

INVESTIGACION ORIGINAL

# LAS UNIDADES SANITARIAS: UN MODELO EJEMPLAR EN LA EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA SALUD PÚBLICA EN COSTA RICA

## THE HEALTH UNITS: AN EXEMPLARY MODEL IN THE HISTORICAL EVOLUTION OF PUBLIC HEALTH IN COSTA RICA

Alvarado Arce, Edwin Manual<sup>1</sup>; Granados, Granados Wendy<sup>2</sup> y Velázquez Rojas, Laura<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Servicio Cirugía de Tórax y Cardiovascular, Hospital México, Caja Costarricense de Seguro Social, San José, Costa Rica. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-9569-5962>. Correo: ed\_malva@hotmail.com

<sup>2</sup> Hospital México, Caja Costarricense de Seguro Social, San José, Costa Rica. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-9756-8940>. Correo: wengranados@yahoo.es

<sup>3</sup> Dirección de Regulación de Productos de interés Sanitario, Ministerio de Salud, San José, Costa Rica. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-9274-2962>. Correo: dra.velazquezrojas@gmail.com

**Resumen:** Debido a la escasa información, así como, la poca recopilación anecdótica e histórica de las Unidades sanitarias en Costa Rica, han generado el desconocimiento hacia su fundamental importancia en la historia del desarrollo de los servicios de salud, particularmente, el papel protagónico de éstas en la Salud Pública de nuestro país.

Las Unidades Sanitarias reflejaron la transición de los cambios de las políticas públicas del Sistema de Salud de Costa Rica, con evolución de más de un siglo, consistía en una atención enfocada en organizaciones de caridad y beneficencia, que posteriormente, fue brindada por la Protección Social a través del Estado Costarricense.

En los años setenta con la universalización y el traspaso de los Hospitales de la Junta de Salud y sus funciones hacia la Caja Costarricense del Seguro Social, las Unidades Sanitarias forman parte de la política estatal en la cobertura de la protección y atención de salud, porque ésta cubría aquellas poblaciones que no fueron protegidas inicialmente por la Caja Costarricense del Seguro Social, formando así, parte del fundamento de la universalización del acceso a la salud que se inició en 1961 siendo uno de los hitos más importantes en la historia del Sistema Sanitario Costarricense.

**Palabras clave:** sistema estatal de salud, salud pública, seguridad social. **Fuente:** NLM.

Recibido: 10 Agosto 2021. Aceptado: 20 Septiembre 2021. Publicado: 24 Octubre 2021.

**Abstract:** Due to the scarce information, as well as the little anecdotal and historical compilation of the Health Units in Costa Rica, they have generated ignorance about their fundamental importance in the history of the development of health services, particularly, the leading role of these in the Public Health of our country.

The Health Units reflected the transition of the changes in public policies of the Health System of Costa Rica, with evolution of more than a century, consisted of a focus on charitable and charitable organizations, which was subsequently provided by the Social Protection through the Costa Rican State.

In the seventies with the universalization and transfer of the Hospitals of the Board of Health and their functions to the Costa Rican Social Security Fund, the Health Units are part of the State policy in the coverage of health protection and care, because this covered those populations that were not initially protected by the Costa Rican Social Security Fund, thus forming part of the foundation of the universalization of access to health that began in 1961 being one of the most important milestones in the history of the Costa Rican Health System.

**Key words:** state health care system, public health, social security. **Source:**NLM.

## INTRODUCCIÓN ORÍGENES DEL SISTEMA DE SALUD COSTARRICENSE

Desde tiempos inmemoriales la medicina ha estado presente en la historia de la humanidad. Esta disciplina científica se ha representado en distintas épocas y culturas a través de la mitología, la religión, el misticismo y la ciencia, en dichas representaciones se ha entendido de manera similar a la actualidad **(1)**. Además de eso, con el desarrollo de la medicina, la figura del médico fue tomando cada vez más importancia en el resguardo de la salud de las poblaciones a su cargo. Bajo este contexto, según Jaramillo-Antillón los médicos deben entender que no puede haber nada más noble que proteger su salud o atender su enfermedad. Si se acepta lo anterior, se abre una amplia perspectiva sobre la importancia de la salud pública y la medicina en la vida de los pueblos **(1)**.

A partir de todo lo anterior, las unidades sanitarias (U.S) obtienen un papel preponderante en el desarrollo de la medicina en Costa Rica, lo que facilita directamente el crecimiento económico, el control demográfico y el desarrollo de las políticas encaminadas al bienestar creciente de la población.

Todo ello, en Costa Rica, da inicio a un sistema sanitario muy robusto desde 1936, cuando se crea el primer dispensario de este tipo.

## ANTEDECENTES DE LA SALUD PÚBLICA EN COSTA RICA

Desde el periodo precolombino, las poblaciones autóctonas supieron la importancia de salvaguardar la salud de sus comunidades. Así, las principales poblaciones indígenas creían que los espíritus protectores de los animales estaban bajo control de una figura mística conocida como el *Sukia* o *Chamán*, médico brujo o curandero. Este integrante de la comunidad era el encargado de sacar los espíritus y demonios del cuerpo del enfermo, mediante conjuros, pócimas, cantos, bailes y el aislamiento de las personas **(2)**.

