

CAMBIO EN LAS ESTRATEGIAS PARA LA ATENCION DE LA SALUD EN COSTA RICA

Juan Jaramillo Antillón¹

INTRODUCCION

Como resultado de una serie de medidas y acciones que se han ejecutado en Costa Rica de 1970 a 1985, la salud general de la población ha mejorado hasta el punto de mostrar indicadores en muchos aspectos similares a los de los países desarrollados. En su informe de 1985 sobre el estado mundial de la infancia, el UNICEF señala que entre los 30 países que tienen menor mortalidad infantil y mayor esperanza de vida al nacer solo hay dos en desarrollo, Cuba y Costa Rica, aun cuando este último tiene el menor ingreso per cápita de todos ellos (1).

La baja mortalidad infantil, materna y general que se registra en Costa Rica (2, 3), junto a la elevada esperanza de vida de que gozan sus habitantes, en un país económicamente pobre, obligan a preguntarse cómo se ha

logrado obtener esos índices y mediante qué mecanismos se han sostenido. En este artículo se responde a esas preguntas.

ANTECEDENTES

A inicios de la década de los setenta, el problema de la salud se centraba en la alta morbilidad y mortalidad infantiles, condicionadas en parte por la pobreza y la ignorancia que afectaban a importantes sectores de la población y por la ausencia de orientaciones definidas en las políticas de salud del país. Esta situación mejoró gracias a la realización de acciones concretas en las estrategias de salud dentro de un contexto de mejoras económicas y sociales que perduraron hasta 1980. Algunos de los factores determinantes fueron el incremento de la alfabetización, hasta el 92%, y el crecimiento del producto interno bruto (4), asociado a los precios elevados en el mercado internacional de las exportaciones tradicionales del país (café, cacao, banana, azúcar y carne). Este grado de bonanza económica aceleró el desarrollo en Costa Rica y permitió impulsar diversas acciones en el campo de la salud, con lo que se corrigieron muchos de los problemas existentes anteriormente.

Por medio de recursos propios y préstamos externos se realizó un amplio

¹ Anteriormente, Ministerio de Salud, Costa Rica. Dirección postal actual: Apartado 1292, San José, Costa Rica.

programa de acueductos urbanos y rurales, así como campañas de vacunación y programas regulares de inmunización permanente. También se crearon los programas de salud rural y comunitaria, con muchos componentes de atención primaria en apoyo de las acciones de salud dirigidas a las poblaciones más desatendidas del área rural y urbana. El Seguro Social, llamado Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), extendió la cobertura de sus servicios con la construcción de hospitales y clínicas por todo el país. Finalmente, en 1983 se logró que el 92% de la población urbana contara con agua potable y el 94% con servicios de evacuación de excretas, mientras que la cobertura fue de 70 y 85%, respectivamente, para la población rural.

POLITICAS Y RECURSOS DE SALUD FRENTE A LA CRISIS

Lamentablemente, Costa Rica no escapó a la crisis económica, que repercutió en todas las actividades de salud e impidió universalizar totalmente los servicios del Seguro Social abarcando al ciudadano indigente, que constituía el 18% de la población del país. Además, se volvió sumamente difícil continuar manteniendo la cobertura de la población asegurada, que ascendía al 78%.

Frente a los altos costos de los servicios hospitalarios, debidos a su gran dependencia tecnológica en equipos, ma-

