia un Nuevo Modelo de Atención Integral de Salud, Costa Rica, 1998.
- Caja Costarricense de Seguro Social (2004) Evaluación de compromisos de gestión años 2000, 2001 y 2002. En <http://www.ccss.sa.cr>
- CENDEISS. Evaluación de impacto del curso especial de postgrado en gestión local de salud, Costa Rica marzo 2000.
- CENDEISS. Informe de investigación de necesidades de capacitación en los asistentes técnicos de atención primaria, Costa Rica, octubre 2000.
- CENDEISS. Consultora Visión Estratégica. Evaluación de Impacto del Curso Especial de Postgrado en Gestión Local de Salud Propuesta de fortalecimiento del primer nivel de atención primaria, Costa Rica, marzo 2000.
- CENDEISS. Valoración de necesidades cualitativas y cuantitativas de profesionales en medicina. Estimación a 5 y 10 años. Costa Rica, septiembre 2002.



- Colegio de Enfermeras de Costa Rica. Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención Primaria, Costa Rica, mayo 2004.
- Comisión Interinstitucional de Recursos Humanos. Informe sesión de trabajo con Drs. William Vargas González y Mario León Barth de Programa Atención Integral en Salud de la Universidad de Costa Rica. Ministerio de Salud, Dirección Desarrollo de la Salud; 2003.
- Comisión Nacional de Mortalidad Materno Infantil. Propuesta sobre recursos humanos. Oficio DSS-D-792-04. Julio, 2004
- Costa Rica, Ministerio de Salud. Análisis Sectorial de Salud Costa Rica. San José, Costa Rica, 2002
- Costa Rica, Ministerio de Salud. Política Nacional de Salud 2002-2006. Primera edición. San José, 2003.
- Declaración de Alma Ata, en: OMS-UNICEF. Alma Ata 1987. Atención Primaria de la Salud. OPS COL SSPT No.1 1978
- Ministerio de Salud. Evaluación de la atención integral en el primer nivel sede EBAIS, rubro planta física, promedio nacional, Costa Rica 2000-2001.
- Ministerio de Salud. Medición del desempeño de las funciones esenciales de salud pública en Costa Rica 2001, Costa Rica 2002.
- Ministerio de Salud. Caja Costarricense del Seguro Social, Organización Panamericana de la Salud. Observatorio de Recursos Humanos en Costa Rica, Avances y Perspectivas. Organización Panamericana de la Salud, Estructura y Dinámica de la Fuerza de Trabajo en el Sector Salud de 1997-1999, Costa Rica, Junio 1999.
- Organización Mundial de la Salud. 56ª Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra, 2003.
- Organización Panamericana de la Salud /Organización Mundial de la Salud. (2003). Atención primaria de salud y desarrollo de recursos humanos. Madrid, España.2002



El Ministerio de Salud hoy: Los retos para el logro de SPT en el Siglo XXI

Dra. María del Rocío Sáenz¹⁴⁵

Dra. María Elena López¹⁴⁶

Antecedentes

En el año 2002, en los inicios de la actual Administración, se planteó la necesidad de realizar un Análisis Sectorial de Salud, de tipo participativo, interdisciplinario, interinstitucional, que abarcara el estudio de diversas áreas estratégicas, entre ellas el análisis de la rectoría, el desarrollo de las funciones esenciales de salud pública; la protección social en salud; el gasto y financiamiento de la atención a la salud y el análisis de la oferta y la demanda de servicios de salud, entre otras áreas.

Durante décadas, el tema de la salud ha ocupado un lugar importante en las políticas gubernamentales costarricenses, evidenciado mediante la cobertura de más de 80% de la población con el seguro de enfermedad y maternidad (SEM) y porque más de 50% de la población nacional tiene acceso a los servicios de atención integral, mediante los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS).

Sin embargo, con respecto al tema de rectoría y funciones esenciales en salud pública, el análisis destaca que – a casi 20 años de constituido el sector salud, con la definición del Ministerio de Salud como ente rector (1983) y a más de cuatro años después de haberse oficializado la reestructuración del Ministerio de Salud, para el ejercicio de la rectoría del sector – gran parte de los funcionarios y de la población en general, reconocen la importancia, para el sostenimiento del sistema de salud y para preservar los principios de universalidad, solidaridad, equidad, en defensa al derecho a la salud de toda la población, que estas acciones sean dirigidas y conducidas por el Ministerio de Salud, como responsable del Estado costarricense y del Poder Ejecutivo. Para el logro de lo anterior, el análisis recomienda fortalecer aún más al Ministerio de Salud, mediante una mayor dotación de recursos; consolidar el Consejo Sectorial y desarrollar acciones sistemáticas de comunicación y movilización de actores políticos y sociales, entre otros retos.

El contexto actual evidencia un progresivo envejecimiento de la población, el aumento proporcional de la mortalidad, morbilidad y discapacidad por enfermedades crónicas, por accidentes y violencias; de enfermedades por dependencia de drogas y problemas de salud mental, cuyos factores de riesgo están íntimamente relacionados con la protección del ambiente humano y la calidad de vida, que exigen para su adecuado abordaje, políticas y estrategias de tipo intersectorial y participativo: Éstas manifestaciones desbordan el marco tradicional del abordaje médico-céntrico-clínico-biologista de atención de los procesos de enfermedad.

Por otra parte, el país, en la década de los años 80, diseñó un mecanismo de protección social en salud que ha sido exitoso, como fue la creación de la categoría de “Asegurados por cuenta del Estado”, para garantizar el acceso de poblaciones pobres no aseguradas a los servicios de salud. Sin embargo, la cobertura del SEM ha aumentado de 1984 al 2000, principalmente a expensas de esta categoría (8%) y por la de asegurados voluntarios (2%)¹⁴⁷, lo que ha evidenciado, además, disparidades significativas en la proporción de población no asegurada, entre los diferentes cantones según IDS: los cantones y distritos

¹⁴⁵ Ministra de Salud de Costa Rica, 2002-2006

¹⁴⁶ Directora de Servicios de Salud, Ministerio de Salud de Costa Rica

¹⁴⁷ Protección Social en Salud. En: Análisis Sectorial de Salud, pp207-219, Ministerio de Salud, 2002



con menor grado de desarrollo social presentan las proporciones más altas de población no asegurada y algunos de ellos, como Upala, las proporciones más bajas de población asegurada por el Estado.

En la actualidad, se ha estancado el crecimiento económico, el empleo, la escolaridad, al tiempo que ha aumentado el empleo informal, y hay una brecha creciente de la desigualdad entre grupos sociales y en la distribución del ingreso, que amenaza con la exclusión económica, cultural y étnica, de proporciones crecientes de población.

Lo anterior marca la importancia de la intervención del Estado, para asegurar la sostenibilidad financiera del sistema, la cobertura y calidad de los servicios, especialmente para los grupos de población vulnerables, pobres, rurales; residentes en áreas urbanomarginales; indígenas e inmigrantes. También, para aplicar mecanismos de protección social, en el redireccionamiento de los recursos, a fin de responder a las necesidades en salud de la población. El papel del Ministerio de Salud, en esta función indelegable de estado de protección social a la salud, no se ha dilucidado suficientemente.

Además, en un contexto de progresiva participación del sector privado en la oferta de servicios de salud, y de otros múltiples actores públicos, privados, mixtos y de ONG´s, se visualiza un papel importante del Estado en su regulación, desde la perspectiva de la garantía de calidad y de la adecuada gestión tecnológica, ya sea que se financien éstos directamente por sus usuarios o indirectamente por la compra de servicios, por el sector público.

En resguardo del derecho fundamental a la salud, el Ministerio puede ejercer potestades de imperio, susceptibles de afectar la libertad de los particulares. Estas potestades constituyen un poder /deber, que fue atribuido por el legislador para que el Ministerio pueda cumplir con sus fines.¹⁴⁸

“La rectoría en salud, como responsabilidad de gobierno, recae en la autoridad sanitaria y no puede ser transferida a otras instancias de la sociedad; aunque puede ser compartida entre distintos actores del Estado, bajo ciertas condiciones y normas preestablecidas. Cuando se trata de la orientación general de todo el sector y toda la política pública de salud es, sin embargo, indispensable la actuación del Estado en su monopolio del derecho de decidir para toda la sociedad y del uso legal del poder de coerción para que las decisiones sean acatadas.”¹⁴⁹

Se señala un rumbo para el Estado costarricense: desbordar las políticas económicas de estabilidad y apertura y dirigirlas hacia su compromiso como gestor del desarrollo, en donde el sector salud, tiene una importante cuota de responsabilidad con la salud y el desarrollo social de las colectividades.

Conceptualización de rectoría¹⁵⁰

Rectoría, en el sentido estricto de la palabra, significa “gobernar, dirigir, conducir, guiar, mandar o ejercer la autoridad sobre una comunidad o un conjunto de instituciones o personas”.¹⁵¹ Esta definición se planteó en los inicios del actual proceso de reforma en los años 90, y si bien, actualmente, esta definición se visualiza dentro de una concepción normativista y reguladora, en el sentido tradicional del término, fue lo que orientó el proceso de reforma en sus orígenes.

¹⁴⁸ Stanley R. Responsabilidades del Ministerio de Salud desde el punto de vista legal y reglamentario para el desempeño de las funciones esenciales de salud pública en el nivel nacional y regional. Presentación en Taller de FESP 16 y 17 de setiembre 2002.

¹⁴⁹ OPS/OMS. Ibid. pág.3

¹⁵⁰ Funciones Esenciales de Salud Pública, en Análisis Sectorial de Salud, Sección II, Ministerio de Salud, pp11

¹⁵¹ Marín, Fernando. La Rectoría en Salud en Costa Rica: antecedentes y concepción inicial. San José, Costa Rica, 2002.



La OMS/ OPS define la rectoría de la salud como "... la gestión de la política pública de salud en el contexto de un nuevo esquema de relaciones entre el gobierno y la sociedad civil en el Estado moderno, es competencia característica del gobierno, ejercida mediante la autoridad sanitaria nacional. Comprende las funciones de formular, conducir, regular, armonizar y evaluar decisiones y acciones públicas para satisfacer, en el marco del modelo de desarrollo nacional adoptado, necesidades y legítimas aspiraciones en salud de los conjuntos sociales."¹⁵²

Asumiendo que el Ministerio de Salud constituye la "institución rectora" o la "autoridad sanitaria nacional", esta denominación enfatiza la naturaleza de sus funciones principales e indica las características institucionales que debería asumir.

La OPS /OMS manifiesta que existe una tendencia creciente a no concentrar todas esas funciones en una sola institución para que las lleve a cabo, sino más bien a crear mecanismos institucionales complementarios, dada la diversidad de actores y la amplitud de objetos y funciones de rectoría. Por tanto, ha definido las siguientes funciones rectoras: ¹⁵³

- **Conducción de la acción sectorial:** la capacidad del ente rector de formular, organizar, dirigir la ejecución de la política nacional de salud, mediante procesos de definición de objetivos viables y metas factibles, de elaboración y puesta en marcha de planes estratégicos que articulen los diversos esfuerzos, tanto de instituciones públicas y privadas del sector y de otros actores sociales.
- **Regulación y fiscalización:** del funcionamiento del sistema de atención a la salud y los factores relacionados con la preservación y promoción de la salud de la sociedad. Tiene como propósito diseñar el marco normativo de salud que protege y promueve la salud de la población, así como garantizar su cumplimiento. Es una función técnica y apunta a verificar el cumplimiento concreto de lo dispuesto por la función normativa.
- **Funciones Esenciales de Salud Pública:** la organización y ejecución de las FESP que competen directamente al ente rector, que son indelegables en el ejercicio directo o en su garantía.
- **Orientación y modulación del financiamiento:** se refiere a la responsabilidad del Ministerio de: a) establecer las políticas para garantizar que las diversas modalidades de financiamiento tengan la complementariedad requerida para permitir el acceso equitativo a los servicios de salud de calidad para todos los habitantes; b) modular y corregir las desviaciones que pueda experimentar el financiamiento sectorial; c) desarrollar una capacidad de vigilancia del proceso de financiamiento sectorial.
- **Garantía del aseguramiento:** con acceso pleno y dignidad en la atención en salud, mediante la definición de un conjunto de estrategias e intervenciones públicas, socialmente aceptadas, destinadas a promover la "protección social" y, particularmente, eliminar la exclusión social. Definir las políticas, regulaciones y otros mecanismos para velar por el cumplimiento del plan básico de servicios de salud. Debe definir las reglas de juego, para que las transacciones del mercado sean transparentes y eficientes.
- **Armonización de la provisión:** definir los criterios de asignación de recursos que deben ser adjudicados a los organismos y/o establecimientos públicos de provisión de servicios que están descentralizados o desconcentrados, con base en criterios de necesidad, desempeño e impacto; armonizar los planes de acción y de gestión de los distintos organismos públicos desconcentrados;

¹⁵² OPS/OMS. Ibid. p.2.

¹⁵³ OPS. Lineamientos metodológicos para el Análisis del Sector Salud. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. Washington, D.C., septiembre de 2002.



definir los contenidos de los servicios básicos de salud pública que son responsabilidad del Estado y definir con criterios de complementariedad la distribución de competencias y recursos entre los distintos ámbitos de la gestión pública; brindar cooperación técnica; definir mecanismos retributivos del gasto corriente y del gasto de inversión; establecer mecanismos de contrato o de compromisos de gestión de servicios, que sirvan como base para la asignación de recursos frente a una serie de medidas de desempeño.

La situación del Ministerio de Salud en la reforma del sector salud: periodo 1994-2002

En octubre de 2002, un equipo de profesionales realizó una encuesta de opinión a diferentes personas consideradas como actores claves en el campo de la salud.¹⁵⁴ Estos actores señalan que después de haberse oficializado la reestructuración del Ministerio de Salud para el ejercicio de la rectoría, la misión y las funciones estratégicas de la institución siguen siendo prácticamente las mismas de 1994 a 2002 y que se reconoce, cada vez más, la importancia de que las acciones en salud sean dirigidas y conducidas por el Estado, representado por el Ministerio de Salud.

Los resultados de la encuesta mencionada revelaron que 100% de los (as) encuestados (as), reconoce la importancia del ejercicio de la rectoría en salud, por lo que opina que ésta debe realizarse efectivamente y 88% opina que, en nuestro país, el Ministerio de Salud debe seguir siendo la institución responsable de su ejercicio.

Entre las razones que estos actores señalaron para el fortalecimiento de la rectoría se citaron: Lograr una mayor coordinación interinstitucional e intersectorial para aumentar el impacto en el nivel de salud de la población; garantizar la calidad de los servicios de salud y del ambiente humano; velar por la equidad en la asignación de los recursos en salud; asegurar el acceso de la población a los servicios de salud según sus necesidades; la regulación del gasto en salud; la regulación de la cantidad y calidad del recurso humano en salud; la conducción de la cooperación internacional en salud y la conducción en gestión de desastres.

Por otro lado, 79% de los (as) participantes en la encuesta de actores clave consideró que, cuatro años después de haberse oficializado la reestructuración del Ministerio de Salud, éste cumplía parcialmente con su misión y 21% restante opinó que no estaba ejerciendo la rectoría en salud, debido principalmente a la escasez de recursos de todo tipo, la falta de formación y experiencia del personal de la institución en el tema de la rectoría en salud, la falta de liderazgo de las autoridades del nivel central y al hecho de que no se ejerce la autoridad sanitaria por parte de muchos (as) funcionarios de la institución. Sumaron a las carencias, la autonomía de algunas instituciones públicas y el insuficiente marco legal.

En esa misma encuesta¹⁵⁵ a actores claves, la actual Ministra de Salud, la Dra. María del Rocío Sáenz Madrigal expresa: " El principal reto que enfrenta el Ministerio de Salud, es recuperar la función de Estado que le corresponde, para lo cual deben reorientarse las funciones y tareas que se han venido ejecutando y, que el ejercicio de la rectoría en salud debe incluir otras tareas, como: El control del financiamiento en salud; el control del recurso humano en salud; la mejor inserción en los determinantes sociales de la salud; el desarrollo y puesta en operación de un sistema nacional de información en salud, que supere el concepto de un sistema de información de enfermedades".

La Ministra de Salud consideró "que, en parte, el insuficiente impacto que ha tenido el Ministerio de Salud en el ejercicio de la rectoría se debe a que, a su juicio, la actual Reforma del Sector Salud de Costa Rica, partió de varios supuestos, entre ellos:

¹⁵⁴Ministerio de Salud: García Rossana, Morales Ma. de los Angeles., Víquez Yeli. Encuesta dirigida a actores clave sobre el tema "Rectoría en Salud en Costa Rica", San José, octubre del 2002.

¹⁵⁵García Rossana, Víquez Yeli. Entrevista a la Ministra de Salud de Costa Rica, San José, 14 de noviembre del 2002



- la reforma del sector salud era sinónimo de la atención individual de las personas en los servicios de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social;
- la problemática ambiental podía esperar;
- los servicios de salud podían auto regularse y,
- la rectoría no ocupaba recursos de ningún tipo”

Esta debilidad del Ministerio de Salud, según opinión de la Ministra, es parte de la explicación de algunos de los problemas que enfrenta el sector salud, como por ejemplo:

- la falta de capacidad resolutoria del nivel local, en el campo de la regulación del ambiente humano como consecuencia de la falta de independencia tecnológica, para realizar las mediciones y pruebas necesarias para tomar decisiones;
- la falta de control en las investigaciones que se realizan en el país con seres humanos y
- los accidentes tecnológicos.

Algunas de las limitaciones mencionadas para el ejercicio de la rectoría en salud por parte del Ministerio de Salud, sobre todo las relacionadas con el tipo y la cantidad de recursos con que cuenta la institución, fueron confirmadas con información suministrada por funcionarios (as) del nivel central del Ministerio de Salud¹⁵⁶ y con los resultados de la “Consultoría para el Fortalecimiento Operacional de la Áreas Rectoras Locales del Ministerio de Salud” realizada en el 2002, por el Lic. Hernández Orozco¹⁵⁷, entre lo que se destaca que:

- Del recurso humano que labora en el Ministerio de Salud en el área sustantiva y en los tres niveles de gestión de la institución, solamente 7% es profesional, mientras que el restante 93% se clasifica de la siguiente manera: 41% técnico, 19% calificado y 33% operativo.
- De los (as) funcionarios (as) asignados al área administrativa, solo 6% cuenta con grado profesional mientras que 11% es clasificado como técnico, 41% como personal calificado y el restante 42% como operativo.
- Específicamente, de los 1026 funcionarios que laboran en las 81 áreas de salud del país (nivel local), solamente 25% es profesional, mientras que 47% es técnico y 27% es personal de apoyo.
- De los 81 directores (as) de áreas de salud, 38 ocupan plazas en propiedad, mientras que 32 tienen nombramientos interinos y 11 son de servicio social.
- De la planta física de las regiones de salud: tres son propias, tres son alquiladas y tres son prestadas, y de las que ocupan las áreas de salud: 47 son propias (59%), 36 son prestadas (32%), tres son alquiladas (4%) y de cinco de éstas no se ha podido establecer su condición de propiedad (6%).

De las conclusiones resultantes del análisis se destacan:

- las áreas de salud poseen escasos recursos logísticos para operar adecuadamente;
- no existe la combinación óptima de tales recursos para ejercer, de mejor manera, la rectoría en salud;
- existe, en los (as) funcionarios (as) de las áreas de salud y en la ciudadanía local, desconocimiento del fondo y alcances de lo que es rectoría, lo que desmejora la motivación del personal profesional y administrativo;
- todas las áreas de salud poseen al menos una línea telefónica, pero en diez no cuentan con facsímile;
- 17 áreas de salud, de 90, no cuentan con transporte automotor, y 25% de éstas no poseen moto;
- además de la escasez de vehículos, los que existen se encuentran en estado regular o en mal estado;

¹⁵⁶ Ministerio de Salud, Dirección Apoyo Administrativo, Unidad de Recursos Humanos

¹⁵⁷ Proyecto del Ministerio de Salud y el Banco Interamericano de Desarrollo. Lic. Carlos Hernández Orozco. Informe de Consultoría para el Fortalecimiento Operacional de las Áreas Rectoras Locales del Ministerio de Salud. San José, octubre – noviembre 2002



- tres áreas de salud no tienen computadora y el equipo asignado a las otras áreas de salud se caracteriza por tener software y hardware viejos, cuya condición es de regular a mala.

Lo anterior señala una crisis de la institución responsable de conducir la acción sectorial, de su capacidad para formular y, lo más importante, formar políticas públicas de salud desde el espacio de lo local; para regular y fiscalizar el funcionamiento del sistema de salud y para ejercer las funciones esenciales de salud pública.

Además, se anota que desde el inicio del proceso de reforma del sector salud, en 1992, y en las administraciones posteriores, no se mencionaron las actividades de orientación y modulación del financiamiento y gasto del sector; la garantía del aseguramiento para la protección social de la salud ni la armonización de la provisión de los servicios de salud, dentro de las funciones de la rectoría y del papel de Estado, para asegurar la protección de la salud a los más desposeídos. En otras palabras, la universalidad, la solidaridad, la equidad, principios básicos del sistema de salud costarricense, quedaron como responsabilidad absoluta de la institución prestadora de los servicios de salud.

Estas definiciones políticas y el significado y funciones de la llamada "rectoría", quedaron recortadas a una definición normativista, vacía de significado estratégico y, por ende, débil en la puesta en operación de sus funciones.

Las funciones esenciales de salud pública

En el año 2000, se analizó, por equipos interdisciplinarios e interinstitucionales, el desarrollo y aplicación en el país de las "Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP)" :¹⁵⁸ El campo de la Salud Pública, en este ejercicio (y de acuerdo con la naturaleza intersectorial, interinstitucional e interdisciplinaria requerida para su abordaje), se conceptualiza como el espacio donde se conjugan las acciones específicas del Estado y de la sociedad en general, para el logro de la construcción de la salud colectiva y el bienestar de la población. Se subraya la importancia de la intervención del Estado, su responsabilidad ante el derecho de la población a la salud y en la construcción de una sociedad más justa y equitativa.

Es importante manifestar que la metodología estableció que los participantes calificaran el desempeño de las FESP, independientemente de la institución que las ejerciera. Los resultados expresan, entonces, el desempeño de las funciones en el país, es decir, su grado de desarrollo, según la opinión de los participantes.

