

## **PERSONAJES DE LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR**

**Guido Miranda Gutiérrez**

**Entrevistado por María Carranza**

**Fecha:** 17 de mayo del 2013, 15:45-18:10 y 7 de enero del 2014, de 10:00 a 12:20

**Lugar:** Su casa de habitación y el Colegio de Médicos y Cirujanos

Guido Miranda Gutiérrez es médico cirujano, graduado en la Universidad de Chile, y especialista en Medicina Interna. Ejerció como médico en los hospitales San Juan de Dios, Central y México, y fue Gerente Médico de la Caja Costarricense de Seguro Social de 1971 a 1978, y Presidente Ejecutivo de la misma institución de 1982 a 1990.

María Carranza es médica y antropóloga, coordina la investigación y enseñanza en el Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Salud y Nutrición (INCIENSA) y es investigadora en el Centro Centroamericano de Población (CCP) de la Universidad de Costa Rica. Ha estudiado el uso generalizado de la operación cesárea en Brasil, los determinantes de la mortalidad materna en Costa Rica, y el uso generalizado por parte de médicos y mujeres de la esterilización femenina en Costa Rica. Actualmente está reconstruyendo la introducción de la planificación familiar en el país.

### **Entrevistas**

Las entrevistas fueron conducidas, transcritas y editadas por María Carranza. Esta versión fue aprobada por Guido Miranda Gutiérrez.

**Forma de citar:** Miranda Gutiérrez Guido. Entrevistado por María Carranza. Transcripción de entrevistas del 17 de mayo del 2013 y 7 de enero del 2014. Proyecto Personajes de la Planificación Familiar, CCP-INCIENSA. <http://ccp.ucr.ac.cr/index.php/personajes-planificacion-familiar-en-costa-rica.html>

## **Primera entrevista**

Miranda: Bueno, yo provengo de una familia muy modesta, que tuvo su asiento en un pueblito dedicado fundamentalmente a la artesanía de la zapatería en el noreste de San José, que se llama Guadalupe, cabecera del Cantón de Goicoechea. En aquella época, Guadalupe era una calle de macadame y la característica era que llegaba el tranvía hasta la parte alta del pueblo. El pueblo era prácticamente la calle principal, la plaza de futbol, una escuela que estaba a la orilla de la plaza, con la tradicional organización de los pueblos de entonces: a un costado la escuela, a otro costado la iglesia, y a otro costado la jefatura política. Los chiquillos no teníamos más actividad que ir a la escuela, jugar futbol todo el día en la plaza si el tiempo lo permitía, y como el río Torres estaba cerca y para entonces era un río limpio, constantemente íbamos a bañarnos a las pozas que tenía el río Torres. Ahí cursé yo mi educación primaria, pero siempre me interesó mucho la lectura. Empecé a viajar a San José cuando me leí toda la biblioteca que tenía la escuela, y la biblioteca de la escuela era el Tesoro de la Juventud. Cuando terminé los 18 tomos del Tesoro de la Juventud empecé a viajar a la Biblioteca Nacional, y viajar era venirse y regresar a pie porque la situación económica no era para estarse gastando el diez que costaba el tranvía. Entonces, como era una entretención, mi familia me dijo: “Si quiere divertirse vaya a la biblioteca, pero va a pie”. Eso hice. La lectura me permitió desde muy joven distinguir que el mundo era algo más que Guadalupe, que Costa Rica, y que era todo una interrogante lo que había abierto, y si se podía conocer, ¡qué bueno! Tan pronto entré al sexto grado le advertí a mi familia que yo quería venir a la educación secundaria. En esa época el Liceo Costa Rica era el único colegio público de matrícula en toda la Meseta Central. Había otro colegio en Cartago, el San Luis Gonzaga, otro en Alajuela, el Instituto de Alajuela, la Normal de Heredia, y esos eran los recursos de la educación secundaria. Mi familia por supuesto me lo autorizó, y tan pronto fue necesario, de la mano de mi mamá vine a matricularme al liceo y a conocer cuál era el camino que había que andar

todos los días, porque los cinco años de liceo, la venida y el regreso, los cuatro estudiantes de secundaria que salimos de Guadalupe y vinimos al liceo, lo hacíamos a pie. Salíamos a las seis de la mañana de la plaza de Guadalupe, y diez para las siete estábamos en el liceo, y a las tres de la tarde que salían las clases regresábamos de alguna manera, y de alguna manera el cuestionamiento era el aguacero que para entonces caía, pero de alguna manera lo lográbamos. Seguí leyendo mucho, y eso me hizo vislumbrar que el país tenía una enorme limitación en el desarrollo de profesiones y actividades que le permitieran a la juventud un horizonte mucho mejor, y por un accidente, porque la verdad es que mi mamá nunca había estado enferma y una tarde llegó con un severo dolor abdominal, mi papá, mientras de alguna manera la cuidaba, me encargó que viniera a buscar un médico a San José. Y buscar un médico fue una aventura tal, que me demostró que el acceso a los servicios médicos no era fácil, y que un paciente de emergencia no tenía, prácticamente, ninguna posibilidad de una asistencia pronta, a menos que llegara al hospital, y conseguir traslado y transporte al hospital pues no era fácil, de modo que ... desde que estaba en cuarto año del liceo le dije a mi familia que me gustaría estudiar medicina. Para entonces no había escuela de medicina. Todos los que estudiaron medicina tuvieron que hacerlo saliendo al exterior, y lógicamente esto ocurrió antes de la Segunda Guerra Mundial, el centro cultural mayor era Europa, de modo que eso producía una selección natural muy marcada. Primero, había que tener la capacidad para distinguir lo que uno quería estudiar. Segundo, tenía que tener el apoyo económico de la familia, porque era una carrera costosa y había que viajar al exterior. El año 39, en setiembre del 39 comenzó la segunda Guerra Mundial. Eso cerró las universidades europeas, y a las universidades europeas mayores los estudiantes de Costa Rica donde principalmente iban era a la universidad de Bélgica, que era Lovaina, que era la de más bajo costo, era una universidad católica, y además tenía internado para los jóvenes que iban a estudiar. Entonces las familias se sentían más seguras, por razones económicas pagando un poco menos que en Alemania o que en Inglaterra, o por supuesto que a Francia. Se sentían más seguras de que el muchacho estuviera en una universidad católica, y seguros, guardados en un internado. La experiencia demostró que no era mucho de cierto, pero por lo menos para el arranque les sirvió de psicoterapia a muchas familias. El comienzo de la Segunda Guerra Mundial le significó a la mayor parte de las universidades europeas un cierre completo del acceso de los estudiantes

latinoamericanos, y abrió la oportunidad a las universidades latinoamericanas de empezar a responder a las necesidades académicas de su población. Además se habían producido dos fenómenos muy importantes antes del comienzo de la guerra. Uno fue la revolución española, que produjo un exilio de académicos de España que buscaron refugio en las universidades latinoamericanas, y la otra, fue la persecución de los judíos en Alemania, y que hizo que muchos académicos judíos migraran a América y encontraran en las universidades latinoamericanas, pues una plaza para seguir ejerciendo. Eso mejoró mucho la calidad de la educación latinoamericana y le dio la oportunidad a muchas universidades de ser una mejor respuesta, en aquel momento, a la situación que se presentó. Mi familia me advirtió que ellos no me podían aconsejar adonde ir porque desconocían completamente el tema; que yo tenía que escoger a qué universidad me dirigía. Lo que ellos se encargarían sería de proveerme los fondos económicos para mantenerme, con la advertencia de que tenía una limitación del envío de la remesa mensual, lógicamente, pues porque el dinero no era muy abundante. Y con una oferta de 25 dólares mensuales, empecé a averiguar en qué universidades en Latinoamérica podría haber ido a estudiar. Estados Unidos no era una respuesta para la juventud latinoamericana. Primero, las barreras del idioma. Segundo, la discriminación para entonces era franca, de modo que no era fácil acceder a una universidad. Y tercero, el costo pues era muy significativo, y prácticamente excluía las universidades norteamericanas. México se transformó en la gran respuesta. Sudamérica, que tenía la capacidad de haber recibido mucha gente, tenía dos inconvenientes. Uno, el desconocimiento que teníamos nosotros de lo que era Sudamérica y de su capacidad, y la otra, el transporte a Sudamérica, que no estando para entonces la facilidad del avión comercial, porque no existía la aviación comercial, todo el transporte era marítimo, y hacer un viaje por barco a Sudamérica era una cuestión de muchos días y semanas ... en cambio a México había transporte ya comercial, y hasta por tierra se podía viajar, porque de alguna manera u otra la gente podía llegar en autobús y ferrocarril, en partes, hasta México a hacer los estudios. Yo empecé a investigar, y por razones económicas encontré que Chile me ofrecía un poco de menor costo que México, más ajustado a las posibilidades de la familia. Y por otro lado, el costo de la matrícula en Chile era muchísimo menor, eran 20 dólares al año lo que se pagaba. En cambio, en México, la matrícula era un poco más costosa para los estudiantes extranjeros. Y aunque Chile tenía examen de

incorporación a la universidad por porcentaje, para escoger los porcentajes más altos de los candidatos a matrícula, tenía un acuerdo del Consejo Universitario que de aquellos países que no tuvieran escuela de medicina, la universidad de Chile aceptaba el estudiante sin necesidad de examen de ingreso. De modo que con esas garantías, pues me atreví a irme a empezar a buscar información de cómo llegar y cómo hacer. Me encontré con la información que me dio el consulado chileno de entonces, que todos los trámites de matrícula tenía que hacerlos directamente allá, porque en esa época el correo era tan lento, que mentiras que se podía uno fiar del correo. Y al final terminé, pues arreglando con una línea naviera la compra del pasaje. Me advirtieron que por razones de seguridad, como estábamos en plena guerra, tenía que estar listo para cuando me avisaran por teléfono que el barco estaba llegando a Puntarenas para viajar a Panamá. Y que en Panamá también tendría que esperar a que llegara el barco, a que me avisaran para poder viajar de Panamá a Valparaíso. No me quedaba más recurso que aceptar esas condiciones y una noche, el siete de febrero del año 43, me avisaron que tenía al día siguiente que irme a Puntarenas para poder embarcarme y viajar a Panamá. Lo hice así. Como el viaje por Puntarenas es de mayor distancia que por Limón, tardé dos días en llegar a la Ciudad de Panamá. Por suerte, mi mamá tenía familia amiga en Panamá y en Colón, y entonces no tenía que preocuparme los días que podría haber estado esperando el otro barco. Llegué a Panamá y después de dos días me advirtieron que tenía que irme a Colón, porque el barco llegaría en un convoy a Colón y ahí se haría el embarque. Entonces me trasladé a Colón, y tuve que esperar tres semanas a que apareciera el convoy en donde venía el barco chileno que me llevaría a Valparaíso.

Carranza: ¿Qué es un convoy?

Miranda: Un convoy era ... por razones de seguridad no viajaba un barco solo, por el peligro de un submarino, sino que viajaban muchos barcos escoltados por buques de seguridad de guerra, y de veras, en Colón, todas las mañanas iba a la rada de Colón, porque es una rada artificial, para ver si había llegado el barco, y un día me sorprendí con que había más de 40 barcos que habían llegado en la noche, y eso me confirmó que ahí venía mi barco. Después de tres semanas desembarqué en Valparaíso, habiendo salido el ocho de febrero de Puntarenas. Llegué el 23 de marzo a Valparaíso y me trasladé inmediatamente por tren a Santiago. Había un

costarricense al que yo le había escrito antes, esperándome en la estación, que me hizo facilidades de alojamiento en la pensión donde él vivía, y esa misma tarde arreglamos que yo me iría a vivir a una pensión muy modesta, que él había visto que estaba dentro de mi presupuesto. La pensión para mí es inolvidable por dos razones: en invierno hacía tanto frío y como no tenía calefacción, todas las mañanas nos dábamos, como buenos costarricenses, una ducha, y la ducha era fría, y a veces amanecía congelada el agua, entonces teníamos un palo de escoba para golpear el tubo y que le permitiera el paso al agua. Y la otra, el cuarto mío estaba frente a un bar, en donde una bendita rocola me cantó todos los tangos de moda de esa época, de modo que me los sé todos de memoria, junto con la anatomía me los aprendí. Entré a la Escuela de Medicina y tuve desde el primer momento una gran satisfacción. Primero con el grupo de compañeros que tuve, porque tuve muy buena recepción, y más los cercanos por orden alfabético que eran con los que se organizaban los grupos para los laboratorios prácticos, de modo que entre ellos hice los primeros amigos. En esa época, la Universidad de Chile tenía la política de que el miércoles era miércoles deportivo. Toda la universidad prácticamente cerraba la actividad académica para que los estudiantes hicieran deporte, y el Instituto de Educación Física, que se encargaba de preparar los profesores para el país y para el exterior cuando llegaba algún extranjero, eran los muchachos que llegaban a hacer su práctica como instructores a toda la facultad. De modo que tuvimos, desde el primer día, la orientación de tres alumnos de los niveles superiores del tecnológico, que se encargaron por antecedentes, de organizar a todos los estudiantes, unos en atletismo, otros en ... cualquier cosa que quisieran. Como cuando uno se matriculaba uno firmaba un contrato con la universidad de que si practicaba algún deporte tenía que hacerlo sólo por la Universidad de Chile, eso obligaba a la universidad a tener todos los deportes, porque uno podía pedir desde esquí hasta equitación, y la universidad tenía que darle la facilidad. Yo me apunté, lógicamente, nada más en fútbol, y resulté de una categoría bastante buena y rápidamente, al tercer miércoles, ya estaba en el primer equipo de la Escuela de Medicina y ahí jugué varios años, y eso me dio la capacidad de conocer más gente y me hizo conocido entre mis compañeros. Eso, y una anécdota que ocurrió en la primera clase de anatomía. El profesor de anatomía de entonces era una ilustre figura, que tenía el grado de prosector de la escuela de anatomía de la Universidad de la Sorbona de París, y salía entonces a hacer su clase vestido de prosector, y como no