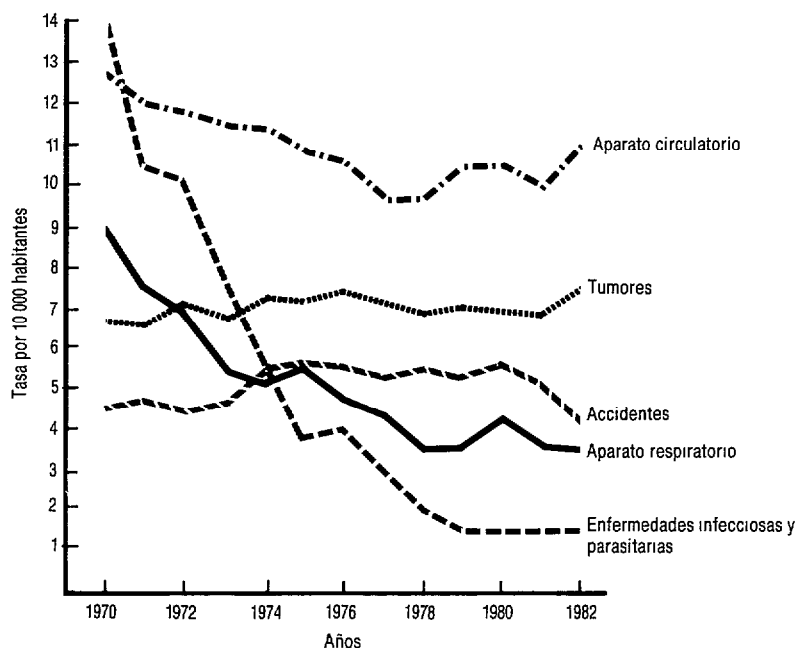
teriales y medicamentos procedentes del exterior, se procedió a reducir al máximo la hospitalización procurando que la gente no enfermara o enfermara menos por medio de mecanismos preventivos y seleccionando con rigor los internamientos mediante una nueva orientación de la consulta externa.

Es importante tener en cuenta que hasta 1982 los servicios del Seguro Social se limitaban a atender la enfermedad, sin intentar prevenirla, y no disponían de estrategias de contención de gastos. Por ello es justo indicar que las medidas adoptadas por el Ministerio de Salud a partir de aquella fecha han conseguido que esos servicios alcanzaran a más del 80% de la población del país.

Por otro lado, cabe indicar que la patología predominante se ha ido modificando con el tiempo (figura 1), de manera que en 1983 las principales causas de muerte fueron las enfermedades cardiovasculares (19,7%), los tumores malignos (19,2%), las dolencias cerebrovasculares (7,2%), los accidentes (6,9%) y las enfermedades perinatales (6,7%) (3). Esta clase de padecimientos demanda acciones de más alto costo, modificar costumbres y hábitos arraigados y establecer mecanismos preventivos eficaces sobre la base de acciones educativas y de diagnóstico precoz.

No obstante, la pérdida del poder adquisitivo de la moneda y el proceso inflacionario conllevan el descenso del nivel de vida de la población y generan pobreza, con lo cual se podría favorecer la aparición de enfermedades transmisibles y la desnutrición infantil. Además, aunque los presupuestos de salud han crecido, se han destinado sobre todo a aumentos salariales, de modo que las partidas correspondientes a los servicios son proporcionalmente menores que las de los años anteriores, mientras que la demanda de estos servicios se incrementa a medida que crece la población (5).

FIGURA 1. Principales causas de muerte, Costa Rica, 1970-1982



Fuente: Ministerio de Salud, Departamento de Estadística, 1983.

NECESIDAD DE CAMBIO

De acuerdo con estas consideraciones, se creyó necesario realizar un cambio en la organización y funcionamiento de los servicios de salud del país y se decidió crear un sistema de prestación de servicios preventivos y asistenciales equilibrado, en cuanto a alcance y recursos, y en el cual las instituciones participantes fueran integrando progresivamente sus acciones en un solo plan nacional de salud. Este sistema propende a obtener una mejor utilización de los recursos disponibles, mediante prioridades definidas, evitando duplicaciones que afectan los costos de operación y encarecen los servicios. Por medio de esta estrategia de integración de servicios entre el Seguro Social y el Ministerio de Salud se

ha conseguido alcanzar prácticamente la cobertura universal en salud en el país, puesto que en 1985 más del 96% de la población recibía atención médica por el Seguro Social con apoyo del Ministerio (6). A la vez, el Ministerio de Salud ha incrementado las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad a corto plazo, y los medios de comunicación social han concertado con la CCSS intensas campañas a favor de la lactancia materna y contra el tabaco y el alcohol, la obesidad y la hipertensión. Con todo ello se ha logrado mejorar los índices de salud, especialmente la reducción de la mortalidad infantil.

