

## Perspectivas de los héroes de la salud pública de la OPS / Perspectives from PAHO public health heroes

---

*Como parte de la celebración de su Centenario, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha distinguido con el título de Héroes de la Salud Pública a 11 personalidades que se han destacado por su valiosa contribución a la salud pública del continente americano. A lo largo de este año, la Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health publicará una serie de escritos de los mismos galardonados o acerca de ellos. Abre la serie el del Dr. Edgar Mohs.*

*As part of its 100th-anniversary celebration, the Pan American Health Organization has named 11 persons as "Public Health Heroes of the Americas" in recognition of their noteworthy contributions to public health in the Region of the Americas. Over the course of this year, the Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health will be carrying pieces written by or about these heroes. The first piece is written by Dr. Edgar Mohs.*

---

### Un mundo posible

Edgar Mohs<sup>1</sup>

Me gradué de médico en la Universidad Autónoma de México en 1961 y seguidamente llevé a cabo estudios de Pediatría e Infectología en el Hospital Infantil de México. En 1964 regresé a Costa Rica y comencé a trabajar en el recién inaugurado Hospital Nacional de Niños; tenía entonces 24 años y me llamó mucho la atención que en mi país los niños murieran en número excesivo, muchas veces con cuadros de anemia y desnutrición graves, asociadas con infecciones comunes y parasitosis intestinales masivas. Una parte de los sobrevivientes quedaban con secuelas físicas o emocionales que los afectarían de alguna manera durante el resto de la vida; me preocupaba pensar que algún día serían adultos y ciudadanos defectuosos, cuyo aporte al desarrollo de un país libre y de una sociedad democrática no podría ser óptimo, y que más bien se convertirían en obstáculos al desarrollo, perpetuando la franja de pobreza.

En esa época y en los años que siguieron, me pregunté también por qué habíamos logrado importantes adelantos en educación, electrificación y comunicaciones y en el sistema político, y hasta un modesto bienestar económico, sin haber alcanzado avances correspondientes en materia de salud infantil. Este cuadro no me satisfacía y me dejaba perplejo desde un punto de vista teórico; algo estaba fallando en el sector de la salud que no lograba identificar con claridad. Cuando trabajé como pediatra en el Hospital Nacional de Niños, pude ver claramente que la salud pública y la medicina preventiva tenían que reorganizarse, toda vez que las camas del hospital se llenaban de niños con enfermedades infecciosas, parasitarias y desnutrición y los reingresos eran frecuentes. No obstante, la opinión general de los médicos de mayor prestigio era que

---

<sup>1</sup> Edgar Mohs es uno de los Héroes de la Salud Pública de las Américas nombrados por la Organización Panamericana de la Salud. El Dr. Mohs fue Viceministro de Salud de Costa Rica de 1970 a 1971 durante la presidencia de José Figueres, con cuyo gabinete de ministros trabajó estrechamente para erradicar la extrema pobreza del país. También fue Ministro de Salud de 1986 a 1990 y Director del Hospital Nacional de Niños de Costa Rica durante 30 años.

la situación no podía cambiarse porque no dependía de las actividades propias de la medicina, sino del desarrollo económico. La gran mayoría coincidía en pensar que era muy poco lo que se podía hacer desde el sector de la salud; para ellos la situación simplemente reflejaba la ignorancia y pobreza de la mayoría de la población.

Pero en 1970 tuve oportunidad de ocupar el cargo de Viceministro de Salud y encontré la respuesta que estaba buscando. Había en el sector sanitario escasa cobertura, descoordinación institucional, multiplicidad de mandos, bajo rendimiento y muy poca investigación científica; desde el punto de vista académico, se aplicaba un enfoque atomista, basado en la curación más que en la prevención y dominado por el espectro de la desnutrición, que se afrontaba mediante la distribución de alimentos. Tal situación afectaba más gravemente a la salud de los niños que a la de los adultos, y por eso las fotografías típicas de esa época mostraban a padres robustos y a madres obesas, con sus hijos desnutridos. ¿Sería que había alimento para los padres y no para los hijos? ¿O es que los niños eran víctimas de infecciones tempranas, recurrentes, graves y múltiples? En mis recorridos por todo el país me di cuenta, además, de que se aplicaban muchos criterios médicos equivocados.

Cambié la investigación clínica por la investigación epidemiológica y usé el poder político para promover un profundo cambio en la conceptualización de los problemas nacionales y en las acciones tomadas para resolverlos. Mi preocupación dejó de ser un determinado paciente y pasó a enfocarse en lo que era un evidente exceso de morbilidad y mortalidad. Estaba seguro de que aún era posible eliminar ciertas infecciones y reducir otras, incluso entre los pobres, y de que las personas más sanas podían producir más que las enfermas y a su vez contribuir a eliminar la miseria.

Para ampliar la cobertura del sistema de salud establecimos un programa nacional de atención primaria con asistentes de salud supervisados por profesionales. Fue el momento en que comenzamos a desarrollar un nuevo marco teórico para explicar la elevada morbilidad y mortalidad en menores de 5 años y la alta frecuencia de la desnutrición. También pusimos en marcha una estrategia cuyo eje central fue la erradicación o el control de la mayoría de las enfermedades infecciosas prevenibles o curables, logrando así transformar por completo el sector de la salud para salvar a los niños y, a la vez, beneficiar a los adultos. En todo caso, nuestra intención fue dar prioridad a la salud y al control de las enfermedades infecciosas como medida clave para progresar; de ahí que nuestras actividades se concentraran en el abastecimiento de agua potable, la eliminación adecuada de excretas, el fomento de la lactancia materna y la universalización de la atención médica.