Los resultados indican que seis funciones globales de 11 evaluadas son prioritarias, debido a una calificación igual o menor a 50%. Son ellas:

- promoción de la salud,
- desarrollo de políticas y gestión,
- capacidad de regulación y fiscalización,
- el desarrollo de los recursos humanos en el campo de la salud pública,
- la garantía y el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud e,
- investigación en salud pública y desarrollo tecnológico.

A la luz de estos resultados, se podría sostener que las FESP han tenido relativamente poco desarrollo en el país, cualquiera que sea la institución que se analice, lo cual podría explicarse por: un marco legal inadecuado o débil; la fragmentación del desarrollo de los RRHH en Salud Pública y la debilidad en todos

¹⁵⁸ Ministerio de Salud. Evaluación de las Funciones Esenciales de Salud Pública



sus indicadores; un débil desarrollo de la vigilancia de la salud (inadecuada vigilancia de la calidad de la información, la inexistencia de guías para el análisis de la situación de salud y la debilidad en la capacidad de respuesta oportuna para el control de los problemas de salud); la debilidad en la promoción de la salud (por inexistencia de normas nacionales, por debilidad en la construcción de alianzas sectoriales e intersectoriales y en la planeación y coordinación interinstitucional); y la debilidad en el desarrollo de políticas y gestión de la salud pública por falta de definición de objetivos de Salud Pública, del proceso de gestión y del apoyo a niveles desconcentrados.

La función esencial de regulación y fiscalización se ha visto disminuida, por debilidad en la exigencia del cumplimiento de la normativa; por debilidad en el desarrollo de los recursos humanos en salud y por la falta de apoyo a niveles desconcentrados.

En la garantía de la calidad, se destaca la inexistencia, según los evaluadores, de procesos de gestión tecnológica, los cuales se visualizan como fundamentales para la sostenibilidad financiera del sistema, dados los avances tecnológicos en salud, que promueve la gran industria de la salud en el nivel mundial.

En el campo de la investigación, se anota la ausencia de una agenda nacional de investigación en salud y de actividades de apoyo en los niveles desconcentrados.

Al comparar estos resultados con los obtenidos en América Central, el Caribe de habla hispana y Haití, con el promedio obtenido en 44 países de América Latina y un Estado predominantemente "rural" de EE.UU. (se anexa cuadro), Costa Rica califica en nivel inferior a estos en la FESP de Promoción de la Salud, en Regulación y fiscalización, en el Desarrollo de los RRHH en Salud Pública y en Investigación y desarrollo tecnológico.

Costa Rica obtuvo la mayor puntuación en la función esencial de evaluación del acceso a los servicios de salud y en la atención de emergencias y desastres.

Lo anterior confirma los logros del sistema de salud costarricense, pero llama la atención a un desarrollo no armónico de la Salud Pública en el sector, comparado con otros países que actualmente no presentan resultados semejantes a los nuestros en los indicadores. De no subsanarse, en el corto plazo, esta situación, en el contexto actual de progresiva desconcentración/descentralización, y de apertura del mercado de servicios al sector privado, pueden amenazarse los logros obtenidos en el nivel de salud de la población a la fecha.



Cuadro1
Comparación de resultados: Costa Rica; Centro América -Caribe hispano-Haití;
América Latina; EEUU 2000-2002

Nº	Función Esencial	Cumplimiento			
		Costa Rica	Centroamérica, Caribe hispano, Haití	América Latina	EEUU Estado A
1	Monitoreo y Evaluación: ASIS	.59	.62	.58	.36
2	Vigilancia de la Salud	.64	.73	.58	.77
3	Promoción de la Salud	.39	.46	.52	.44
4	Participación Ciudadana	.52	.53	.48	.28
5	Desarrollo de Políticas y Gestión	.44	.51	.56	.24
6	Regulación y Fiscalización	.32	.49	.46	.64
7	Evaluación del acceso a los Servicios de Salud	.75	.60	.55	.60
8	Desarrollo de Recursos Humanos	.36	.36	.38	.37
9	Garantía y Mejoramiento de la Calidad	.37	.20	.26	.22
10	Investigación	.26	.43	.55	.39
11	Emergencias y Desastres	.72	.67	.68	nd

Fuente: OPS/OMS

Entre las recomendaciones más importantes para consolidar el ejercicio de la rectoría y el desarrollo de las FESP, por el Ministerio de Salud, se cita, en el Análisis Sectorial:¹⁵⁹

- Que el Ministerio de Salud se fortalezca con recursos (humanos, equipo, materiales, financieros) y se garantice el apoyo político a la rectoría en salud, desde el más alto nivel.
- Que se fortalezca y amplíe el marco legal de la rectoría en salud, con una base legal que otorgue funciones y responsabilidades a los distintos actores, sean estos estatales, privados, institucionales o individuales.
- Que se definan claramente los procesos y procedimientos para mejorar la calidad de la ejecución de las funciones de rectoría, su capacidad de planificar e influir en la planificación de otros sectores, por medio de propuestas políticas y técnicas e instrumentos legales.
- Controlar las inversiones institucionales, sectoriales y de otros sectores, si estas influyen en la salud.
- En relación con las acciones de regulación y evaluación de los establecimientos y de la producción de servicios de salud, se analiza la necesidad de una mayor coordinación y concertación con la CCSS, para

¹⁵⁹ Funciones esenciales de salud pública: En Análisis Sectorial de salud, opus citae, pp18-19



una mejor utilización de sus resultados. Esta situación se evidencia en la escasa utilización, por parte de la CCSS, de los resultados de la acreditación de establecimientos de salud, - iniciada por el Ministerio de Salud con el fin de mejorar la calidad de la atención - para formular planes de mejora continua.

- En materia de financiamiento del sector público, se revisa la poca influencia que el Ministerio de Salud tiene sobre el control y financiamiento del gasto público en salud, ya que éste es autorizado y distribuido directamente por el Ministerio de Hacienda. Además, la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (AyA) y el Instituto Nacional de Seguros (INS), como organismos descentralizados, cuentan con mecanismos propios de recaudación, contraloría y auditoría del gasto. En la regulación del financiamiento sectorial, el Ministerio de Salud tiene una participación prácticamente nula, ya que no cuenta con apoyo político ni personal capacitado, además de que no dispone de información sistematizada en una cuenta nacional de salud.
- En el campo de los recursos humanos, se plantea que el Ministerio de Salud no tiene influencia legal en la acreditación de instituciones formadoras de recursos humanos en salud, porque la educación pública es regulada por el Consejo Nacional de Rectores (CONARE) y, la privada, por el Consejo Nacional de Educación Superior (CONESUP). Un problema adicional es la insuficiente regulación de la educación privada por parte del CONESUP y del Centro de Desarrollo Estratégico e Investigación en Salud y Seguridad Social de la CCSS, situación que ha propiciado la proliferación de instituciones privadas de educación, que saturan de estudiantes los establecimientos de salud de la CCSS. Por su parte, la Comisión Interinstitucional de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud solo estimula en forma discreta el análisis y la investigación de necesidades sectoriales de recursos humanos, pero no tiene atribuciones reguladoras.
- La vigilancia de la salud está poco desarrollada en el país, debido a que predomina un modelo clínico que le resta importancia al quehacer en salud pública. Además, aunque para el desarrollo de esta función se cuenta con diversos sistemas de información sobre la situación de salud, el financiamiento, el aseguramiento y la provisión de servicios, existe gran heterogeneidad en su calidad y oportunidad, además de una deficiente coordinación entre ellos que limita el análisis y la oportunidad en la toma de decisiones.
- En materia de investigación y desarrollo tecnológico, aún no se cuenta con programas rectores, debilidad que evidenciaron los resultados del ejercicio de medición de las funciones esenciales de salud pública, donde la investigación para solucionar problemas de salud pública fue la función que de acuerdo con los evaluadores tiene el menor nivel de desarrollo en el país.

El análisis de las FESP se convirtió en un insumo valioso para la definición de las políticas nacionales de salud y para la definición de la agenda concertada del sector salud, para el periodo 2002-2006

La estrategia de atención primaria y la protección social de la salud

La protección social en salud puede definirse como la garantía que los poderes públicos otorgan para que un individuo o grupo de individuos puedan satisfacer sus demandas de salud, obteniendo acceso a los servicios en forma oportuna y de una manera adecuada, a través de alguno de los subsistemas de salud existentes. Es importante notar que la definición no sólo se refiere a garantizar acceso, sino también calidad y oportunidad de la atención.



Conceptualmente, cuando se producen fallas en los sistemas de protección social en salud aparece la exclusión. Por lo tanto, las estrategias destinadas a eliminar la exclusión en salud constituyen un conjunto de intervenciones públicas orientadas a expandir la protección social.

El propósito de este capítulo es presentar algunos elementos que puedan caracterizar el estado de protección social en salud y su contraparte, la exclusión, como determinantes importantes del estado de salud de la población, presentando algunos indicadores disponibles para evaluar la exclusión por zonas geográficas o por grupos de enfermedad, y para evaluar los factores del entorno que pueden afectar las estrategias destinadas a disminuir la exclusión.

En la estructura del sistema de protección social en salud se distinguen tres grandes funciones: rectoría, aseguramiento y provisión, que en su conjunto aseguran el sistema de protección social en salud.

Rectoría

La función de rectoría es la que impone las reglas de juego que rigen el funcionamiento del sistema, por medio de las acciones normativas y de regulación. Para contribuir al buen funcionamiento del sistema, es recomendable que la función de rectoría esté nítidamente separada de las otras funciones, tanto en su diseño como en su implementación.

Este no es el caso de Costa Rica, y pudiera explicarse que el país tomó la decisión política, en forma muy temprana, de dejar gran parte de la función reguladora de la atención en salud, el aseguramiento y la provisión de los servicios de salud en una institución: la Caja Costarricense del Seguro Social.

Costa Rica inicia la ejecución de la Ley de Universalización de la Seguridad Social y logra la cobertura universal en los servicios de salud, a inicios de la década de los 70, al definirse el traslado de todos los establecimientos hospitalarios del Ministerio de Salud a la CCSS, al romperse los topes salariales a las contribuciones de la seguridad social y al fortalecerse los programas de extensión de cobertura en salud a poblaciones rurales y urbano marginadas, a cargo del Ministerio de Salud. Después de 1980, dado el deterioro en las condiciones del comercio exterior y agotado el recurso al endeudamiento externo, el país se enfrentó al inevitable ajuste¹⁶⁰ a la Reforma de Estado y dentro de ésta a la Reforma del Sector Salud.

Durante la crisis económica de la década de los 80, los programas financiados por el Ministerio de Salud recibieron el mayor peso de la crisis, lo que ocasionó el cierre de establecimientos y movilidad laboral, especialmente en la categoría de personal técnico. Ello originó la caída de las coberturas en salud en poblaciones rurales dispersas y urbano marginales y en forma general de los programas de Salud Pública.¹⁶¹

En este contexto, se aprueba una nueva modalidad de aseguramiento, "asegurados por el Estado", por medio de la cual se da un subsidio del Estado a la CCSS, para cubrir la atención médica de los indigentes. Esta modalidad de aseguramiento, creada por Decreto Ejecutivo en el periodo 86-90, establecía que la selección de esta población estaría a cargo de los funcionarios de los Programas de Extensión de Cobertura del Ministerio de Salud; sin embargo, al final de ese periodo, por el fracaso en el desarrollo de mecanismos de coordinación interinstitucionales, se traslada esta responsabilidad a la CCSS, quien a partir de esa fecha, es la responsable de definir los criterios de este tipo de seguro.

160 Garnier Leonardo. La política social en tiempos de ajuste, 1994

161 Ministerio de Salud, Comisión de Regulación. Función de Regulación del Desarrollo de la Salud, pág5-7, 1995



En el período 90-94, en el marco de la negociación del III Programa de Ajuste Estructural (PAEIII) se publica, por el Ministerio de Planificación¹⁶², la primera versión de la Reforma del Sector Salud en Costa Rica, que parte de los principios de racionalidad, eficiencia y democratización, asumiendo los compromisos de: Rectoría Sectorial del Ministerio de Salud; operacionalización del enfoque de atención integral de la salud; readecuación de la apertura programática presupuestaria; desconcentración /descentralización administrativa y funcional; consolidación de nuevas modalidades de administración de servicios y su financiamiento; traslado de riesgos del trabajo del INS a la CCSS y traslado de acueductos municipales al Instituto Nacional de Acueductos y Alcantarillado.

En 1995, se inicia la transferencia de los servicios de atención a las personas del Ministerio a la CCSS, con el objetivo de: "Con la transferencia de todos estos programas a la CCSS, el Ministerio podía dedicar cada vez más energía a la Rectoría... estaría en condiciones de reorganizarse internamente para desarrollar y fortalecer gradualmente la excelencia técnica y la capacidad operativa necesarias para ejercer la rectoría..."¹⁶³

En el Informe Anual de 1997, el Ministerio de Salud ¹⁶⁴ "replantea su misión: del tránsito de una focalización en tareas de salud preventiva a un papel de rectoría, previsto en la Ley General de Salud de 1973, y formulado ahora en términos de la dirección y conducción de los procesos de planificación estratégica, regulación, vigilancia, desarrollo científico e innovación tecnológica en la producción social de la salud."

A finales de 1996, en un informe de consultoría del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) sobre el tema, se mencionaron los siguientes problemas en el desarrollo y consolidación de la Rectoría.¹⁶⁵

Falta de delimitación del concepto de "producción social de la salud", que puede conferir a la misión institucional una dimensión inabarcable e ineficiente.

Retardo en el tiempo de desarrollo del proceso

Conceptualización predominante de una rectoría normativista (de control de la legalidad) y poco desarrollo de una conceptualización de evaluación de la eficiencia y la eficacia de los servicios.

Debilidad o inexistencia de una coordinación operativa entre la CCSS y el Ministerio de Salud, que se agrava porque no coinciden en la definición de las regiones de salud.

Excesiva centralización administrativa y disfunciones de coordinación entre los diferentes niveles de gestión secundarios a la inexistencia de un sistema de programación e información y de autonomía presupuestaria.

Recursos humanos no motivados y con deficiente capacitación en los procesos de análisis, priorización y evaluación, fundamentales para el ejercicio de la rectoría.

En 1997, se publica¹⁶⁶ el "Manual de Organización y Funciones", que define la misión de la rectoría en los siguientes términos:

¹⁶² MIDEPLAN. La reforma del Sector Salud en Costa Rica, 1993

¹⁶³ Ministerio de Salud. Informe Anual 1996, pág.88-90.

¹⁶⁴ Ministerio de Salud. Informe Anual 1997, pág. 87-98

¹⁶⁵ Ministerio de Salud, OPS/OMS. Evaluación de la aplicación de la estrategia de salud para todos en el 2000, tercera evaluación, pág. 9, marzo de 1997

¹⁶⁶ Ministerio de Salud. Manual de Organización y Funciones del Ministerio de Salud. Funciones rectoras y programas especiales de salud pública. San José, diciembre 1997 Gustavo Picado Chacón & Virginia Salazar Figueroa. Cobertura del Seguro Social de Salud a partir del Censo de Población 2000, C.C.S.S.



“Garantizar que la producción social de la salud se realice de manera eficiente y contribuya a mantener y mejorar la calidad de vida de la población y el desarrollo del país, bajo los principios de equidad, solidaridad y universalidad”, por medio de una función general de Dirección y Conducción y cuatro funciones estratégicas específicas de: planificación estratégica, vigilancia de la salud, investigación científica y tecnológica, y regulación. Los productos señalados en el Manual son la misma “rectoría ejercida sobre los actores sociales que intervienen en la producción social de la salud y los servicios brindados por los programas operativos.”

En 1998, el Ministerio de Planificación aprueba el Manual de Funciones, y bajo esta perspectiva, se aprueba en el 2000-2001 la estructura organizativa y el manual de puestos.

En estos documentos no se menciona en las funciones rectoras ni en sus productos, algún papel del Ministerio de Salud en el financiamiento, gasto o aseguramiento en salud, ni de sus relaciones con las políticas de salud. De esta forma, se abandona oficialmente, por parte del Ministerio de Salud, sus responsabilidades en el aseguramiento de la población y en el control del financiamiento y gasto del sector salud.

En el país se identifican dos grandes proveedores de servicios públicos de salud: la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) y el Instituto Nacional de Seguros (INS).

El INS opera bajo la modalidad de protección a los riesgos del trabajo y a los accidentes de tránsito, se financia y atiende estos incidentes por medio de pólizas de seguro individuales, financiadas bipartitamente por el empleador y el trabajador, para los riesgos del trabajo, y por medio de las pólizas obligatorias del seguro automotor en el caso de accidentes de tránsito. Tiene servicios de prestación directa y además, de compra de servicios al sector privado y a la misma Seguridad Social. La función reguladora de este componente se ejerce desde la misma institución.

En la CCSS, se administran los seguros de salud y de pensiones. El financiamiento es de tipo tripartito: empleado, empresa y Estado, con una tendencia en los últimos 15 años a ser más bipartito que tripartito, por la deuda creciente del Estado con la CCSS. No existe seguro de desempleo, pero sí un tipo de seguro por el Estado, que subsidia la atención de la población indigente. Las regulaciones del financiamiento en salud y de las prestaciones en salud dependen directamente de esta entidad. La integración con el sector privado de atención, se da en grados variables por la compra directa de servicios y, últimamente, por la intervención creciente de este sector en la atención del primer nivel, bajo la modalidad de pago per cápita anual de la población adscrita.

Como conclusión del tema se tiene que, en Costa Rica, la protección social en salud funciona por medio de dos instituciones estatales, autónomas, la Caja Costarricense de Seguro Social y el Instituto Nacional de Seguros, que operan independientemente entre sí y del Ministerio de Salud.

Aseguramiento¹⁶⁷

Uno de los rasgos fundamentales del sistema de salud costarricense, es el predominio de un seguro público, universal y solidario, responsable del financiamiento y provisión de la mayor parte de los servicios de salud brindados en el país. El principio de universalidad que rige al denominado seguro de salud, dispuesto legalmente desde 1961, y ejecutado con las reformas de los años 70, refleja la voluntad política

¹⁶⁷ Gustavo Picado Chacón & Virginia Salazar Figueroa. Cobertura del Seguro Social de Salud a partir del Censo de Población 2000, CCSS



de extender esta protección a todos los ciudadanos del país, conforme al reconocimiento de la salud como un derecho fundamental. No obstante, es importante señalar que este concepto no implica el acceso irrestricto en todo momento y circunstancia, por parte de cualquier ciudadano, a los servicios otorgados por los centros públicos de atención, pues teóricamente debe encontrarse de antemano inscrito en alguna de las modalidades de aseguramiento creadas por la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS.).

La CCSS ha desarrollado diversos mecanismos para extender la protección social de la seguridad social a la población desde sus inicios, definiendo la cobertura familiar de sus afiliados a finales de los años 40, inmediatamente después de su fundación. En 1975, establece la protección para los trabajadores no asalariados; inicialmente la afiliación es obligatoria, pero por limitaciones de carácter jurídico pasa a ser voluntaria a partir de 1978. En 1976, se obliga a todos los pensionados, de la CCSS y de los regímenes especiales (contributivos y no contributivos), a contribuir al seguro de salud. En 1984, se crea una modalidad de aseguramiento para la protección de los pobres, financiada por el Estado, y sobre la base de núcleos familiares, denominada seguro por cuenta del Estado. A mediados de la década de los 80, se desarrolla una modalidad de aseguramiento colectivo para trabajadores independientes y no remunerados, agrupados en organizaciones gremiales o comunitarias, denominada Convenios Especiales.

Este esquema se complementó con una directriz del Poder Ejecutivo, avalada e implantada por la Caja a inicios del decenio de 1980, mediante la cual se abre la atención de los servicios de urgencias en los centros de salud (clínicas y hospitales) a toda la población, independientemente de la condición de aseguramiento, de manera tal que prevalece el derecho a la salud instituido en la Constitución Política. En consideración al desarrollo histórico reseñado, es posible identificar las siguientes modalidades de aseguramiento del seguro de salud:

Asalariado: es un seguro obligatorio y aplica para todos aquellos trabajadores que mantienen una relación obrero-patronal convencional, caracterizada por los principios de subordinación, prestación de servicio y remuneración. El patrono es el responsable de reportar a la Caja sus trabajadores y deducir de los salarios las correspondientes cuotas.

Por cuenta propia o convenio: es un seguro voluntario y es suscrito fundamentalmente por personas que trabajan por cuenta propia, como patronos, familiar no remunerado y en algunos casos por desocupados. Esta categoría incluye también a los trabajadores asegurados mediante convenios especiales entre la CCSS y entidades públicas o privadas tales como asociaciones, sindicatos, cooperativas y otras más.

Pensionado: esta modalidad cubre a las personas que se pensionaron bajo alguno de los regímenes de pensiones existentes en el país a saber: Régimen No Contributivo, Régimen de IVM, Régimen de Hacienda, Magisterio Nacional, Régimen del Poder Judicial y otras instituciones públicas.

Familiar: es el tipo de seguro que protege a los familiares de los asegurados directos asalariados, pensionado, por cuenta propia o por convenio, considerando dependencia económica por motivos de edad, estudios o discapacidad.

Por cuenta del Estado: incluye a todas aquellas personas de escasos recursos económicos y que no tienen posibilidades de asegurarse mediante ninguna otra forma. La ley obliga al Estado a asegurar esta población previo estudio de su situación socioeconómica. Este seguro cubre a todo el núcleo familiar del asegurado directo por cuenta del Estado.



En todas estas modalidades de aseguramiento, el acceso a los servicios de salud se realiza bajo las mismas condiciones, tanto para el asegurado titular como para sus familiares.

Evolución de la cobertura de la seguridad social; censos nacionales de población de 1984 y 2000¹⁶⁸

En el período entre censos, la tasa de aseguramiento del seguro de salud aumentó poco más de diez puntos porcentuales, pues pasó de 71,2% en 1984 a 81,8% en el 2000. La causa fundamental de este avance responde a la creación del asegurado por cuenta del Estado, el cual permite a las familias y personas pobres afiliarse al seguro de salud, previa comprobación del estado de necesidad.