había entonces ni proyección ni cosa parecida, toda la ilustración era dibujo a colores en la pizarra, y era un dibujante extraordinario, de modo que si uno pudiera haberle tomado foto a las láminas que al final dejaba dibujadas en colores habría hecho una colección de primera clase. Él comenzó su clase frente a un cadáver. Nosotros nunca habíamos visto un cadáver, de modo que todo el mundo estaba pasmado del susto, y entonces comenzó presentando el cadáver, quién había sido en vida, a qué se había dedicado, cómo había muerto, cómo había llegado a la morgue, y por qué la morgue lo había mandado a los salones de anatomía. Era un cadáver no reclamado, y para entonces, en la pobreza de los países latinoamericanos, eso ocurría a menudo. Después de unos 10 minutos preguntó: “He dicho la palabra cadáver varias veces, y yo quiero preguntarles a ustedes, estudiantes de medicina, qué significa cadáver”. Aquello fue un silencio absoluto, pero yo sabía qué significaba porque como yo había llevado en el Liceo de Costa Rica dos años de latín y un año de etimología, tenía el conocimiento que cadáver es una palabra compuesta de tres palabras que son: cata, data, vermis, carne dada a los gusanos, y entonces me atreví a levantar la mano. Me preguntó: “¿Usted sabe señor?” [Dije:] “Pues creo que sé la respuesta”. [Dijo:] “¿Qué significa?” Ya dije la respuesta y me dijo: “Está usted en lo cierto, lo felicito. ¿De dónde viene usted? Porque por el conocimiento y por el acento veo que no es chileno”. Ya le expliqué que venía de Costa Rica y me dijo: “Pues lo felicito, porque si en el resto viene tan bien preparado como en latín, pues va a tener usted las facilidades para estudiar medicina”. Eso me hizo más popular entre los compañeros, y la otra cosa que ya me culminó la corona entre los compañeros es que en el Liceo de Costa Rica llevábamos dos años de mecanografía. Yo sabía escribir a máquina. Ningún compañero mío en el curso de medicina sabía escribir a máquina. Si tenían necesidad de escribir, tenían que comprarle el servicio a alguien que lo hiciera, y había mujeres jóvenes que se dedicaban a esa actividad. Uno de mis compañeros de grupo tenía máquina de escribir pero no la sabía usar. Entonces él ofreció su máquina. Yo ofrecí mis servicios. Y otro compañero ofreció darnos de cena para hacer los trabajos de grupo. Eso consolidó un grupo que fuimos amigos por muchos años, y entonces nos dábamos el lujo de ser el único grupo que presentaba los protocolos de investigación de los laboratorios y de fisiología a máquina y no a mano, y lógicamente eso tenía una distinción y una aceptación especial por parte de los lectores. De modo que tuve muy buena acogida entre los compañeros; hice

excelentes amigos. Chile era un país de una izquierda radical muy activa, había electo el primer presidente socialista de Latinoamérica, el año 39, Pedro Aguirre Cerda. En año 43, que yo llegué a Chile, había un presidente radical, y cuando salimos de la primera clase de biología, en el jardín al frente del auditorio de biología, que fue la primera clase, todos los partidos políticos de Chile tenían su stand para matricular a los estudiantes de primer año de medicina en la tendencia correspondiente política de la escuela de medicina. Yo recogí toda la bibliografía posible, pero no me apunté con ninguno en especial. Pero cuando vino en la tarde, el delegado de la Federación de Estudiantes de Chile nos hizo ver que teníamos dos cosas muy importantes pendientes: una, que elegir delegado del curso a la Federación de Estudiantes de Medicina, que tenía un representante en la Federación de Estudiantes de Chile, y la otra, que la Federación de Estudiantes de Medicina estaba preparando un movimiento, que si era necesario terminaría en una huelga, para cambiar el contenido curricular, porque había oportunidad de que los estudiantes hicieran más práctica hospitalaria y menos clases académicas, con lo cual la carrera ganaría muchísimo en preparación. Cuando vino la elección, él mismo presidió la organización de la elección. Lógicamente, quedó electo el más conocido de los estudiantes, que venían especialmente del Instituto Nacional de Santiago, que se organizaron para elegir al hijo de un profesor de la facultad, a Ricardo Cruz Coque. Su papá no solamente era profesor, sino que era un político distinguido del partido Social Cristiano. Claro está, eso derrotó al grupo de izquierda. El grupo de izquierda comenzó a hacerle el mundo imposible al delegado, tan es así, que un mes después el delegado dijo: “Es imposible hacer ninguna acción porque tengo la obstrucción de los compañeros de izquierda. De modo que yo renuncio para queelijamos a alguien más”. Entonces los de izquierda se movieron y eligieron a un compañero de la izquierda. Se eligió el compañero de la izquierda y dos meses después oímos exactamente la misma versión: “Tengo que renunciar porque es imposible organizar a los compañeros porque hay una obstrucción del grupo de derecha que no permite hacer ninguna cosa”. Y dijo: “Como esto nos pasó ya una vez y se está repitiendo, yo tengo una propuesta que hacerles. Elijamos a alguien que no tenga rasgo político, que no pertenezca a la radicalización de tendencias, que sea un buen compañero, que lo conozcamos, que sepamos que va a interpretar bien nuestras necesidades”, y me propuso como delegado de curso. Salí [elegido] con una gran mayoría, y seis meses después de

haberme matriculado y comenzado a estudiar medicina, me vi representante del curso y asistiendo, todos los miércoles, a la sesión de estudiantes de medicina, que tenía la obligación de enviar un delegado a las sesiones de la Federación de Estudiantes de Chile. Me nombraron, y ocho meses después me sentaba yo en la Federación de Estudiantes de Chile, y yo me decía: “Guido de Guadalupe a Santiago, y a la Federación de Estudiantes”. Eso me dio desde el primer momento, un gran interés en la organización académica de las escuelas de medicina, en la calidad de los estudios de medicina, y la importancia médico social de la medicina. Chile, para entonces, tenía un sistema prácticamente de cobertura total de la población porque tenía muy desarrollados los seguros sociales. Y los centros hospitalarios no los maneja ni el Ministerio de Salud ni el seguro social; los maneja una entidad independiente que se llama la Beneficencia Pública, que le vende servicios al seguro social y al estado. Entonces, es una entidad que vigila mucho la calidad y la eficiencia del servicio, y el rendimiento económico, porque de eso depende su supervivencia. Así que cuando empezamos a ir a los hospitales, y eso con el movimiento de huelga que se organizó en febrero ocurrió muy pronto, ya al tercer año comenzamos a ir a los hospitales, muy pronto nos familiarizamos con la necesidad de la estancia más corta posible, de que el paciente tenga su documentación completa y rápidamente tramitada, y que el diagnóstico sea un diagnóstico bien formulado desde el primer momento. Eso me hizo interesarme adicionalmente en los estudios de organización hospitalaria, y por razones de gusto, cuando ya me tocó ir a los niveles superiores de educación de la Escuela de Medicina, que pasábamos prácticamente en el hospital casi la mayor parte del tiempo, no me gustó la cirugía. Me gustaba la medicina interna, la organización de la medicina y la necesidad de un diagnóstico, y el cirujano, o el gineco-obstetra, o el pediatra eran excelentes complementos del diagnóstico de la medicina interna, y muy pronto decidí dedicarme a la medicina interna e incorporar todo lo posible la parte académica. El profesor de cirugía se dio cuenta de que yo apenas entraba a las salas de cirugía y que a muchos de mis pacientes, cuando había que operarlos, se los daba a compañeros que tenían interés en la cirugía. Entonces hicimos un convenio, de que yo llenaría una cuota mínima de operaciones y el resto del tiempo me podría ir al servicio de medicina, de modo que yo sentía que aprovechaba mucho más mi servicio hospitalario. La otra cosa que me ayudó mucho es que la Cátedra de Biología que presidía un profesor italiano, que había traído Chile 30 años

antes en una reorganización de la Escuela de Medicina, ese año hacía el último año de la carrera de medicina. Él era profesor de una cátedra que daba el curso de Medicina y Anatomía Comparada, Biología, Histología y Parasitología en el tercer año. Entonces, como en Parasitología de tercer año el alumno ya podía ser instructor de los alumnos de segundo y de primer año, la cátedra ofrecía una especie de ... se consideraba un premio. Al mejor promedio de los tres años le ofrecían que si quería, entraba de asistente de la cátedra para tener alumnos en las clases prácticas, y yo tuve el privilegio de ser el mejor promedio de los tres años, entonces al cuarto año de medicina entré de asistente técnico de Parasitología de los alumnos de tercer año, y empecé a tener alumnos y a hacer clase, y a tener contacto con los estudiantes, y empecé a participar en los trabajos de investigación que la cátedra de Parasitología hacía para entonces, en una enfermedad que en Sudamérica estuvo muy de moda en esa época, que fue la enfermedad de Chagas, la búsqueda del triatoma, el chinche chupasangre infectado. Terminé mi carrera en el tiempo mínimo que se puede programar la carrera, y regresé a Costa Rica para cumplir con las dos obligaciones que tenía que hacer para poder practicar la medicina como médico incorporado al Colegio de Médicos. Para ser aceptado como médico tenía que hacer el internado primero que nada. Entonces me presenté al [Hospital] San Juan de Dios, y en el San Juan de Dios entré al internado el 15 de abril del año 50. El internado duraba un año, y dentro de lo que era medicina interna, en ese momento el gran boom, por lo menos en Chile, era la hepatitis infecciosa. Se había descubierto que era una enfermedad transmisible por un virus. La evolución clínica e histopatológica estaba en pleno estudio y evolución, y los diagnósticos diferenciales entre ictericias empezaron a hacerse viables, porque el cirujano siempre se encontró con el interrogante de que al abrir un paciente icterico a lo mejor no tenía cálculos, sino que lo que tenía era una hepatitis. La hepatitis se conocía como hepatitis catarral. Había sido descrita desde los tiempos del comienzo de la patología alemana, y los patólogos alemanes llegaron a describir un tapón mucoso en el colédoco, entonces ahí el cirujano no tenía nada que remover y cerraba el paciente, pero era, lógicamente, una lesión por la anestesia para el hígado y muchos pacientes complicaron su evolución con eso. Pero las investigaciones que hizo Watson en Chile, y el mismo Ducci, un médico chileno que fue el asistente de Watson, empezaron primero por fraccionar la bilirrubina, por determinar los niveles químicos de bilirrubina, y luego montaron la determinación

de fosfatasas, de timol, y empezaron a encontrar que las fosfatasas y el timol se aumentaban en las ictericias obstructivas, cosa que no ocurría en las ictericias catarrales, y que predominaba la bilirrubina directa en las ictericias obstructivas. Luego aparecieron las pruebas de floculación, muy sencillas de efectuar y tremendamente demostrativas, positivas todas las cinco pruebas en la hepatitis infecciosa y negativas en las catarrales. Como eso era algo muy importante, y yo por información sabía que todavía en Costa Rica no se efectuaban, entonces me traje todos los reactivos, y cuando entré de interno al San Juan de Dios fui a hablar con el director, que era el doctor Peña Chavarría, para pedirle autorización para montar las pruebas para la práctica clínica. Él me hizo ver que sólo los microbiólogos podían practicar técnicas de laboratorio, no era un campo para el médico, pero que él iba a hablar con el jefe del laboratorio, que era el doctor Trejos Willis, para que me autorizara a realizarlas, pero que las pruebas serían estrictamente de mi responsabilidad, y que eran pruebas particulares, ni el laboratorio ni el hospital se hacían cargo ni del costo, ni de la interpretación. Pero, rápidamente encontré personal en el laboratorio que se interesó, y me empezaron a ayudar porque yo iba en las noches con las muestras de los pacientes a los que había que hacerles pruebas, entonces para aliviarme en algo el trabajo muchos de los compañeros que quedaban haciendo guardia en el laboratorio empezaron a ayudarme. Y la otra es que los cirujanos empezaron a notar que realmente era una gran ayuda, y entonces se multiplicó el número de pedidos de pruebas. Yo le puse el nombre de mosaico hepático y, a la vuelta de tres meses, al laboratorio no le quedó más recurso que ... me pidieron que les hiciera un curso a los microbiólogos de laboratorio y al personal, y montara oficialmente las pruebas. Terminé el internado y tenía que hacer un año de servicio social. Como estaba tan ligado al hospital, el doctor Peña me dijo que él buscaría la manera de que pudiera seguir trabajando en las mañanas en el hospital y en las tardes fuera a hacer el servicio social. Y de veras me nombraron médico de la unidad sanitaria de Escazú, Santana y Villa Colón, y tres veces por semana viajaba a cada una de estas tres localidades, en la tarde, y en la mañana estaba en el hospital. Además, por razones de práctica que había adquirido en el hospital en Chile como estudiante, me hice cargo del Banco de Sangre. Me nombraron Jefe del Banco de Sangre, pues los bancos de sangre en aquella época eran un verdadero atentado contra la seguridad de los pacientes, y realmente yo siento que algunas cosas progresaron. Eso me valió que me dieran el