Por otra parte, en el periodo de la conquista, esto es, de 1502 a 1575, con la llegada de los españoles se produjo la exposición a muchas enfermedades desconocidas por los indígenas del territorio nacional: enfermedades venéreas, viruela, las pestes, tifus, influenza, sarampión. Asimismo, las condiciones de desnutrición, trabajos forzados de la encomienda, la mita y la esclavitud provocaron la disminución significativa de las poblaciones



amerindias. Además de eso, la esperanza de vida era muy baja, por lo que la población disminuía fácilmente con la aparición de las pestes y las epidemias. Todo esto era resultado de la ausencia de higiene, carencia de educación y cultura, necesarias para la creación de los sistemas de acueductos, sistemas de eliminación de excretas y otros métodos para el control de epidemias. Lo señalado anteriormente impulsó a los gobernantes de la época a crear las primeras políticas en beneficio de la búsqueda de la salud. Esto, mediante los curanderos, que mezclaban los pocos conocimientos de España con las prácticas de hechiceros locales. No obstante, a finales del siglo XVIII, la salud de la población costarricense continuaba bajo el cuidado de empíricos, curanderos y pocos facultativos. Asimismo, las acciones de atención de la salud eran ejercidas de manera puntal y no preventiva (3, 4).

Ahora bien, para los años 1800 se dieron avances importantes, cuando el Poder Ejecutivo de la época realizó la inclusión de clases de Medicina a nivel universitario. Todo ello, con la finalidad de formar profesionales responsables de velar de forma científica por la práctica médica dentro del territorio nacional [3]. Esto podría significar un elemento inicial relevante en el control de las políticas para la incipiente aplicación de los programas de salud pública. De esta forma, en el año 1850 se creó la Facultad de Medicina de Costa Rica, con un único doctor graduado 27 años después, el Dr. Cirilo Meza Noguera. Para 1888 se clausura dicha institución académica por motivos de índole político y financiero (3, 5).

A finales del siglo XIX surge la necesidad de documentar, en forma ordenada, los procedimientos quirúrgicos realizados en la época en los centros de atención médica. De esta manera, se establece la necesidad de efectuar registros adecuados de las labores y quehaceres de los médicos de la época, lo que impulsa la elaboración de un registro de las actividades tanto quirúrgicas como asistenciales (6). Lo anteriormente mencionado permitió ser ejemplo de las incipientes variables epidemiológicas sanitarias y

los indicadores de las diversas enfermedades que acontecían a finales del siglo XIX.

Otro esfuerzo estatal por contar con una mejor atención en salud se mostró a partir del año 1900. En este periodo, mediante decretos y oficios de Cleto González Víquez, el Congreso creó impuestos en los tiquetes vendidos por los ferrocarriles, con el objetivo de aumentar los recursos para mantener en función al Hospital San Juan de Dios. Sin embargo, a pesar de la creación de los hospitales y los esfuerzos estatales para su mantenimiento las condiciones precarias de insumos y de equipo básico provocaron que dichas necesidades fueran solventadas por personas particulares, a base de donativos periódicos. De hecho, en muchas ocasiones, fue el propio médico quien se presentó como benefactor o proveedor de los insumos necesarios en estos centros de atención, por ejemplo, el caso del Dr. Carlos Durán, quien, en 1917, importó de Estados Unidos el primer aspirador para un quirófano en Costa Rica, motivado por un paciente que fue apuñalado en el corazón y fue atendido por el Dr. Julio Aguilar Soto. Se cuenta que la cantidad de sangre en la cavidad pleural era tan elevada que no se visualizaba la lesión, por lo que se tuvo que dar vuelta al paciente para que se vaciara la sangre en un recipiente; para esta época se extraía la sangre con gasas y esponjas (6, 7).

Lo mencionado con anterioridad ejemplifica el empeño de muchos costarricenses de antaño, quienes se encontraban comprometidos con el mejoramiento de las condiciones de la salud de la población. Cada uno de ellos demostró su consciencia pionera social en temas de Salud Pública (S.P.) desde su lugar de trabajo. Muchos de estos médicos se formaron en universidades de élite en Europa y Norteamérica.

#### CONTEXTO HISTÓRICO DEL MINISTERIO DE SALUD EN LA FUNDACION DE LAS U.S.

Las U.S. se gestan bajo un complejo escenario social e histórico, no obstante, de manera simultánea estos procesos coyunturales contribuyeron en su desarrollo y, posteriormente,



en su aplicación, lo que benefició a la población costarricense que, para ese entonces, se encontraba desprotegida en términos de políticas y programas de salud pública.

En cuanto a los antecedentes del Ministerio de Salud (M.S.), cabe resaltar que se inició con el interés estatal por ocuparse de temas de salud pública, dichos esfuerzos se concretaron mediante la promulgación de distintas leyes y esfuerzos tales como la *Ley de Médico de Pueblo* en octubre de 1894, a través de la Campaña contra la Anquilostomiasis de 1907 y, más tarde, en 1914 con la fundación del Departamento de Salud Escolar, el cual salvaguardaría los aspectos básicos sanitarios de los niños de 7 a 14 años **(8)**.

Por su parte, en el año 1915 se creó el Departamento de Anquilostomiasis, dependiente de la Secretaría de Policía. Para 1920 se desarrollaron los dispensarios de atención prenatal e infantil y la promulgación de la legislación contra enfermedades venéreas **(8)**. En el año 1922 se creó la Subsecretaría de Higiene y Salud como parte dependiente de la Secretaría de la Policía.