Cuadro 2
Población nacional según modalidad de aseguramiento; Censos 1984 y 2000

Modalidad aseguramiento	1984			2000		
	TOTAL	Hombres	Mujeres	TOTAL	Hombres	Mujeres
Asalariado	19.2	26.5	11.9	18.7	25.0	12.5
Seguro Voluntario	4.5	6.7	2.3	6.6	10.0	3.2
Asegurado Familiar	44.6	33.6	55.7	43.2	32.0	54.3
Por Cuenta del Estado				8.5	7.4	9.6
Otro tipo	2.8	2.7	3.0	4.7	4.9	4.5
No tiene	28.8	30.4	27.1	18.2	20.6	15.9
Principales Indicadores						
Tasa de aseguramiento	71.2	69.6	72.9	81.8	79.4	84.1
Dependencia contributiva	3.0	2.1	5.1	3.2	2.3	5.4

Fuente: Gustavo Picado y Salazar, CCSS

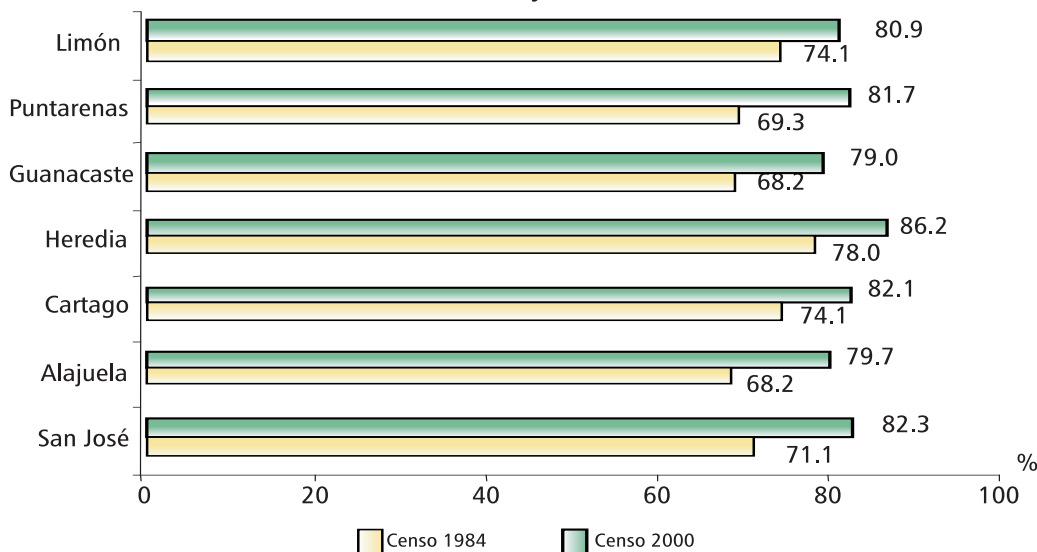
Al analizar la cobertura por género, se observa que son las mujeres las que registran la mayor reducción en la proporción de población no asegurada.

El progreso exhibido en la tasa de afiliación al seguro de salud es un resultado casi generalizado. En el caso de las provincias, todas muestran un aumento, con la particularidad de que aquellas con una menor tasa en 1984, crecieron más aceleradamente. En consecuencia, la brecha entre ellas tiende a reducirse, aunque las posiciones según el valor de este indicador se mantienen.

¹⁶⁸ Gustavo Picado Chacón & Virginia Salazar Figueroa. Cobertura del Seguro Social de Salud a partir del Censo de Población 2000, CCSS



Gráfico 1
Tasa de afiliación al Seguro de Salud por Provincia,
Censos 1984 y 2000



De acuerdo con el censo del 2000, Heredia continúa siendo la provincia con la más alta tasa de afiliación, en tanto Alajuela y Guanacaste conservan los menores valores de este indicador. En las posiciones intermedias, el cambio de mayor importancia es el arribo de San José al segundo lugar, en contraposición a la caída de Limón hasta el quinto puesto.

Cobertura de la Seguridad Social según Índice de Desarrollo Social ¹⁶⁹

La cobertura de la Seguridad Social se presenta, a continuación, usando una estratificación de cantones por el Índice de Desarrollo Social (IDS), que constituye cinco grupos de cantones según su grado de desarrollo, medido por siete indicadores: mortalidad infantil, peso de la mortalidad en la niñez, retardo de talla en escolares, consumo de electricidad residencial, nacimientos en madres solteras, infraestructura educativa, programas de educación especial.

La proporción de población asegurada promedio, varía de 84% en el primer quintil de cantones a 80% en el último. La población asegurada por el Estado, mientras tanto, representa 6% de la población asegurada en el primer quintil y 18% en el quinto y, con respecto a la población total, de los diferentes quintiles de 5% a 15%.

¹⁶⁹ Ministerio de Salud. Análisis Sectorial de Salud. Protección Social en Salud, 2002



Cuadro 3
Cobertura de la Seguridad Social y de Asegurados por el Estado
en Cinco Grupos de Cantones, agrupados según Índice de Desarrollo Social
Costa Rica, Censo 2000

	Total Nº	Asegurados		%		Rango IDS	Nº Cantones	
		Total Nº	%	Estado Nº	%			A Estado/ Población total
COSTA RICA	3.810.179	3.115.414	81,77	324.302	10,4	8,51	81	
1º Quintil Nº	558216	471669	84,50	27191	5,76	4,87	100- 68,8	16
% respecto a población total	14,65	15,14		8,38				
2º Quintil Nº	1242732	1024447	82,44	71224	6,95	5,73	67,8 62	16
% respecto a población total	32,62	32,88		21,96				
3º Quintil Nº	790602	638698	80,79	69324	10,854	8,77	61,8 51,8	16
% respecto a población total	20,75	20,50		21,38				
4º Quintil Nº	670290	544646	81,26	74115	13,608	11,06	51,2 44	16
% respecto a población total	17,59	17,48		22,85				
5º Quintil Nº	522482	418402	80,08	76599	18,308	14,66	43,9 0	17
% respecto a población total	13,71	13,43		23,62				

Fuente: INEC, Censo 2000

Si bien la proporción de población total asegurada presenta pocas variaciones entre los 5 grupos de cantones, se observan diferencias en la proporción de población asegurada por el Estado entre los cinco grupos de cantones, y aumenta la proporción de población en esta categoría, al disminuir el IDS. Sin embargo, en Upala, La Cruz y Talamanca, cantones pertenecientes al quinto quintil, con las menores proporciones de población asegurada del país, presentan valores de población asegurada por el Estado, comparativamente más bajas que otros cantones con mayor desarrollo y con mejores coberturas de la Seguridad Social.

Cuadro 4
Índice de Aseguramiento por Cantones según Índice de Desarrollo Social
5º Quintil de Desarrollo, Censo 2000

	Asegurados		%		IDS		
	Total Nº	Total Nº	Estado Nº	A Estado/ Población Total			
COSTA RICA	3.810.179	3.115.414	82	324.302	10,4	8,51	
5º Quintil Nº	522.482	418.402	80	76.599	18,3	14,66	
5º Quintil %	13,7	13,4		23,6			
BAGACES	15.972	12.804	80,2	1.315	10,3	8,23	43,9
POCOCI	103.121	82.798	80,3	8.935	10,8	8,66	43,8
TARRAZU	14.160	12.326	87,0	768	6,2	5,42	43,3
ABANGARES	16.276	12.911	79,3	2.438	18,9	14,98	43,1
OSA	25.861	21.968	84,9	5.720	26,0	22,12	41,3
GUATUSO	13.045	10.133	77,7	4.010	39,6	30,74	40,5
LEON CORTES	11.696	10.456	89,4	743	7,1	6,35	38
SIQUIRRES	52.409	44.603	85,1	3.902	8,7	7,45	36,4
CORREDORES	37.274	31.601	84,8	9.680	30,6	25,97	35,4
COTO BRUS	40.082	33.993	84,8	4.024	11,8	10,04	30,9
SARAPIQUI	45.435	36.163	79,6	6.133	17,0	13,50	28,5
MATINA	33.096	28.033	84,7	2.795	10,0	8,45	22,6
BUENOS AIRES	40.139	34.796	86,7	14.035	40,3	34,97	22,2
UPALA	37.679	20.077	53,3	2.577	12,8	6,84	17,4
LA CRUZ	16.505	10.548	63,9	3.048	28,9	18,47	16,4
LOS CHILES	19.732	15.192	77,0	6.476	42,6	32,82	8,9
TALAMANCA	25.857	17.552	67,9	5.849	33,3	22,62	0

Fuente: INEC



Aseguramiento según etnia ¹⁷⁰

De la población, 96,2% dice no pertenecer a ninguna etnia específica de las mencionadas en el censo. Este grupo demuestra un nivel de cobertura (82,0%) que define por su amplia ponderación el nivel de la generalidad de la población (81,8%). En cambio, puede apreciarse que los miembros de etnias aborígenas y china, demuestran proporciones inferiores (70,1% y 71,1% respectivamente) y la etnia afrocaribeña, sobrepasa el indicador nacional con 83,6% de aseguramiento.

Acceso y disponibilidad de servicios de salud en Costa Rica ¹⁷¹

Luis Rosero Bixby presenta, en su estudio, un sistema de información geográfica (SIG) y uso de técnicas de análisis espacial para relacionar la población del censo del 2000 (la demanda) con un inventario de los establecimientos de salud (la oferta).

Se valoran el acceso de la población a los servicios y su equidad. La mitad de la población costarricense reside a un kilómetro o menos de un centro de atención médica y a cinco kilómetros o menos de un hospital. Alrededor de 10% de la población tiene acceso deficiente o no equitativo a servicios de salud, según varios indicadores que establecen un umbral mínimo de acceso, como cuatro kilómetros a un centro médico ó 25 kilómetros a un hospital.

En el estudio se observa también una mejora en el índice de disponibilidad de servicios, que se traduce en una disminución de la población con disponibilidad deficiente de 18% en 1994 a 14% en el 2000. La principal causa de esta mejora es la creación de los sectores de población atendidos por Equipos Básicos de Atención en Salud (EBAIS), a partir de la Reforma del sector salud.

Los datos muestran, entre 1994 y 2000, importantes mejoras en el acceso -y su equidad-. Se muestra una clara asociación entre la reducción del porcentaje con acceso deficiente y participación en la reforma. Las áreas pioneras redujeron en 15 puntos el porcentaje con acceso no equitativo a los servicios médicos, comparado con la reducción de siete puntos en las áreas con reforma más tardía y el progreso de solo tres puntos en el grupo control que no había hecho la reforma, a diciembre del 2000. Los datos aportan evidencia de que la reforma ha reducido sustancialmente las brechas de inequidad de acceso a servicios médicos y de disponibilidad general de servicios de salud.

El modelo escogido en la readecuación del modelo de atención, centrado en la ampliación de la oferta de servicios, ha sido exitoso.

Salud reproductiva: acceso y uso de métodos modernos

El acceso y uso de servicios de control de la fecundidad, puede ser un indicador del grado de integración del sistema de salud, y servir de parámetro para el estudio de la exclusión del sistema de salud a un tipo de servicio básico de salud.

En la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva¹⁷² de 1999, la prevalencia anticonceptiva de mujeres en unión fue de 80%, lo que representó un aumento importante con respecto a la encuesta de 1992, que había arrojado 75%. Se observa una tendencia creciente desde la encuesta de 1986.

¹⁷⁰ Dirección Actuarial, CCSS

¹⁷¹ Rosero Bixby, Luis

¹⁷² Chen Mock, M., Rosero Bixby, L.; Brenes Camacho, G.; León Solís, M.; González Lutz, M.; Vanegas Pissa, J.C. Salud reproductiva y migración nicaragüense en Costa Rica: Resultados de una Encuesta Nacional de Salud Reproductiva. Programa Centroamericano de Población, Escuela de Estadística e Instituto de Investigaciones en Salud, Universidad de Costa Rica, Enero 2001



El lugar de residencia de las mujeres no establece diferencias muy marcadas en la prevalencia anticonceptiva. Hay una mayor prevalencia en el Valle Central y en las áreas urbanas. La tasa más alta se encuentre en el Valle Central Urbano (84%) y la más baja en las áreas rurales fuera del Valle Central (75%). Este mínimo es elevado, es sustancialmente mayor que el de cualquier país del istmo centroamericano y semejante a la prevalencia observada en países más desarrollados.

Los mayores proveedores de métodos de planificación familiar en Costa Rica son los hospitales y clínicas de la CCSS. De las parejas que usan anticonceptivos modernos (esterilización, orales, condón y DIU), 52% los obtienen de estos establecimientos, 11% de los antiguos centros del Ministerio de Salud, 2% de los EBAIS o de consultorios comunales; 3% por médicos de empresas y 25% del sector privado (consultorios privados, farmacias y comercios varios). En resumen, 72% de las usuarias se abastecen de métodos modernos en los servicios públicos provistos por el Estado y este porcentaje fue de 77% en la encuesta de 1992.

Este último segmento del mercado presenta un aumento importante de cinco puntos con respecto a la encuesta de 1992. Parece que en el país está ocurriendo un silencioso y paulatino proceso de privatización de la planificación familiar, según la opinión de los autores.

Los servicios públicos de planificación familiar sirven en mayor medida a las mujeres de mayor edad, residentes en el área rural o fuera del Valle Central y de menor condición socioeconómica (medida por la educación). Mientras que 87% de las usuarias del área rural fuera del Valle Central acuden al sector público, sólo 57% de las usuarias con secundaria completa o universidad, el 59% de las residentes en el Área Metropolitana de San José, se abastecen allí. Estas diferencias socioeconómicas en el uso de los servicios públicos son similares a las encontradas en encuestas anteriores, aunque se anota que la caída de 5% en el uso de servicios públicos se concentra en ciudades intermedias, dentro y fuera del Valle Central, y en las mujeres que no han completado estudios primarios, lo que podría señalar una tendencia de exclusión del sistema de poblaciones pobres no aseguradas.

Salud reproductiva y uso de servicios de salud en inmigrantes nicaragüenses en Costa Rica 2000 ¹⁷³

La fecundidad de las mujeres en Nicaragua, según la Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud de 1998, es mayor que la fecundidad de las mujeres nicaragüenses en Costa Rica. Las tasas globales de fecundidad (TGF) son de 2,8 hijos por mujer para las costarricenses, de 3,6 para las inmigrantes y de 3,8 hijos por mujer para sus compatriotas en Nicaragua.

La prevalencia anticonceptiva de mujeres inmigrantes nicaragüenses es muy alta: 70%, aunque menor al de las costarricenses (80%), pero mayor a 60% de la reportada en las mujeres residentes en Nicaragua.

De las mujeres inmigrantes nicaragüenses, 64% manifestó que el principal proveedor de métodos es el sector público. De estas mujeres, 18% mencionó el sector privado como fuente para obtener el método de planificación familiar, y en este sector son las farmacias privadas el principal proveedor con 15%.

El porcentaje de mujeres inmigrantes que se abastece de anticonceptivos modernos en el sector público, sube conforme aumenta el tiempo de residir en el país: 51% de las que tienen un año o menos de residencia, y 69% de las que tienen cinco años o más de vivir en el país.

¹⁷³ Brenes Camacho Gilbert; León Solís, M y Rosero Bixby Luis. Migrantes Nicaragüenses en Costa Rica 2000: Volumen, características y salud reproductiva II parte de Encuesta Nacional de Salud Reproductiva, Universidad de Costa Rica, 2001



Atención del parto

La ENSRM de 1999 muestra que 15% de los partos de inmigrantes ocurren en el hogar, comparado con 2% de las costarricenses. De los partos de las inmigrantes, 84% tuvo atención en hospitales de la CCSS, versus 96% de las costarricenses.

La atención profesional del parto (médico o enfermera) se dio en 91% de los partos de las mujeres inmigrantes en Costa Rica, comparado con 96% de las costarricenses. En Nicaragua, 65% de las mujeres tuvieron su último hijo nacido vivo atendido por un profesional.

Prevención del cáncer del útero

El porcentaje de mujeres inmigrantes que alguna vez se ha hecho el PAP es de 75%, en comparación de 79% de las costarricenses. Esta proporción con PAP aumenta conforme aumentan los años de residir en Costa Rica: 63% de las que tienen un año o menos de vivir en el país, comparado con 81% de quienes tienen cinco o más años de residencia.

Consulta médica y lugar de consulta

De las mujeres nicaragüenses inmigrantes residentes en el área rural, 70% consultaron al médico durante el último año. Este porcentaje fue de 63% en las residentes en el Área Metropolitana. Los porcentajes para las costarricenses fueron de 81% y 84%, respectivamente.

Las inmigrantes nicaragüenses indicaron como proveedor principal de sus consultas médicas al sector público: 79% consultó en establecimientos de la CCSS, versus 71% de las costarricenses. Sin embargo, sólo 48% de las entrevistadas nicaragüenses indicó ser asegurada, versus 78% de las costarricenses. La proporción que usa el sector privado es muy reducido: 8%, en comparación de 22% de las costarricenses.

Control prenatal

De las mujeres inmigrantes, 10% no tuvo control prenatal en su último embarazo y sólo 62% lo inició en el primer trimestre de gestación. Estos porcentajes para las mujeres costarricenses fueron de 3% y 84%. En Nicaragua, el porcentaje de mujeres sin control prenatal es de 16%.

Bajo peso al nacer

En mujeres inmigrantes nicaragüenses se reporta 8% de los nacimientos con pesos menores a 2500 gramos, comparado con 5% de las costarricenses. En Nicaragua, este dato se reporta en 10%.

Uso de servicios de salud en hijos menores de 5 años de mujeres inmigrantes nicaragüenses. Inmunizaciones

Alrededor de 80% de los niños de uno a cuatro años, de mujeres inmigrantes, han recibido tres dosis de polio y DPT, comparado con 95% de los hijos de costarricenses. La cobertura de la vacuna contra el sarampión es de 75% entre los hijos de inmigrantes y 89% entre costarricenses. Un alto porcentaje de madres inmigrantes desconoce si sus hijos han sido vacunados (13% a 14%).



Tendencia de los indicadores de salud y equidad, Costa Rica 1980-2000 ¹⁷⁴

Los indicadores de salud en Costa Rica han tenido una mejoría en las últimas dos décadas. La tasa de mortalidad general se redujo en el periodo 1980-2000, 10,3%; la tasa de mortalidad infantil disminuyó 44,6% y los Años de Vida Potencial Perdidos descendieron en 42,9%.

En el periodo, la estructura etaria de la población cambió significativamente. El porcentaje de población menor de 15 años disminuyó en 17,4%, y la proporción de individuos de 65 y más años creció 30%, en tanto la tasa de natalidad pasó de 30,7 por mil a 19 por mil, con una disminución de 38,3%.

La estructura de las causas de muerte acompañó este proceso. En 1980, el porcentaje de defunciones por enfermedades transmisibles fue de 15,5% y en el 2000 esa proporción bajó a 4,9%. En ese sentido, las enfermedades cardiovasculares crecieron de 8,7% a 28,1% en el periodo.

En este estudio, se utilizó una estratificación de cantones por el Índice de Desarrollo Social (IDS), que constituye cinco grupos de cantones según su grado de desarrollo, medido por siete indicadores: la tasa quinquenal de mortalidad infantil, peso de la mortalidad en la niñez, retardo de talla en escolares, consumo de electricidad residencial, nacimientos en madres solteras, infraestructura educativa, programas de educación especial.

Los indicadores de salud se estudiaron en cada quintil y se calculó el Índice de Desigualdad de la Pendiente (IDP) y el Índice Relativo de Desigualdad (IRD). Este análisis se realizó en los diferentes años analizados, para examinar la tendencia de los valores IDP y el IRD.

Además, la experiencia colectiva de los 81 cantones fue explorada por las curvas de Lorenz y de concentración, calculándose el Coeficiente de Gini y de concentración para 1980, 1990 y el 2000-2001.

Mortalidad general

Los valores de las tasas de mortalidad de los 81 cantones, ajustadas por edad para el total de la población y por sexo, muestran una disminución de las desigualdades con un coeficiente de Gini que pasa de 0,095 en 1980 a 0,069 en el 2000.

Años de Vida Potencial Perdidos (AVPP)

Los AVPP son un indicador de mortalidad prematura. Para comparar este tipo de mortalidad entre los diferentes quintiles de cantones se calcularon los AVPP considerando la diferencia entre la edad al morir y los 75 años, incluyendo en el cálculo las defunciones de menores de un año.

En las dos décadas analizadas, la mortalidad prematura, medida como AVPP disminuyó a casi la mitad. La correlación entre los AVPP por quintiles y la mortalidad prematura se hace evidente en el periodo considerado. En cada año estudiado, el primer y segundo quintil presentaron menos AVPP que los quintiles cuarto y quinto. En la década de los 90, las diferencias entre los quintiles se mantuvieron relativamente estables. En la última década, las diferencias disminuyeron en forma importante.

¹⁷⁴ OPS/OMS Condiciones de salud ¿Mejoró la equidad? Costa Rica 1980-2000, Ministerio de Salud, 2002



Mortalidad por causas

El análisis por quintiles de las tasas ajustadas de mortalidad de las principales causas de muerte, muestra tanto en las enfermedades cardiovasculares como en las neoplasias, que las tasas son mayores en los quintiles de mayor desarrollo. Lo anterior se hace evidente en el IDP con valores negativos; sin embargo, esta relación se hace menos evidente en el 2000, y los índices se acercan a 0.

Para las tasas de muerte por enfermedades infecciosas y causas externas, los quintiles menos desarrollados tuvieron tasas más elevadas en 1980, pero las diferencias han disminuido y los IDP también se han acercado a 0.

En el periodo analizado, los Coeficientes de Gini y los de correlación han disminuido, mostrando que las diferencias entre las tasas de mortalidad, para los grandes grupos de mortalidad, son ahora menores que hace 20 años.

La tasa de mortalidad por cáncer de cuello del útero es un excelente indicador de equidad, del grado de desarrollo del programa de tamizaje y del acceso de la población a los servicios de salud.

Los resultados señalan que para 1980, el quinto quintil tiene valores más bajos que los esperados, con valores menores, con respecto a los quintiles superiores. Una posible explicación a esto es que, en 1980, se diera un subregistro de esta causa de muerte, en los cantones con menor desarrollo.