EFICACIA EN LA INTERVENCION

Con el uso de tecnologías sencillas pero adecuadas a la situación actual y compatibles con los recursos del país, se ha logrado una intervención eficaz en diferentes campos de la salud. Así, las enfermedades diarreicas, que suelen acarrear graves daños a la salud y altos costos de tratamiento, obligando en muchos casos al internamiento, en la actualidad se combaten en la gran mayoría de casos con sobres de rehidratación oral, de bajo costo y al alcance de toda la población en los puestos de salud distribuidos por todo el país, por alejados que se encuentren de hospitales y clínicas (7).

También mediante la educación sobre la alimentación y los cuidados de la embarazada, el recién nacido y el niño pequeño se ha conseguido una franca disminución de la mortalidad y la morbilidad infantil y materna. Por su parte, el aumento de la lactancia materna ha hecho más que cualquier medicamento o tratamiento clínico en favor de la salud de la infancia del país (8).

Afecciones tales como la poliomiélitis, difteria, viruela, tos ferina, tétanos y sarampión se han controlado con las campañas de vacunación y no por medio de los hospitales. La amebiasis, las fiebres tifoidea y paratifoidea, el tifus y las parasitosis intestinales han disminuido fundamentalmente gracias al saneamiento ambiental, la ampliación del suministro de agua potable y el uso de letrinas sanitarias.

En 1985 se cumplieron 12 años sin registrar ningún caso de difteria ni poliomiélitis, y en el Hospital Nacional de Niños, donde se atienden todas las enfermedades infantiles, solo hubo una muerte por causa de la tos ferina y ninguna por las clásicas enfermedades transmisibles. También hizo más de un año que no se presentaban casos de sarampión en el país. La malaria, causante de muchas muertes y de la pérdida de otras tantas horas de trabajo, y con un alto costo de tratamiento, ha sido controlada mediante medidas preventivas y de vigilancia epidemiológica. Lo mismo sucede con el dengue y la fiebre amarilla, que no existen en el país por haberse erradicado el vector *Aedes aegypti*.

Asimismo, por medio de un simple tratamiento con penicilina benzatina administrada a los niños con amigdalitis recidivantes se han evitado las secuelas de la fiebre reumática, y en consecuencia todo el costoso y complejo tratamiento médicoquirúrgico que antes era necesario dar.

Por otra parte, gracias a la educación para la paternidad responsable y sobre alimentación pre y posnatal, así como a la ayuda alimentaria, en Costa Rica ha disminuido la desnutrición, hasta desaparecer la de grado III (8), y se ha reducido la enfermedad tanto en las madres como en los niños. Diariamente, más de medio millón de niños reciben alimentación suplementaria en comedores escolares (de 7 a 12 años) y en centros de educación, salud y nutrición distribuidos por todo el país (menores de 7 años). También miles de madres pobres embarazadas reciben ayuda alimentaria. El 92 % de los niños tienen un peso al nacer mayor de 2 500 g. Para evitar el nacimiento de niños enfermos ha sido sumamente útil educar a las madres sobre los peligros de ingerir alcohol, fumar, usar medicamentos y otros hábitos nocivos durante el embarazo, así como sobre las

graves consecuencias de exponerse a infecciones o radiografías innecesarias. Y acerca de los peligros de tener embarazos muy seguidos y los riesgos de ser gestante muy joven o demasiado mayor.

Es importante señalar, no obstante, que las áreas urbanas de Costa Rica están sufriendo un fenómeno de urbanización e industrialización aceleradas y desordenadas que ha supuesto la contaminación de los ríos y el ambiente, de modo que se han creado nuevos riesgos para enfermar o morir. Además, en los alrededores de estas zonas urbanas se ha congregado una población marginal importante que reúne condiciones de higiene y salubridad muy precarias. Se presenta, pues, un doble problema: mantener lo ganado y atender con relativos pocos recursos las nuevas enfermedades que afectan al país.