Asimismo, el 12 de marzo de 1923 se emitió la *Ley de Protección de la Salud Pública*, considerada como el primer código sanitario del país. Dicha ley delimitó las funciones de Salud Nacional como parte de las labores del Estado y la Asistencia Sanitaria Regional, a cargo de los municipios **[8]**. Mediante distintas leyes, emitidas en 1927, se otorgaron las funciones de atención de lazaretos, hospicios y hospitales a la Subsecretaría, cuyas labores eran realizadas por la Secretaría de Beneficencia. Asimismo, se culminó la constitución de la Secretaría de Estado en el Despacho de Salubridad Pública y Protección Social, lo que lo convirtió en el segundo Ministerio de esta índole en América Latina **(8)**, hecho de gran relevancia en la historia de la medicina de nuestro país.

Cuando se creó la Secretaría de Estado en el Despacho de Salubridad, mediante la Ley No. 24, del 4 de junio de 1927, el Ministerio de Salud surge

como tal, ya que existía la necesidad de crecer en materia de salubridad, fortalecer nuevos campos y reglamentaciones en diversos aspectos sanitarios. La *Ley de Médicos de Pueblos*, se derogó y sustituyó por la *Ley de Médicos Oficiales*, de 26 de octubre de 1931, como complemento a esa ley surgen en esa época las llamadas: U.S, dependencias del M.S, que vienen a repercutir en el inicio del desarrollo de la medicina preventiva en Costa Rica **(9)**.

El Ministerio de Salubridad, después llamado Ministerio de Salud, asumió funciones de salud pública que tuvieron impacto en la mejora de los índices de salud de la población en general, ya que se delimitaron programas dirigidos a poblaciones de riesgo, con énfasis en la niñez y las mujeres en edad reproductiva, así como también en las poblaciones de riesgo por su condición social y económica. Es aquí donde las U.S. surgen como un modelo de la organización y un ejemplo de la calidad de los servicios de salud que han prevalecido a través de los últimos 90 años, lo que da una distinción reconocida a nuestro país a nivel regional **(10)**.

Para 1931 se constituyó la figura de *Médico Oficial*, la cual reemplazó al *Médico de Pueblo*. Ambas figuras formaron las bases de las U.S. **(8)**. En ese orden de ideas, el médico oficial presentaba mayor número de funciones y un criterio de trabajo más ordenado, inspirado en la Protección Social y en el bienestar colectivo, y no solamente enfocado en el sustrato de la beneficencia **(11)**.

Así, durante los primeros años de la década de 1930, la Secretaría de Salud y Bienestar promovió la atención ambulatoria de salud organizada e institucionalizada a la población mediante las U.S. **(12)**, esto se demuestra en 1934 cuando surgen los directores de estos dispensarios, con iguales atribuciones que los médicos oficiales: jefe de Sanidad, Médico Forense, Médico Escolar, Encargado de la Asistencia a los pobres y de accidentes de trabajo **(11)**.

Para 1942, las funciones de la Secretaría de Salubridad Pública y Protección Social se



ampliaron, abarcando el control de la higiene general: aguas potables, saneamiento del suelo y subsuelo, basura, alimentos, laboratorios para control de enfermedades infecto-contagiosas, organización y creación que se vieron fortalecidas en esta institución. Se suman, además, los registros de control contra cáncer, lucha antiofídica y control de instituciones hospitalarias, preventorios, sanatorios, orfanatos. Una muestra de esto es el Hospital Antituberculoso, Sanatorio Durán; ejemplo de institución sanitaria a nivel de la región Latinoamericana en la lucha y el combate de las epidemias de tuberculosis de la época y su tratamiento (12).

### CREACIÓN Y DESARROLLO DE LAS UNIDADES SANITARIAS

Las U.S. son la evidencia de la responsabilidad directa del Estado con respecto a la salud de la población costarricense. Cuentan con la colaboración, asistencia técnica y económica de la Oficina Sanitaria Panamericana y la Fundación *Rockefeller* (13).

- La primera U.S. fue creada en Turrialba en 1934, inaugurada por el Dr. Solón Núñez Frutos (ver Figura No. 1). Para estas fechas se pueden enunciar logros de una reglamentación sanitaria y normativa, así como el desarrollo de campañas y luchas preventivas, el advenimiento de organismos especializados para diferentes áreas, lo que fortaleció la creación de estas U.S., como la de la *Campaña Turrialbeña*, la primera en el país. Lo que da pie a la fiscalización de hospicios, clínicas, hospitales y el control de alimentos y medicamentos. Asimismo, se fortalece el desarrollo de los servicios de inspección, salud veterinaria, laboratorios, ingeniería sanitaria, eventos epidemiológicos. Desde ese momento, se establece el modelo de la enfermera visitadora como un recurso profesional esencial de las campañas antituberculosas, pioneras en el ámbito de América Latina. Todo ello da pie a que, entre 1938 y 1939, Costa Rica inicie los esfuerzos para enfrentar las campañas de control de la malaria, mediante acciones concretas dirigidas a la modificación

del ambiente, la eliminación de los criaderos de los mosquitos *anopheles* y el fortalecimiento de acciones en el ámbito de la Salubridad y la Asistencia Médico Social (14, 15, 16).



**Figura No. 1.** Fotografía del Dr. Solón Núñez Frutos, Benemérito de la Patria, Subsecretario de Higiene 1922-1926, Ministro de Salud 1927-1936 y 1943-1948 (16).