Obviando este problema, se observa que los Coeficientes de Gini se mantienen cercanos a 0,5 durante todo el periodo, y que el IRD, en el 2000, fue de 3,73, lo que indica que, en los cantones menos desarrollados, el riesgo de morir por esta causa es 373% comparada con los cantones del primer quintil.

Cuadro 5
Mortalidad por cáncer de útero
Costa Rica, 1980-2000

	1980	1990	2000
1 quintil	6,78	3,35	3,41
2 quintil	4,92	4,08	4,35
3 quintil	7,85	4,62	3,17
4 quintil	6,88	6,84	5,41
5 quintil	1,74	8,01	9,72
IDP	-3,14	5,4	5,81
IRD	0,57	3,17	3,73
Coef Gini	0,5	0,5	0,43
Coef Correl	0,05	0,17	0,17

Fuente: OPS/OMS



La mortalidad infantil

En Costa Rica, la tasa de mortalidad infantil pasó de 19,5 muertes por 1000 nacidos vivos en 1980, a 10,8 en el 2001, lo que representa una reducción de 44,5%. Las tasas mantienen una correlación con los quintiles de desarrollo, y es más marcada en 1980.

La reducción de las tasas fue mayor en los quintiles de menor desarrollo y, producto de ello, la desigualdad entre los quintiles disminuyó en forma significativa. El coeficiente de Gini se mantuvo en 0,17 en el periodo y el coeficiente de concentración disminuyó de 0,048 a 0,026

Cuadro 6
Tasas de Mortalidad Infantil por quintiles, IDP e IRD, Costa Rica 1980-2001
Tasas por 1000 nacidos vivos

	1980	1985	1990	1995	2000	2001	% reducción 1980/2001
1 quintil	17,91	16,98	11,99	10,94	9,54	11,31	36,8
2 quintil	18,11	16,78	13,63	12,88	10,41	10,21	43,6
3 quintil	19,67	18,49	13,8	13,03	9,34	10,88	44,7
4 quintil	20,25	18,04	17,25	13,04	9,71	10,18	49,9
5 quintil	22,86	18,23	19,79	16,09	12,04	12,3	46,2
Total	19,52	17,63	15,12	13,24	10,23	10,82	44,5
IDP	5,44	1,8	8,65	4,76	1,86	0,8	
IRD	1,32	1,11	1,8	1,44	1,2	1,08	

Fuente: OPS/OMS

En Costa Rica, se lleva el análisis de los casos de muertes infantiles, por medio de equipos interdisciplinarios e interinstitucionales MS-CCSS en los niveles locales. De estos análisis, se obtiene la información de que, en promedio, de 39% a 42% de estas muertes provienen de hogares con necesidades básicas insatisfechas, principalmente con alta dependencia económica, de viviendas inadecuadas y con hacinamiento. Esta situación revela una concentración de muertes infantiles en este tipo de hogares, con características de pobreza estructural y señala que persisten diferencias importantes en la salud de la población, asociadas a condiciones socioeconómicas. Aproximadamente 40% del total de las muertes de menores de un año se identifican como prevenibles por los equipos locales.¹⁷⁵

En un país con altos niveles de cobertura de servicios básicos, estas diferencias probablemente reflejan, por un lado, algunos problemas de disponibilidad de servicios, como los que pueden estar reflejando las tasas más altas en algunos cantones de la Región Huetar Atlántica, como Talamanca; pero también, problemas de acceso no asociados con limitaciones geográficas sino con barreras que se originan en las condiciones económicas y sociales de la población y, en especial, en la calidad de la salud reproductiva de estas mujeres.

¹⁷⁵ Informes anuales del Sistema nacional e Análisis de la Mortalidad Infantil (SINAMI), Ministerio de Salud



Madres adolescentes y partos no institucionales

El porcentaje de madres menores de 15 años se ha mantenido estable en estas dos décadas, con proporciones de nacimientos de 1% a 1,2%. La relación de estos porcentajes con los quintiles de desarrollo es clara y no se han registrado cambios en el periodo.

Al analizar la fecundidad por grupos de edad, se observa, para el periodo 1990-2000, que en Costa Rica se ha registrado un descenso importante de la Tasa de Global de Fecundidad, que pasó de 3,17 hijos por mujer a 2,35 en el periodo. Los grupos etarios que más han contribuido a esta disminución son los mayores de 30 años, (en 54% las mujeres de 45 a 49 años; en 46% las mujeres de 40 a 44 años; en 37% las mujeres de 35 a 39 años y con 33% las de 30 a 34 años) mientras que el grupo de adolescentes menores de 20 años solamente ha reducido su fecundidad en 7%.

La baja reducción de la fecundidad de las mujeres menores de 20 años en el país ha determinado el aumento de la proporción de los nacimientos de este grupo de madres; muestra, además, que existen patrones de inicio temprano de la vida sexual y de reproducción biológica en nuestra población, especialmente en adolescentes con bajo nivel educativo. Además, la fecundidad adolescente tiene una alta correlación con niveles de pobreza de los hogares de procedencia¹⁷⁶.

Cuadro 7
Costa Rica: Comparación de edad promedio a la primera relación sexual
según diferentes variables demográficas,
Encuesta Salud Reproductiva 1999

Región	Nº	Promedio	Desv. estándar
Area metropolitana	292	19,1	0,23
Rural	536	18,6	0,17
Urbano	201	19,3	0,31
Grupo Edad			
18-19	92	16,0	0,24
20-24	217	17,6	0,21
25-29	194	18,8	0,26
30-34	189	19,8	0,31
35-39	190	19,1	0,30
40-44	147	19,7	0,33
Escolaridad			
Ninguno	16	16,3	0,97
Primaria	452	18,0	0,17
Secundaria	390	19,0	0,20
Superior	171	21,3	0,33

Fuente: CCP, INISA, UCR

La proporción de partos no institucionales decreció notablemente en el periodo, pasando de 9,4% en 1980 a 1,6% en el 2000. La relación del parto no institucional con el grado de desarrollo del quintil es muy marcada. Al inicio del periodo, en el quintil menos desarrollado, la frecuencia de este tipo de partos era más de 20 veces superior comparado con el nivel del quintil de mayor desarrollo. La reducción de los partos no institucionales en los cantones de menor desarrollo hizo que esta diferencia se redujera en más

¹⁷⁶ Universidad de Costa Rica, Tesis de Grado



de 50%. Este es un factor que ha contribuido a la disminución de la mortalidad infantil y a una distribución más equitativa de los beneficios de los servicios.

Mortalidad materna

Para esta tasa de mortalidad, los quintiles de menor desarrollo presentaron tasas menores que los de mayor desarrollo. Los índices de desigualdad resultaron con valores negativos. Este patrón varió para el año 2000, cuando la tasa del quinto quintil fue casi tres veces superior a la del primero, por lo que el índice de desigualdad de la pendiente resultó de 4,59.

Este comportamiento sugiere que existió un importante subregistro de estos eventos, en los grupos de cantones con menor desarrollo y que, por tanto, el descenso de la tasa nacional, seguramente es mucho mayor que el registrado.

Cuadro 8
Tasa de mortalidad materna por quintiles, IDP e IRD,
Costa Rica, 1985-2000
Tasa por 10000 nacidos vivos

	1985	1990	1995	2000
1 quintil	5,76	2,81	2,9	2,95
2 quintil	3,02	1,9	2,36	2,08
3 quintil	5,44	1,22	1,28	3,89
4 quintil	1,18	2,57	2,6	2
5 quintil	2,86	0,76	0,73	8,13
Total	3,4	1,8	2	3,6
IDP	-3,47	-1,57	-1,91	4,59
IRD	0,36	0,41	0,36	4,08

Fuente: OPS/OMS

Los análisis realizados de los casos de la mortalidad materna en el país muestran que en 80% de los casos estas muertes pudieron ser evitadas.

Sífilis congénita

La sífilis congénita es un evento grave y evitable. Los casos de esta enfermedad denotan fallas en la calidad del sistema o falta de acceso a los servicios de salud.

El análisis de la incidencia de estos casos en el periodo analizado señala que este es un problema en crecimiento. Las tasas registradas en los últimos 16 años muestran un incremento de casi cinco veces. Las tasas por quintiles revelan mayores incidencias en los quintiles de menor desarrollo, con excepción del último año, cuando esta tendencia se invierte, lo que podría estar señalando un problema importante de subregistro de estos casos y deficiente calidad en la atención prenatal, a pesar de que reporta coberturas mayores de 80%, en promedio.



Discapacidad

Los datos de discapacidad del Censo del 2000 fueron analizados con la misma metodología y muestran que la prevalencia de discapacidad ha ido creciendo a medida que disminuye el nivel de desarrollo. El riesgo del quinto quintil es 47% mayor que el primero.

De acuerdo con los resultados de este análisis, el país debe avanzar en:

- establecer mecanismos claros para ampliar la cobertura del seguro social en salud y avanzar hacia un real aseguramiento universal de la salud en Costa Rica;
- identificar y poner en marcha estrategias nacionales y locales, para reducir las disparidades en las tasas de aseguramiento, entre las provincias y entre los cantones;
- definir e implantar estrategias para reducir las diferencias étnicas en las tasas de aseguramiento;
- efectuar estudios para identificar las causas del estancamiento y reducción de asegurados asalariados;
- definir estrategias que controlen la evasión de las cotizaciones a la Seguridad Social en las diferentes ramas de actividad;
- proponer nuevas modalidades de aseguramiento en el caso de trabajadores voluntarios y hacer obligatoria su inclusión al REM;
- efectuar estudios para caracterizar a la población asegurada por cuenta del Estado, y determinar estrategias y garantizar la focalización de este subsidio hacia los grupos más necesitados;
- definir los mecanismos para transferir la identificación de la población que amerita el seguro de salud por cuenta del Estado, de la CCSS al Ministerio de Salud y establecer los mecanismos de coordinación entre ambas instituciones para el uso óptimo de estos recursos, en el marco de la política general de Gobierno de lucha contra la pobreza;
- fortalecer la función de regulación sectorial del Ministerio de Salud en esta materia y establecer los instrumentos legales, reglamentarios y operativos, para la regulación nacional del aseguramiento en salud;
- fortalecer la función del Ministerio de Salud en la armonización de los diferentes sectores involucrados en el financiamiento y prestación de los servicios;
- establecer mecanismos para utilizar óptimamente la infraestructura y los recursos disponibles para aumentar el acceso y coberturas de salud;
- formular los compromisos de gestión a partir de un real análisis de los recursos disponibles en cada área de salud y del análisis de necesidades en salud;
- fortalecer la función de modulador del Ministerio de Salud en la identificación de prioridades de intervención para ser incluidas en las áreas de salud;
- formular políticas y establecer mecanismos para reducir la exclusión social en salud de grupos de población ya identificados.

La estrategia de atención primaria: la función del Ministerio de Salud en la evaluación de los servicios de salud

Dentro de los procesos de reforma del sector salud y dentro del perfil del quehacer de la rectoría, se visualizó, en los años 1994 — 1998, la Dirección de Servicios de Salud desarrollando un programa nacional de garantía de calidad, orientado a evaluar la equidad en la asignación de recursos, por medio de la evaluación de aspectos estructurales de los servicios de salud, pero también, de procesos y resultados, por medio de abordajes metodológicos múltiples, como la acreditación de servicios de salud, al implementar la vigilancia de la calidad de respuesta del sistema, en condiciones trazadoras como la



mortalidad materna y la mortalidad infantil, entre otras, y dando énfasis al análisis del sistema de salud bajo los principios de equidad y solidaridad.

La evaluación de la atención integral I nivel

El abordaje metodológico de esta evaluación consiste en evaluar la Sede del EBAIS, donde se estudian los servicios por medio de encuesta, vigilando aspectos estructurales y de proceso de atención, por medio de la revisión de expedientes. Los resultados se evalúan por medio de una Encuesta a Hogares, en los barrios o calles más deprimidos socialmente, adscritos al EBAIS.

Los resultados de tres evaluaciones consecutivas, del año 2000 al 2002, en aproximadamente 40% de las sedes de EBAIS, para cada uno de los años analizados, demuestran mejoras en el desempeño global de este tipo de establecimientos, al pasar de un porcentaje de cumplimiento insuficiente: 74% en el primer año, a uno aceptable de 82% en el último año.

Cuadro 9
Resultados generales de la evaluación de la atención integral del I nivel
Sede EBAIS según Rubro de evaluación, Costa Rica, 2000-2002

Rubro	2000	2001	2002	Cambio 00-02
Promedio	74	79	82	8
I Planta Física	74	82	86	12
II R. Materiales	87	93	94	7
III R. Humanos	61	69	71	10
IV Normas y procedimientos	66	73	80	14
V Programación y Administración	77	82	84	7
VI Suministros	83	91	95	12
VII Educación salud	81	86	90	9
VIII Participación social	57	62	58	1

Fuente: Direcciones Regionales, MS

Los rubros mejor evaluados en todo el país corresponden a los de tipo estructural, que son los que alcanzan los mejores niveles, suministros con 95% y recursos materiales con 94%. La planta física mejoró de 74% a 86%, y el rubro de recursos humanos es el más crítico, con apenas 71% en el último año.

Recursos humanos

En los resultados por ítems evaluados (gráfico) se observan, en el nivel crítico (por debajo de 40%) carencias severas en la labor de supervisión y apoyo de niveles superiores: no se documentan visitas de supervisión de los equipos de apoyo. Además, se detecta inexistencia de personal comunitario en salud (educadores o voluntarios de salud o de parteras empíricas), lo cual evidencia que los equipos locales laboran sin un adecuado apoyo comunitario en sus tareas.

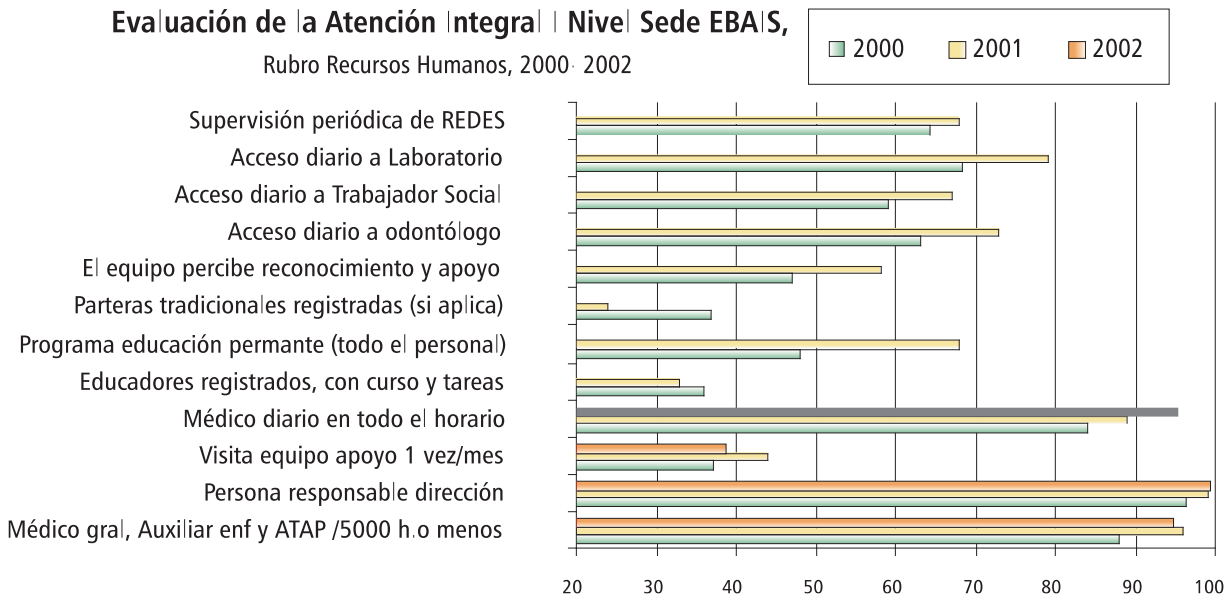


En un nivel también crítico (60% ó menos) se encuentra que el equipo no percibe reconocimiento de su trabajo por los niveles superiores. (Este último ítem se obtiene al final de la evaluación, por entrevista directa a todos los funcionarios de la sede del EBAIS y su calificación se obtiene por consenso de los evaluados). En este nivel crítico se encuentra la existencia de programas de educación permanente para este personal.

En un nivel bajo (de 70% a 80%) se encuentran los ítems que señalan las necesarias actividades de apoyo técnico al trabajo de este nivel: acceso por referencia a odontología, laboratorio clínico y trabajo social. En el último año, se observa que la supervisión del personal de REDES alcanza 80%.

La dotación del equipo humano básico (médico general, auxiliar de enfermería y ATAP) se ha logrado en más del 90% de los sectores evaluados y más de 90% de ellos cuenta con un médico durante ocho horas diarias, toda la semana.

Gráfico 2



Normas y procedimientos

La evaluación de la aplicación de normas y procedimientos para la atención integral de las personas, ha sido tradicionalmente un área de evaluación débil en el país. Sin embargo, en las evaluaciones realizadas en el nivel de EBAIS, para los años 2000 - 2002, se observa una mejoría de un nivel crítico de 66% en el primer año, a un nivel aceptable de 80 % en el 2002. (cuadro 12). Este es un rubro que ha mejorado notablemente en las tres evaluaciones, especialmente en los dos últimos años, probablemente asociado a las metas establecidas en los compromisos de gestión de las áreas de salud de la CCSS.

En los resultados por grupos de atención a las personas (cuadro 10), se observa que la mejor calificación se obtiene en la atención integral al niño en el 2002 (84%) correspondiendo un incremento de la calificación entre los tres años, de 13 %. Se debe remarcar que este puntaje corresponde a la atención del menor de un año, puesto que por muestreo de expedientes de este tipo de consulta son muy pocos los casos que comprenden edades mayores.



Cuadro 10
Evaluación de la atención integral en el primer nivel,
Sede EBAIS, Rubro Normas y Procedimientos, Atención Integral a las Personas
Promedio Nacional y Resultados por Regiones de Salud, Costa Rica, 2000-2002

Regiones de Salud	Normas y procedimientos de atención integral											
	Niño/a			Adolescente			Mujer			Adulto Mayor		
	2000	2001	2002	2000	2001	2002	2000	2001	2002	2000	2001	2002
% Total de Cumplimiento	71	81	84	45	54	61	69	73	81	64	67	77
Central Sur.	49	97	85	38	79	53	65	97	86	37	62	78
Central Norte	66	89	75	41	73	63	72	86	81	66	85	75
Central Este	85	69	82	59	48	51	86	65	71	79	60	75
Central Occidente	57	70	nd	14	41	nd	54	67	nd	0	63	nd
Chorotega	78	86	93	47	53	63	69	76	82	75	71	76
Huetar Atlántica	75	69	nd	46	39	nd	67	51	nd	75	59	nd
Huetar Norte	60	83	84	41	57	67	66	75	82	56	72	83
Brunca	52	75	86	22	53	55	66	75	85	50	64	78
Pacífico Central	82	86	85	96	62	59	79	85	86	63	64	82

Fuente: Direcciones Regionales, MS

En segundo lugar, se encuentra la atención integral a la mujer, con 81 %, que comprende el cumplimiento de normas en la atención prenatal, planificación familiar, y el programa de tamizaje de cáncer de Cérvix.

La evaluación de la atención integral del adulto y adulto mayor (77 %) en el 2002, refleja una mejoría de 13% del cumplimiento de normas, en la atención de este grupo etáreo, en el periodo analizado.

La atención integral del adolescente (61%) en el 2002, refleja valores críticos, con muy poco desarrollo de estas actividades en el promedio nacional y en todas las regiones.

Programación y administración

Las actividades de programación y administración de la atención integral del I nivel han mejorado en 7%, comparando los resultados de las evaluaciones del año 2000 y el 2002.

En este rubro se evalúa la comprobación objetiva, documentada, de requisitos básicos para la programación de labores de un establecimiento del I Nivel, que garanticen las acciones de salud pública que debe desarrollar y el cumplimiento de coberturas en la atención integral de las personas.

Los resultados promedios son aceptables, con 77% en el primer año y subiendo a 84% en el tercer año. Los resultados por estándar evaluado en programación y administración, se muestran en el cuadro 19. Los estándares con valores críticos (menores de 70%), o con valores bajos (70% al 79%) son:

- Mapas actualizados de las comunidades con identificación de viviendas.
- ASIS con identificación de problemas prioritarios y un plan de acción correspondiente.
- El ASIS y el plan de acción se elaboran con la participación de todo el equipo.



- La programación de actividades del establecimiento, derivada del ASIS y del PAO, se revisa periódicamente por todo el equipo para realizar los ajustes.
- Programación de actividades educativas en salud, producto de las prioridades identificadas en el ASIS.
- Información de la mortalidad infantil del sector y se participa del análisis de los casos de su jurisdicción.
- Sistema de referencia y contrarreferencia con el área de salud.
- Sistema de referencia y contrarreferencia con el hospital del área de atracción.

Estas actividades, básicas en la organización de los servicios de salud, han permanecido en un nivel crítico o abajo del desempeño en los tres años evaluados.

Han mejorado las actividades de registro de vacunas y el conocimiento de las coberturas de atención.

Sin embargo, en líneas generales, las actividades de programación y administración demuestran poco cambio en los dos últimos años, señalando que se deben desarrollar otros estímulos para fomentar el conocimiento de la situación de salud de la población a cargo, que derive en una programación local correspondiente y en la adecuada articulación entre niveles.

La educación para la salud

Las actividades de educación para la salud alcanzan un satisfactorio 90% de cumplimiento, con base a las actividades anotadas en el expediente individual. Las actividades educativas de tipo grupal califican bajo, con 74%.