Desde luego, hubo mucha oposición, como sucede siempre que se duda de lo que se hace y se presenta un cambio hacia una nueva concepción o paradigma. Pero la comprensión de muchas personas y la fe que teníamos quienes trabajamos en esta tarea permitieron vencer las barreras sin derramar una gota de sangre, negociando y luchando con sinceridad, conocimiento y dedicación. Los 10 años transcurridos entre 1970 y 1980 nos dieron la razón; la salud infantil en Costa Rica mejoró de manera espectacular; la mortalidad de los niños menores de 5 años se redujo en un 80%, y en este campo Costa Rica pasó a ocupar el primer lugar en América Latina y un lugar comparable al de varios países europeos, o incluso mejor. A partir de 1973 desaparecieron la poliomielitis y la difteria; en un período de 10 años, la desnutrición dejó de ser un problema nacional y la esperanza de vida aumentó de 64 a 75 años. Las defunciones por enfermedades infecciosas y parasitosis disminuyeron en un 90%.

Por otra parte, a partir de diciembre de 1971 me correspondió dirigir el Hospital de Niños de Costa Rica y esta fue otra experiencia extraordinaria, puesto que logramos transformar totalmente la organización de los servicios pediátricos en el propio hospital y en el resto del país. Se subrayó la importan-

cia de la pediatría ambulatoria, del hospital como comunidad educativa, de la investigación científica como forma de mejorar la calidad de la atención médica, y pudimos disminuir la mortalidad en el hospital del 6 al 3%. El aporte que ha hecho nuestro país al entendimiento y a la solución de los problemas consuetudinarios de los niños de los países pobres sobrepasa lo esperado en relación con nuestra reducida extensión territorial, y esto puede llenarnos de satisfacción a todos. Para mostrar el caso de Costa Rica visité todos los países de América Latina entre 1978 y 1996 en calidad de asesor de la Organización Panamericana de la Salud.

Habiendo vivido y protagonizado esta experiencia heurística en pocos años, puedo describir tres etapas o paradigmas en la evolución de la salud de los niños que en los países desarrollados se produjeron en el transcurso de 100 ó 200 años, y que con la conciencia colectiva actual, la tecnología apropiada disponible y los imperativos éticos y morales de nuestra época, podrán ser superados por los países pobres en 20 ó 30 años. Si logramos hacer esto, contribuiremos significativamente a reducir las desigualdades en el mundo y quizá también a fomentar la paz y la fraternidad.

A partir de 1980 nuestros logros se vieron estancados, lo cual se atribuyó a la crisis económica y al peso de la deuda externa. Se explicó que la crisis, con su cortejo de inflación y devaluación, había empobrecido aun más a la población, y de ahí el estancamiento. Me correspondió de 1986 a 1990 desempeñar el cargo de Ministro de Salud y aunque sabía que los problemas económicos desde luego nos estaban afectando, me parecía que había nuevamente posibilidades de progresar haciendo un uso más racional de los recursos, definiendo mejor las prioridades y haciendo hincapié en la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades, la participación de la comunidad y la responsabilidad individual, dentro de un enfoque diacrónico de la salud. El resultado fue que la mortalidad infantil volvió a reducirse en un 25%, el saneamiento ambiental mejoró sustancialmente y se inició el combate sistemático de las enfermedades crónicas, que eran las predominantes y las principales causas de muerte.

En 1998, cuando coordinaba el plan nacional para reducir la mortalidad infantil, emprendimos un ambicioso proyecto para mejorar la atención integral a la madre, al recién nacido y a los niños durante el primer año de vida, combinando intervenciones tradicionales, como la reducción del embarazo en adolescentes, con otras específicas, como el uso de surfactante alveolar en todos los hospitales del país y el desarrollo de un sistema moderno de transporte neonatal. Esta vez la mortalidad infantil disminuyó un 30% en 3 años. Con la aplicación de la vacuna contra *Haemophilus influenzae* tipo b, la meningitis por esta bacteria desapareció, y con la adición de ácido fólico a la harina de trigo y de maíz, así como con la administración de tabletas de ácido fólico a las mujeres en edad fértil, la incidencia de mielomeningocele ha disminuido en un 72%, lo cual demuestra una vez más que con perseverancia es posible lograr lo que puede parecer imposible.

Como parte de esta iniciativa estamos terminando la construcción del Centro para la Prevención de Discapacidades, donde se diagnosticarán alrededor de 40 enfermedades hereditarias en los primeros días de vida en todos los recién nacidos de Costa Rica, con el propósito de evitar muertes y discapacidad. Este proyecto también se orientará a reducir la mortalidad materna y a mejorar la calidad de las prestaciones.

No puedo terminar sin añadir que muchas personas han participado en esta gran reforma a favor de la salud infantil en Costa Rica. Estimo que, al recibir la distinción que generosamente me han otorgado, lo hago más en nombre de todos ellos que en el mío propio, y la dedico a los miles de héroes anónimos que en todo el continente americano han consagrado sus vidas a esta hermosa revolución pacífica que en todas sus etapas fue auspiciada y apoyada por la Organización Panamericana de la Salud.