Entre los años 1942 y 1947 se contaba con diez Unidades Sanitarias más, el número fue en aumento. De esta manera, para el año 1950 las U.S. eran 33, consolidándose como todo un modelo ejemplar en la historia de la salud pública en Costa Rica. Además de eso, se forjaron otros centros colaboradores denominados *Centros Rurales de Asistencia*, que llegaron a sumar un total de 12 en el territorio nacional (14, 16).

De esta manera, las U.S. implementadas presentaron un incremento importante, así como el porcentaje de población atendida, ya que, para 1938, se encontraban 13 U.S. con la prestación de servicios de salud al 47,2 % de la población. Por otro lado, para 1942 se contaba con 25 U.S.

funcionando, las cuales atendían a 29 cantones de los 60 que poseía el país para ese entonces, esto representaba una cobertura del 64,2 % de la población (15).

En este sentido, es de sumo interés poder determinar la distribución de las U.S. en Costa Rica en 1951, en dicho momento se contaba con 34 sedes de este modelo en todo el territorio nacional (ver Figura No. 2). Lo anterior es un indicativo de la extensión de los servicios de estos dispensarios de salud en el mapa geográfico de Costa Rica. Debido a que se localizaban en diferentes áreas con mucha necesidad brindando una adecuada cobertura en zonas rurales que estaban desprovistas hasta la fecha de una eficiente y eficaz atención en los puestos básicos de atención sanitaria (15).



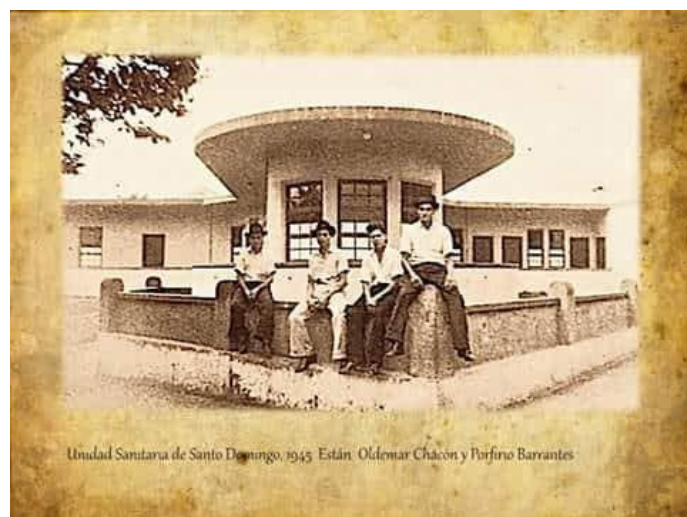
**Figura No. 2.** Distribución geográfica de las Unidades sanitarias en 1951 (15).

A lo largo del tiempo, las Juntas de Caridad se conocieron como Juntas de Beneficencia Pública y Juntas de Protección Social (6, 17). Fue el 11 de noviembre de 1936 que se oficializaron bajo estatutos legales. En ese mismo año se creó el Consejo Nacional de Salubridad y Beneficencia, y, junto con las Juntas de Caridad, fueron

fundamentales para consolidar los sistemas de organización y financiación de muchos de estos Sistemas de Salud. Asimismo, crearon gran confianza y aceptación, lo que consolidó así a las U.S. como instituciones pilares en el sistema de salud pública de Costa Rica (6,17).

Las U.S. se localizaban en las cabeceras de los cantones. En 1938 el presidente, León Cortes, inauguró la U.S. de Santo Domingo de Heredia. Esto demostró el gran apoyo estatal a este tipo de instituciones, las cuales fueron fortaleciéndose en el transcurso de los años con apoyo político irrestricto y muy fructífero. Este fortalecimiento no se reconoció únicamente a nivel nacional, sino que trascendió como un ejemplo de entidad de salud a nivel internacional y Costa Rica fue reconocida por la Oficina Panamericana de la Salud (18).

Con relación a la figura No. 3, se observa una fotografía icónica de la U.S. de Santo Domingo de Heredia de 1945 (18). Se manifiesta el funcionamiento 7 años después de su inauguración, lo que hizo que en muchos sitios fuera el motor del desarrollo social y de un avance en los índices de salud en muchas comunidades en Costa Rica. Todo ello modificó muchos de los índices y tasas de morbilidad y mortalidad en los primeros quinquenios de la inauguración de estos centros de salud (19).



**Figura No. 3.** Unidad Sanitaria de Santo Domingo en 1945 (18).

Asimismo, en la Figura No. 4 se muestra la misma institución en el año 2020. Esto evidencia la permanencia de las U.S. Además, refleja que se convirtieron en las Áreas Rectoras de Salud, las cuales actualmente se encuentran administradas por el M.S. de Costa Rica. Dichas U.S. funcionaron de forma activa después de 83 años de inauguradas a cargo de las acciones, planes, programas y proyectos actuales del Plan Nacional de Salud, así como la vigilancia de todos los eventos que requieran supervisión sanitaria en cada cantón. Todo ello revela un verdadero proceso de sostenibilidad presente en el transcurso de muchas décadas de servicio eficiente y eficaz.