Cuadro 11
Evaluación de la atención integral en el primer nivel, sede EBAIS
Rubro Educación para la Salud, por ítems evaluados,
Promedio Nacional, Costa Rica, 2000 y 2002

Nº	Item evaluado	% Adecuación		
		2000	2001	2002
	Total	81	86	90
1	Actividades educativas cada consulta y visita domiciliar	88	87	93
2	Programan reuniones grupo/educación con temas seleccionados	61	73	74
3	Enseñan métodos anticonceptivos, indicaciones, contraindicaciones	93	93	95
4	Prevención de ETS/SIDA, especialmente en adolescentes	80	82	95
5	Enseña a madres a interpretar gráfico de crecimiento	84	94	90
6	A estimular el desarrollo psicomotor del niño/a	92	96	95
7	A estimular la lactancia materna	97	98	98
8	A usar adecuadamente alimentos de destete	91	96	96
9	Importancia de prevención del cancer cervicouterino y citología	97	98	99
10	Importancia de vacunas en prevención de enfermedades/tipo de vacuna	94	99	98
11	Actividades educativas para prevención y control de patologías endémicas	72	78	84
12	Al manejo suero oral y al reconocimiento de deshidratación	83	97	96
13	Prevención y detección de violencia intrafamiliar	35	45	58
14	Programan actividades educativas en escuelas y colegios	73	68	79

Fuente: Elaborado con base en los datos reportados por las Direcciones Regionales



Participación social en salud

La participación social en salud, dentro de los estándares seleccionados en la evaluación para medirla, alcanza un nivel crítico (58% en el 2002) y se puede decir que es casi inexistente en la mayoría de las Regiones de Salud. En el periodo analizado, es el único rubro que casi no muestra variaciones en su desempeño, al pasar de 57% a 58% en el periodo.

Al analizar los diferentes estándares de la evaluación de este rubro, se destacan las siguientes características: el único estándar con 80% ó más, refiere a la existencia de Comités de Salud en los niveles locales, en los años 2000 y 2001 que, sin embargo, cae a 77% en el último año.

El patrón de participación es débil y se refleja en los valores alcanzados en los diferentes estándares en el periodo 2000- 2002:

- Se identifican las organizaciones comunales existentes para involucrarlas en las acciones de promoción de la salud: 73%
- Coordinaciones de actividades con servicios de salud privados u otras organizaciones públicas o privadas relacionadas con la salud: 62%
- Mecanismos sistemáticos o estrategias establecidas que les permitan conocer la opinión de sus usuarios/as: 66%
- Evidencias de que las opiniones de los usuarios/as, recogidas localmente o por encuestas, hayan originado acciones o decisiones en los servicios: 59%
- Conocen proveedores locales de medicina tradicional o alternativa y no se coordinan actividades con ellos: 39%
- Registro de Voluntarios en Salud/ realizan actividades para su formación, se les designan responsabilidades: 32%
- Registro y se promueve la formación de grupos de autoayuda, como diabéticos, grupos de madres, adolescentes, alcohólicos, otros: 63%.

Programa Ampliado de Inmunizaciones

Al analizar los estándares que se toman en cuenta en la evaluación, en el año 2002, en nivel crítico o bajo se encuentran dos de ellos: la vacunación de adolescentes, que literalmente no se realiza (44%) y la vacunación con DT a gestantes (77%).

Las actividades de registro local de vacunas y conocimiento de coberturas de vacunación por grupos de edad alcanzan el nivel mínimo aceptable de 80%.



Cuadro 12
Evaluación de la Atención Integral del I Nivel, Sede EBAIS
Programa Ampliado de Inmunizaciones por estándar evaluado
Promedio Nacional y Regional, Costa Rica, 2000 y 2001

Nº	Item	2002		2001		2000	
		Nº EBAIS	%	Nº EBAIS	%	Nº EBAIS	%
	Total Sedes EBAIS evaluadas	241	86	136	83	142	74
1.9	Espacio para vacunar	197	82	99	73	103	73
2.13	Refrigerador/vacunas, termómetro y hoja control al día	237	98	133	98	125	88
2.26	Termo por ATAP	223	93	127	93	103	73
4.13	En expediente niño registro de vacunas	212	88	109	80	101	71
4.16	Existe Programa de Salud Escolar	235	98	119	88	113	80
4.18	Vacuna adolescentes y se anotan en expediente	106	44	45	33	43	30
4.32	Vacuna DT a gestantes	186	77	97	71	82	58
5.8	Registro vacunas, se conoce cobertura	194	80	109	80	100	70
5.9	ATAP 's reportan /día vacunas	222	92	117	86	120	85
5.10	Se vacuna diariamente en establecimiento	225	93	124	91	122	86
5.11	Programación de vacunas por año	209	87	119	88	108	76
5.12	Cobertura de Crec y desarrollo	216	90	112	82	110	77
5.14	Programación de salud escolar	223	93	124	91	123	87
6.1	Vacunas según PAI, ordenadas e identificadas	229	95	121	89	92	65
6.2	Control gasto diario de biológicos por tipo	206	85	114	84	104	73
7.10	Educación sobre importancia de vacunas, por tipo	214	89	134	99	134	94

Fuente: Elaborado con base en los datos suministrados por las Direcciones Regionales M.S.

La encuesta comunitaria

La evaluación de la atención integral del I Nivel, incluye la entrevista a hogares adscritos al sector evaluado. La muestra es de tipo cualitativo, encuestando a un promedio de 20 hogares seleccionados en forma continua, de la calle o barrio del sector con las condiciones de vida más deterioradas.

En el año 2002, se entrevistó un total de 1554 hogares, 47% de ellos presentan, al menos, una necesidad básica insatisfecha.



Cuadro 13
Resultados de Encuestas Comunitarias
Evaluación de la Atención Integral I Nivel
Hogares entrevistados según Satisfacción de Necesidades Básicas
por Regiones de Salud, 2002

Región	Necesidades básicas				Total	
	Insatisfechas		Satisfechas		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
Brunca	12	60	8	40	20	100
Central Este	93	40,4	137	59,6	230	100
Central Norte	130	31,8	279	68,2	409	100
Chorotega	148	55,0	121	45,0	269	100
Huetar Atlántica	40	51,3	38	48,7	78	100
Huetar Norte	190	63,3	110	36,7	300	100
Pacífico Central	112	45,2	136	54,8	248	100
Total	725	46,7	829	53,3	1554	100

Fuente: Direcciones Regionales, MS

La población encuestada para el total del país es de 7213 personas.

Cuadro 14
Encuesta de Necesidades en Salud
Población Encuestada por Grupos de Edad y Sexo
de 1554 hogares a nivel nacional, 2002

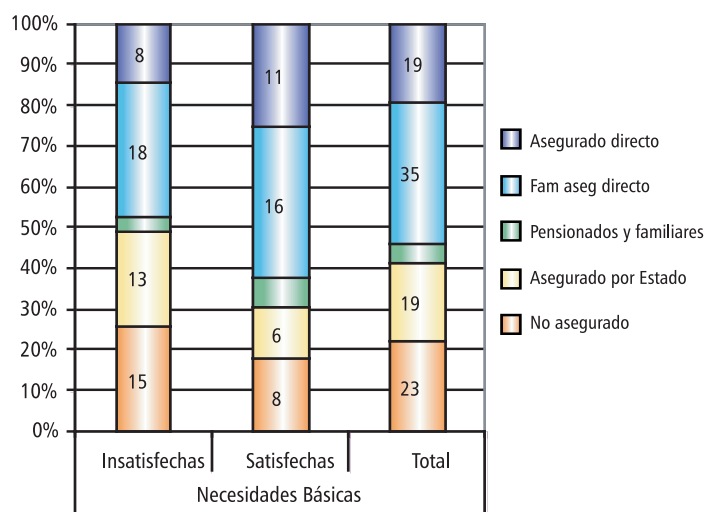
Grupos Edad	Sexo		Nº	Total	
	Masculino	Femenino		%	% acum
Menor de 1	70	63	133	1,8	1,8
1 a 4	372	342	714	9,9	11,7
5 a 14	934	915	1849	25,6	37,3
15 a 19	371	402	773	10,7	48,0
20 a 29	517	591	1108	15,4	63,4
30 a 39	508	511	1019	14,1	77,5
40 a 49	362	378	740	10,3	87,8
50 a 59	222	209	431	6,0	93,8
60 a 69	126	137	263	3,6	97,4
70 y más	92	91	183	2,5	100,0
Total	3574	3639	7213	100,0	

Fuente: Direcciones Regionales, MS



En los hogares muestreados, se observa que 23% de su población no está cubierta por ningún tipo de seguro, y 15% corresponde a los hogares con más carencias. Está protegida por el seguro a cargo del Estado, 19% de la población.

Gráfico 3
Cobertura de la Seguridad Social por tipo de Seguro,
según satisfacción de Necesidades Básicas, 2002



Calidad de la respuesta en salud

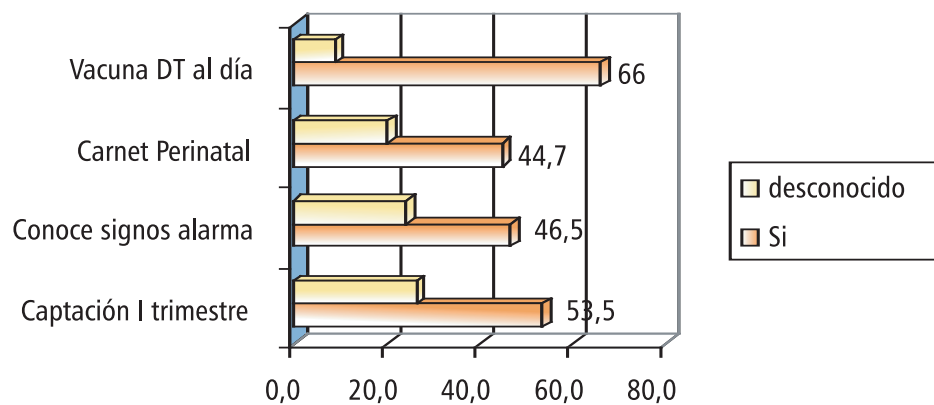
Visita domiciliar por ATAP: en 58% de las viviendas se reporta, al menos, una visita el año anterior. En 3% de las viviendas se desconocía la información y en 38% no se reportaron visitas. No se diferencian las visitas a los hogares por necesidades básicas insatisfechas.

Atención prenatal: se entrevistaron 357 mujeres gestantes o con antecedentes de embarazo en el año anterior. De ellas, 77% asistió al menos una vez al control prenatal.

Los estándares de resultado elegidos muestran que la mayoría de ellos no se satisfacen en más de 50% de las madres que asistieron al control prenatal. Solamente la cobertura con toxoide tetánico supera 60% de las encuestadas.



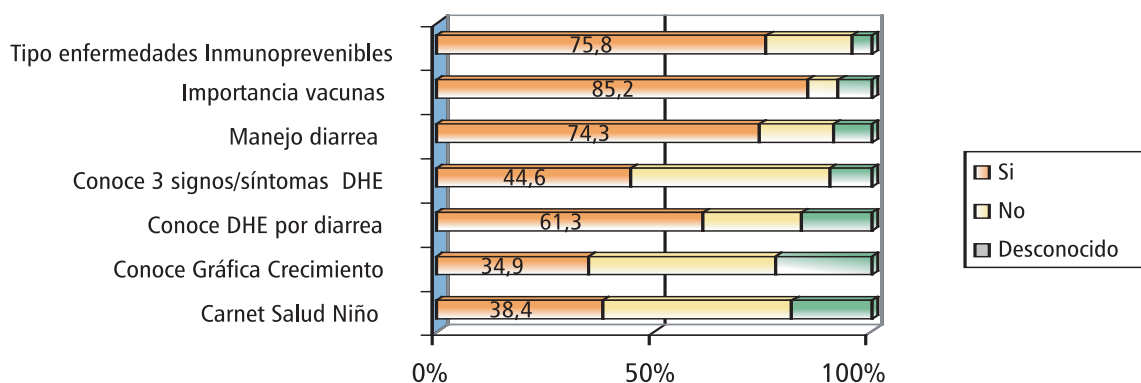
Gráfico 4
Criterios de Calidad Atención Prenatal en 275 mujeres
Encuesta de Necesidades de Salud Familiar, 2002



Control de crecimiento y desarrollo en menores de 6 años: 55% de 839 menores de 6 años encuestados asisten, al menos una vez, a controles de salud. En esta consulta, los estándares de calidad que reflejan un conocimiento adecuado de las madres son los de vacunación: 85% reconoce la importancia de las vacunas y 76% conoce el tipo de enfermedades que se previenen con ellas.

Sólo 38% de los menores tiene un carné de salud con datos actualizados y solamente 34% de las madres saben interpretar el gráfico de crecimiento.

Gráfico 5
Criterios de Calidad en Control del Crecimiento y Desarrollo en 839 menores de 6 años,
Encuesta Comunitaria, 2002

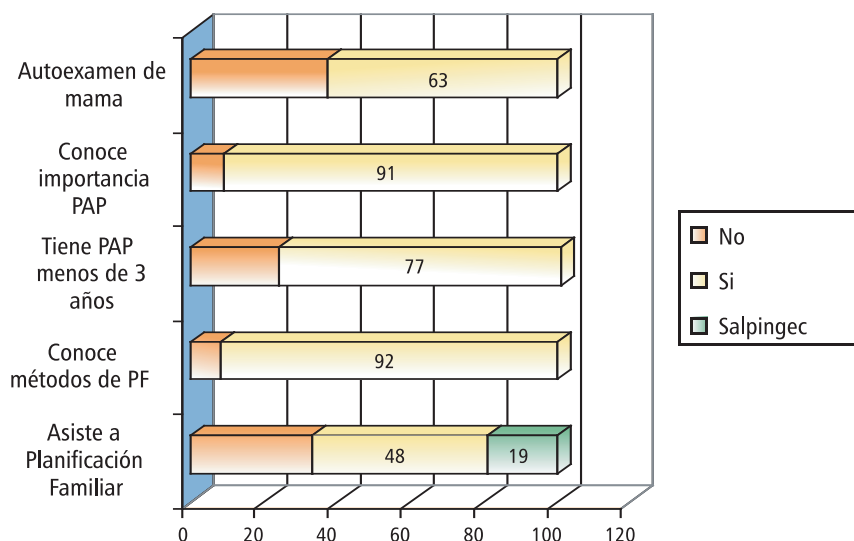




Atención integral a la Mujer en Edad Fértil (MEF): se entrevistaron 1555 MEF, los estándares elegidos señalan que estas mujeres conocen los métodos modernos de control de la natalidad (91%); que 48% de ellas asiste a las consultas de planificación familiar y 19% tiene una salpingectomía, pero 33% no usa ningún método, lo cual rebasa con mucho el promedio nacional de 20% obtenido en la última encuesta nacional de fecundidad.

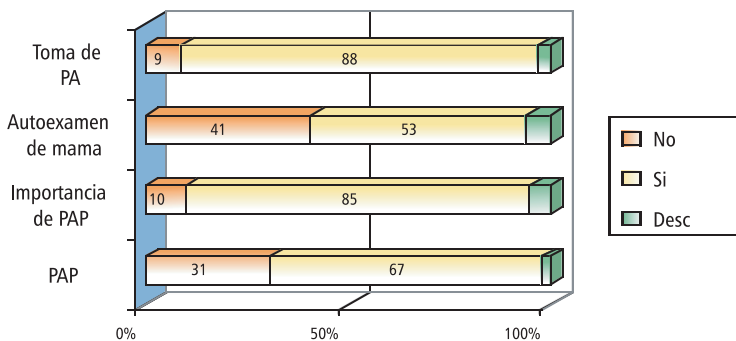
De esta mujeres, 77% tiene un examen de Papanicolau (PAP) de 3 años o menos y sólo 66% conoce cómo hacerse el autoexamen de mama.

Gráfico 6
Atención Integral a la MEF, criterios de calidad, Encuesta Comunitaria, 2002



Atención integral a las mujeres mayores de 49 años: se entrevistaron 415 mujeres mayores de 49 años. En éstas, la cobertura de PAP desciende a 67% y sólo 55% de ellas conocen cómo hacerse el autoexamen de mama. La cobertura del tamizaje de presión arterial es de 88% en este grupo etáreo.

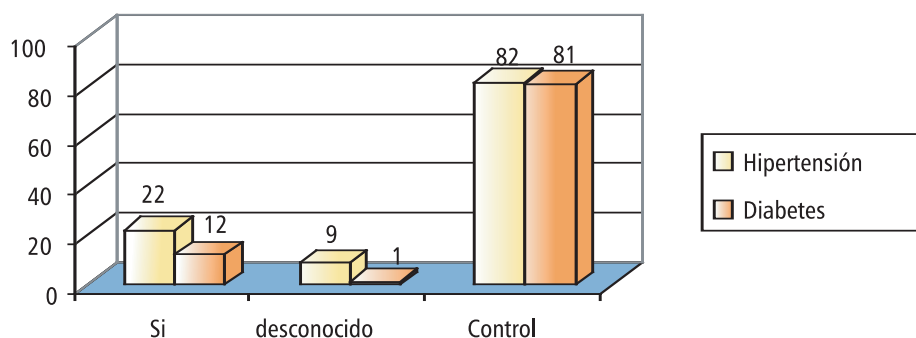
Gráfico 7
Atención Integral a la Mujer Mayor de 49 años, 415 mujeres, Encuesta Comunitaria, 2002





Atención de enfermedades crónicas: se entrevistaron 1552 personas adultas, mayores de 20 años, sobre su conocimiento de la presencia de enfermos de hipertensión arterial o diabetes en el hogar. En 22% de los casos se reportó un familiar hipertenso y en 12% uno diabético conocido. Más de 80% de los enfermos conocidos se encuentran en control médico activo.

Gráfico 8
Encuesta Comunitaria,
Prevalencia de Hipertensión arterial y
Diabetes en 1552 mayores de 20 años
y control médico, 2002



Encuesta de morbilidad: de los 1554 hogares encuestados, en 321 (21%) se identificaron necesidades de consulta en los últimos 15 días.

Veintisiete de ellos (7%) consultaron en la farmacia del pueblo y 23 (6%) al curandero. En el servicio médico privado consultó 5% del total.

En el hospital público, 11% consultó; 6% en la clínica pública y 32% en el EBAIS de su área de atracción. De los atendidos en el sistema público, 79% considera que la atención es buena, 15% regular y el 6% la califica como mala.

Sin embargo, de los que consultaron en otros servicios, 53% la califica como mala, 26% como regular y sólo 21% considera que es buena.

La evaluación del Programa de Tamizaje de Cáncer de Cérvix: en el año 2002 se realizó la evaluación del Programa de Tamizaje de Cáncer de Cérvix, utilizando la metodología de trazadoras. Los resultados reflejaron una grave debilidad del programa: las citologías anormales o, peor aún, con resultados positivos por cáncer in situ e invasor, no reciben un adecuado seguimiento por el primer nivel.

Existe una disociación entre diferentes niveles de complejidad del sistema: la paciente con una citología anormal es referida al II ó III nivel para colposcopia y seguimiento, pero una vez referida, el sistema de salud local desconoce si fue atendida o no. El seguimiento de los casos de resultados de citología anormal no es problema del sistema público de servicios de salud y recae bajo la responsabilidad individual de la propia paciente.



Mortalidad infantil y la mortalidad materna: la mortalidad infantil (MI) y la mortalidad materna (MM) se han tomado como trazadoras potentes de la calidad de atención del sistema de salud: 80% de las muertes maternas se han considerado prevenibles y cerca de 40% de las infantiles, lo que señala debilidades en la calidad de la respuesta social del sistema, que no responde oportunamente a las necesidades en salud de la población adscrita.

Los procesos de análisis de la mortalidad infantil y materna impulsan un proceso de análisis y de planificación de los equipos interdisciplinarios en los niveles locales, que permita desbordar el enfoque clínico biológico tradicional y que considere en la planificación todos aquellos determinantes y condicionantes, individuales y colectivos, de la reproducción social de las condiciones de vida de la familia y de los espacios de población donde se generan las muertes. Estos procesos estaban incluidos en los compromisos de gestión de la CCSS, hasta el año 2003 y son los más consolidados de los que conduce el Ministerio de Salud

La acreditación de hospitales

El Ministerio de Salud, desde 1998, está impulsando un proceso de evaluación de la red hospitalaria. Los resultados obtenidos hasta el 2001, están aún muy orientados a asegurar un piso básico, muy estructural, en los hospitales del país.

El cumplimiento de estándares en los hospitales nacionales permaneció estable en tres evaluaciones y mejoró entre 3% y 2% en los hospitales regionales y periféricos.

Existe una brecha importante en el cumplimiento de los estándares del área de obstetricia y atención al recién nacido entre los hospitales nacionales (79,2%), los regionales (62,15%) y los periféricos (56,5%).

Esta brecha no se ha acortado.

Los resultados de las evaluaciones han generado muy pocas transformaciones

Conclusiones

Sede EBAIS

Se ha mejorado el desempeño de los Equipos Básicos de Atención Integral de Salud (EBAIS) en el primer nivel. Los suministros y la dotación de equipo son los rubros que obtienen los mejores puntajes de cumplimiento. En los tres años evaluados, el cumplimiento de normas y procedimientos en la atención integral de las personas ha mejorado, especialmente en lo que se refiere a la atención del menor de un año y en la atención a embarazadas. La atención de adolescentes y adultos mayores está por debajo del mínimo aceptable, en cuanto a cumplimiento de normas.

Las actividades de programación y administración de acciones de salud colectiva del servicio son débiles. La participación social se encuentra en niveles críticos, en los tres años evaluados.

La educación en salud que se brinda en las sedes de EBAIS es de tipo individualizada y no responde a la problemática de salud encontrada.



La participación social en salud está en nivel crítico y no se observa una tendencia a la mejora.

Existe una inadecuada coordinación de la atención del I nivel con el II y el III.

Encuesta Comunitaria

El acceso a los servicios de salud de grupos prioritarios, por sus condiciones de vida, para el año 2002, no demuestra grandes brechas entre regiones y grupos. La estructura de sectores atendidos por equipos básicos ha sido exitosa. Sin embargo, se encuentra una tendencia a que los hogares con condiciones de vida de mayor riesgo, son los que se encuentran más desprotegidos de la Seguridad Social, lo anterior en un contexto de creciente retoma en el país de un concepto bismarkiano y de estancamiento de la cobertura de los asegurados por cuenta del Estado, lo que puede amenazar seriamente los principios de solidaridad y universalidad. La exclusión de la seguridad social, es condición de no atención en los servicios de salud públicos.