En suma, cabe destacar que las acciones de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad llevadas a cabo han favorecido directa e indirectamente al Seguro Social, puesto que han contribuido a reducir el número de enfermos graves al erradicar múltiples enfermedades que conllevaban internamiento y mayores gastos en los servicios médicos.

Desde 1984, faltando 16 años para el año 2000, Costa Rica se ha adelantado en el campo de la salud a la mayoría de los países en desarrollo y hasta a algunos desarrollados, e incluso ha superado la mayor parte de las metas propuestas por la OMS para aquella fecha. Así, la mortalidad infantil fue de 18,5 por 1 000 niños de hasta un año, y la esperanza de vida al nacer alcanzó los 73,5 años. En cuanto a la mortalidad general, en 1983 descendió a 3,9 por 1 000 habitantes (9, 5, 10).

A pesar del crecimiento de la población, el número de camas de hospital ha venido descendiendo, como fiel reflejo de las mejoras en salud conseguidas (11), hasta alcanzar en 1985 la cifra de 2,9 por 1 000 habitantes, siendo 408 el número de camas de hospital destinadas a la población infantil en la capital. En 1984 el número total de camas hospitalarias fue de 7 069. Costa Rica presenta este descenso como un verdadero indicador de progreso, ya que por el contrario, un exceso de hospitales o camas como ocurre en los países desarrollados no significa forzosamente que presten una buena atención de salud, sino que hay gran atención a la enfermedad, exceso de enfermedad o mala administración de los recursos, si es que tienen buenos índices de salud (12).

Esta situación tal vez sea un caso de excepción para un país con una economía tan pobre. De hecho, se espera que en los próximos años en Costa Rica no será necesario abrir un hospital más (5, 13). El índice de ocupación de las camas de hospital disponibles fluctúa entre el 75 y el 80% (11), y en 1983 la estancia promedio fue de 6,8 días.

EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Se considera que el sistema que requiere el país no debe orientarse ya a la construcción de hospitales para la curación de enfermos, sino que debe tender a la creación de una infraestructura que, primordialmente, se dedique a prevenir la enfermedad, a fortalecer la salud y, en general, a proporcionar los servicios de manera más sencilla pero no menos eficaz, sin que eso signifique minimizar la importancia de las acciones curativas.

El sistema que se pretende establecer tiene como meta la reorganiza-

ción de los servicios actuales de salud para brindarlos a toda la población sin distinción de edad, sexo, área geográfica de residencia u ocupación a un costo compatible con los recursos nacionales. Es a la vez un objetivo y un modelo de organización que aspira a ordenar los recursos humanos y materiales disponibles mediante un conjunto de mecanismos que regularizan la capacidad instalada, y a crear nuevos procesos administrativos y técnicos para ofrecer esas prestaciones integrales de salud. En ningún caso se trata de una institución administrativa rígida, sino de un conjunto de normas, reglas y programas orientados hacia un mismo fin.

En él participan todas las instituciones que integran el sector salud, sin perder su autonomía pero aceptando uniformar sus procedimientos administrativos y técnicos en una serie de aspectos cuyo fin es mejorar lo existente y lograr mayor cobertura de servicios. El sistema así concebido considera la planificación coordinada de servicios a nivel central, de forma que existan normas o programas por respetar y cumplir en la prestación de servicios. Todo ello sin dañar la capacidad administrativa y financiera de cada institución, de manera que los aspectos legales por el momento no se vean comprometidos, hasta que en un futuro se proceda por ley a las modificaciones que se consideren indispensables, según necesidades, para un funcionamiento más adecuado.

El financiamiento del sector debe ser multilateral, y cada institución tiene que cumplir con sus propias acciones y además contribuir con el plan de acción o desarrollo de determinados programas.

Para crear ese sistema se deben consolidar acciones o estrategias en los siguientes campos: el sector salud; la integración de servicios; la medicina integrada; la atención primaria, y la participación comunitaria.

La constitución del sector salud

La constitución del sector salud representa una realidad legal y orgánica que involucra al Ministerio de Salud, la Caja Costarricense de Seguro Social, el Instituto Nacional de Seguros y el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados, y cuenta con el concurso del Ministerio de Planificación (6, 14, 15).