**Figura No 4.** Fotografía de la Unidad Sanitaria de Santo Domingo en el año 2020. Tomada por autores.

#### **POLÍTICAS ESTATALES SOBRE EL REFORZAMIENTO DE LA ENTIDAD: UNIDAD SANITARIA**

Desde la fundación de la Segunda República en 1949 se vuelve norma un artículo que constituyó la protección de la salud como una función del Estado. De esta manera, el Poder Ejecutivo asumió dicha función, mediante el Ministerio de Salubridad como el ente encargado de salvaguardar, dirigir y atender los temas de salud de la población costarricense. Así, en el Capítulo II del Código Sanitario se define la Unidad Sanitaria

como el organismo rector de las actividades preventivas y asistenciales médicas bajo su jurisdicción, lo que fortalece así, desde el punto de vista organizacional y jurídico, a este tipo de institución **(11, 20)**.

Ahora bien, dentro de las funciones y competencias que poseía la U.S. se contaba con los servicios de estadística, epidemiología, educación sanitaria, protección maternal e infantil, protección preescolar y escolar, protección médico-social, lucha antituberculosa, higiene dental, lucha contra la lepra, antiofídica y antivenérea, servicio de saneamiento en colaboración con las municipalidades, así como servicio de laboratorio y servicio médico-forense **(21)**.

#### **LAS UNIDADES SANITARIAS COMO PIONERAS EN LA ATENCIÓN DE SALUD DE FORMA MULTIDISCIPLINARIA EN COSTA RICA**

Las U.S. estaban compuestas por un médico general, una o dos enfermeras profesionales, generales u obstetras, de una a tres auxiliares de enfermería, un conserje, un inspector sanitario, un técnico de farmacia y un técnico de laboratorio **(14)**.

Por otra parte, en este contexto histórico aparecieron los *Centros Rurales de Asistencia* (C.R.A.), que fueron la ampliación de algunas de las U.S. que había en ese momento y contaron con la asignación de más recurso humano. Dichos centros contaban con un equipo de trabajo constituido por dos médicos generales, dos o tres enfermeras profesionales, personal técnico y auxiliar. Además, contaban con un servicio de maternidad con cuatro o seis camas para la atención de partos, abortos incompletos, así como de algunas emergencias. Los C.R.A. se ubicaban en las cabeceras de cantón de las zonas rurales más alejadas **(14)**.

Las U.S. tuvieron un papel primordial en el desarrollo de la profesión de enfermería en el país, ya que la creación de las Escuelas de Enfermería coincide con el desarrollo de la medicina estatal y la incorporación de la atención médica -cuidado de la enfermedad individual- como atributo del

Estado. La expansión del papel de enfermería para el área de salud pública estuvo ligada a las acciones de saneamiento emprendidas con la cooperación y el apoyo técnico y financiero de la Fundación *Rockefeller*. Con el inicio de las actividades de enfermería en salud pública y la creación de las escuelas de estas profesionales comienza la transferencia de las enfermeras de las congregaciones religiosas a las manos laicas y al control estatal de sus servicios (22).

Lo reseñado verifica la relevancia del aporte multidisciplinario a la medicina, la cual, al igual que otros campos de la disciplina histórica, no es un espacio aislado, sino una interacción conjunta donde debe existir el trabajo multidisciplinario y en equipo mediado por el diálogo y el respeto.

#### AUGE DE LAS UNIDADES SANITARIAS

Con la instauración de las U.S. a mediados de la década de los años 30, se obtuvo una importante disminución de la mortalidad de la población costarricense. Esto fue expresado en 1937 por el Dr. Antonio Peña Chavarría en las *Memorias de la Secretaría de Salubridad Pública y Protección Social*, pues con las U.S. se incrementaron y ampliaron los servicios médicos gratuitos, especialmente en la población rural desprotegida, mediante medidas sanitarias preventivas (19).

Asimismo, los laboratorios presentes en las U.S. facilitaban y optimizaban la preparación y orientación profesional de los médicos y así formaban mejores profesionales en la atención de la población (18).

Por su parte, las U.S. estaban ubicadas en las cabeceras de los cantones. Sin embargo, aún quedaban desprotegidas las poblaciones rurales y algunas poblaciones urbanas situadas en zonas alejadas, fue así como el gobierno impulsó el esfuerzo estatal para llevar la atención de la salud a las comunidades más distantes de las U.S. De esta manera, se crearon, en 1963, las Unidades Móviles de Salud (U.M.S.). Las U.M.S. (ver Figura No. 5) estaban conformadas por un médico general, un auxiliar de enfermería, un inspector sanitario y un

chofer, quienes se movilizaban a los poblados que se encontraban entre 5 a 20 kilómetros de los Centros de Salud (14).

Las visitas para la Atención de Salud se realizaban mediante giras de 1 o 2 días a cada poblado de manera mensual. Entre las acciones que se realizaban se pueden mencionar las siguientes: atención a personas de todas las edades, mejoras de las fuentes de agua, educación y promoción de la construcción de letrinas sanitarias e higiene de viviendas, promoción de la producción de alimentos a través de las huertas familiares, escolares o comunales, fomento para la creación de los Comités de Salud (14), entre otras.

Aunado a lo anterior, las U.M.S. contaban con gran apoyo político y con recursos internacionales de parte de Estados Unidos, a través del Programa Alianza para el Progreso. No obstante, poseían significativas limitaciones en el impacto a las poblaciones rurales dispersas, pues muchos de estos pueblos contaban con caminos de difícil acceso, los cuales empeoraban durante la época lluviosa. Todo lo anterior producía averías o daños irreversibles en los vehículos destinados a las giras, lo que interrumpía la programación de las visitas a las comunidades y las dejaba desprotegidas de la atención por meses. Además, el programa de atención tenía un enfoque meramente curativo con alta demanda, lo que limitó la ejecución de otras actividades pedagógicas de salud, tales como la educación sanitaria en temas de tratamiento de aguas residuales, lavado de manos, entre otros (14, 15).