premio de mejor interno del año 52, porque del año 51 fue el doctor Roberto Ortiz Brenes, y la Fundación Kellogg me ofreció una beca para ir a Estados Unidos a ampliar el conocimiento de Medicina Interna durante el tiempo que considerara conveniente. Estuve año y cuatro meses en Estados Unidos, en el hospital Bellevue y en el New York Hospital en Nueva York, y el resto del tiempo estuve en Rochester, y regresé al país ya para la práctica profesional. Cuando regresé al país yo ya había conocido para entonces el Hospital Central de la Caja<sup>1</sup>. La Caja había abierto su hospital que no lo construyó para hospital. Ese edificio, que es el edificio Calderón Guardia que usted conoce, es el producto de la moción de la esposa del presidente León Cortés, que le pidió a su marido que incluyera en el presupuesto el año 37, dinero suficiente para hacer un hospital para la madre y el niño. Porque el niño abandonado hijo de madre soltera era un problema social. Para entonces, un hijo fuera del matrimonio era un pecado, no sólo religioso sino social, y muchas muchachas de buena condición incluso, eran echadas de su familia por un embarazo fuera del matrimonio. Ya se había hecho un congreso sobre el niño abandonado del cual salió la legislación del Patronato de la Infancia el año 30, pero la simple redacción de la ley no resolvía el problema. Entonces, la esposa de don León, doña Julia Fernández, en el año 37 le pidió a su marido que pusiera presupuesto para hacer una guardería donde la madre pudiera dejar el niño en el día, y en la noche ir a dormir y a acompañar el niño. Y por eso empezó a construirse el edificio.

#### Interrupción de la entrevista

Miranda: La década del 40 es una década crucial en el desarrollo del país. La presidencia la asume un médico, graduado en la Universidad de Lovaina, hijo también de un médico que se había graduado en Lovaina, el cual envió a sus dos hijos, Francisco que fue a estudiar abogacía y no logró terminar, y Rafael Ángel que sí termina de médico. En noviembre del 41 se aprobó el proyecto de ley para la creación de la Caja Costarricense de Seguro Social. Los seguros eran prácticamente desconocidos en ese momento en todo Centroamérica. México apenas estaba iniciando alguna actividad, y sólo los países sudamericanos, que habían tenido una organización laboral temprana, como Argentina, Uruguay, Chile, Brasil, eran los que tenían organizaciones laborales del tipo del seguro social. Aquí, por un sin número

---

1 Caja Costarricense de Seguro Social.

de razones muy especiales, Calderón termina presentando el proyecto para la creación de la Caja, que se aprueba el año 41, pero cuando se aprueba en el año 41 se aprueba absolutamente sin ninguna estructura ni económica ni de servicios para atender la población. Tan es así, que en la ley queda establecido que son los hospitales de la Juntas de Protección Social los que tienen la obligación de atender los asegurados mientras la Caja logra construir instalaciones propias, cosa que ocurre varios años después. En el año 39, cuando vino la guerra, la construcción del edificio de la madre y del niño, que había iniciado el año 37, se paralizó porque lógicamente, Costa Rica importaba en esa época todo el material de construcción. Entonces, el ministro de Salubridad Pública y Protección Social, como se llamaba entonces, el doctor Mario Buján, le propuso a Calderón traspasarle el edificio a medio terminar para que la Caja lo terminara y abrir ahí el primer hospital. Así lo hicieron, y la Caja abrió dos años después las primeras consultas externas, por eso la gente lo conoció con el nombre de Policlínico, y un año después las primeras 23 camas de cirugía en el segundo piso. Pero inicia comprándole servicios a las Juntas de Protección Social, y le alquiló una sala al Hospital San Juan de Dios, la sala Arrea, para poner ahí a los asegurados. Y en los hospitales de provincia, firmó un contrato para que se aceptara algún asegurado que llegara con orden de internamiento, a cargo del seguro social. Lógicamente, era un hospital al que había que darle la mejor capacidad posible, y con otro compañero, que se había hecho médico en Chile y se había especializado como patólogo, el doctor Céspedes Fonseca, tan pronto él regresó prácticamente al mismo tiempo que yo lo hice, montamos unas sesiones que nosotros consideramos en Chile de una utilidad extraordinaria para los servicios clínicos, la sesión anátomo-clínica: entregarle un caso a un clínico sin que sepa el diagnóstico, oír la presentación clínica y el diagnóstico presuntivo del clínico, y luego el patólogo muestra la autopsia de la cual sólo él conoce el resultado, y ha sido enviado el caso como un caso demostrativo, o de interés clínico, ya que incluso el error forma parte del interés clínico. Esas sesiones, que iniciamos en el San Juan de Dios, en el año 52 prácticamente, ya cuando estábamos más organizados, las empezamos a hacer después en el seguro social. Eso me puso a mí en relación con el seguro. Me encontré, para entonces, pues que tenía una biblioteca y que tenía que organizar un servicio de anatomía patológica, los servicios de medicina, y terminé después de un tiempo, sobre todo cuando terminé el internado, haciendo horas de consulta externa, en la consulta externa del seguro

social. Y cuando regresé después de Estados Unidos regresé a trabajar, ya como médico de planta del hospital.

Carraza: ¿Del Calderón?

Miranda: Sí. Se llamaba para entonces Hospital Central. Eso me hizo interesarme en la organización de los hospitales. La organización de los seguros yo ya la conocía por lo que habíamos tenido que estudiar en Chile. Tuve el privilegio, que cuando hice el curso de Salud Pública en Chile regresó un profesor de Salud Pública, un profesor joven al cual el Servicio Nacional de Salud Británico le había dado una beca, como les dio beca a otros latinoamericanos, para dar a conocer en qué consistía el Servicio Nacional de Salud. Entonces, cuando él regresó a hacer el curso de Salud Pública, su año de Salud Pública fue prácticamente la organización del Servicio Nacional de Salud Británico. Eso me hizo interesarme mucho por los sistemas, y en un sistema universalizado como ya era para entonces el Servicio Nacional de Salud de Inglaterra. Paralelo a eso empezaron los contactos políticos. Me encontré con que muchos de mis compañeros del liceo eran dirigentes políticos que se interesaron, lógicamente, en que el partido Liberación [Nacional], que estaba recién fundado y que había adoptado un modelo Social Demócrata propuesto por un conjunto de jóvenes presidido por Rodrigo Facio, el que fue rector de la universidad, habían estudiado cómo se podía aquí extender los beneficios a la población, en el área de educación, en energía, en comunicaciones, en salud, en salarios, en organización, etcétera. De modo que la necesidad de incorporar la parte de salud, porque todo lo que existía era la posibilidad de los servicios de caridad y el modelo social demócrata está muy lejos de eso, me abrió las puertas para el partido Liberación Nacional. Y de veras, rápidamente, después de que volví de Estados Unidos, me transformé pues en el paladín del modelo de extensión del seguro social, que en esa época era un seguro directo y cubría nada más que al trabajador, para consolidarlo como seguro familiar y luego universalizarlo al resto de la población. En eso tardamos sus buenos años. De pronto nos ayudó un abogado joven, diputado de la Asamblea Legislativa, que en el año 61 presentó, sin avisar nada, un modelo de universalización de los sistemas de cobertura del seguro social. Nos fuimos a hablar con él, que es Enrique Obregón, y le hicimos ver que ese año recién estábamos abriendo la Escuela de Medicina, porque cuando volvimos, toda la generación para entonces nos preocupamos de organizar la Escuela de Medicina,

aprovechando que Rodrigo Facio había creado la Ciudad Universitaria. Si para entonces estábamos abriendo la primera matrícula de 11 estudiantes de la Escuela de Medicina, era muy difícil hablar de universalización. Y entonces él no tuvo inconveniente y fue su iniciativa la redacción; le agregó el párrafo de: “Se le darán a la Caja 10 años para comenzar con la política de universalización”. Eso fue el año 61. El año 71 se cumplían los 10 años. El año 70, después de una crisis descomunal del partido Liberación Nacional que comienza el año 68, don Pepe Figueres llega a la Asamblea y a la Presidencia de la República. Yo conocí inicialmente a don Pepe Figueres porque un día el doctor Blanco Cervantes me llamó por teléfono y me dijo: “Doctor Miranda, yo sé que usted está haciendo mucho trabajo en los pacientes con esta enfermedad que estamos discutiendo, la hepatitis catarral”, porque así se llamaba inicialmente antes de que fuera catalogada como hepatitis infecciosa. Y un día don Pepe amaneció icterico, y lógicamente llamó a Raúl Blanco, que era el hombre de su confianza en la parte médica, y Raúl le dijo: “Le voy a mandar a alguien”. Entonces me llamó por teléfono y me pidió que fuera a verlo. Para mí ir a ver a don Pepe fue una emoción de primera categoría, y desde entonces periódicamente me llamaba y me decía: “Venga revíseme”. Y casi siempre el comentario que le hacía al final era: “Don Pepe, su hígado está perfectamente bien. Esto que usted tiene son los colerones que usted tiene por el vaivén político en que usted está”. Cuando ganó las elecciones en 1970, yo era el Jefe de la Sección de Medicina del Hospital México. Teníamos dos años de haber inaugurado el Hospital México, un hospital enteramente nuevo, con todo el equipo nuevo. Yo me había venido del Hospital Central, el llamado Calderón Guardia, al Hospital México, con la gente que yo había querido. Estábamos haciendo los primeros cursos de medicina para los estudiantes de medicina y estábamos, digamos, en el apogeo de lo que era el desarrollo hospitalario, usando al Hospital México como una insignia de lo que era el sistema hospitalario. Y una mañana me llama don Pepe y me dice: “Venga para que conversemos”. En esa época don Pepe vivía en una casa que tenía en el barrio Amón. Me fui un rato después, de gabacha y entré con maletín a verlo, y me dice: “Diay, pero viene ... Yo no lo llamo porque tenga problemas con el hígado. Quiero conversar con usted”. Y entonces me propuso que ya que él iba a asumir la presidencia de la república, él quería que para poder consolidar la política de universalización, que era meta de su programa político muy importante, que yo me fuera de Gerente Médico a la Caja. Entonces le hice ver, que yo experiencia como

gerente no tenía para asumir esa responsabilidad, que podía ayudarlo en la parte médica y en la universalización de los servicios, yéndome de subgerente, pero que él modificara la ley de la Caja, para transformar la subgerencia en una subgerencia médica. Y ese fue un proyecto que sindicalmente yo había impulsado en el año 63, cuando fui secretario de SIPROSIMECA<sup>2</sup> en el hospital. SIPROSOMECA es el sindicato que habíamos fundado los médicos del seguro social para tener un sindicato que hablara a favor de la seguridad social, y no un sindicato que hablara en contra de la seguridad social como era el sindicato nacional, del cual nosotros éramos miembros, la Unión Médica Nacional, que en su artículo 2 establece que se funda para oponerse al desarrollo del seguro social. Entonces, eso lo habíamos propuesto a la Junta Directiva de la Caja, crear una dirección de servicios médicos adecuada, y que fuera la base de la organización de los servicios médicos, porque el subgerente era un subgerente general, y tenía mezclado las labores administrativas y las labores de desarrollo con la parte médica. La parte médica estaba reducida a una oficina de prestaciones médicas. Entonces, para darle mayor jerarquía, nosotros en el año 63 propusimos que se desarrollara una dirección de servicios médicos adecuada a lo que significaba el desarrollo de la seguridad social, y que se creara una Gerencia Médica. Fue lo que le propuse a don Pepe. Me dijo que sí inmediatamente, que él hacía modificar la ley de la Caja, pero que como esto se demoraba me fuera como Subgerente, y que cuando se modificara la ley, entonces me pasara de Subgerente Médico, y así lo hicimos. Rodrigo Fournier fue el Gerente, y yo me fui a la Caja en junio del 70 de Subgerente, y a fin de año don Pepe mandó el proyecto al congreso de inmediato, una vez que se aprobó. Creo que fue en febrero del 71 que entonces yo renuncié como Subgerente General para ser nombrado Subgerente Médico. Para entonces, yo mismo reconocía que la labor administrativa era también la mano, así como había una mano derecha, que era la parte médica, la parte administrativa era de la misma importancia, concepto que no era compartido por otros, pero que no estaban tan profundamente involucrados en lo que era el concepto de la universalización y el desarrollo de toda la planificación del proceso. Entonces, le propusimos Rodrigo Fournier y yo a don Pepe, que así como se creaba una subgerencia médica, se creara un Subgerencia Administrativa, para darle ya una fuerza específica a la administración y a la parte médica. Le ley

---

2 Sindicato de Profesionales en Ciencias Médicas de la Caja Costarricense de Seguro Social.

se manda al congreso con ese propósito. El congreso la aprueba, y entonces yo renuncio como Subgerente General, para ser nombrado Subgerente Médico, y Carmen Naranjo, que era la jefe de la administración fue nombrada Subgerente Administrativa.