Los conocimientos de la población, necesarios para asegurar su autocuidado, son débiles, y los que muestran mejor nivel de penetración son los centrados en la prevención de enfermedades (inmunizaciones) o en los servicios clásicos de control de la natalidad.

Coordinación de la atención

Los resultados de las evaluaciones con trazadoras demuestran fragmentaciones importantes del sistema. Existe descoordinación y cada nivel se maneja más o menos en forma autónoma e independiente, que puede bloquear la respuesta coordinada y oportuna, para responder a las necesidades en salud de la población en la red de servicios.

Equidad en asignación de recursos

Las evaluaciones realizadas de hospitales y de análisis de MI y MM demuestran que se tienen graves limitaciones estructurales, de planta física, equipamiento y de dotación de recursos humanos, especialmente en los hospitales más alejados de tipo periférico. Esta situación es grave y no se ha corregido.

Para fortalecer las medidas correctivas y hacerlas obligatorias, se decidió pasar estas actividades a lo que llamamos habilitación. No será posible mejorar la equidad y la calidad de atención con tan graves debilidades estructurales en los servicios de salud.

Difusión de resultados

Las regiones y áreas rectoras del Ministerio de Salud hacen entrega periódica de los resultados de las evaluaciones a sus contrapartes de la Seguridad Social.

El nivel central elabora informes nacionales, que se distribuyen por medio del Despacho Ministerial.

Ha existido poca penetración de los resultados en los establecimientos que conduzcan a transformaciones o a cambios sustantivos. Los cambios que se han dado han sido por el convencimiento de jefaturas locales.



La Atención Primaria y el Objetivo SPT en el Siglo XXI

El perfil de mortalidad general del país, se caracteriza por enfermedades del sistema circulatorio a las que se atribuyen 34% de las defunciones; tumores, 22,4% y causas externas (traumatismos, envenenamientos y violencias) con 11% del total, en el 2002.

La mortalidad infantil se ha reducido de 15,3 por mil nacidos vivos en 1990 a 10,1 en el 2003. Las causas de esta mortalidad, en aproximadamente 50% de los casos, se relacionan con las asociadas al periodo perinatal y 30% a malformaciones congénitas.

La Esperanza de Vida en 1990 fue de 76,7 años y en el 2000, de 77,5 años... A inicios del siglo XX era de 35 años, lo que significa un aumento de 42,5 años en el siglo.¹⁷⁷

El perfil epidemiológico señala que se han controlado las enfermedades transmisibles, como las diarreas y las inmunoprevenibles, pero surgen nuevos retos como el VIH-SIDA y el dengue. La población está envejeciendo, por lo que las enfermedades crónicas no transmisibles alcanzan dimensiones nunca vistas anteriormente en la morbilidad y en la mortalidad general. Las violencias en general, cada vez adquieren un perfil más importante en la situación de salud, por su impacto en las edades más productivas, como en las secuelas que generan.

Los cambios demográficos, el envejecimiento de la población, que se registran a gran velocidad, y la misma reducción de las tasas de la mortalidad infantil, están imprimiendo nuevos retos al sistema de salud, como son la proporciones crecientes de mayores de 60 años y la atención de menores de 5 años con necesidades especiales: malformaciones congénitas, con secuelas de prematuridad y displasias respiratorias, con secuelas de bajo peso e hipoxia al nacer, entre otras.

Los procesos de globalización tienen efectos sobre la situación de salud, como los tiene en otros campos del desarrollo: los movimientos de bienes, ideas y gentes entre fronteras pueden tener efectos negativos en la salud de la población, lo mismo que el flujo de personal de salud hacia el sector privado de atención y hacia otros países. Ha crecido la importancia del sector privado y de otros actores en la provisión de servicios de salud y en la formación de los recursos humanos en salud. El desarrollo tecnológico acelerado, el uso de nuevas biotecnologías y de la genética humana para el control de múltiples y diversas enfermedades, a la par de la creciente importancia del aparato médico industrial transnacional en las decisiones de gestión tecnológica en salud en los países también tienen impacto. La epidemia del cólera en los años 80; del dengue en los 90; el aumento del VIH-SIDA y de otras infecciones de transmisión sexual como la sífilis, de la Tuberculosis, la epidemia mundial del SARS en el 2003, lo señalan claramente. Estamos en un mundo cada día más interdependiente y los retos que se enfrentan hoy en la Atención Primaria de la Salud, son mucho más complejos que los que se lograron superar hace 25 años y exigen una nueva reestructuración del quehacer en salud.

La Política de Salud para Todos en el siglo XXI, aprobada por la Asamblea Mundial de la Salud en 1998, establece las prioridades globales para las dos primeras décadas del siglo XXI; así como de los objetivos que deben crear las condiciones para que todas las personas alcancen y mantengan el máximo nivel posible de salud. En ese marco, se plantea que la consecución de la Salud para Todos depende del compromiso asumido por los países miembros, de considerar la salud como un derecho fundamental de

¹⁷⁷ Floribel Méndez y Olga Martha Araya. Evolución de la Esperanza de Vida al Nacimiento en Costa Rica: 1900-2000; INEC, 2002



la persona, del reconocimiento de que la salud es condición previa del bienestar y de la calidad de vida y de que la salud es un criterio de evaluación de los progresos realizados en la reducción de la pobreza, en la cohesión social y en la eliminación de la discriminación.

Cuatro principios sustentan la política SPT siglo XXI.

- La salud como derecho fundamental de los seres humanos con acceso universal y cobertura, con base en las necesidades.
- La equidad en materia de salud, como parte del desarrollo orientado en la justicia social y con base en la solidaridad de acción entre países, dentro de ellos y entre sus habitantes.
- La participación y responsabilidad de las personas; los grupos, las instituciones y las comunidades en la construcción de la salud.
- El abordaje intersectorial en la construcción de la salud.
- Se han identificado cuatro grandes estrategias de acción:
- Estrategias multisectoriales para hacer frente a los determinantes de la salud, teniendo en cuenta las diferentes perspectivas culturales, sociales, económicas, ecológicas y de género, utilizando la evaluación de su impacto sanitario .
- Programas e inversiones dirigidos a resultados sanitarios, para el desarrollo de la salud.
- Atención primaria de la salud, orientada a la comunidad y a la familia desde el enfoque de atención integral, con el apoyo de un sistema hospitalario flexible y con capacidad de respuesta.
- Un proceso de construcción social de la salud de carácter participativo, que implique a todos los actores relevantes en los diferentes escenarios (hogar, trabajo, centros educativos, comunidades) y que promueva la toma de decisiones, la aplicación y la responsabilidad conjunta.

Creemos que la rectoría en salud debe construirse bajo el paradigma del desarrollo de las capacidades de las gentes, que plantea Amartya Sen y cuya meta es el desarrollo de la capacidad de la gente de ayudarse a sí misma y cambiar su mundo. La metodología que se propone es la definición de políticas públicas por el debate público y la toma de decisiones en forma democrática.

Su base conceptual se asienta en el reconocimiento de tres supuestos básicos.

- Elemento crítico del ser humano es su capacidad de escoger, de valorar.
- Reconocer y respetar la diversidad, las diferentes capacidades de la gente para escoger y valorar.
- Clarificar y construir significados, valores y prioridades, construyendo consensos y evitando y anticipando conflictos

De este modo, se ha elaborado el Análisis Sectorial de Salud, se ha construido la Política Nacional de Salud y la Agenda Concertada, las que a su vez se han llevado a su discusión y reformulación en el espacio de lo local, en todas las Regiones de Salud del país.

Nuestra convicción es que este proceso permita la verdadera formación de política pública, dando voz a la gente, construyendo ciudadanía y responsabilidades colectivas en todos los espacios, en defensa del derecho a la salud.

Este es el papel del Ministerio de Salud, hacer patente a la población y a los funcionarios de salud la dimensión colectiva de la salud, educar en sus determinantes-condicionantes y en las posibles soluciones que exigen la acción colectiva y la función del Estado, en un proceso participativo y de construcción de significados, de valores y de prioridades.



La salud es producto de las estructuras y relaciones sociales, pero también de construcción de sentidos y significados, que moldean desde la vida cotidiana hasta la reproducción ampliada del capital¹⁷⁸ y, por tanto, estos significados colectivos condicionan la producción social de la salud-enfermedad, y redefinen en el aquí y el ahora, y hacia el futuro, su propio significado. Una sociedad solidaria, justa y equitativa en salud, será posible cuando reconozcamos las desigualdades en salud como producto de un desarrollo excluyente, que tengamos procesos que permitan evaluar y dar seguimiento al desarrollo de políticas públicas y valorar su impacto en la salud colectiva.

Nuestro país tiene un sistema público de salud que ha logrado, por medio de la reorganización de la oferta, que el acceso a los servicios de salud de tipo individual sea una realidad para la gran mayoría de la población. La época actual de globalización, de avances tecnológicos y de mosaiquismo epidemiológico, nos exigen una profunda transformación en la construcción de una visión colectiva y participativa de la salud, con los elementos consustanciales de una verdadera rectoría en salud, que defina las responsabilidades de las diferentes instituciones en la atención y promoción de la salud, en las siguientes dimensiones:

- conducción de la acción sectorial,
- regulación y fiscalización: del funcionamiento del sistema de atención a la salud y los factores relacionados con la preservación y promoción de la salud de la sociedad,
- funciones esenciales de salud pública,
- orientación y modulación del financiamiento,
- garantía del aseguramiento,
- armonización de la provisión,
- protección del ambiente humano,

A fin de que promueva, desarrolle y proponga diferentes espacios de definición y evaluación de las políticas públicas en general y de salud en particular, así como de su impacto en la salud colectiva.

¹⁷⁸ Edmundo Granda



Salud para Todos: hacia un modelo equitativo de prestación de servicios

Dr. Carlos Alberto Zamora Zamora ¹⁵⁷

Introducción

Es bien sabido y aceptado que el concepto de “salud” es muy vasto y abarca diferentes y muy complejos aspectos de la vida social e individual, todos de gran dinamismo, afectados por innumerables factores de la vida de cada una de las personas individualmente y de toda la comunidad en su conjunto.

Por su parte “salud para todos” es una expresión política, democrática, justa, y muy digna de pretender. Esta expresión se acuña alrededor de la aspiración de que las sociedades brinden el mayor bienestar posible a sus integrantes, particularmente en materia de servicios de salud.

Los “servicios de salud”, es decir el conjunto de funciones y acciones de la sociedad y de sus instituciones para alcanzar ese bienestar buscado son igualmente complejos, muy diversos, con un componente muy importante de instituciones de carácter público en todas las sociedades y dominados por los servicios de atención médica.

Costa Rica es un país en donde es posible reconocer un nivel de bienestar en el que sobresalen ciertas condiciones de salud, donde las ideas de salud para todos han encontrado terreno fértil y se ha logrado desarrollar un sistema de atención de la salud, con algunas particularidades que vale la pena revisar con cuidado, y valorar con mayor objetividad los logros alcanzados en nuestro país.

La conformación del sistema de salud

Los servicios de salud, en especial los servicios de atención médica, son uno de los aspectos más claramente definidos de los sistemas de la atención de la salud. En una sociedad dada es posible distinguir claramente el conjunto de acciones e instituciones dedicadas a la atención de la salud. La organización de ese conjunto de funciones, o lo que se denomina el o los modelos de esos sistemas es, sin duda, el elemento determinante para alcanzar las metas propuestas por una sociedad o por un subconjunto de ella. Estas características se denominan “conformación del sistema de salud”.

En Costa Rica, la atención de la salud está fuertemente dominada por la intervención del Estado y de sus instituciones públicas. Existen tres instituciones públicas con acciones directas sobre la salud: el Ministerio de Salud, la Caja Costarricense de Seguro Social y el Instituto Nacional de Seguros.

El Ministerio de Salud –en el pasado a cargo de programas preventivos y de una asistencia de beneficencia- tiene actualmente una función rectora. La Caja Costarricense de Seguro Social es la Institución encargada de administrar y operar un sistema de seguro de salud universalizado. Por su parte, el Instituto Nacional de Seguros administra el seguro de riesgos del trabajo y del seguro obligatorio de accidentes de tránsito.

¹⁷⁹ Médico, jefe de Sección de Investigación de Servicios de Salud de la Dirección Técnica de Servicios de la Gerencia División Médica de la Caja Costarricense de Seguro Social.



El desarrollo de estas instituciones y la evolución de sus funciones durante la segunda mitad del siglo XX son el producto y suma de diferentes maneras de entender los fenómenos y la forma de proceder en la búsqueda de la salud para todos.

El “sistema” público de prestación de servicios de salud estuvo, a principios de la segunda mitad del siglo XX, caracterizado por tres modelos primordiales, cada uno dirigido a poblaciones diferentes con programas y mecanismos propios.

Por una parte, un Modelo de Asistencia Pública, a cargo del Ministerio de Salud, conformado por un conjunto de prestaciones que ofrecía –hasta hace algunos años- servicios asistenciales básicos a los cuales se les unían varios programas denominados “Luchas” de orientación preventiva. El Ministerio de Salud, en la década de los años 50 y 60, había desarrollado una red de unidades denominadas Unidades Sanitarias, Centros Rurales de Asistencia, Dispensarios y Puestos de Salud, en donde se prestaban servicios gratuitos y de mediana y baja complejidad, a los cuales accedía la población nacional no asegurada, por libre y poco organizada demanda de esos servicios. En los años 70, esta red de servicios serviría de base para echar a andar el Programa de Salud Rural, una forma más ordenada de realizar el trabajo, focalizando grupos de población y de enfermos a quienes se les hacía llegar acciones de salud con mayor efectividad. Este programa logró importantes éxitos en el abordaje de la parasitosis intestinal, la malaria, la desnutrición, la tuberculosis y otros problemas de salud prevalentes dentro de un marco general de patología de país pobre. Además de estas acciones y del papel de rector del Sector, el Ministerio ha ejercido otras funciones en materia de salud pública en general, entre otras están la protección del ambiente, de las aguas, zoonosis y la nutrición.

Para dar una idea de la estructura de los servicios de salud a principios de los años 70, se muestra el cuadro 1.

Cuadro 1
Estructura general de los servicios públicos de salud en 1970

Hospitales públicos *	27
Luchas	4
Unidades Sanitarias	68
Centros Rurales de Asistencia	10
Puestos de salud	82
Dispensarios (Ministerio de Salud)	32
Centros de educación y nutrición	232
Clínicas y dispensarios (CCSS)	68

Fuente: Ministerio de Salud: Memoria anual, 1974.

*Incluye los hospitales administrados por el Ministerio de Salud, las Juntas de Protección Social y tres hospitales a cargo de la Caja Costarricense de Seguro Social.



Por otra parte, existía un modelo de seguro social a cargo de la Caja Costarricense de Seguro Social, administrado de forma pública, y un régimen de enfermedad y maternidad, conocido hoy como Seguro de Salud. Este seguro, constituido originalmente con un sentido clasista para los trabajadores asalariados, fue progresivamente desarrollándose a base de una política de extensión de servicios, incorporando nuevos sectores de los trabajadores asalariados y sus familias primero, y después nuevos sectores de trabajadores no asalariados. Los años 50 y 60 dan cuenta de un desarrollo lento pero continuado de esta Institución que había recibido el respaldo de carácter legal, en 1961, para iniciar un proceso de universalización de los servicios de salud a partir de 1971. En las dos primeras décadas de la segunda mitad del siglo XX, la Caja va diferenciando y perfilando un sistema de atención para los asegurados, que se va haciendo cada vez más complejo y más tecnificado. Estos servicios se prestaban operando una red propia de clínicas de consulta externa, en los principales centros urbanos y en muchas comunidades rurales, por todo el país. Finalmente, un modelo de seguro obligatorio a cargo del Instituto Nacional de Seguros, administrado de forma pública –aunque con un componente importante de compra de servicios profesionales a terceros– y encargado de manejar los seguros de riesgos profesionales y de accidentes de tránsito. Este modelo no se analiza en este ensayo.

La red hospitalaria está compuesta por 29 hospitales; tres hospitales generales especializados para adultos, correspondientes con las tres grandes regiones de salud del país; un hospital general especializado pediátrico, cinco hospitales especializados: un hospital de la mujer, un hospital geriátrico, un hospital de rehabilitación y dos hospitales psiquiátricos; además, siete hospitales regionales y 13 hospitales comunitarios denominados también hospitales periféricos.

A inicios de la década de los años 80, la Caja había logrado consolidar una red hospitalaria, como culminación de un gran esfuerzo nacional por racionalizar este componente del sistema de atención de la salud que es el que demanda la mayor parte de los recursos disponibles para la salud. La conformación de un sistema hospitalario único es uno de los grandes logros en la estructuración del sistema costarricense de atención de la salud. La red hospitalaria pública de Costa Rica es un buen ejemplo de decisiones racionales en la búsqueda del mayor beneficio social posible, no solo en términos económicos sino también en términos de servicios para todos, con equidad y calidad.

Los hospitales de esta red hospitalaria de la Caja brindan los servicios de hospitalización con alrededor de 6300 camas, 24 maternidades, 25 tienen servicios quirúrgicos y 27 tienen servicios de urgencias y los servicios de consulta ambulatoria, especializada con distintos grados de complejidad. El complemento de esta red hospitalaria es una red de servicios de atención ambulatoria, la cual ha venido progresivamente fundamentándose y reforzando las acciones de atención primaria. Durante la década de los 80, se consolidó en Costa Rica el concepto de que era necesario desarrollar los servicios con base en una identificación y sectorización de pequeñas poblaciones. Además de los aspectos de orden geográfico de la sectorización, estaban las ideas de realizar –en principio– acciones más proactivas, en contraste con el mantenimiento de servicios reactivos a la demanda de las comunidades.

Esta estrategia fue respaldada por la Caja que, para finales de esa década, posibilitaba la extensión de servicios organizados bajo este tipo de estrategia. La primera de estas experiencias fue el Proyecto de Atención por Capitación en el Cantón de Barva, en la Provincia de Heredia, en 1987. Esta primera experiencia falló, entre otras cosas porque los mecanismos de competencia por la población nunca existieron y por las dificultades para definir con claridad las formas de apoyo de los servicios administrativos y clínicos a los diferentes sectores, ya que estos se compartían de manera no equitativa.



Esta experiencia era, en resumen, una ampliación de los servicios de la Caja en una comunidad donde, hasta esa fecha, sólo había servicios del Ministerio con una integración real de servicios sectorizados y con un mecanismo de pago diferente para los profesionales en medicina, basado en una forma de capitación indiferenciada sin elementos de competencia.

En la segunda mitad de la década de los años 80, como parte de la corriente impulsada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se discutió, en las Instituciones, la estrategia de los sistemas locales de salud, conocidos como SILOS. Estas ideas, al menos como se preconizaban, no pudieron ser adaptadas en Costa Rica. Mientras esto ocurría, continuaba el proceso de integración de servicios de salud, traspasando la prestación de los servicios tradicionales del Ministerio a la Caja. Este proceso fue determinante en esos años y dominó el quehacer institucional en este periodo.

Hasta este momento, el sistema de atención de la salud, en general, se había desarrollado en Costa Rica mediante el esquema de financiamiento y administración pública. Pero este proceso coincidió con el inicio de los programas de ajuste estructural del Estado que, entre otras cosas, preconizaban la necesidad de reducir el Sector Público. Fue así que, por las dificultades expuestas por el Gobierno central, para el crecimiento del sector público en términos de contratación de recursos humanos y, además, por considerarse que la apertura a nuevas formas de administración iba a tener un efecto favorable en la contención de gasto público en salud, se cambiaron algunas cosas.

Así, se iniciaron las experiencias de contratación de la administración de los servicios para el nivel primario, en dos comunidades urbanas, las cuales se brindarían en clínicas nuevas que habían sido construidas y equipadas por la Caja. Entre otras características, ambas empresas basaron su organización en la sectorización y la identificación de pequeñas poblaciones.

Para la década de los 90, este concepto se había ido adaptando paulatinamente para llegar a conformar el concepto y estrategia de Equipos Básicos de Atención Integral en Salud, conocidos como EBAIS. Estos equipos de salud consisten en personal de salud vinculado con una pequeña población de alrededor de 4.000 habitantes, definida geográficamente. Un grupo de EBAIS conforma un área de salud y ésta a su vez constituye entonces la unidad administrativa menor del sistema de atención primaria de la salud en Costa Rica. Las áreas de salud tienen a cargo entre 10.000 y 100.000 habitantes y, en términos generales, correspondencia con la división política del país.

Esta modalidad de organización y de administración se fue extendiendo tanto a las zonas donde ya existían servicios de la Caja como a las zonas nuevas donde se han ido abriendo nuevos servicios. Para el año 2004, la población de alrededor de 4,2 millones de habitantes del país está dividida en 870 sectores cada uno, con un EBAIS. Éstos, además, están agrupados en 81 áreas de salud y éstas a su vez en ocho regiones administrativas como se muestra en el cuadro anexo.

En resumen, en el año 2004, la estructura del sistema público de salud costarricense está basada en una extensa organización de servicios de todos los niveles de complejidad, brindados en instalaciones públicas mayormente operadas bajo el esquema de administración pública, a cargo de la Caja y que cubre todo el país.

La evolución de la atención de la salud

Las características del sistema de atención de la salud son también producto de la naturaleza de los problemas que se tratan. Así, en la segunda mitad del siglo XX, es posible distinguir los profundos



cambios en materia de condiciones de salud que ha tenido la población nacional. Estos cambios van desde el perfil de enfermedades de país subdesarrollado en los años 50, dominado por enfermedades de la pobreza, hasta un perfil dominado por enfermedades más complejas que requieren acciones cada vez más especializadas y más sofisticadas. Esta profunda transformación pone en evidencia todas las contradicciones, paradojas y avances que en materia de salud ha experimentado Costa Rica.