Figura No. 5. Unidad Móvil, Campaña Sanitaria en San José 1954 (18).



## CIERRE TÉCNICO DE LAS UNIDADES SANITARIAS

Se puede decir que hubo una primera gran reforma del sector salud en la década de los años 70, cuando la Caja Costarricense del Seguro Social (C.C.S.S.) fue adquiriendo control de la atención de la población, además del desarrollo de infraestructura. Tanto las U.S. como los C.R.A fueron disminuyendo en número, a tal punto, que, para estos últimos, en 1976 se encontraban en funcionamiento 6 de los 17 que operaban en 1970 **(14)**.

Todo esto ocurría mientras el M.S. se encargaba de aprobar y promulgar legislación importante para la S.P. del país. Así, se aprobaron leyes como la *Ley 4750: Cobertura Universal de los Servicios de la C.C.S.S.*, la *Ley 5349: Traspaso de los hospitales a la C.C.S.S.*, todo esto, incluyendo funcionarios, infraestructura y recursos económicos, la *Ley 5395: Ley General de Salud*, que otorgó la Rectoría al Ministerio de Salud, la *Ley 5412*: que concede el nombre de M.S., previamente llamado Ministerio de Salubridad Pública y definiendo, además, la estructura y funciones institucionales, la *Ley 5662: Desarrollo Social y asignaciones familiares* y el primer Plan Nacional de Salud, vigente entre 1974 y 1978 **(14)**.

En 1971 surge el exitoso programa del *Hospital sin Paredes* en San Ramón el cual se trataba de un programa de extensión de la cobertura a la población rural y aún estaba a cargo del M.S. **(14)**.

Para los años ochenta, las U.S. pasan a llamarse *Centros de Salud* y el M.S. transfiere definitivamente la administración de estos dispensarios a la C.C.S.S., lo que hizo que este decayera progresivamente. Para la década de los noventa, se estipuló el cierre técnico de las U.S. **(14)**. De esa forma, da inicio la reforma del sector de salud, la cual buscaba fortalecer a la C.C.S.S. a través de los principios de calidad, efectividad y eficiencia de los servicios de salud y fomentaba el fortalecimiento de la Rectoría del M.S. A partir de este momento, se da el cierre definitivo de las U.S. así como de los programas de atención a su cargo.

## LEGADO DE LAS UNIDADES SANITARIAS

Las U.S. y los C.R.A se constituyeron como la piedra angular de la Atención Primaria del país durante casi 50 años, todo ello a través de los programas preventivos de salud para el niño y la mujer, control de crecimiento y desarrollo, aplicación de vacunas, control prenatal y de post parto, planificación familiar, programa de salud escolar, además de programas como antivenéreas, antituberculosis, antiparasitaria y antimalárica.

Asimismo, en los C.R.A. se realizaban exámenes de laboratorio: hemograma, hemoglobina, hematocrito, orina, heces por parásitos, VDRL, esputo por tuberculosis y frotis para malaria. Igualmente, se realizaba el despacho de medicamentos, certificados de nacimiento y defunción, e incapacidades **(14)**.

Por otra parte, funcionaron como centros de capacitación, ya que las enfermeras profesionales y las obstetras capacitaban a las parteras tradicionales, además de laborar activamente en las consultas preventivas de los programas de salud materno-infantil, atención de partos y en la educación para la salud **(6)**.

De esta manera, se reforzó el compromiso profesional en la transmisión de conocimientos científicos a otras personas, lo que fomentó el efecto multiplicador en el acceso de la información y de la formación profesional en salud.

En la actualidad, el M.S., en su calidad de ente rector en salud, está organizado en tres niveles de gestión y se rige bajo el *Modelo Conceptual y Estratégico de la Producción Social de la Salud*, el cual está enfocado en los derechos humanos, por lo que debe garantizar el derecho a la salud de todos los habitantes del país, incluyendo no solo el acceso a los servicios de salud, sino también la protección y mejoramiento del hábitat humano desde el abordaje de los diferentes determinantes de la salud de la población **(23)**.

Todo lo anteriormente esbozado, como un gran principio en la S.P., puede resumirse en la frase del

Dr. Solón Núñez “de los campos de la muerte, como un lirio, brotó un nuevo concepto de la vida al proclamarse el valor de la existencia humana: una Nación vale, lo que valen sus hijos. Como consecuencia los últimos veinte años han sido de triunfo para la Medicina Preventiva” (13).

### CONCLUSIONES

La creación de las U.S. evidencia el desarrollo de las políticas estatales gestadas en el país acerca de la S.P. y, consecuentemente, su crecimiento como un Estado responsable de la población de su territorio. Por lo tanto, es imprescindible su reconocimiento en el aporte angular del acceso a la salud en la población, es decir, es un precedente de lo que hoy en día se conoce como derechos humanos.

Los edificios que albergaron las U.S. no solamente forman parte del patrimonio arquitectónico costarricense, sino que deben ser parte activa de la memoria de la fundación y desarrollo de lo que en la actualidad se da por sentado como política de S.P.