#### Interrupción de la grabación

Miranda: Alfonso Carro era un abogado, un estudiante que vino al Liceo de Costa Rica de Juan Viñas, hijo de un inmigrante español, que se establece en Juan Viñas, se casa en Juan Viñas y quiere que sus hijos se eduquen y entonces decide mandar al mayor de sus hijos, a Alfonso, al Liceo de Costa Rica. Alfonso se hace bachiller, luego se hace abogado, porque había capacidad para hacer entonces la carrera de abogado. En el país se hacía farmacia, abogacía y agronomía. Eran las tres únicas carreras que se ofrecían en el país. Alfonso se hace abogado y consigue, probablemente por influencia de su papá, una beca en España, y se va a España a hacer la ampliación de sus estudios de abogacía, y en España lo fascina el desarrollo de la seguridad social. Vuelve a Costa Rica y es la mano derecha de don Pepe. Así como yo tengo que reconocer que en la parte médica yo fui, Alfonso, en derecho, fue el orientador. Don Pepe fue un gran idealista, pero necesitaba traducir ese idealismo en términos prácticos, y Alfonso Carro lo hace mucho en la concepción legal y yo le ayude en la parte de la seguridad social. En el año 69 habíamos abierto el hospital México. Yo formé parte de la comisión diseñadora y constructora del Hospital México. Hospital nuevo, todo limpiecito, todo impecable, y los compañeros nunca entendieron muy claramente por qué dejé yo el hospital un año después, para irme a la administración, que la administración en esa época tenía muy poco de atractivo para un médico clínico. Pero si era necesario pensar en que el gobierno tenía que empezar a ejecutar la extensión del seguro, pues no me quedaba más recurso que irme. Así lo hice. Mi vida cambió completamente, porque cambié la sala del hospital por las salas de la administración de las oficinas centrales. No me lamento de haberlo hecho, porque creo que las satisfacciones que tuvimos fueron mucho mayores, y la población ya había empezado a notar los beneficios del modelo social demócrata: la extensión de la educación, el agua potable, los salarios crecientes, y la mejor situación económica. La organización de la salud para entonces era una gran necesidad, recordemos que las dos principales causas de muerte eran desnutrición e infección y parasitosis, que se prestaban muy

fácilmente para corregirlas con un buen modelo que tuviera respaldo económico y asistencial, y realmente los efectos que tuvimos fueron espectaculares. Me dio muchas satisfacciones por la respuesta de la población: teníamos la lista de los terrenos que nos ofrecían en todos los lugares para ser donados para que la Caja construyera una clínica, o hasta un hospital. Y las giras que yo empecé a hacer al campo eran justamente para revisar los servicios existentes y tomar la decisión de a dónde se hacía la extensión de servicios. Eso me permitió hacer una vida de familia que en la semana andaba muy mal, pero los domingos, los fines de semana, montaba todos los chiquillos y a la señora en un auto y nos íbamos de gira a ver en qué terrenos y a dónde hacíamos las extensiones, y realmente tuvimos muchísimas satisfacciones. Y la otra parte, muy importante, es que el país carecía de la estructura jurídica para universalizar. Aunque la disposición constitucional era clara, había que redactar las leyes correspondientes para darle contenido a esa disposición constitucional. Entonces ahí se redactó la Ley General de Salud, la Ley Orgánica del Ministerio, la Ley de Traspaso de Hospitales, la Ley de Estatuto Médico, toda una serie de cosas que era necesario para tener un servicio. Eso nos dio una gran actividad, llamémosla política, aquí en el área urbana y periférica con los servicios. Y luego, a mí me interesaba no solamente extender los servicios y vigilar su calidad, sino la preparación de los colegas, entonces desde el primer momento nos preocupamos de que el colega supiera de qué se trataba, qué es lo que se estaba haciendo, que no era un trabajo ciego lo que se estaba ejecutando, sino que era un plan nacional, y cuál era la finalidad y las etapas de ese plan, para que el apuro creara la menor cantidad de tropiezos posibles porque no había todos los recursos disponibles para malbaratarlos. El crecimiento de la población empezó a ser una cosa espectacular y eso empezó a interesar. La primera organización que empezó a trabajar activamente en esto fue la Asociación Demográfica<sup>3</sup>. Empezó a hacer estudios de población demostrando el aumento de la natalidad, y el aumento de la natalidad, que imagínese usted, en los años 40 y 50 andaba alrededor de siete hijos por mujer en edad fértil, pues lógicamente producía una cantidad de niños, y empezamos a ... Ya tenía la madre cuidado materno infantil, el niño tenía vacuna, empezamos a repartir leche, toda una serie de soportes que empezaron a bajar rápidamente la mortalidad infantil. Las primeras quejas nos vinieron del Ministerio de Educación: que qué hacían con tanto chiquillo en las escuelas. Pero junto con los

---

3 Asociación Demográfica Costarricense.

chiquillos de las escuelas, las madres empezaron a preocuparse de cómo hacían para no tener tantos hijos. Porque para entonces el código femenino era: se tienen los hijos que Dios mande y que buenamente se puedan criar. Y eso es lo que la mujer decía. Yo recuerdo haber tenido dos pacientes en el San Juan de Dios en que en la historia clínica, las dos me relataron que solamente habían visto la primera regla. Se habían embarazado después de la primera regla y nunca más habían vuelto a ver una regla, porque de un ciclo pasaban a otro embarazo, y entraron a su menopausia sin darse cuenta, porque solamente habían visto la primera regla. Eso le dio al tema del crecimiento de la población una gran vigencia, y empezó toda esta educación, porque nos preocupamos porque se hiciera pública e interesar mucho a las mujeres. Empezaron a aparecer rápidamente grupos de mujeres que se interesaron en ver a ver qué métodos se podían usar, porque el método tradicional era el método del condón, del diafragma y la gelatina anticonceptiva. El diafragma nunca gozó de mucha popularidad porque las mujeres no lo aceptaron prácticamente, y el condón pues también tuvo mucho rechazo de parte de los hombres, de modo que el uso no fue muy satisfactorio. Y las primeras discusiones empezaron a tenerse en la Asociación Demográfica, porque ya empezaron a conocerse los resultados de la ligadura de trompas, como un procedimiento relativamente fácil de ejecutar, que no tenía mayor cantidad de complicaciones, porque empezó a aparecer un instrumental, una técnica utilizada por el ginecólogo, y un procedimiento anestésico, todos muy favorables para hacer este procedimiento. Y nosotros tuvimos un Jefe de Ginecología, el doctor Carlos Prada, que se interesó mucho en el procedimiento y empezó a popularizarlo. Y en el México, Carlos Prada, que era el Jefe de Ginecología del Hospital México, abrió un programa para esterilización de mujeres, primero con indicación médica. Entonces los médicos empezaron a mandar multíparas o casos clínicos que tuvieran necesariamente que hacer, pero muy rápidamente empezaron a aparecer solicitudes de mujeres que simplemente no querían tener tantos hijos, aunque su estado físico era bueno. Esto nos abrió, digamos, la política de contacto con las organizaciones encargadas del control de la población en forma muy importante. Había ayuda económica para mucha investigación y para compra. Apareció el DIU, aunque nunca fue muy popular tampoco, porque parece que la postura, pues tenía sus inconvenientes. La mujer aceptaba mucho mejor la laparotomía para ligadura de trompas que el DIU. El DIU frecuentemente provocaba, no frecuentemente, pero

provocaba, infecciones y sangrados, de modo que no fue de una popularidad extraordinaria. El mundo entero andaba detrás de toda esta política, porque el mundo entero estaba asombrado de lo que era, debido a la reducción de la mortalidad infantil, el crecimiento de la población. Y las proyecciones que se hacían en crecimiento de la población, demanda de servicios, cambio de la estructura familiar y social, etcétera, eran tan preocupantes que los países empezaron a revisar el tema muy a fondo por razones políticas y sociales. Y había ofertas de ayuda. Es de mencionar, que desde el primer momento la Iglesia con nosotros colaboró y no hubo obstrucción. Colaboró, porque la Iglesia entendía que si bien era cierto que el embarazo era una consecuencia normal de la relación sexual en el matrimonio, y ese era el requisito fundamental, pues el exceso de hijos atentaba contra los otros hijos y contra la madre. Entonces había muchos sacerdotes que ponían oídos atentos cada vez que se hablaba de métodos de control familiar. Y en lo que la Caja hizo, para entonces que yo ya estaba en los niveles superiores de dirección, nunca sentimos que la Iglesia ni obstruyera ni ejerciera influencia, ni hiciera crítica pública ni nada; tuvo una actitud pasiva que nos resultó pues de colaboración en los proyectos que se desarrollaron. Estando en medio de todo este trajín, de pronto apareció la pastilla anticonceptiva. Y la pastilla anticonceptiva aparece durante el período presidencial del doctor Trejos Fernández. Trejos Fernández había sido un candidato que la oposición al partido Liberación Nacional había ido a buscar a la universidad. Al partido Liberación Nacional se le hacía ya la crítica de manejos indebidos con los fondos públicos. Vea usted si es vieja la crítica. Y se fueron a buscar a alguien que tuviera el prestigio de muy honesto, por eso el apodo de *Manos Limpias* que le pusieron a José Joaquín Trejos Fernández, que era profesor de matemáticas de la Universidad de Costa Rica, y que de pronto se vio investido de presidente de buenas a primeras. Y cuando apareció la pastilla anticonceptiva, él tuvo que tomar una decisión consultada por el ministro que le fue a hacer la consulta de cómo manejar el producto, y él lo declaró de uso público, y que se usara por indicación médica pero que no había restricciones, que si la población lo necesitaba y el médico lo consideraba conveniente no había limitación en su uso. La Iglesia no hizo mayor cuestionamiento sobre esto, y realmente empezó a aparecer la pastilla que se incorporó de inmediato, el anticonceptivo, en el cuadro básico de medicamentos de la Caja. Entonces la Caja empezó a distribuirlo en los pacientes cuando el ginecólogo, o el gineco-obstetra a cargo de

una paciente considerara que era necesario evitar el embarazo, que fueron los primeros que lo tuvieron a su disposición. Esto lógicamente facilitó, y también el precio al que se lo puso a la venta, porque también se vigiló el costo con el que salió al mercado, que fue de un costo pues muy bajo desde el primer momento. Esto puso a la mujer costarricense en contacto con el anticonceptivo y a la vuelta de un tiempo prácticamente todas las mujeres que querían el uso del anticonceptivo o le pedían recomendación al médico, o simplemente entre amigas, y la Asociación Demográfica montó muchas consultorías para consultorios de mujeres y se popularizó. Y la caída de la natalidad en este país fue espectacular. Eso sumado al control que se hizo del embarazo, a la política de nutrición del recién nacido, a la protección del parto, porque el parto se declaró de atención hospitalaria para todas las mujeres del país, y a los programas de vacunación que aparecieron con vacunas eficientes, porque apareció la vacuna de polio, la vacuna del sarampión, que realmente la madre tenía la certeza de que sus niños no se iban a enfermar y por lo tanto no iban a ser angelitos en el cielo a corto plazo, empezó a darse una caída de la natalidad en forma espectacular. Pero eso no evitó el boom de la población que ya se venía presentando, y que empezó a hacérsenos presente ya en el país de la segunda mitad de la década del setenta en adelante y que le ha cambiado la fisonomía completamente a este país. En esto yo le mencionaba a usted el otro día la actitud de la Iglesia. Realmente la Iglesia nunca hizo a la política de salud y a la política de la Caja ninguna obstrucción. Y en determinado momento consideramos que la Iglesia tenía una actitud tan pasiva, pues que era conveniente de que mejor tomara una actitud activa, para evitar que algunos curas fanáticos, porque los había, pues hablaran más de la cuenta y que aparecieran con opiniones raras en la sociedad. Y entonces hablamos con Monseñor Arrieta<sup>4</sup>, que era con el cual teníamos una buena amistad nacida de actividades políticas, porque yo lo había conocido a él como Obispo en Guanacaste, con actividades de extensión del seguro y a él le interesaba mucho, lógicamente, la extensión del seguro. Empezamos a elaborar un plan que lo terminamos en un tiempo relativamente corto, y era que la Iglesia participara en el programa de planificación familiar utilizando el método natural de Ogino, y firmamos un convenio en donde la Caja le facilitó toda la información que se necesitara para distribuirla entre las mujeres los días de misa, que era donde se concentraba, y que los padres, si hacían alocuciones

---

4 Monseñor Román Arrieta Villalobos, arzobispo de San José de 1979 al 2002.

sobre esto, pues se refirieran explicándole a las mujeres en qué consistía el método. Ya era muy claramente conocido que el método de Ogino le daba alguna seguridad a la mujer la semana antes y la semana después de la regla en cuanto a no embarazo, porque no es período de ovulación, y que se podía entonces tener relaciones en condiciones naturales en este período para evitar los embarazos no deseados. El convenio que se firmó se mantuvo vigente mientras Monseñor Arrieta estuvo vivo, pero una vez terminado el acuerdo y como ya Arrieta había fallecido, pues yo supongo que no se renovó. Yo ya no estuve en la Caja para entonces, pero no tuvimos nunca, comparado con otros países que tuvieron una resistencia enorme para el uso de material o de terminología o de programas, etcétera, no tuvimos mayor resistencia de la iglesia. Y sí tuvimos una gran colaboración de las organizaciones sociales. Se organizaron muchos grupos de mujeres, la Asociación Demográfica hizo un gran trabajo porque para entonces tenía actividad fuera de San José, organizó mucha educación de la población para esto, y ahí están los resultados, que hoy en día estamos por debajo de la tasa de reemplazo que más bien resulta preocupante (ríe), porque ya no hay chiquillos y nos estamos llenando de adultos mayores, ¿verdad?