La coordinación directa del sector recae en la persona del Ministro de Salud, y tanto la Ley de Administración Pública como los decretos ejecutivos correspondientes fortalecen su acción y su injerencia en todas estas instituciones adjudicándole nuevas potestades y responsabilidades (15-18). Para esta labor el Ministro se apoya también en el Consejo Nacional de Salud y cuenta, además, con la secretaría ejecutiva del sector para la coordinación y ejecución sectoriales.

La integración de los servicios de salud

Con objeto de constituir el sistema nacional de salud, se está llevando a cabo la integración de servicios entre el Ministerio de Salud y el Seguro Social. No solo se pretende ubicar en un mismo edificio a ambas instituciones, sino también integrar recursos, acciones y programas.

Hasta 1985 se ha realizado esta integración en un 60% del país, y la experiencia ha permitido identificar factores restrictivos y factores favorables al proceso, diferentes según las regiones e incluso los pueblos, según su desarrollo económico, su cultura y su localización, y por último con arreglo a la existencia de

liderazgo comunal y a la disposición de los trabajadores del sector.

Este proceso se basa en el modelo piramidal de servicios que, partiendo de acciones simples en el hogar y la comunidad, va elevando la complejidad de sus servicios hacia los niveles superiores en forma gradual y sucesiva, con asesoramiento continuo y sistemas de supervisión y apoyo. Para esta forma de prestación de los servicios se trata de fortalecer los niveles regionales intermedios, manteniendo en el nivel central las decisiones de política de salud pero delegando autoridad en las jefaturas regionales para la ejecución de las acciones.

También se realiza un inventario de los recursos, se reorganizan los distintos niveles administrativos y se crean mecanismos de coordinación y supervisión común. En algunos aspectos se espera integrar completamente las acciones desde el inicio, por ejemplo, en cuanto a la operación y mantenimiento de equipos y en cuanto a una sola proveeduría. Hasta 1985 se ha logrado incrementar la cobertura de servicios mediante el apoyo mutuo en equipos y materiales, edificios y recursos humanos. Para este proceso de integración se ha conseguido la más amplia colaboración de parte de los funcionarios, tanto del Ministerio de Salud como de la Caja Costarricense de Seguro Social. También ha sido de suma importancia la equiparación de los salarios de todos los profesionales y técnicos en ambas instituciones.

La orientación integral de las acciones

Por norma, todas las acciones que se ofrezcan en los servicios de salud de las instituciones del país deben estructurarse en forma integral, es decir, que estas actividades, ya sean individuales o colectivas, deben abarcar la promoción,

la prevención, la reparación y la rehabilitación, e inclusive, cuando proceda, la investigación aplicada (19).

Esta forma de prestación de los servicios, que no debe confundirse con la integración de los servicios de salud, requiere que todos los recursos de los distintos niveles de atención, incluyendo centros y puestos de salud, clínicas y hospitales, actúen de acuerdo con el medio social y en relación con la comunidad a la que sirven, y no con orientación primordial hacia la curación de los enfermos, como se hacía anteriormente.

La incorporación de las estrategias de atención primaria

Dentro del sistema nacional de salud, la estrategia de atención primaria constituye la clave para atender a los grupos rurales y urbanos marginados. Se han considerado distintas formas de establecer la atención primaria, según el desarrollo socioeconómico de cada lugar, tratando de llevar los servicios de salud lo más cerca posible de las comunidades y de lograr a su vez su participación (20, 12).

Los componentes de la atención primaria que se han incorporado plenamente en los programas del sistema nacional de salud son: la educación para la salud, la alimentación suplementaria, el saneamiento ambiental, el suministro de agua potable, la evacuación sanitaria de excretas y la eliminación adecuada de desechos. También se han fortalecido las actividades permanentes de inmunización y en determinadas áreas se realizan algunas campañas contra enfermedades endémicas. Asimismo, se están organi-

zando los servicios de manera que las primeras acciones, ya sean de promoción de la salud como de atención de enfermos, se lleven a cabo en la propia comunidad, sin recurrir a desplazamientos importantes. Por otra parte, se ha considerado la ampliación de los servicios de consulta médica a los sábados, domingos y días feriados, y los pueblos alejados de las áreas hospitalarias se están dotando con los medicamentos esenciales y los elementos básicos para prestar asistencia sanitaria fundamental.