Con el surgimiento de las U.S. se visualizó la existencia y la necesidad de las poblaciones que se encontraban localizadas en las zonas más alejadas, las cuales presentaban una alta morbimortalidad, poblaciones que resultaron beneficiadas por medio de la atención estatal otorgada en las U.S.

Las U.S. representan históricamente uno de los pilares esenciales de la práctica médica y de la Atención Primaria en nuestro país. Se fundamentaban en la enseñanza y en la educación de las comunidades, mediante el ejercicio de las prácticas fundamentales de la Medicina Preventiva.

La reforma del sector salud marca el cierre técnico de las U.S. y la transición del M.S. para asumir su responsabilidad como ente rector en salud basándose en el *Modelo Conceptual y Estratégico de la Producción Social de la Salud*.

### FUENTES DE FINANCIAMIENTO

Esta investigación fue financiada con los fondos propios del grupo de personas investigadoras.

### CONFLICTOS DE INTERÉS

Las personas autoras declaran que no existió ningún conflicto de intereses en la ejecución del presente artículo.

### BIBLIOGRAFÍA

- Jaramillo J. Evolución de la medicina: pasado, presente y futuro. Acta Med Costarric. Colegio de médicos y cirujanos. [editorial] ISSN 0001-6002/2001/43/3/104-113. 2001 Jul; 43(3): 104-109. Consultado: el 19 de marzo del 2021. Disponible en: <https://doi.org/10.51481/amc.v43i3.64>.
- Gómez O. Salud pública y políticas nacionales de salud en Costa Rica. Editorial Universidad a Distancia EUNED. 1ra ed. 2003. 3-29. Consultado: 19 de marzo del 2021. Disponible en: [https://books.google.co.cr/books/about/Salud\\_p%C3%BABlica\\_y\\_pol%C3%ADticas\\_nacionales\\_d.html?id=kxY-NpoH3EcC&printsec=frontcover&source=kp\\_read\\_button&hl=es-419&redir\\_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.co.cr/books/about/Salud_p%C3%BABlica_y_pol%C3%ADticas_nacionales_d.html?id=kxY-NpoH3EcC&printsec=frontcover&source=kp_read_button&hl=es-419&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false).
- Blanco A. Reseña histórica de la medicina en Costa Rica desde la Conquista hasta el siglo XIX. 1-14. Consultado: 19 de marzo de 2021. Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/opac-ms/media/digitales/Rese%C3%B1a%20historica%20de%20la%20medicina%20en%20Costa%20Rica%20desde%20la%20conquista%20hasta%20el%20sigloXIX.pdf>
- Marín J. De curanderos a médicos. Una aproximación a la historia social de la medicina en Costa Rica. Rev Hist. 1995 Jul 05; (32): 65-76. Consultado: el 19 de marzo de 2021. Disponible en: <https://www.revistas.una.ac.cr/index.php/historia/article/view/10198>.
- Rodríguez P. Biografías 130 médicos y Cirujanos en Costa Rica parte 1 y 2. Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica. Editorial Izcané. 1ra ed. 2010. 64. Consultado el 22 de marzo del 2021. Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/opac-ms/media/digitales/Biograf%C3%ADas.%20130%20m%C3%A9dicos%20y%20Cirujanos%20en%20Costa%20Rica.%20I%20y%20II%20parte.pdf>