Carranza: ¿Usted nunca fue miembro de la Demográfica?

Miranda: No. Tuve una gran relación. No recuerdo, pero seguro que no. Había un compañero, el primero que comenzó fue un compañero de color ...

Carranza: ¿Morgan?

Miranda: Morgan fue con el primero que empecé a tener relación y asistí a muchas reuniones y programas y actividades. No recuerdo haberme hecho miembro de la Demográfica, pero sí tuvimos un trabajo muy cercano y de una gran colaboración con la Demográfica, sobre todo en financiamiento que fue bueno, pero más que nada en la parte de la educación de la población. Porque la Demográfica reunía población y reunía profesionales de todos los niveles, entonces se encargaba de facilitar el conocimiento de la política en ese sentido.

Carranza: ¿Se acuerda usted cómo fue el proceso de aprobación de la consulta de planificación familiar en la Caja? ¿Fue sencillo?

Miranda: Mire, del 70 al 78 yo fui Gerente Médico de la Caja, y del 82 al 90 fui Presidente Ejecutivo, y puedo decirle, que en la Junta Directiva tuve una gran resistencia a la creación del Sistema Hospitalario Nacional, porque los colegas que había y la influencia que había de los colegas en la Junta Directiva era para que el San Juan de Dios y el Hospital de Niños no pertenecieran a la Caja. Pero fuera de eso, no tuve absolutamente ningún inconveniente ni obstrucción. Fíjese usted que en la parte de niños hubo un momento en donde recién abierto el Hospital de Niños tuvimos ... en el año 68 abrimos niños en el Hospital México. El sétimo piso del Hospital México era el piso de pediatría, y algunos colegas que entendían la política de la Caja, especialmente el doctor Robles<sup>5</sup> y el doctor Quesada Córdoba, se pasaron del Hospital de Niños a la Caja a hacerse cargo del área pediátrica de la Caja, porque ellos sentían que la Caja le daba más garantía al niño que la simple hospitalización. Pero el mismo doctor Sáenz Herrera no fue un fanático del seguro social, ni mucho menos el doctor Loría<sup>6</sup>, ni el doctor Roberto Ortiz Brenes. En el momento del traspaso del Hospital de Niños, se condiciona el traspaso a que la ganancia del centro de diversiones, que usted conoce, que se construye con una donación de terreno que le hace la Caja al Hospital de Niños, constituya un fondo que recibe únicamente el Hospital de Niños. Y si usted ve el Hospital de Niños, pues no tiene una política igual a la de la Caja. Usted no encuentra un solo servicio de pediatría fuera del Paseo Colón. Ningún hospital tiene el servicio de pediatría porque ellos no aceptan que haya niños atendidos fuera del Hospital de Niños. Como decía el doctor Mohs<sup>7</sup> en sus primeros años como director [del Hospital Nacional de Niños]: “Que todos los niños del país vengan al Hospital de Niños”. Incluso compraron unas ambulancias especiales para garantizar el traspaso de niños graves de todas partes del territorio al Hospital de Niños.

Carranza: Usted me mencionó al doctor Prada y la esterilización.

Miranda: Hubo dos colegas que hicieron una labor que prácticamente no se les ha reconocido. Uno, Carlos Prada, en la labor hospitalaria. Carlos Prada tenía por suerte un genio muy duro, muy violento, fácilmente se peleaba y le ganaba las peleas a medio mundo. Fue el encargado de montar la consulta del embarazo de la

---

5 Guillermo Robles Arias.

6 Rodrigo Loría Cortés.

7 Edgar Mohs.

adolescente, todo el programa de planificación familiar, la atención de la adolescente embarazada, toda una serie de políticas y de programas que se dieron a conocer y se difundieron todo lo posible para darle tratamiento al embarazo de alto riesgo o al embarazo no deseado. Prada, y Riggioni<sup>8</sup> en Turrialba. El doctor Riggioni no estoy muy seguro de donde salió como ginecólogo, pero la Caja había aceptado a Turrialba como único hospital del área rural en un movimiento. Cuando la Caja se funda y las juntas de protección se dan cuenta de que la Caja va a tener financiamiento por las cuotas y la obligación de atender a la población, se monta un movimiento nacional entre las juntas de protección nacional para trasladarle los hospitales a la Caja. Le estoy hablando del año 46. La Junta de Protección Social de San José, que tiene en ese momento al Hospital Psiquiátrico y al Hospital San Juan de Dios, todavía no estaba el Hospital de Niños ni el Chacón Paut, horrorizada ante esa iniciativa, desarrolla toda la política para desarmar el movimiento. Pero se les olvida Turrialba. Turrialba es un pueblito perdido allá en la montaña, que casi sólo se dedica al cultivo de la caña, y toda la tierra pertenece a una familia, la familia Jiménez de la Guardia en Turrialba, y Juan Viñas. La comunicación con San José se hace dos veces al día, cuando llega el tren que sale de la Estación del Atlántico a las ocho de la mañana y llega a Turrialba a las once de la mañana, y cuando viene el tren de Limón que llega como a la una de la tarde, que ha salido a las nueve de Limón, y que viene para San José. De modo que el que no llegaba o se venía en tren quedaba aislado porque no había camino para entonces. Pero era una zona que producía mucho dinero porque era la responsable de la producción de la mayor parte del azúcar, de modo que tenía una población importante. Ahí surge la necesidad de armar un hospital, porque con ese tipo de comunicación, qué hace la gente en el intertanto, y la verdad que no todos tenían que venir a San José, entonces aparece ... ¿Cómo se llama el hospital de Turrialba?

Carranza: William Allen.

Miranda: William Allen es un empleado de la municipalidad. Es un mulato. Es hijo de un moreno, hijo de negrito y de una mujer blanca, que vive en Turrialba y es empleado de la municipalidad. Comienza a organizar la posibilidad de crear un hospital y va consiguiendo el apoyo de la comunidad. Va a hablar con sus patrones, que es la familia Jiménez de la Guardia, en nombre de la municipalidad, y la

---

8 Raimundo Riggioni Bolaños.

municipalidad, que lo autoriza a hacer las gestiones, recibe la oferta de los Jiménez de la Guardia, que están dispuestos a colaborar siempre y cuando ellos contribuyan con una cuota por cada trabajador, cada trabajador ponga también algún dinero, y la municipalidad ponga otra.

Carranza: Se inventan un seguro social en Turrialba.

Miranda: Exactamente. Es obvio que ellos, por razones culturales, conocían qué era un seguro social. La municipalidad lo acepta, y entonces empiezan a organizar un hospitalito que arranca, para toda la zona, con 14 camas. William Allen es prácticamente el encargado del hospital. Había que llevar un médico, lógicamente, para hacerse cargo del hospital. ¿Quién diablos se iba a ir a meter ahí? Ningún nacional tuvo interés. Entonces el gobierno le ofrece al doctor Lejarza<sup>9</sup>, que es un nicaragüense que radica en Guanacaste, si quiere trasladarse a Turrialba para hacerse cargo del hospital. Y el doctor Lejarza se fue al hospital para hacerse cargo del hospital. Una nieta de él es en este momento gineco-obstetra y es la Jefe de servicio del Hospital México. Lástima que William Allen, joven, probablemente bien apuesto, diay, se metió en líos, y lo mataron.

Interrupción de la grabación

Miranda: La municipalidad en agradecimiento le pone el nombre William, y el papá del muchacho responsable de la muerte de William Allen, que tenía una casa de campo en Turrialba, cuando ya el hospital se organiza y empieza a crecer, regala, a la municipalidad, la casa para que se ponga ahí el hospital. Ahí estuvo el hospital y ahí está todavía la casa. Si usted va a Turrialba y pregunta por la casa vieja del hospital se la van a mostrar porque ahí está. Y ahí el hospital creció. Ahí llegó Riggioni. Y Riggioni se encargó de fortalecer una política que el doctor Lejarza había establecido en Turrialba. El doctor Lejarza decía que había gente que era de muy lejos para que viajara por cosas mínimas. Porque la gente en esa época viajaba por una inyección, para abrirse un absceso, cosas así. Entonces el doctor Lejarza fue abriendo, estratégicamente, lo que se llamaron dispensarios, provistos por, se llamaban enfermeros entonces, vaya uno a saber la preparación que tenían, encargados las 24 horas del sistema, de darle primeros auxilios a todos estos casos. Entonces Riggioni utilizó todos estos dispensarios periféricos para abrir ahí el

---

9 Doctor Guillermo Lejarza.

programa de planificación familiar. Y montó la cirugía de esterilización. Y si usted revisa las estadísticas del Valle de Turrialba, y Riggioni publicó mucho, es toda una zona que tiene programación en la reproducción gracias al programa de Riggioni. Mucha de la experiencia de la Demográfica y de la Caja se sacó de la experiencia que aportó Riggioni en los resultados que habían tenido en Turrialba. Fue importantísimo el aporte que hizo Riggioni al programa de planificación familiar. A los médicos internos del Hospital Central, aquí en San José, se les hizo un programa para que fueran a Turrialba un mes durante su internado para aprender esta estrategia de la descentralización y el programa que Riggioni había establecido allá. ¡El aporte de Turrialba para la Caja fue muy valioso! Nosotros, mucho del conocimiento sobre descentralización en el área rural, lo sacamos de ahí. El tipo de preparación, de equipamiento, de construcción que había que tener para ir a otros sitios del país, con la misma política, Turrialba fue un gran, pero un gran centro de adiestramiento.

Carranza: ¿Y usted se acuerda don Guido, cuando hubo esa denuncia en la Asamblea Legislativa, a finales de los setenta, de que había esterilizaciones masivas en los hospitales de la Caja?

Miranda: Pues diay, en la Asamblea pues siempre hay algunos intereses y alguna gente que hace presión para que algún diputado .... pero de ahí no nació ninguna restricción, ni ninguna limitación, ni política presupuestaria para la institución. No. Es que el método se difundió tanto que a mí no me cabe ninguna duda que deben haber aparecido pues abusos, o casos cuestionables, o lo que fuera. Porque para nosotros era requisito, indispensable, la solicitud de la pareja para la esterilización. Si no había una pareja constituida había que estudiar el caso y allá se le ponía el visto bueno en el fondo, pero como se transformó en un método muy cómodo de esterilización, pues debe haber aparecido más de algún caso que se prestó para ... Fíjese que fue tan heterogéneo que cuando hicimos la universalización, que si usted revisa el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte, le habla del pensionado y que la esposa hereda la pensión de su marido. Así lo dice específicamente. Cuando nos extendimos al sur, y fuimos a las zonas bananeras, que han sido clásicamente zonas muy ... pues de mucha mezcla social, tuvimos que cambiar el reglamento y poner: esposa o esposo, porque la pensión tuvimos que poner que la heredaba, porque pudiera ser que la mujer ya trabajando se pensionara y entonces la pensión

la heredara el marido. Tuvimos que revisar el reglamento cuando fuimos a la zona sur porque había sido redactado para una zona socialmente muy organizada, como era la Meseta Central. Y la zona sur pues era ... caracoles, era un hervidero de gente. Sin ir más lejos, Ricardo Neily, vea usted, ahí está Villa Neily y el hospital de Villa Neily, y toda la cosa. Ricardo Neily era un libanés, dueño de una tienda. La zona bananera inicial de Costa Rica comienza en el atlántico, y el año 34 aparece cigatoca, que es una enfermedad por hongo incontrolable, que la bananera dice: "cierro". El gobierno, asustado de que se cerrara la fuente de trabajo y la fuente de ingreso que significaba la exportación de banano, le ofrece la zona sur, porque en Ecuador, esa es la zona pacífica, de modo que el ejemplo está que la zona pacífica servía igual. Entonces la bananera se traslada a la zona sur, y ahí Ricardo Neily montó en lo que se llamaba para entonces Villa Neily, porque era Villa Neily como se llamaba, por el negocio de él. Ricardo Neily, cuando yo iba a la zona sur me esperaba con una cena formal de saco y corbata y de todo, y me regaló los terrenos donde está construido el hospital de Ciudad Neily. Él donó el terreno del hospital.

Carranza: Don Guido cuénteme un poco de su familia. De su papá, mamá, hermanos, ¿Qué hacían? ¿Cuántos eran?