En las dos primeras décadas de la segunda mitad del siglo XX, la atención de la salud, con algunas excepciones, estuvo caracterizada principalmente por acciones reactivas a la atención de la enfermedad. En la década de los 70, empezaron a diseminarse y crecer las ideas de fortalecimiento de la atención primaria, entendiendo principalmente esto como el abordaje de los principales problemas de salud, de la atención y de la promoción de acciones a favor del mejoramiento general de la salud de la población. Valga la pena señalar algunas de las principales preocupaciones tales como la desnutrición, las parasitosis, el control de la madre embarazada, la malaria, la faringoamigdalitis purulenta, las enfermedades infectocontagiosas prevenibles por vacunación. En esos años, se puso énfasis, entre otras acciones, en la distribución de antiparasitarios, en el seguimiento del crecimiento ponderoestatural de los niños y en la revisión de los esquemas de vacunación, en la campaña de gota gruesa a las personas febriles y en la administración de penicilina benzatínica a los enfermos con faringamigdalitis purulenta, a cargo del personal técnico del programa de salud rural.

Es a inicios de los años 70, cuando confluyen numerosas y renovadoras ideas para abordar los problemas de salud, promovidas por salud para todos, el desarrollo de la promoción de la salud, el reforzamiento de programas preventivos, principalmente en el Ministerio de Salud, y el desarrollo de una medicina más compleja y especializada y de más capacidad, para ampliar la cobertura de la población nacional. Es posible reconocer, en esos años, un alto grado de consenso en la visión de desarrollo nacional, por parte de quienes eran los responsables de las políticas de salud en Costa Rica.

En la década de los 70, se dio en Costa Rica la conjunción de nuevos conceptos para mejorar las condiciones de salud, con un fuerte apoyo al desarrollo y ampliación del modelo tradicional del régimen de seguro de enfermedad. Para finales de la década de los 70, la CCSS experimenta un crecimiento sin paralelo que abarcó un portentoso desarrollo de la infraestructura, un auge en la formación de recursos humanos -esto con el concurso de la Universidad de Costa Rica- y la aceptación de otros grupos sociales bajo su cuidado.

Paulatinamente, durante los últimas dos décadas del siglo XX, los servicios fueron adquiriendo características muy complejas y fueron adaptándose a los cambios en el perfil de enfermedades de la población costarricense. La complejidad de los servicios se ha venido desarrollando sin el grado de planificación esperado, lo que ha hecho aparecer desigualdades que van desde la distribución de recursos hasta las acciones de salud.

Para inicios del presente siglo, las acciones de salud mantienen el perfil complejo y han empezado a aparecer ciertos desequilibrios en el nivel de prestaciones, que podrían hacer aflorar las contradicciones del pasado.

Los retos del sistema

El modelo de atención de la salud costarricense es exitoso. Este modelo ha continuado desarrollándose a pesar de las limitaciones de la economía nacional y de múltiples presiones internas y externas.



Pero, a pesar del éxito mostrado, el sistema está hoy sometido a importantes amenazas. En primer lugar, la base principal del sistema es su esquema de financiamiento, que sigue teniendo la lógica y la técnica de un seguro social de riesgos. En este sentido, la definición del perfil de beneficios se vuelve crucial. En los últimos años, este aspecto ha sido dejado un poco de lado para ampliar los beneficios a riesgos de costos muy elevados. Y es que la inadecuada definición del perfil de beneficios ha abierto las puertas a diversas y muy onerosas inclusiones que han desplazado las decisiones a instancias jurídicas, donde ha privado el aspecto del derecho a la salud y donde no se ha considerado el aspecto del financiamiento de esos beneficios.

Por otra parte, dado el comportamiento de las Instituciones involucrada, existe la percepción, en la sociedad, de que el sistema tiene una capacidad casi infinita y que es posible, por lo tanto, demandar todo tipo de servicios. Es posible notar en la sociedad costarricense un proceso de medicalización muy marcado, el cual viene produciendo una gran presión en los servicios y ha modificado en parte el perfil de servicios.

Por esa razón, mantener el equilibrio entre la demanda de servicios y la capacidad de éstos es uno de los principales retos de los sistemas públicos de salud.

Uno de los aspectos controversiales de este equilibrio es el control del fenómeno de inducción de la demanda de servicios de salud; entendiéndose por inducción de demanda aquellas acciones generadas por el prestador que tienden a aumentar innecesariamente el consumo de servicios de salud.

En gran medida, el desarrollo del sistema de prestación de servicios ha evitado el desarrollo de este fenómeno. Revisando antecedentes de este desarrollo y a manera de ejemplo, se cita el conflicto de los años 1943 y 1944, apenas iniciando los servicios de esta Institución, cuando se presentó la controversia por el servicio de compra y despacho de medicamentos. En ese entonces, los medicamentos se despachaban en farmacias privadas y lo que se observó, apenas a un año de entrar en operación el mecanismo de provisión, fue un crecimiento continuo y desproporcionado en la facturación de medicamentos que llegó a consumir 30% del presupuesto institucional.

Después de un período de debate y de argumentaciones a favor y en contra, prevaleció la tesis de que la Caja debía desarrollar su propio sistema de compra y despacho de medicamentos. Este ejemplo bien puede ser el primero de lo que posteriormente fue la tónica para el desarrollo de muchos servicios más. Desde el punto de vista del mantenimiento del equilibrio entre la demanda y la capacidad de servicios, éste y muchos otros ejemplos ponen de manifiesto que, al mantener el control de la prestación, es posible eliminar conflictos de intereses y contener el fenómeno de demandas desmedidas.

El sistema de prestación, que había contenido el fenómenos de inducción de la demanda, ha perdido algunos controles básicos y han empezado a aflorar y predominar conflictos de intereses sobre la racionalidad económica. Así, por ejemplo, los contratos de alquiler de equipos, los contratos "leasing", los contratos de compra de servicios y la "tercerización" de servicios, pueden fácilmente conducir a incrementos en la demanda que se vuelven de muy difícil control.

Como ejemplo actual se describe el siguiente. En una comunidad rural, en la cual el servicio de laboratorio es un servicio brindado por terceros, se observó un incremento en la facturación debido, entre otras cosas, a determinaciones de zinc sérico, a pesar de que esta determinación no estaba en la lista contratada para



ese laboratorio, ni para este nivel de servicio. Este caso, que además tiene otras aristas para analizar, no solo ejemplifica el fenómeno descrito, sino también una pérdida en la uniformidad de la oferta de servicios.

El desarrollo continuado de prácticas y acciones más efectivas y más científicas constituye también un reto del sistema. La intervención de las acciones cada vez más ligadas entre sí es un desafío para todas las organizaciones de salud y, particularmente, para los sistemas públicos donde las limitaciones de recursos se hacen cada vez más notorias.

Desde finales de los años 80, y principalmente después de la aprobación del Programa de Ajuste Estructural (PAE-3) en 1994, en el país, en general, y en la Caja, en particular, se ha hablado de la reforma. Ha sido explícita la observación de que el gasto institucional debe seguir el crecimiento económico. Muchas acciones se iniciaron con esta intención. Sin embargo, el crecimiento del gasto institucional ha estado por arriba del crecimiento económico, poniendo en evidencia que las acciones para corregir este desequilibrio han sido nulas. La contradicción que aparece es que han sido los mecanismos de ajuste los que parecen estar desajustando el necesario y sano equilibrio económico del seguro de salud. Es por eso que el sistema de Seguro de Salud de la Caja Costarricense de Seguro de Social deberá obligatoriamente revisar la lógica y la práctica que han prevalecido durante este período.

Finalmente, el sistema de salud tiene el reto del fortalecimiento y mantenimiento de la ética y de la moral en la función pública, con el propósito de garantizar una óptima atención de los problemas de salud de la población, con una atención médica oportuna, eficiente y humanizada, y a un costo financiero aceptable y sostenible, y sustentados en un manejo racional de los fondos del sistema de seguro social.

Conclusión

Costa Rica ha logrado un sistema de salud público con gran éxito. Ningún país latinoamericano ha logrado un desarrollo similar, más aun si se toma en cuenta el nivel nominativo de la inversión.

Este sistema es hoy una compleja y extensa red de servicios de atención que abarca todo el país. Su origen clásicamente bismarkiano ha ido transformándose paulatinamente para un sistema sui generis, con importantes características de universalidad que lo acercan a un sistema nacional de salud.

La base financiera sigue siendo el impuesto a las planillas de los trabajadores asalariados de los sectores público y privado. Otros grupos de afiliados cotizan con diferentes esquemas de contribución.

Pero, este sistema, hoy enfrenta el principal reto de su sostenibilidad en el tiempo. Esta sostenibilidad, inevitablemente pasa por la necesidad de equilibrar el perfil de beneficios y el financiamiento. Desde el punto de vista de los beneficios del seguro de salud, existe la continua presión para mantener los actuales e incluso ampliarlos, y todo esto en medio de un creciente encarecimiento de los elementos tecnológicos para lograrlo. Desde el punto de vista del financiamiento, el problema reside en la implementación de los mecanismos efectivos, para hacer cumplir con las disposiciones de obligatoriedad de la población y contribuir justamente con el seguro de salud. Hacer cumplir esta disposición requiere del desarrollo de un mayor tecnicismo en la administración del sistema y de la aplicación más rigurosa del marco de regulaciones.



Sin embargo, recapitulando, se puede decir que en los últimos 25 años, Costa Rica logró alcanzar un nivel de universalidad importante. Este sistema de seguro de salud la logrado irse abriendo y moldeando para incorporar, de manera amplia, a toda la población. Hoy ofrece un amplio perfil de beneficios y ha eliminado las barreras económicas para acceder a los servicios de salud. Este es un logro en materia social del país, que no solo ha podido alcanzar importantes metas en materia de salud sino que, al menos en esta materia, tiene un mecanismo adecuado de redistribución de la riqueza.

La sociedad costarricense y el sistema de salud deberán enfrentar, y resolver con sabiduría, los grupos de presión que anteponen los privilegios y el lucro a la justicia y a la solidaridad. Los hechos pasados han mostrado que es posible resolver estos conflictos en armonía, cuando se anteponen los derechos de todos.

Los logros alcanzados son una muestra indudable de un proceso exitoso. La racionalidad económica que conlleva tener un sistema de prestación de salud unificado es, sin duda, uno de los elementos principales, no solo para la administración del sistema como tal sino también para la implementación de las políticas y las acciones sanitarias necesarias y efectivas.

El desafío de hoy es reforzar la unidad y la universalidad del sistema, fomentar y profundizar la solidaridad de la sociedad costarricense y mantener efectivos, justos y reales los mecanismos para continuar haciendo valer el principio de que la salud para todos es un derecho en esta nación.



Anexo 1

Distribución de las áreas de salud según región en 2004

Región	Área de Salud	EBAIS
Metropolitana	AS Cinco Esquinas	8
Metropolitana	AS Coronado	16
Metropolitana	AS Desamparados 1	11
Metropolitana	AS Desamparados 2	15
Metropolitana	AS Desamparados 3	12
Metropolitana	AS Escazú	13
Metropolitana	AS Goicoechea 1	6
Metropolitana	AS Goicoechea 2	10
Metropolitana	AS Hatillo	10
Metropolitana	AS León XIII y la Carpio	11
Metropolitana	AS Montes de Oca, Curridabat y Concepción	24
Metropolitana	AS Moravia	7
Metropolitana	AS Pavas	11
Metropolitana	AS San Francisco/San Antonio	7
Metropolitana	AS San José Centro	5
Metropolitana	AS San José Sur Este	8
Metropolitana	AS San José Sur Oeste	8
Metropolitana	AS Tibás	16
Metropolitana	AS San Sebastián - Paso Ancho	6
Central Norte	AS Alajuela Noreste	5
Central Norte	AS Alajuela Norte	11
Central Norte	AS Alajuela Oeste	11
Central Norte	AS Alajuela Sur	14
Central Norte	AS Alfaro Ruiz	3
Central Norte	AS Atenas	7
Central Norte	AS Barva	8
Central Norte	AS Belén/Flores	7
Central Norte	AS Grecia	8
Central Norte	AS Heredia-Cubujuquí	6
Central Norte	AS Heredia-Virilla	5
Central Norte	AS Horquetas-Río Frío	15
Central Norte	AS Naranjo	8
Central Norte	AS Palmares	7
Central Norte	AS Puerto Viejo de Sarapiquí	8
Central Norte	AS San Isidro de Heredia	8
Central Norte	AS San Pablo	5
Central Norte	AS San Pedro de Poás	6
Central Norte	AS San Ramon	8
Central Norte	AS Santa Barbara	7
Central Norte	AS Santo Domingo	6
Central Norte	AS Sarchí -Valverde Vega	4
Central Sur	AS Acosta	5
Central Sur	AS Alajuelita	14
Central Sur	AS Aserrí	10
Central Sur	AS Cartago	14
Central Sur	AS Corralillo	7
Central Sur	AS El Guarco	12



Distribución de las áreas de salud según región en 2004. continuación...

Central Sur	AS La Unión	7
Central Sur	AS Los Santos	9
Central Sur	AS Mora - Palmichal	5
Central Sur	AS Oreamuno/Pacayas/Tierra Blanca	6
Central Sur	AS Paraíso - Cervantes	10
Central Sur	AS Puriscal	9
Central Sur	AS Santa Ana	9
Central Sur	AS Turrialba/Jiménez	20
Huetar Norte	AS Aguas Zarcas	7
Huetar Norte	AS Ciudad Quesada	8
Huetar Norte	AS Florencia	4
Huetar Norte	AS Guatuso	6
Huetar Norte	AS La Fortuna	4
Huetar Norte	AS Los Chiles	6
Huetar Norte	AS Pital	6
Huetar Norte	AS Santa Rosa	5
Chorotega	AS Abangares	4
Chorotega	AS Bagaces	4
Chorotega	AS Cañas	7
Chorotega	AS Carrillo	7
Chorotega	AS Colorado	2
Chorotega	AS Hojancha	3
Chorotega	AS La Cruz	6
Chorotega	AS Liberia	9
Chorotega	AS Nandayure	5
Chorotega	AS Nicoya	1
Chorotega	AS Nicoya	15
Chorotega	AS Santa Cruz	13
Chorotega	AS Tilarán	6
Chorotega	AS Upala	9
Pacífico Central	AS Aguirre-Quepos	6
Pacífico Central	AS Barranca	10
Pacífico Central	AS Chacarita	8
Pacífico Central	AS Esparza	7
Pacífico Central	AS Jaco	3
Pacífico Central	AS Miramar	5
Pacífico Central	AS Orotina - San Mateo	7
Pacífico Central	AS Parrita	3
Pacífico Central	AS Peninsular	9
Pacífico Central	AS Puntarenas Central	9
Brunca	AS Buenos Aires	8
Brunca	AS Corredores	9
Brunca	AS Coto Brus	12
Brunca	AS Golfito	7
Brunca	AS Osa	10
Brunca	AS Pérez Zeledón	20
Huetar Atlántica	AS Cariari	13
Huetar Atlántica	AS Guácimo	11
Huetar Atlántica	AS Guápiles	12
Huetar Atlántica	AS Limón	19
Huetar Atlántica	AS Matina	8
Huetar Atlántica	AS Siquirres	17
Huetar Atlántica	AS Talamanca	8
Huetar Atlántica	AS Valle la Estrella	5



El binomio de salud y ambiente: estrategia en el nivel local

M.Sc. Lilliana Arrieta Q.¹⁸⁰

Visualizar el nexo entre el medio ambiente y la salud no siempre es fácil; sin embargo, hablamos de dos componentes simultáneos y unidos, de tal manera que la calidad o el deterioro de uno compromete la del otro, en este caso, la calidad del medio en el que se desarrolle la vida, así condicionará su calidad.

Otro elemento por considerar es el económico y su incidencia directa con la pobreza y el deterioro de la calidad de vida. Si bien América Central no está considerada como una de las regiones menos sanas del planeta, sí registra sensibles iniquidades sociales y económicas tanto entre países, como a lo interno de ellos. Las disparidades son evidentes en los indicadores sociales, de ingresos, étnicos, geográficos y de género. Dentro de esta categoría, el país más pobre en Centroamérica es Nicaragua. La pobreza está asociada con la presencia de diarreas, malaria, enfermedades respiratorias...

Nuestras sociedades y gobiernos tienden a obviar y evitar toda discusión sobre la correlación entre pobreza, clases social y enfermedad, misma observación que se hace extensiva a las variables de género y ambiente, reflejadas estas últimas, especialmente, en el caso de las migraciones.

El ambiente donde se desarrolla la existencia de los seres vivos será (es) factor determinante para la calidad de vida. En el caso de Costa Rica, así ha sido reconocido por la Sala Constitucional en históricos fallos emitidos con anterioridad a la reforma constitucional, y que protege el derecho a disfrutar de un ambiente sano y ecológicamente equilibrado, como condición de una vida en calidad. Las buenas políticas económicas y el crecimiento de la economía están directamente relacionadas con la mejora en los indicadores de calidad de vida y del medio ambiente.

Debido precisamente a la influencia del ambiente y a su dependencia de factores tales como el ciclo hidrológico, variabilidad espacial y temporal y efectos globales como el cambio climático, las medidas adoptadas anteriormente, en respuesta a la transición epidemiológica, basada en el desarrollo económico de los pueblos y las enfermedades crónicas, actualmente no responden a la compleja estructura de salud de los conglomerados humanos, los cuales se tornan sumamente vulnerables a enfermedades como el SAR y el VIH.

De conformidad con un reporte presentado recientemente en Ginebra, por la Dra. Jenny Pronczuk, de la OMS, denominado Atlas sobre Salud Infantil y Medio Ambiente:¹⁸¹

“Cada año, más de tres millones de niños menores de cinco años mueren a causa de la contaminación del aire y del agua. En los países ricos, el riesgo medioambiental de los niños está relacionado con el cambio climático, el uso de productos químicos y sus efectos en la alimentación. En el caso de los países pobres, a eso hay que sumarle la pobreza, la falta de higiene, o la falta de agua potable...”.

La OMS, en ese mismo reporte, estima que la muerte de 1.600.000 niños menores de cinco años en todo el mundo, está asociada al consumo de agua no potable o contaminada, dado que su poco peso y su condición nutricional los hace fisiológicamente más vulnerables, al punto que a “pesar de que solo el 10 por ciento de la población mundial son niños menores de cinco años, ellos padecen el 40 por ciento de la carga de enfermedades”. Otro dato que debemos tener presente es que la mayoría de las víctimas se ubican en zonas marginales.

¹⁸⁰ La autora es abogada de la Universidad de Costa Rica, Master en Derecho Tributario, Especialista en Derecho Público y Ambiental, profesora universitaria y consultora en el nivel internacional en temas como agua y género y cambio climático. Directora del Área de Calidad de Vida de la Defensoría de los Habitantes, durante 8 años.

¹⁸¹ Ginebra, 23 jun (EFE)/ salud_ambiental@eListas.net.



En este ensayo procuraré desarrollar algunas ideas claves de esta interrelación salud-ambiente, a través del análisis de ejemplos específicos:

Pesticidas y tóxicos y la Convención de Estocolmo

Recientemente se aprobó la Convención de Estocolmo, cuyo objetivo principal es el de reducir el uso de pesticidas y productos químicos tóxicos. Este tratado enlista los contaminantes orgánicos persistentes (COP), que son productos químicos tóxicos que persisten en el medio ambiente durante largos períodos y que básicamente son transportados por medio de la atmósfera y los océanos. Se plantea la eminente eliminación, al menos en el caso de 12 COP más peligrosos, entre ellos el Aldrin, Clordano, DDT, Dieldrin, Dioxinas, Endrin, Furanos, Heptaclorados, Hexaclorobenzeno (HCB), Mirex, Policlorinatos Biphenyls (PCBs) y Toxafeno.

Los COPs se concentran en los organismos vivos a través de procesos de bioacumulación. Al no ser solubles en agua, estos contaminantes orgánicos persistentes son absorbidos por el tejido graso y las concentraciones se magnifican hasta 70.000 veces de los niveles iniciales. Los peces, las aves depredadoras y los humanos, por ubicarse en la parte superior de la cadena alimenticia, absorben y reciben las mayores concentraciones.

Los viveros de plantas constituyen una de las actividades que utiliza mayores cantidades de plaguicidas y químicos en general. Son agentes causantes de contaminación de aguas superficiales y subterráneas.

Ozono y cáncer en piel

La asociación entre el deterioro de la capa de ozono y el aumento en las radiaciones ultravioletas (UV) es clara y por ello se incluye como otro de los ejemplos de esta relación. El debilitamiento entre la capa de ozono y el impacto en la vista y en el nivel de riesgo de sufrir quemaduras y cáncer de piel ha quedado acreditada fehacientemente, especialmente en los últimos 18 años. Para prevenir el daño asociado a la exposición, se ha elaborado incluso un "mapa de riesgo solar" como referencia, que marca el riesgo de sobreexposición dependiendo de la altura, clima e intensidad y sensibilidad de las personas a los rayos ultravioleta.

En 1974, la comunidad científica dio a conocer estudios en los que describía el impacto sobre la capa de ozono estratosférico causado por los clorofluorocarbonos* (CFCs) y halones^{182*} y el daño medioambiental a la flora y a la fauna, así como a la salud humana asociados a este fenómeno. Pero no es sino hasta el 16 de septiembre de 1987, que se suscribió, en el nivel internacional, el Protocolo de Montreal sobre las Sustancias que Agotan la Capa de Ozono, el cual consiste fundamentalmente en un modelo de cooperación internacional como estrategia para la reducción de emisiones de los químicos que aportan al deterioro y pérdida del ozono estratosférico.

El concepto de agujero de ozono no es más que una alusión a la región polar en la que la cantidad de ozono total es inferior a 220 UD: unidad Dobson utilizada para medir el ozono atmosférico total¹⁸³. Es un fenómeno estacional, es decir de duración preestablecida, que va de agosto a diciembre de cada año y debe ser medida en cada ciclo, para establecer y prever sus impactos. Para establecer la normalidad o alteración de la capa de ozono, se toman como referencia los valores del período comprendido entre 1964 y 1976, época previa a la aparición del agujero de ozono.

Las radiaciones ultravioleta separan las moléculas del ADN y pueden alterar la información genética de los seres vivos.

¹⁸² *clorofluorocarbonos (CFCs): son gases inertes, compuestos de cloro, muy estables, no inflamables ni venenosos, fáciles de almacenar y baratos de producir. En la estratosfera, cada molécula de CFC puede destruir miles de moléculas de ozono.

¹⁸³ Servicio Meteorológico Nacional Argentino. www.mwtwofa.mil.ar.