6. García MM. Por aquellos años de la medicina en Costa Rica y el Hospital San Juan de Dios. *Acta acad.* 2018; (62): 69-75. Consultado: el 22 de marzo del 2021. Disponible en: <http://revista.uaca.ac.cr/index.php/actas/article/view/14/5>.
7. Gutiérrez R. Apuntes sobre la historia de cirugía cardiaca en Costa Rica. *Acta Med Costarric.* 2014 Jul; 56(3): 96-99. Consultado: el 19 de marzo del 2021. Disponible en: <https://repositorio.binasss.sa.cr/repositorio/bitstream/handle/20.500.11764/421/art02v56n3.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
8. Costa Rica. Archivo Nacional. Entrada descriptiva con aplicación de la norma internacional de descripción ISAD (G) Fondo: Ministerio de Salud. San José; 1835-2010.
9. Bogarín J. "Reforma A La Ley Nº 7559 de 9 de noviembre De 1995" [Internet]. San José: Asamblea Legislativa de La República de Costa Rica; 2012. Consultado: 8 febrero del 2021. Disponible en: <Http://Proyectos.Conare.Ac.Cr/Asamblea/18453%20stj.Pdf>
10. Vargas R. A. Calidad en los servicios de salud. Experiencia en Costa Rica. *Rev cienc. adm financ segur soc* 1997 Jan; 5(2): 1-5. Consultado: el 19 de marzo del 2021. Disponible en: [https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-12591997000200004](https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-12591997000200004).
11. Mohs E. La salud en Costa Rica. Editorial Universidad Estatal a Distancia. San José, Costa Rica. 1ra ed. 1983. 13-51. Consultado: 22 de marzo del 2021. Disponible en: <repositorio.binasss.sa.cr/repositorio/bitstream/handle/20.500.11764/12/doc8.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
12. Padilla G. Defensa de la salud a través del Seguro Social y sus relaciones con los problemas de la Sanidad y la Asistencia Social en Costa Rica. Ponencia al Segundo Congreso Interamericano de Previsión Social, en Santiago de Chile, presentado por el Doctor don Guillermo Padilla Castro. San José de Costa Rica. Imprenta Nacional. 1ra ed. 1942. 5-14. Consultado: 21 de marzo del 2021. Disponible en: <repositorio.binasss.sa.cr/repositorio/bitstream/handle/20.500.11764/2490/defensa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
13. Guzmán V. Algo sobre la historia de la Medicina de Costa Rica. *Rev med Costa Rica.* 1985; 42(491): 60-63. Consultado: el 23 de marzo del 2021. Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/rmedica/491/art3.pdf>.
14. Vargas W. Atención Primaria de Salud en acción. Su contexto histórico, naturaleza y organización en Costa Rica. Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social EDNASSS. 1ra ed. 2006. 17-58. Consultado: 21 de marzo del 2021. Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/libros/atencionprimaria.pdf>
15. Vargas O. Las unidades sanitarias de Costa Rica. Informes técnicos, 1952. 18-19. Consultado 19 de marzo del 2021. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/11941/v33n1p18.pdf?sequence=1&isAllowed=y#:~:text=En%201942%20Costa%20Rica%20contaba,pa%C3%ADs%20ten%C3%ADa%2034%20unidades%20sanitarias>.
16. Mayorga K, Anchía ME, Murillo V, Barrantes W, Vargas R, León A. 90 años trabajando por la salud y el bienestar de Costa Rica. Ministerio de Salud. San José, Costa Rica, 2017. 5-15. Consultado: 23 de marzo del 2021. Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/opac-ms//media/digitales/90%20a%C3%B1os%20trabajando%20por%20la%20salud%20y%20el%20bienestar%20de%20Costa%20Rica%20.pdf>
17. Guerrero A, Zúñiga L. La Junta de Protección Social en el contexto histórico-social de Costa Rica: su papel en la asistencia social. [Tesis de Licenciatura]. San José: UCR, 2008. 1-71. Consultado: 23 de marzo del 2021. Recuperado a partir de: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/tfglic/tfg-l-2008-12.pdf> Junta de Protección Social. Disponible en: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/tfglic/tfg-l-2008-12.pdf>
18. Zamora, M. Sanando heridas. Heredia, Costa Rica. 1ra ed. 2015. 1-45.
19. Peña A. Memoria de la Secretaría de Salubridad pública y protección social del año administrativo 1937 presentado al Congreso constitucional por el secretario de Estado en el despacho de estas carteras Dr. Antonio Peña Chavarría. Imprenta Nacional. San José, Costa Rica. 1937. 20-62.



20. Sáenz MR, Acosta M, Muiser J, Bernúdez JL. Sistema de Salud de Costa Rica. *Salud Pública Mex.* 2011; (53)2: 156-164. Consultado: el 22 de marzo del 2021. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/spm/2011.v53suppl2/s156-s167/es>.
21. Sistema Costarricense de Información Jurídica. Código Sanitario, 2 Nov 1949. Junta Fundadora de la Segunda República. 5-200. Consultado: 23 de marzo del 2021. Disponible en: [http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm\\_texto\\_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=1829&nValor3=76999&strTipM=TC](http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=1829&nValor3=76999&strTipM=TC)
22. Solís E. Rescate histórico de la Enfermería en Costa Rica. Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social EDNASSS. San José, Costa Rica. 2000. 37-70. Consultado: 24 de marzo del 2021. Disponible en: <https://repositorio.binasss.sa.cr/xmlui/bitstream/handle/20.500.11764/140/doc41.pdf?sequence=1&isAllowed=yaer35>
23. García R. Modelo Conceptual y Estratégico de la Rectoría de la Producción Social de la Salud-Marco Estratégico del Ministerio de Salud. Ministerio de Salud, San José, Costa Rica, 2011. 4-27. Consultado: el 23 de marzo del 2021. Disponible en: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos/sobre-el-ministerio/modelo-conceptual-y-estrategico/310-modelo-conceptual-y-estrategico-de-la-rectoria-de-la-produccion-social-de-la-salud/file>.
24. Semblanza histórica. Solón Núñez Frutos. *Acta Med Costarric.* 29(1): 59-60. Consultado: el 21 de marzo del 2021. Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/revistas/amc/v29n1/art11.pdf>

**CORRESPONDENCIA**

Granados Granados, Wendy  
 Correo: [wengranados@yahoo.es](mailto:wengranados@yahoo.es)

**Declaración de contribución de autores y colaboradores**

Autor	Labor
Alvarado Arce, Edwin Manuel	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participa activamente en la discusión de los resultados</li> <li>• Revisó y evaluó la literatura pertinente</li> <li>• Revisión y aprobación de la versión final del trabajo</li> <li>• Realizó la revisión crítica del manuscrito final</li> <li>• Participó en fotos del trabajo final</li> <li>• Dirigió la investigación y actuó de coordinador</li> <li>• Desarrolló la idea de la investigación, sus objetivos y la conceptualizó</li> </ul>
Granados Granados, Wendy	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participó activamente en la discusión de los resultados</li> <li>• Revisó y evaluó la literatura pertinente</li> <li>• Revisión y aprobación de la versión final del trabajo</li> <li>• Participó en la redacción y revisión del manuscrito</li> </ul>
Velázquez Rojas, Laura	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participa activamente en la discusión de los resultados</li> <li>• Revisó y evaluó la literatura pertinente</li> <li>• Revisión y aprobación de la versión final del trabajo</li> <li>• Realizó la revisión crítica del manuscrito final</li> <li>• Participó en la redacción y revisión del manuscrito</li> </ul>