La participación comunitaria

En Costa Rica se considera que la participación de la comunidad es esencial para que los servicios de salud funcionen con éxito.

Las Juntas de Salud y Seguridad Social no solo se han creado para obtener la participación de las comunidades en la identificación y solución de sus problemas de salud, sino también para que las mismas comunidades o sus representantes puedan ejercer un control constante de la burocracia administrativa y el personal que presta los servicios de salud (16). Se considera que la población no debe únicamente aceptar responsabilidades, sino también exigir derechos y una vez que se identifiquen los problemas de salud, puede y debe colaborar a resolverlos de acuerdo con sus posibilidades y la experiencia que vaya adquiriendo. La información y educación para la salud y la participación comunitaria fortalecerán también la educación cívica de la población.

La salud de un país depende más de la política social de sus gobiernos

que del nivel de desarrollo económico que posea. Así, la riqueza de una nación está en sus hombres y en la organización social que se han impuesto, y depende de los resultados que de ella se deriven. En Costa Rica, existe la tradición de que la política en un gobierno es o debe ser un instrumento de cambio social sin el cual la sociedad permanecería estática, y por ello a pesar de su pobreza se han creado y desarrollado numerosos programas e instituciones de bien social.

Dentro de una sociedad igualitaria y democrática como la que existe en Costa Rica, los servicios de salud y seguridad social solo podrán ser aceptables si culminan en un sistema de servicios integrales de salud eficiente al alcance de toda la población.

Principios básicos que guían la política de salud en Costa Rica

□ La prestación de servicios de salud debe alcanzar a toda la población, sin distingo de ningún tipo.

□ Es necesario y urgente contener el alto costo de la atención médica, dentro de límites razonables para la capacidad de pago de Costa Rica.

□ La integración de los servicios de prevención con los de curación y rehabilitación debe ser un desiderátum.

□ Promover la salud y prevenir la enfermedad son las prioridades principales.

□ Se debe brindar atención ambulatoria preferentemente dentro del sistema.

□ La participación de la comunidad es fundamental para el éxito de cualquier programa de salud.

□ Se debe intentar una distribución más equitativa de los recursos nacionales de salud y dar más apoyo a los mecanismos educacionales y preventivos por parte de la Seguridad Social.

□ Es indispensable formar conciencia en el sector profesional del campo de la salud, no sólo para que acepte el cambio sino para que se comprometa con el mismo. Para ello se han iniciado modificaciones en los programas de estudio de las escuelas de ciencias de la salud de Costa Rica.

RESUMEN

Este trabajo presenta una visión de los cambios en salud que se han efectuado en Costa Rica de 1970 a 1984. Todos ellos han sido producto de acciones en que se considera fundamental la decisión política de los diversos gobiernos de preservar la salud aun en momentos de crisis económica. Según el UNICEF, en 1985 Costa Rica se encontraba entre las 30 naciones con menor mortalidad infantil y mayor esperanza de vida al nacer, a pesar de tener el ingreso per cápita más bajo entre ellas.

Ante los excelentes resultados obtenidos con las medidas preventivas y educativas en el campo de la salud, y el hecho de que debido a la crisis económica el país no podía soportar los elevados costos de los servicios de atención de enfermedad, se decidió tratar de crear un sistema nacional de salud para el cual se propusieron diferentes estrategias, a saber, la constitución del sector salud, la integración de los servicios, la orientación integral de las acciones y la participación de la comunidad.