Mire: Mire ... mi papá es ... un hombre de ... la verdad es que mamá y papá fueron personajes muy especiales para la época, porque mi papá tuvo la oportunidad de aprender un oficio raro y bien calificado para esa época. El mantenimiento del ferrocarril al Atlántico hacía que hubiera permanentemente tres ingenieros que traía de Escocia, una vez al año, con un contrato de un año, la Northern Railway Company. Vivían en una casa que todavía queda algún resto ahí en la estación del Atlántico, y tenían, a la inglesa, un ama de llaves inglesa, para que se hiciera cargo de ellos. El ama de llaves buscó ayuda doméstica. Mi abuela era una muchacha joven, de San Roque de Barva. Imagínese usted lo que sería en esa época San Roque de Barva. ¿Cómo fue a dar ahí? Nunca lo he sabido, pero era la empleada doméstica de los ingenieros. En determinado momento, mi abuela, como muchacha joven, se embaraza, y tiene a mi papá. La empleada doméstica era echada, siempre de rutina, las hijas a veces y la empleada doméstica que se embarazaba en el trabajo iba para afuera. Pero el ama de llaves la dejó trabajando y papá se crió en esa casa. Se crió entendiendo inglés, y cuando llegó a los 16 años los ingenieros abrieron un curso de mantenimiento de candelas de máquinas de vapor de tren, y

pusieron a papá en el curso. Y papá es de las primeras gentes que aprendió lo que se llamaba entonces calderetería. Un año después Rafael Iglesias electrifica el ferrocarril al Pacífico que era a vapor también. Tenía cinco años de funcionar con máquinas de vapor pero decide ponerle máquinas eléctricas. Hace un contrato con la Siemens, y viene un ingeniero con las primeras cuatro máquinas y dice que necesita quién le dé mantenimiento a las máquinas, las ruedas, las compresiones. Entonces trasladan a papá del Atlántico al Pacífico. Abuelita le mandaba el almuerzo en unas famosas portaviandas, se llamaban, todos los días a papá. Había un muchacho que pasaba por varios almuerzos, llevando. El paseo que yo tuve en la escuela era, acompañar al que iba con los almuerzos al taller, recoger viruta de metal, lo que fuera, y regresar, caminando siempre, otra vez. Mi mamá es hija de un zapatero que hace dinero con la zapatería. Saca la zapatería de Guadalupe y se viene al Mercado Central y abre dos negocios para venta de zapatos en el Mercado Central. Y como tiene tranvía, el tranvía trae los sacos de zapatos y Guadalupe es un centro de zapatería, así se lo definí yo a usted al comienzo, y monta un taller. Yo aprendí el oficio. En ese taller trabajábamos 40 muchachos haciendo zapatos. En vacaciones yo salía del liceo y me iba con mi máquina a trabajar. Pero abuelito enviudó. Se casa con una mujer que es de San Isidro de Coronado. Lógicamente sus hijos están pequeños. Usted recuerda la imagen del viudo y de la madrastra tan popular en esa época. Se casa con otra mujer y surge el clásico conflicto. Mamá era la hija mayor al cuidado de sus hermanos, entonces saca sus hermanos de su casa. Ya ella sabe el oficio. Por ahí se encuentra a papá, se casan. Comienzan muy humildemente, mamá criando los hijos. Nací yo, después nació Mario, que es el gastroenterólogo del San Juan de Dios. Después nació una hermana que murió hace como unos 10 años, y luego nació el hermano menor, seis años después de que nací yo, que murió hace dos años atrás. De modo que sólo quedamos los dos mayores. Mamá nos criaba. Abuelita vivía con nosotros. La casa nuestra, yo recuerdo chiquillo, era una casa muy sencilla. Era piso de tierra, lo que después fue comedor y se le puso piso. La cocina y la pila, que fueron paulatinamente poniéndoseles piso y mosaico, y el día que pusieron el primer mosaico, aquello era espectacular, porque era un piso de colores. Pero mamá, que era hija de su papá, conocía el negocio de venta de zapatos, entonces como ella aprendió el oficio empezó a fabricar zapatos. Papá era un hombre muy trabajador, muy conservador. Fue una pareja donde no tuvieron discusión nunca porque papá siempre hizo lo que

mamá decidió, entonces hicieron una economía y abrieron otro negocio de zapatos en el mercado. Murió abuelito y mamá le compró a los hermanos la parte de herencia de los negocios de abuelo y esa fue la fuente de capital que nos permitió ir a estudiar. Primero me permitió a mí irme a estudiar. Un año después, al final convencí a la familia de que si Mario, que se había matriculado en la Escuela de Farmacia aquí, quería, que se fuera a estudiar medicina a Chile, y llegó a estudiar medicina a Chile. Mi hermana no quiso salir nunca de la casa. Mi mamá se alegró mucho de eso porque habría quedado sola, porque mi hermano menor desde el primer momento me dijo: “Yo también me quiero ir a Chile”. Se fue a hacer Ingeniero Químico a la Universidad Católica en Chile. De modo que en determinado momento estuvimos los tres hermanos en Santiago, y sólo mi hermana acompañó acá. Así que se requiere un liderazgo familiar que, pues eso se hereda, muchas de las cosas que yo aprendí, y distinguí fue gracias a la inquietud y a las facilidades que los padres le dan a los hijos, ¿verdad? De lo contrario, aprendí como corresponde el oficio. Si no hubiera tenido aspiraciones estaría de zapatero seguramente en Guadalupe.

Carranza: Pero sería muy exitoso, porque lleva el negocio en la sangre.

Miranda: (ríe) Me hubiera perdido todo esto.

Carranza: Don Guido, usted me dice cuándo está cansado porque yo puedo seguirle preguntando indefinidamente.

Miranda: (ríe) Unos 10 minutos más para hacer el cierre.

Carranza: Yo quería que me contara un poco de usted. Cuándo se casa, cuántos hijos tuvo ...

Miranda: Estando al terminar la carrera en Chile decidí casarme con una novia que tenía en Chile, que se vino conmigo de Chile. Con ella tuve tres hijas. Pero por ahí, como ocurre infortunadamente en las parejas, surgieron diferencias irreconciliables, entonces 17 años después decidimos mejor desarmar lo que había sido el núcleo familiar hasta entonces. Y conocí después a doña Virginia y nos matriculamos. El primer embarazo fue otra niña, era la cuarta hija. La quinta es también otra niña. El sexto es el hijo. Y desde entonces estamos ahí criando ya no solamente los hijos

sino los nietos y bisnietos de la primera generación, pues lógicamente hay bisnietos. El bisnieto mayor ya está en la universidad. Y por el lado de doña Virginia tenemos 7 nietos.

Carranza: Y le hago una última pregunta, más íntima. ¿Cómo se las arreglaba usted para planificar sus hijos? Porque los médicos tenían menos hijos que los que tenía el común de la población. ¿A usted en su formación como médico le habían enseñado algo? ¿Eran temas que se tocaban?

Miranda: No. No se enseñaba mucho porque no existía qué enseñar. Lógicamente, se mencionaba y se enseñaba el uso del condón y el diafragma. Ya en la práctica profesional fue donde vimos aparecer los otros métodos.

Carranza: Pero entiendo que el preservativo, la connotación que tenía era para prevenir enfermedades venéreas.

Miranda: Ah sí, pero era un recurso para evitar el embarazo. Y luego que apareció la pastilla, pues lógicamente la pastilla es la responsable. Y cuando ya se decidió que ya no había más hijos, pues lógicamente el último parto con cesárea y ligadura de trompas, ¿verdad?

Carranza: ¿Pero los partos anteriores no habían sido cesáreas? ¿Es la cesárea para la ligadura?

Carranza: Exactamente. Es para ese propósito. Sí, porque los partos anteriores habían sido partos eutócicos. No digo sin problemas pero, diay, partos normales, de modo que un tercer parto no había por qué suponer que tuviera limitaciones. Pero se planifica cesárea porque tiene ese propósito.

Carranza: Claro que en algún momento se empieza a hacer ya con laparoscopía.

Miranda: Sí, pero no alcanzamos a llegar a esa época. El México fue el gran introductor de la laparoscopía en el servicio de Carlos Prada fue donde se empezaron a hacer.

**Fin de la primera entrevista e inicio de la segunda**

Miranda: Las dos guerras mundiales que ocurrieron en el siglo XX, la Primera Guerra Mundial de 1914 a noviembre del 18, y la Segunda Guerra Mundial, de setiembre del 39 al año 1945, son probablemente los dos fenómenos convulsivos más importantes que experimentó la población del mundo, y que hizo cambiar completamente sus patrones de vida. A la Primera Guerra Mundial ingresan los imperios más poderosos del mundo europeo: el Imperio Británico, el Imperio Ruso, el Imperio Austrohúngaro, el Imperio Alemán, el Imperio Italiano, el Imperio Español. Cuatro años después, los imperios han desaparecido y nacen los derechos civiles del ciudadano, con la potestad de elegir sus dirigentes políticos y removerlos, en contraste con la herencia del poder absoluto del rey. Se consolidan en estos cuatro años, sin que haya habido una política dirigida en este sentido; empiezan a vislumbrarse los derechos civiles del ciudadano. Y tan se vislumbran, que de una política absolutista, como eran las monarquías, en donde era un hombre, el rey o el zar de Rusia, el que decidía el ingreso a la guerra de su territorio y población, cuatro años después son los parlamentos y el voto popular. A partir de entonces desaparecen las monarquías, desaparecen los gigantes monárquicos y los países se transforman en comunidades con derechos de sociedad. Y en la Segunda Guerra Mundial se consolida este concepto con la que es una organización permanente y formal originada en la Liga de las Naciones, las Naciones Unidas. La Carta de Derechos Humanos, el documento que consolida los derechos civiles del ciudadano, nace en las Naciones Unidas en el año 46, y se transforma desde entonces en el decálogo político de las sociedades. Eso significó que los derechos del ciudadano son, en la búsqueda de una igualdad real, el objetivo político de la mayor parte de las naciones, concepto que no existía en las monarquías en donde el rey era dueño de vida y hacienda de toda la población. Estos dos fenómenos, unidos al desarrollo enorme de la tecnología que se produce en la Segunda Guerra Mundial, en donde nunca el hombre progresó tanto técnicamente, paradójicamente, con la finalidad de tratar de matar a sus semejantes y ganar la guerra. Tan es así, que las dos explosiones de las bombas atómicas que terminaron con la guerra de Estados Unidos con Japón, y que pusieron final a la Segunda Guerra Mundial, mataron un millón de ciudadanos y una insignificancia de población militar. La Primera Guerra Mundial costó 7 millones de soldados que mueren en las trincheras; la Segunda

Guerra Mundial cuesta 60 millones, en que la gran mayoría son civiles. Fueron 50 millones de civiles y solamente 10 millones de soldados, porque se consideró estratégicamente, que destruir las ciudades y la capacidad de producción de los países, y afectar la moral de las poblaciones, era mucho más útil que disparar solamente los rifles. Pero eso da origen a una modalidad, que como dicen los ingleses en su fundamento político al crear la universalización: "Si la guerra nos perjudicó a todos, que los beneficios de la paz sean también para todos". La aplicación de la tecnología después de la Segunda Guerra Mundial produce el mayor desarrollo social y de población que el mundo haya conocido. Tan es así, que un fenómeno tan importante como la explosión demográfica se produce en la segunda mitad del siglo XX, como una consecuencia de la alta tasa de natalidad que todavía persistía. El hombre era el que trabajaba y producía y la mujer estaba en la casa esperando a ser fecundada para tener los hijos, que como la religión católica lo dice, "los hijos que Dios quiera mandar". No es sino hasta la segunda mitad del siglo XX que la aplicación de la tecnología produce no solamente la pastilla anticonceptiva sino el concepto político del derecho de la mujer a usar la pastilla de acuerdo a su decisión. Si lo hace de común acuerdo con su pareja, sería el ideal de su uso. Pero hoy día, muchísimas mujeres, gracias a la incorporación de la mujer al mercado de trabajo y a su educación, son capaces de tener una vida independiente y de usar los anticonceptivos por su cuenta y riesgo. En lo que respecta al crecimiento de la población, la población del mundo entre el año 1300 y el año 1400 prácticamente no creció. Si bien la natalidad para entonces era extraordinariamente alta, morían los niños pequeños acumulando una mortalidad infantil extraordinariamente alta. Y luego, el sobrevivir la infancia exponía al adulto a los riesgos del trabajo, de una vida miserable, los riesgos de las guerras, de las epidemias, etcétera, de modo que, aun con una tasa de natalidad alta, la población no registra crecimiento entre el año 1300 y el año 1400. A partir del año 1700, en que la población solamente ha crecido de 400 a 600 millones de habitantes en dos siglos, se inicia un crecimiento que es muy claro durante los tres siglos siguientes. Este crecimiento es el producto de una capacidad que van desarrollando las sociedades de proporcionarle a sus miembros una mejor calidad de vida. El proceso del conocimiento, primero en la agricultura para mejorar la capacidad de la producción, hace que la comida empiece a ser más abundante y luego aparece el comercio mundial. La capacidad de navegación, la introducción de la brújula, la