Cambio Climático, recurso hídrico y su incidencia en la malaria, el dengue, el cólera y otras enfermedades transmitidas por vectores

Tal y como lo consigna la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático, este fenómeno global es el cambio de clima atribuido directa o indirectamente a la actividad humana, que altera la composición de la atmósfera mundial y que se suma a la variabilidad natural del clima observada durante períodos comparables.

La Convención se adoptó el 9 de mayo de 1992 en Nueva York, y fue suscrita por más de 150 países durante la Cumbre de la Tierra de 1992, celebrada en Río de Janeiro, y su principal objetivo es la 'estabilización de las concentraciones de gases de efecto invernadero en la atmósfera a un nivel que impida interferencias antropogénicas peligrosas en el sistema climático'.

En relación con su impacto en la salud, el Panel Intergubernamental de Expertos en Cambio Climático considera que el calentamiento global podría provocar la expansión de enfermedades transmitidas por vectores, tales como la malaria, la encefalitis, el dengue, la tuberculosis y la fiebre amarilla. El cambio climático implica un cambio en los ciclos estacionales, lo que se supone, conlleva a una menor eficiencia del sistema inmunológico de los seres vivos.

Muchas bacterias y protozoos son sensibles a la temperatura, otras reaccionan a la cantidad de lluvia, y ambos componentes están asociados al cambio climático, por lo que no hay duda de que éste influenciará las infecciones por transmisión directa, especialmente aquellas causadas por contaminación del agua y por transmisión de vectores. Lo que no se tiene clara es la relación, si será lineal o exponencial al incremento de población de los agentes transmisores.

La malaria es una enfermedad endémica en gran parte de los países en vías de desarrollo y particularmente en las regiones tropicales y subtropicales. A pesar de los registros inconsistentes que se reciben sobre esta enfermedad, la Organización Mundial de la Salud estima que anualmente ocurren entre 300 y 500 millones de casos que causan más de un millón de muertes, principalmente en el África del Sub Sahara, donde se asocia la malaria como causa de 25 % de la mortalidad infantil. Un adecuado sistema de recolección de excretas y aguas llovidas está asociado con la disminución de casos de malaria. Según otra referencia de la OMS, los factores climáticos son responsables de 2,4% de los casos de diarrea que se producen al año en el mundo, y de 2% de los casos de malaria¹⁸⁴.

La Tuberculosis es la causa de mortalidad de al menos dos millones de personas al año. Ésta es una de esas enfermedades asociada con los procesos migratorios, lo que hace que se expanda rápidamente en poblaciones desprevenidas. Anualmente, se reportan cerca de ocho millones de nuevos casos, el Sud Este Asiático es la zona de mayor crecimiento¹⁸⁵.

No se crea, sin embargo, que los problemas asociados a la contaminación predominan solo en los países en desarrollo. Holanda ha impulsado, en los últimos años, una intensa campaña para reducir el contagio por la enfermedad de los legionarios, *legionella*, que es una bacteria que se propaga básicamente en agua, y ejerce control en piscinas, saunas, tomas de agua y sistemas colectores¹⁸⁶.

La relación del fenómeno global del Cambio Climático con los eventos extremos y la calidad y disposición del agua hace relevante evaluar las enfermedades relacionadas con el recurso hídrico, especialmente en

¹⁸⁴ Desojo, Arancha. "El cambio climático también afecta a la salud" *Agencia de Información Solidaria (AIS)*. España, enero de 2004. www.infosolidaria.org.

¹⁸⁵ Pagina del Banco Mundial sobre las Metas del Milenio. Meta No 8 reducción de enfermedades de transmisión. http://www.developmentgoals.org/Hiv_Aids.htm

¹⁸⁶ The Mains Water Act, Waterleidingwet. 1 August, 2000.



el sector rural donde, de acuerdo con el informe técnico que se presentara en apoyo a las Metas del Milenio, entre un millón y dos millones de personas mueren por causa del Paludismo y 2.000 millones corren el riesgo de contraerlo, 4.000 millones de casos de diarrea al año provocan 2,2 millones de muertes, la infección de 10% de la población del mundo por parásitos intestinales, el riesgo de que seis millones de personas pierdan la vista como consecuencia del tracoma. El tracoma se presenta en todo el mundo, principalmente en zonas rurales de países en desarrollo y afecta con frecuencia a los niños, aunque es posible que las consecuencias de la cicatrización no sean evidentes hasta una edad posterior. Aunque el tracoma es poco común en los Estados Unidos, ciertas poblaciones marcadas por la pobreza, condiciones de vida en hacinamiento y/o mala higiene, presentan un mayor riesgo de contraer la enfermedad y que 200 millones de personas padezcan esquistomiasis. Estos son algunos de los alarmantes datos asociados con la calidad del recurso hídrico.

Como consecuencia del Cambio Climático, se estima que América Latina enfrentará un riesgo relativo de 8,5 en materia de inundaciones para el 2030 (Ahern, 2003). Derivado de las inundaciones, se espera un importante incremento, no solo de las enfermedades asociadas con aguas abundantes, sino también un aumento en la aparición de trastornos respiratorios, este fenómeno se acreditó fehacientemente en Ecuador al ser impactado por el evento ENOS o El Niño.

“Según el Programa de Naciones Unidas para el Medio Ambiente, en el periodo 1970-2001 los desastres naturales dejaron en América Latina un saldo de 246 mil 569 víctimas mortales y 144,9 millones de personas afectadas, con un daño económico valorado en 68 mil 600 millones de dólares.

“Pero por sobre todas las cosas, el cambio climático que afecte la agricultura tendrá un efecto directo sobre los seres humanos. Pingali pronosticó que ‘va a aumentar el número de personas en riesgo de hambre’, y que ‘el impacto en la seguridad alimentaria será mayor en países con bajo crecimiento económico potencial, que tienen altos niveles de desnutrición’.

“En América Latina y el Caribe hay actualmente 53 millones de personas desnutridas según la FAO. Cerca de 30 por ciento de ellas están en Centro América y el Caribe, y otro 30 por ciento en Brasil”¹⁸⁷.

El Dengue

Lo que se creía una plaga controlada, ha tomado a los países centroamericanos por sorpresa. Según proyecciones de OPS durante el año 2002 el mosquito transmisor del virus dengue, *aedes aegypti*, infectó a cerca de un millón de personas en América Latina y el Caribe¹⁸⁸.

La variante del dengue hemorrágico es cada vez más frecuente y la población infantil la más vulnerable. En cuanto a los impactos en el área económica, Alfredo Solari, especialista en salud del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), estima que la pérdida de días laborales consecuencia del dengue puede significar 10% de la productividad general en las regiones afectadas. La estrategia que plantean los expertos sugiere un intenso trabajo en los períodos intermedios entre epidemias y refiere al éxito de esta propuesta en Cuba, la cual la desarrolla desde 1981 y ha mantenido la tasa más baja por contagio.

Dado el área de influencia de este tipo de propuestas, la participación comunitaria, la prevención y el tratamiento, figuran como las acciones prioritarias. Reducir las fuentes estancas de agua e impactar así el ciclo reproductor del vector, es esencial para reducir los casos. Para ello hay que identificar las causas que

¹⁸⁷ Valente, Marcela. Tierramerica. <http://www.tierramerica.net/2004/0703/articulo.shtml>

¹⁸⁸ Quesada, Charo. El regreso de una plaga



llevan a las comunidades al almacenamiento de agua, limpiar los desechos en lotes baldíos, aguas estancadas, entre otras. Esta estrategia se caracteriza por tener un enfoque sectorial que tiene que involucrar a la comunidad como un todo, pero con acciones y responsables específicos: comercio, vivienda, escuelas, oficinas públicas, hospitales y centros de salud. También es necesario incluir una evaluación de todos los sectores: ambiental, riego, turismo, infraestructura, entre otras.

Metas del Milenio

En septiembre de 2000, en la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas se adoptaron una serie de metas y objetivos con plazos para verificar su cumplimiento y con el objetivo de combatir la pobreza, el hambre, las enfermedades, el analfabetismo, la degradación del medio ambiente y la discriminación en contra de la mujer. Estas metas, que actualmente constituyen el centro de la agenda mundial, se conocen con el nombre de Objetivos de Desarrollo del Milenio.

En el tema que nos interesa, se establece la Meta No 8 que dispone como objetivo para el 2015, reducir a la mitad los casos de malaria y otras enfermedades y empezar a revertir su incidencia en la población.

Los indicadores elaborados por las Naciones Unidas para medir el avance con respecto a esta meta, son los siguientes:

Meta: reducir, para el año 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves Índices de morbilidad y mortalidad palúdicas

1. Proporción de la población de zonas de riesgo de paludismo que aplica medidas eficaces de prevención y tratamiento del paludismo
2. Tasas de morbilidad y mortalidad asociadas a la tuberculosis
3. Proporción de casos de tuberculosis detectados y curados con el tratamiento breve bajo observación directa.¹⁸⁹

Sin embargo, las condiciones climáticas, lejos de apoyar la consecución de esta meta, generarán condiciones óptimas para que se incremente el número de afectados, debido a la vulnerabilidad asociadas a las condiciones ambientales extremas.

Sequías prolongadas, lluvias torrenciales: efectos acumulativos por desnutrición en infantes, gestantes y adultos mayores

Las sequías son procesos asociados con el ciclo hidrológico. Cuando se dan de manera continuada y acumulada, aportan a los procesos de desertificación, inciden en la escasez del recurso hídrico y disminución de la potabilidad. También se incrementan las probabilidades de fuegos forestales y reduce la productividad agrícola en el tanto crece la demanda de agua. Por otra parte, las lluvias torrenciales generan también procesos erosivos ya que arrastran suelo y vegetación e inundan áreas cultivadas.

Ambos fenómenos extremos tienden a modificar las características de los ecosistemas e incrementan el peligro de transmisión de enfermedades, a través del agua. Tanto la sequía como las inundaciones son causa de movimientos de población conocidos como migraciones por factores ambientales, hecho que a su vez altera los patrones de aparición de enfermedades estacionales. Los cambios extremos de temperatura conllevan a variaciones en los patrones de alimentación y actividades económicas y están asociadas con el surgimiento de gripes y alergias¹⁹⁰.

¹⁸⁹ Pagina oficial de Las Naciones Unidas. Objetivos del desarrollo del Milenio <http://www.undp.org/spanish/mdgsp/mdgtablesp.pdf>

¹⁹⁰ Desojo, Arancha. El cambio climático también afecta a la salud. 171



Huracanes y tormentas: origen hídrico de diarreas, hepatitis y enfermedades respiratorias. Impacto en la salud humana

El impacto del cambio climático sobre la salud humana podría llegar a través de vías directas o indirectas.

Directas

El incremento en la frecuencia de eventos de calor extremo es el que se estima de mayor impacto sobre la salud humana. Los eventos de frío extremo no serán frecuentes en la región centroamericana. Sin embargo, se espera mayor frecuencia e intensidad en el caso de los tornados, huracanes y tormentas, impactando infraestructuras, cultivos, asentamientos humanos, sistemas de pesca y extracción de manglares.

Indirectas

Ecológicas: Se espera que las migraciones entre países y regiones expongan a las poblaciones a nuevos patrones y movimientos de parásitos infecciosos y enfermedades antes controladas en espacios y condiciones ambientales específicos. El fenómeno del cambio climático incrementará el nivel de riesgo en las poblaciones. El incremento de la temperatura generalmente promueve el aumento de población en patógenos, por lo que las oportunidades de contaminación de los alimentos y de las fuentes de agua, también crecen. El aumento en el uso de pesticidas agrícolas y hortícolas, esperado como respuesta a los cambios en la población de plagas, es de esperar que incida en la contaminación de las fuentes de alimentos, de suelos y fuentes superficiales y subterráneas de agua.

También se espera desplazamiento de poblaciones a lo interno de los países, debido al incremento en el nivel del mar.

Temas de salud relacionados con los cambios en el ciclo hidrológico, incluyen el potencial incremento de población en patógenos como el *Cryptosporidium*, o de enfermedades asociadas como la encefalitis o el hantavirus, todas ellas relacionadas con los fenómenos de variabilidad climática extrema como El Niño, que a su vez se asocian con el incremento en la población de roedores y otros agentes.

Propuesta de salud en una estrategia de desarrollo sostenible

La Conferencia Hábitat II, en Estambul, incorporó, como estrategia de desarrollo, la sostenibilidad en los asentamientos humanos. Para ello, debe tenerse en cuenta que las necesidades y las condiciones para el logro del crecimiento económico y el desarrollo social debe darse en armonía con el medio ambiente. El compromiso de esta conferencia lo fue en el sentido de que "los asentamientos humanos sean sostenibles en un mundo en proceso de urbanización velando por el desarrollo de sociedades que hagan uso eficiente de los recursos dentro de los límites de la capacidad de carga de los ecosistemas y tengan en cuenta el principio de precaución y ofreciendo a todas las personas, en particular las que pertenecen a grupos vulnerables y desfavorecidos, las mismas oportunidades de llevar una vida sana, segura y productiva en armonía con la naturaleza"... promover, según corresponda, asentamientos humanos "socialmente integrados y accesibles que cuenten con servicios apropiados de salud y educación, combatir la segregación, la discriminación y otras políticas y prácticas de exclusión; y reconocer y respetar los



derechos de todos, en particular de las mujeres, los niños, las personas con discapacidad, las personas que viven en la pobreza, los grupos vulnerables y desfavorecidos...” Ver Agenda Hábitat¹⁹¹

Posteriormente, el Programa de la Agenda 21, aprobado en junio de 1992 por la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo, procura identificar actividades claves para llevar a cabo un programa de acción amplio, en el que se reconoce el carácter de actores del desarrollo, no sólo a los Estados, sino también a los organismos de desarrollo, al sector económico, a los gobiernos locales, a las ONG´s, y a los seres humanos. El reto del desarrollo es contar con individuos más sanos, más educados, capaces de tomar las decisiones importantes de su vida y conscientes de su interacción y responsabilidad para con el medio ambiente. Todo ello con el objetivo de reducir las diferencias entre los países pobres y ricos y dentro de ellos, reducir la pobreza, el hambre, la enfermedad y el analfabetismo, los cuales son agentes y causa del deterioro de los ecosistemas y la vida en el planeta.

Los componentes necesarios de una estrategia de salud para los años futuros deben tener un énfasis importante en la participación comunitaria, en el diseño de estrategias locales que respondan a los problemas de salud más importantes en cantidad y en impacto de los propios asentamientos, a reconocer que el deterioro del medio ambiente y los fenómenos globales tienen una relación directa con la calidad de vida de la gente y a construir estrategias sensibles al componente de género y equidad, entre sectores especialmente vulnerables como los adultos mayores, las poblaciones indígenas, discapacitados e infantes.

Construir un ambiente seguro y saludable para todos, parte por incorporar acciones tendientes a garantizar, al menos, los siguientes componentes: la salud y vivir en un ambiente ecológicamente equilibrado es un derecho de los pueblos y la gente. Es un derecho colectivo e individual y puede demandarse en ambas instancias. Es un proceso de mejora continua para alcanzar mejores estándares de salud y seguridad ambiental; es esencial en esta estrategia, garantizar el acceso al agua potable y a los alimentos suficientes y de calidad, la educación y acceso a la información adecuada, oportuna y suficiente, vinculando salud y ambiente.

Recomendaciones

La Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud, celebrada en Alma-Ata parte de “la existente desigualdad en el estado de salud de las personas, particularmente entre los países desarrollados y los países en vías de desarrollo”, y como estrategia propuso, en septiembre de 1978, la atención primaria de salud para alcanzar una vida social y económicamente productiva. Reconoce la relación entre pobreza y salud y por ello propone mejorar la calidad de vida de la población a partir de una promoción y protección de la salud en la población especialmente vulnerable, en este caso, en los países en vías de desarrollo. Sin embargo, diversos estudios realizados¹⁹² concluyen que la escolaridad es, -con independencia del estrato o el nivel socioeconómico de que se trate-, condicionante para el uso adecuado de los servicios de atención en salud.

Los servicios de salud con un enfoque de atención primaria, se caracterizan por ser culturalmente aceptables, por incorporar a la comunidad en los procesos de identificación de los problemas, en la planificación de los servicios necesarios y la gestión de programas que tengan una relación directa con los problemas locales. En razón de lo indicado, pareciera evidente que no debe promoverse un modelo

¹⁹¹ The People's Movement for Human Rights Education (PDHRE)/ Movimiento de los Pueblos para la Educación en Derechos Humanos Oficina Central en New York Shulamith Koenig / Directora Ejecutiva. New York, 2000

¹⁹² Álvarez L., Rodríguez, y otros. Centro de Colaboración en Investigaciones de Reproducción Humana de la Habana de la OMS, del Instituto Nacional de Endocrinología, Cuba. Salud reproductiva.



único de atención primaria, o la integración uniforme de estos modelos, sino que deben respetarse e incorporarse las especificidades de la comunidad, a efecto de que tanto la promoción como la prevención resulten efectivas para reducir las vulnerabilidades que enfrenta la comunidad y mejorar sus condiciones de vida.

La participación comunitaria debe procurar incorporar a los sujetos sociales, entiéndase iglesia, escuela, oficinas públicas locales y gobierno municipal; tanto como la familia. Enfatizando el trabajo integral en las acciones preventivas y promocionales, con ello se promueve que la salud comunitaria se adopte como un valor social que contribuya al fortalecimiento local y la descentralización de los servicios necesarios para la comunidad, acentuando un proceso democrático y social comunitario.

El gran riesgo en una política de atención primaria de salud, es el de uniformar las respuestas locales. No todas las comunidades enfrentan los mismos problemas, al menos desde el punto de vista medioambiental. Hay comunidades más vulnerables al dengue, otras a la malaria, al cáncer de piel, a los tóxicos y todas son vulnerables al Cambio Climático y a la contaminación de las aguas, el aire y los suelos. Las estrategias de salud comunitaria deben ser capaces de reconocer estas diferencias y aprovechar las fortalezas del colectivo social e incorporar a los agentes locales de salud en una estrategia local que considere la vigilancia de las condiciones ambientales.

En la construcción de una estrategia de atención primaria de salud, debe considerarse la situación socioeconómica y política, la identificación de los problemas sanitarios prevaletentes, las debilidades en la infraestructura de los servicios básicos, el nivel nutricional de la comunidad, la tasa de natalidad, el control de las enfermedades endémicas locales y identificación de los discapacitados, entre otros.

El componente sobre la inexistencia de fronteras en el tema ambiental obliga a considerar medidas e incidencias.

Lo más importante al diseñar e implementar una estrategia para responder a las principales vulnerabilidades de nuestras poblaciones en relación con el impacto del medio ambiente, es determinar el mayor riesgo o vulnerabilidad. Esa es la primera actividad por desarrollar. Una vez identificada la mayor vulnerabilidad para la población o segmentos de población, se genera la respuesta técnica que no siempre proviene del sector salud y se identifican los posibles responsables locales de su ejecución. Una vez identificados los responsables, hay que evaluar su capacidad personal e institucional o bien establecer las necesidades de capacitación y entrenamiento así como los recursos necesarios para llevar a cabo las actividades recomendadas para disminuir el riesgo de la población meta.

En el caso de Costa Rica, contamos con una estrategia en el nivel nacional que bien puede servir como plataforma, pero que requiere adaptaciones, me refiero a los EBAIS.

Considero que es necesario construir una estrategia diversificada, de base comunitaria, que responda a problemas específicos, por ejemplo: en Guanacaste tenemos una importante población femenina con riesgo de cáncer de útero y una tasa de discapacitados, en mucho, superior a la nacional. En Puntarenas y Limón, la cantidad de casos de dengue son alarmantes; en la zona urbana, la violencia intrafamiliar y el alcoholismo así como la siniestralidad son causas del deterioro de la salud de manera importante. El embarazo en adolescentes y las especiales condiciones de las poblaciones migrantes, que presentan enfermedades que se mantenían controladas en el nivel nacional — parásitos, diarreas, enfermedades



asociadas a la ingesta de agua no potable— ameritan la configuración de EBAIS diferentes, con el fin de que puedan realmente cumplir la meta propuesta de mejorar las condiciones y calidad de vida de los habitantes del territorio costarricense.

Bibliografía

- Annual Report Inspectorate for the Environment 2000. Ministry of Housing, Spatial Planning and the Environment, La Haya, octubre 2001.
- Álvarez L., Rodríguez, y otros. Salud reproductiva. Centro de Colaboración en Investigaciones de Reproducción Humana de La Habana de la OMS, del Instituto Nacional de Endocrinología, Cuba.
- Declaración Alma-Ata, 1978. <http://www.femeba.org.ar/fundacion/>
- Restrepo, Ivan. Agua, Salud y Derechos Humanos, Ed. Comisión Nacional de Derechos Humanos, México 1996.
- Salazar, Roxana. Actividad Bananera en Costa Rica. Ed. Fundación Ambio, Costa Rica 1994.
- Servicio Meteorológico Nacional Argentino. <http://www.meteofa.mil.ar>
- The People's Movement for Human Rights Educación (PDHRE)/ Movimiento de los Pueblos para la Educación en Derechos Humanos Oficina Central en New York Shulamith Koenig/ Directora Ejecutiva. New York, 2000.
- Valente Marcela. Tierramerica. <http://www.tierramerica.net/2004/0703/articulo.shtml>
- Wesseling, Catharina. Health Effects from Pesticida use in Costa Rica. Carolinska Institutet, Estocolmo, 1997.
- Metas del Milenio, Página oficial de Las Naciones Unidas. <http://www.undp.org/spanish/mdgsp/>
<http://www.developmentgoals.org/Environment.htm>
- <http://www.undp.org/spanish/mdgsp/FSmdg200203s.pdf>
- Objetivos del desarrollo del Milenio. <http://www.undp.org/spanish/mdgsp/mdgtablesp.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. Atlas sobre Salud Infantil y Medio Ambiente. salud_ambiental@eListas.net



El 12 de septiembre de 1978, fue firmada la Declaración de Alma Ata, en el marco de la Conferencia Internacional de Atención Primaria de la Salud.

El encuentro fue convocado por la Organización Mundial de la Salud, UNICEF y el Gobierno de la entonces Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas.

Participaron 134 países, 67 organismos internacionales y decenas de organizaciones no gubernamentales.