Los principios básicos que en la actualidad guían la política de salud en Costa Rica son la prestación de servicios de salud para toda la población sin distinción de ningún tipo; la integración de los servicios de prevención con los de curación y rehabilitación; la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad como principales prioridades, y fi-

nalmente, la participación de la comunidad como eje fundamental para el éxito de cualquier programa de salud. □

REFERENCIAS

- 1 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. *The State of the World's Children*. New York, Oxford University Press, 1985.
- 2 Bermúdez, D. *Indicadores seleccionados de salud por región y cantón*. Costa Rica, 1983. San José, Ministerio de Salud, Departamento de Estadística, 1985.
- 3 Costa Rica, Ministerio de Economía y Comercio, Dirección General de Estadística y Censos. *Datos sobre mortalidad en Costa Rica*. San José, 1983.
- 4 Banco Central de Costa Rica. *Producto interno bruto de Costa Rica*. San José, 1983.
- 5 Jaramillo, J. *Los problemas de la salud de Costa Rica*, 2a. ed. San José, Litografía Ambar, 1984.
- 6 Caja Costarricense de Seguro Social. *Plan quinquenal de la Seguridad Social Integral, 1986-1990*. Departamento de Planificación, San José, 1985.
- 7 Rosales, L., Salazar, R., Alvarado, A., Valerín, C., Oviedo, R. y Donas, S. *Diagnóstico de la situación perinatal*. San José, Ministerio de Salud, 1984.
- 8 Costa Rica. Ministerio de Salud. *Encuesta nutricional nacional*. San José, 1983.
- 9 Costa Rica, Ministerio de Economía y Comercio, Dirección General de Estadística y Censos. *Actualidad estadística*. Boletín No. 1, San José, 1985.
- 10 Peña Chavarría, A. *Memoria anual Ministerio de Salud, 1937-1938*. San José, Ministerio de Salud, 1938.

- 11 Jaramillo, J., Alfaro, O., Jenkins, J., López, M. y Moya, L. *Características de la atención médica en Costa Rica*. San José, Ministerio de Salud, 1985.
- 12 Terris, M. *La revolución epidemiológica y la medicina social*. México, Siglo XXI, 1980.
- 13 Jaramillo, J. *Reflexiones*. San José, Litografía Ambar, 1984, pp. 189-200.
- 14 Jaramillo, J. y Asís, J. *Constitución del sector salud. Plan de acción*. San José, Ministerio de Salud y Caja Costarricense de Seguro Social, 1983.
- 15 Decreto No. 14313. Plan Costa Rica. *La Gaceta*, San José, 1983.
- 16 Decreto No. 14184. Plan Costa Rica. *La Gaceta*, San José, 1983.
- 17 Decreto No. 15133. Incorporación de los indigentes a los servicios del Seguro Social. *La Gaceta*, San José, 1983.
- 18 Decreto No. 14222. Reglamento de las Juntas de Salud y Seguridad Social. *La Gaceta*, San José, 1983.
- 19 Terris, M. Tendencias y perspectivas de los tres sistemas mundiales de atención médica. *Foro Mund Salud* 1(1,2):93-103, 1980.
- 20 Mahler, H. Costa Rica, un pequeño milagro de salud. *El Seguro*, p. 3, septiembre de 1984.

SUMMARY

CHANGES IN HEALTH CARE STRATEGIES IN COSTA RICA

This paper describes the changes that took place in the health field in Costa Rica from 1970 to 1984. They were all brought about by measures that could not have been taken without the resolve of the successive governments to preserve health, as a matter of policy, even in times of economic crisis. According to UNICEF, in 1985 Costa Rica was among the thirty countries with lowest infant mortality and longest life expectancy at birth even though it had a lower per capita income than any of them.

In view of the excellent results obtained with preventive measures and education in the health field, and of the fact that

the economic crisis made it impossible for the country to afford the high costs of services for the treatment of disease, it was decided to try to set up a national health system, and diverse strategies were proposed for doing so: the establishment of a health sector, integration of services, intercoordination of measures, and community participation.

The present guiding principles of health policy in Costa Rica are provision of health services to the entire population without any distinction whatever; integration of preventive with curative and rehabilitative services; promotion of health and prevention of disease as the paramount priorities and, finally, community participation as the key-stone for the success of any health program.