introducción de la caldera en los barcos que hace que el barco no quede a merced del viento sino que tenga su propio motor y su propia dirección, va creando un comercio internacional que facilita la producción de bienes. Pero un productor de bienes nada saca con embodegarlos; lo que le interesa es venderlos cuanto antes, y aparece la importancia de los mercados comerciales. Y la sociedad sabe que producir y vender deja una ganancia que primero se acumula y aparece el capitalismo en la economía, con sus consecuencias en el poder económico. Luego, por razones políticas se produce la tendencia al reconocimiento del valor del trabajo y la orientación hacia el reparto justo de la ganancia y los salarios comienzan a aumentar. Todo esto produce, en la población, una serie de condiciones que le quitan la miseria que habían tenido los siglos anteriores. La capacidad de alimentarse mejor, de tener una vivienda de mejor calidad, de tener un vestuario adecuado, de tener acceso a los servicios médicos oportunos cuando fuera necesario para protegerse de las enfermedades y, en la ciencia médica, el descubrimiento del medio interno y de la infección, determinan fenómenos tan importantes como, primero, la presencia de las vacunas, que protegen a la población de las enfermedades que dejan inmunidad permanente, hecho que ya había sido conocido, y que una vez que se introdujeron las vacunas terminan con las enfermedades infecto contagiosas de carácter epidémico. Y finalmente, al comienzo de la Segunda Guerra Mundial los dirigentes políticos británicos reunieron al grupo científico de Inglaterra y les mostraron cómo en la primera guerra mundial la mayor parte de los soldados no había muerto de balazos, de las agresiones de la guerra misma, sino de infecciones, epidemias de neumonía, de paludismo, de tifoidea, etcétera, y la misma infección de las heridas de la guerra había matado más soldados que el balazo mismo recibido del enemigo. Eso hizo que la dirigencia británica le pidiera al medio científico inglés algún sistema para proteger a sus soldados. La respuesta es que el investigador Fleming había ya introducido el conocimiento que había de un cultivo de hongos que era capaz de producir una secreción que paralizaba el crecimiento de los estafilococos y de los estreptococos, que son los gérmenes más frecuentes en las infecciones. El laboratorio que se le montó a Fleming le permitió entregarle un año después, al ejército británico, la primera solución de un líquido que, como el hongo que había producido la secreción era el *Penicillium notatum*, Fleming llamo "penicilina". En Alemania sucedió exactamente lo mismo. Se reunieron el Estado Mayor con los encargados de la

producción científica alemana, y alguien citó que había habido una publicación unos meses antes, de una fábrica de lonas, en donde el químico a cargo de la fábrica reportaba que la primera causa de incapacidad de las mujeres trabajadoras de esa enorme fábrica era la infección de las manos al teñir las lonas, excepto en las mujeres que teñían la lona de rojo que no se infectaban. Esto hizo que se llamara al químico de la fábrica, Pedro Domagk, que les pidió lo mismo que Fleming, un laboratorio para producir, un año después, con una diferencia de dos semanas, el primer frasco de pastillas de sulfadiazina que es el segundo antibiótico que se introduce. A partir de entonces la infección se vuelve más controlable porque por primera vez se dispone de medicación específica. Entre mejor calidad de vida, protección proporcionada por las vacunas, natalidad reducida, los niños tienen ahora una mejor expectativa de sobrevivir los primeros años de vida, que son los de mayor riesgo. Esto hace que para el año 2000 la población del mundo cierra en 6 mil millones de habitantes, o sea, se produce una cuadruplicación de la población entre lo que había sido la población el año 1900 y cien años después. El mismo fenómeno ocurre en Costa Rica. En Costa Rica, en el año 1900 la población es de 400 mil habitantes, cincuenta años después con aquel esfuerzo de las abuelas que tenían 8, 10, 12 hijos, apenas la población es capaz de subir un 100%, y para el año 1950 la población llega a 800 mil habitantes: se duplica. Pero de 1950 al año 2000, en los mismos 50 años, la población de Costa Rica llega a 4 millones, o sea, se quintuplica la población en esos 50 años, mientras que en los primeros 50 años del siglo XX solamente se había duplicado. Y ya para entonces existe la reducción de la tasa de la natalidad, porque los anticonceptivos han hecho su aparición en la época de los sesenta. El otro gran fenómeno social es la irrupción de la mujer en el mercado de la producción y la educación de la mujer, que deja de estar únicamente destinada a la maternidad y empieza a tener una preconizada igualdad de derechos con el varón. La educación de la mujer hace que en este momento el mercado de trabajo nuestro tenga un 40% de mano de obra femenina; el otro 60% corresponde a la mano de obra masculina. El mismo fenómeno, más temprano se dio en las otras sociedades en que las mujeres empiezan a tener una mayor diversidad en su vida, gracias a la educación y la otorgación de los derechos sociales. Eso hace entonces que el embarazo empiece a transformarse en una función regulada para no alterar la carrera profesional de la mujer; la mujer empieza a adquirir el derecho de decidir en qué momento se embaraza y cuántos niños tiene. La calidad de vida

afectó especialmente la población de Inglaterra entre el año 1938, en donde la tuberculosis era conocida como la tisis, nombre que le había dado Hipócrates a la tuberculosis, porque Robert Koch todavía no había descubierto el bacilo causal. Morían 4 mil ingleses por cada millón de habitantes, de una enfermedad que era contagiosa y que desde el punto de vista médico estaba descrita como una fiebre que caquectizaba al paciente hasta matarlo. Pero, en el año 1884 se descubre el bacilo de Koch. Ya para entonces, la tasa histórica de mortalidad de los 4 mil ingleses por millón de habitantes había descendido a 2500 ingleses muertos por millón de habitantes. Los ingleses lo explicaron muy claramente: al mejorar la capacidad de alimentación de la población, la mejor nutrición y las mejores condiciones de vida evitaban el contagio y era posible tener un mejor control de la tuberculosis. El descubrimiento del bacilo no mejoró en nada la terapéutica, que siguió siendo: mejor alimentación y el reposo en cama. Sin embargo, la tasa de mortalidad continuó descendiendo hasta que en la Segunda Guerra Mundial, el descubrimiento de la estreptomina y el tratamiento tripartito, que se introduce para completar el tratamiento de la estreptomina, y la aparición de la vacuna de tuberculosis, vienen a producir una reducción mayor de la tasa de mortalidad. Pero ya para entonces, la tasa de mortalidad ha dejado de ser un problema social. En Inglaterra estaba reducida a un octavo de lo que había sido 100 años antes, porque apenas representaba una tasa de mortalidad en 500 muertos por millón de habitantes. Aquí en Costa Rica el fenómeno se dio en idénticas condiciones. Recordemos que Raúl Blanco Cervantes crea el Preventorio de Coronado para tratar a los niños con complejo primario tuberculoso, y crea el Sanatorio Duran para tratar al adulto. Llegó el momento en que el sanatorio tenía 600 camas de tuberculosos, que todo lo que recibían era reposo y alimentación, porque no había ningún tratamiento específico para su enfermedad. Cuando aparece la estreptomina y empieza a aparecer la fibrosis pulmonar como consecuencia del efecto terapéutico de la estreptomina al curar la tuberculosis, y se hace posible la penetración del cirujano al tórax y la capacidad de producir ventilación asistida, ya el cirujano no depende de la respiración del paciente sino que una máquina es capaz de respirar por el paciente, y el cirujano puede penetrar al tórax tranquilamente por primera vez. Esto es un fenómeno quirúrgico que ocurre gracias a la tecnología descubierta en la Segunda Guerra Mundial. Ya para entonces, esta cirugía que se hace de pulmón se va haciendo cada vez en menor número de casos de tuberculosis porque

la enfermedad ha ido descendiendo. Recuerdo muy bien, que en 1976, cuando fui a ver al doctor Blanco Cervantes para decirle que en la decisión de la Caja de crear un Sistema Hospitalario Nacional habíamos decidido trasladar el hospital antituberculoso a la Caja, me dijo: “Doctor, me trae usted la mejor noticia, porque tengo un sanatorio innecesario y 400 camas en este hospital, y solamente 60 pacientes, que no se han ido para su casa porque su familia no se los quiere llevar. Pero lo cierto es que la calidad de vida y las condiciones económico sociales nos ganaron a los tisiólogos la batalla; ya hoy la tuberculosis ha dejado de ser el problema que fue en las décadas anteriores”. Esto demuestra porqué fue necesario dedicar el hospital antituberculoso a un nuevo concepto de la población. Para entonces era muy claro que la población crecía y envejecía como el resto de la población del mundo, de ahí que el hospital antituberculoso haya sido, desde el traslado a la Caja, propuesto como el centro de adiestramiento para el personal que se dedicaría al crecimiento de esta población nueva del adulto mayor, que hoy es el grupo de mayor crecimiento. La mortalidad infantil en el mundo europeo, en el año 1900, y fíjese usted que de esto hace solamente 100 años, oscilaba entre 210 y 102. Cincuenta años después, se registra una caída vertiginosa, y en números redondos se puede decir que cada país la había logrado reducir a la mitad. Tengamos presente que para entonces todavía no se habían desarrollado los seguros sociales, todavía no aparecían las vacunas, todavía no se conocían los antibióticos, de modo que esta caída de la mortalidad infantil en la primera mitad del siglo XX es una consecuencia de la mejora de la calidad de vida de la población del mundo, que hace que los niños sean capaces de sobrevivir a enfermedades infectocontagiosas y al riesgo de la pobreza en los primeros cincuenta años del siglo XX. Entre 1950 y 1965, que es cuando los países deciden aplicar el desarrollo tecnológico y el desarrollo social a la población en general, gracias al concepto nacido en Inglaterra de la universalidad del derecho a la salud, la mortalidad infantil prácticamente se concentra entre 34 y 17, una mortalidad que había sido pues prácticamente 10 veces mayor solamente 60 años antes. Y ya para el año 2000, la mortalidad infantil está entre 3 y 12. Esta protección de la infancia y el crecimiento de la población son responsables del fenómeno que hemos conocido como el “boom demográfico”, que Costa Rica lo experimenta en la segunda década. Las cifras de la década del 60 y el 70, colocaron a Costa Rica en el quinto país en el desarrollo de población. Si analizamos las causas de muerte entre 1930 y en año 2000 en Costa

Rica vamos a encontrarnos con que las enfermedades infecciosas, particularmente la diarrea, era la primera causa de mortalidad total. De diarrea morían, en 1930, 458 habitantes, y conforme fue mejorando la calidad de vida en la población y la calidad del agua para consumo, se registra un claro descenso en este tipo de muertes hasta el punto de que para el año 2000 no se registra mortalidad por diarrea. En segundo lugar figuran las enfermedades respiratorias, que han descendido de 260 a 46 para el año 2000. La tercera causa eran la malaria y la tifoidea, porque para entonces el paludismo era una enfermedad endémica en el país, que no tenía prácticamente control. La reina peruana Cinchona, que introduce el extracto de la corteza de árbol de quinina como tratamiento de la malaria para su población en Perú, era el único tratamiento conocido para el tratamiento de la malaria, hasta la Segunda Guerra Mundial, cuando los investigadores alemanes descubren o sintetizan la atebрина, como el primer antipalúdico sintético. A partir de entonces el tratamiento del paludismo deja de hacerse por quinina y se usan las sustancias sintetizadas en el laboratorio. El otro gran complemento es el descubrimiento del DDT para matar los zancudos transmisores. Hoy en día nadie piensa en tomarse un par de atebriñas antes de ir a pasar unos 3 días a la playa, porque la malaria dejó de ser una enfermedad endémica en el país. Lo mismo ocurre con la tifoidea, enfermedad transmitida por el agua. Una vez que se crea la política de servir agua apta para el consumo humano en cada una de las casas gracias al servicio de tratamiento de aguas la enfermedad desaparece. Este país tiene, en este momento, para satisfacción nuestra, el indicador de 92% de agua apta para el consumo humano en cada una de las casas, lo cual significa que las enfermedades transmitidas por agua dejaron de ser una amenaza sanitaria. La mejora de la calidad de vida hace que los niños tengan ahora la oportunidad de usar zapatos. Antes los niños tenían que deambular descalzos por carecer de zapatos y ello facilitaba la transmisión del anquilostoma como del áscaris, y las parasitosis intestinales, que mataban los niños en alta proporción en 1930, ahora prácticamente han desaparecido. Como una anécdota, hace pocos días me invitaron a una conferencia en un colegio privado para los niños que estaban en cuarto y quinto año y que iban a ser bachilleres este año. Les pregunté, cuando los vi tan de buen aspecto, cuántos habían tenido niguas alguna vez en su vida, y ninguno de los más de 120 niños presentes habían tenido la experiencia. Ni siquiera las conocían. Todas las enfermedades infectocontagiosas y de control médico mejoran también su

mortalidad, con excepción del cáncer que va aumentando la incidencia. Y es que el vivir 80 años, como es la expectativa de vida de la población nuestra, hacen que aumenten las posibilidades incidencia para cáncer por el envejecimiento y el deterioro de los tejidos. Lo mismo ocurre con la diabetes. Lo que vale la pena mencionar, es que las muertes por violencia de agresión física han disminuido prácticamente a la mitad. Eran cincuenta muertos por violencia en 1930 cuando la agresión personal era la causa de la mortalidad. Hoy en día, que los vehículos circulantes son la causa de la agresión entre las personas, es el único indicador que tiene cifras más altas que en 1930, porque se agrega la mortalidad de las vías de circulación y se agregan los accidentes de tránsito. En 1930 morían 2139 costarricenses por cada 100 mil habitantes, y para el año 200 murieron solo 390. Si tenemos una disminución de 7 veces la mortalidad infantil, ello significa que hay una mayor cantidad de sobrevivientes y explica el crecimiento de la población. En cuanto a la natalidad, entre 1910 y 1960 las muchachas tenían una natalidad que es sorprendentemente constante, entre 46 y 48 niños por cada 1000 mujeres en edad de procrear. Entre 1960 y 1970 se produce una reducción de la natalidad de 48 a 33, y de ahí comienza a descender, hasta el punto que para el año 2005 la natalidad está por debajo de la tasa de reposición de la población. Tenemos una tasa mejor porque como lo hemos mencionado, el derecho de la mujer, su educación, su incorporación a la educación y al mercado de la producción hace ahora que la mujer mida la oportunidad del embarazo y el derecho de embarazarse, hasta el punto de que hay países que han creado la interrupción del embarazo con el aborto voluntario, cuando por circunstancias especiales se produce un embarazo no deseado. La mujer tiene el derecho, en muchos países, de decidir la interrupción de su embarazo. La disminución de la natalidad se da muy claramente en la segunda mitad del siglo XX, porque aparece la necesidad de regular el embarazo. Es la pastilla anticonceptiva y luego los agregados procedimientos anestésicos y mecánicos, que le permiten al ginecólogo colocar clips plásticos en las trompas, o dispositivos intrauterinos, y muchos países han creado políticas de esterilización voluntaria de su población. Costa Rica, en su modelo de desarrollo político, consideró la necesidad de decidir el crecimiento de la población. En 1968, cuando aparecen los anticonceptivos en el mercado farmacéutico, el para entonces Presidente de la República, el profesor José Joaquín Trejos Fernández, un hombre extraordinariamente conservador, decide declarar de beneficio público el uso de los

anticonceptivos. Esta disposición nos permite, en la Caja Costarricense de Seguro Social, disponer de anticonceptivos para ser prescritos cuando el ginecólogo y el médico en general deciden que a una mujer le conviene, por razones económicas o sociales, la limitación de su natalidad. Después, se estableció en el país la política de la esterilización voluntaria. En el Hospital México, el Servicio de Ginecología, y en particular el liderazgo del doctor Carlos Prada, que fue el gran campeón de esta política, establece la política de que las parejas que quieran y soliciten la esterilización de la mujer porque ya han tenido una cuota de natalidad satisfactoria para su desarrollo familiar, puedan solicitar la cirugía. Primero la cirugía fue un procedimiento abierto; después, cuando aparece la cirugía laparoscópica, ya se hizo por procedimientos mucho menos invasivos y permitió colocar inicialmente una ligadura y después un clip de plástico en las trompas, y hacer entonces que la mujer no tuviera necesidad de usar anticonceptivos, porque son sustancias químicas que muchísimas veces afectaban el metabolismo de la mujer. Mecánicamente, la mujer seguía teniendo su menstruación y su ovulación mensual normal, pero se detenía la llegada del ovulo a la matriz y la posibilidad de la fecundación, y ello permitió que muchísimas mujeres disfrutaran del beneficio de haber tenido ya sus hijos y luego no quedar expuestas a nuevos embarazos. Pusimos en práctica la posibilidad de establecer esta política como una política de protección de la población. Todas estas políticas se crearon en la Caja Costarricense de Seguro Social como una consecuencia de la aplicación del modelo que se desarrolla desde la primera administración de José Figueres en el gobierno. José Figueres, victorioso, dio una revolución que solamente tenía un objetivo: garantizar la pureza del sufragio. Ya en gobierno, decide llamar a colaboración a un grupo de jóvenes dedicados al estudio de los problemas nacionales y su solución, aplicando el modelo llamado "social demócrata". Ese grupo de jóvenes profesionales, encabezado por el abogado Rodrigo Facio, es el fundamento ideológico de la Junta de Gobierno de Figueres, y postula el acceso a los servicios médicos, y respalda la cobertura de toda la población de acuerdo a lo que fue la reforma constitucional de 1961, que estableció que el Régimen de Enfermedad y Maternidad de la Caja cubriría a toda la población. A su vez, el mundo entero reconoció que el crecimiento incontrolado de la población podía ser perjudicial, si no existían los medios materiales para proporcionarle a esa población una calidad de vida adecuada. Esto hace que en Costa Rica, junto con la política de salarios crecientes, de derechos

civiles y de la educación, de mejora del ingreso de la población, se vaya desarrollando una política de protección de una serie de disposiciones que buscan no tratar enfermedades, sino mejorar la calidad de vida; hacer de la calidad de vida el principal desarrollo del bienestar de la población. Esto explica que en 1968, aun en presencia de un presidente extraordinariamente conservador, cuando digo conservador entiéndase profundamente religioso, que era el presidente Trejos Fernández, hace que declare el uso de los anticonceptivos como de beneficio público mediante un decreto y nos permita en la Caja de Seguro, el libre uso de anticonceptivos. Política y disposición que para entonces fue revolucionaria, porque incluso aún en este momento, hay países que no tienen esta libertad en el manejo de esta protección para la mujer. La mortalidad total del país ha caído. En 1910 por cada 1000 habitantes morían 30 habitantes y en este momento mueren solamente 3,75 habitantes. Si la natalidad se mantenía alta y la mortalidad descendía tan rápidamente, lógicamente se da un crecimiento de la población que adquiere la expresión mayor en la década del 50 y del 60, con un crecimiento extraordinariamente alto, porque se introducen estas políticas de protección a la población y la capacidad de darle mejor tratamiento a los niños y a la mujer embarazada. La mortalidad infantil también se reduce extraordinariamente. Una mortalidad de 195 niños muertos por cada 1000 nacidos vivos en 1910 que va reduciéndose y prácticamente en todo el siglo XXI hemos estado por debajo de 10, que es la tasa de mortalidad infantil que deben tener los países desarrollados. Es de destacarse la mortalidad infantil de la década del setenta, que era de 63 niños muertos y que una vez aplicada la política de protección a la infancia, los programas materno-infantiles, la vacunación, y la mejora de la nutrición, cae, de 63 a 19 en 1980. Esta cifra, la tienen muy pocos países en Latinoamérica, porque es el producto de una política integral de desarrollo aplicada a la infancia. Esto ha producido el fenómeno consecuente de todas estas condiciones que es el envejecimiento de la población. Llegar a viejo era una excepción en los siglos anteriores al siglo XX, pero empieza a producirse como un fenómeno social en pleno siglo XX, y para el siglo XXI el envejecimiento constituye el principal problema económico social de la población. En Costa Rica el adulto mayor está viviendo más de dos décadas. Se supone que ha resuelto el problema de su vivienda teniendo casa propia, el problema de sus servicios médicos, que estarían a cargo del seguro social, y el ingreso económico que sería una pensión de la población. Costa Rica

está todavía en ciernes de desarrollar una política integral de protección del adulto mayor, como lo está el resto del mundo. El resto del mundo protegió al viejo excesivamente, porque unos pocos llegaban a viejos en años anteriores, pero ahora que es el sector de población que crece más, todos los sistemas de pensiones han tenido que ser recalculados y reducidos en sus beneficios, porque el número de adultos mayores está sobrepasando la capacidad económica de los sistemas de mantener un adecuado financiamiento de este sector de la población. Costa Rica tiene en estos momentos una esperanza de vida de más de 80 años y seguirá creciendo. La Caja de Seguro Social está pagando ya más de 20 años de promedio a sus pensionados, de modo que llegará el momento en donde la capacidad del sistema se vea amenazada porque el número de gente que adquirirá el derecho a su pensión será mucho mayor que la capacidad del sistema de obtener el beneficio contributivo en la proporción en que está calculado en este momento. En la década del 50 y en la década del 60 cada mujer en edad fértil tenía más de 7 hijos en este país, como promedio, y en este momento esa misma mujer tiene menos de tres hijos, y ya estamos teniendo una tasa de fecundidad por debajo de 20, lo cual significa que estamos por debajo de dos hijos por mujer en edad fértil, lo cual significa una amenaza al crecimiento de la población. La población no disminuye, porque como nadie se muere, los recién nacidos se incorporan a una población que tiene una mortalidad muy baja, y luego el fenómeno de la inmigración hace que muchos países, entre ellos Costa Rica, estén teniendo el beneficio de poblaciones que se desplazan de sus países, que no tienen condiciones adecuadas para el desarrollo de la población, y que buscan condiciones de vida más aceptables en otra parte.

Interrupción de la grabación

Carranza: Usted me habló de un decreto que declaró de beneficio público la pastilla.

Miranda: La Administración de Trejos Fernández, que era el Presidente de la República de entonces, es la autora de ese decreto. Ese decreto declara los anticonceptivos de beneficio público y fue emitido el año 68. Lo que se publicaba entonces, analizando el fenómeno de crecimiento de la población, hacía de éste un tema de conversación de todos los días. Entonces, el proceso educacional fue muy importante como base para la gestión de la Asociación Demográfica y para las

políticas de la Caja de Seguro Social. En la Caja no tuvimos nunca ningún problema para hablar de esterilización voluntaria. Algún grupo de vez en cuando aparecía cuestionando la gestión, pero el público la aceptaba y siempre hubo que andar buscando fondos adicionales porque la demanda de servicios era descomunal. Hasta hubo un momento en que hubo que conversar el tema con los dirigentes de la Iglesia Católica, que eran de muy amplio criterio. Tan es así, que en un momento propusimos y se firmó con la Iglesia un convenio de planificación familiar, porque la Iglesia, ante la problemática social, en mucho estaba de acuerdo. Con lo que la Iglesia nunca estuvo de acuerdo, y nosotros no lo propusimos, fue con el aborto. Tanto se extendió el uso de anticonceptivos, que la mujer costarricense hasta tuvo un conflicto ético-religioso. En los años sesentas yo hacía gastroenterología principalmente, y un cuadro que vi frecuentemente, lo recuerdo, caray, como si fuera ahora, es la aparición de digestivo irritable y trastornos anímicos en la mujer que tenía conflicto religioso con el uso de anticonceptivos que estaba haciendo. Mujeres con úlcera, colon irritable, digestivo, dolor abdominal, eran frecuentes, porque ellas querían tomar, y a veces tomaban anticonceptivos, pero por otro lado tenían la convicción religiosa de algunos que decían que eso era falta moral. Entonces la mujer tenía conflicto religioso en su comportamiento personal. En la década de los sesenta, una vez que las mujeres jóvenes se fueron incorporando ya a la sociedad, ya la mujer fue aceptando su conveniencia.

Carranza: Una cosa que llama la atención es que Costa Rica lograra disminuir la natalidad tan importantemente sin tener un objetivo o una meta demográfica explícita. Entiendo que siempre, y usted me corregirá, fue la idea de ofrecernos anticonceptivos y que sea una decisión voluntaria.

Miranda: El doctor Carlos Prada, en el Hospital México, era el ginecólogo Jefe de Clínica del Servicio, muy inquieto y muy apegado a estos temas. Fue el introductor del programa de la esterilización voluntaria y el creador de un servicio de ginecología para las adolescentes, y el Hospital México era el único hospital que lo tenía, porque el Hospital San Juan de Dios era muy conservador en sus programas. Ahí estaba la mayor parte de gente que todavía difería de la universalización de la Caja, o colegas de más edad, que no comulgaban con estas nuevas tendencias. La otra maternidad grande que pudo haber hecho competencia era la del San Juan de Dios, pero no. Tan es así, que el doctor Manuel Aguilar Bonilla y el doctor Max Terán

se fueron del San Juan de Dios para irse a la Carit y transformar una maternidad tradicional en algo más moderno. El desarrollo de la Carit se debe a los doctores Manuel Aguilar Bonilla y Max Terán, que eran, en el San Juan de Dios, Jefe de Servicio de Cirugía y de la maternidad, respectivamente. En el año 70, el doctor Aguilar fue electo Primer Vicepresidente de la República, y su identificación con el programa de gobierno de don Pepe Figueres facilitó su traslado a la Sección de Cirugía del Hospital Central y luego al Hospital México, cuando se inauguró.

Carranza: Volviendo a la esterilización femenina, se suponía que hasta 1999 en el país sólo podía practicarse la terapéutica, que era cuando el embarazo ponía en riesgo la vida o la salud de la mujer, pero en realidad era utilizada como un método anticonceptivo y la gran mayoría de las mujeres se esterilizaban en la Caja. Se convivió con esa (me interrumpe)

Miranda: La esterilización femenina, y después la masculina, era un programa que tenía su difusión, su información, pero no era motivo de gran bandera como eran otras políticas, porque se despertaba inmediatamente reacción. Algo que la benefició enormemente fue la laparoscopia, el procedimiento laparoscópico, porque todos los primeros años de esterilización voluntaria se hicieron con cirugía cruenta. Las primeras tenían una incisión mediana. Luego, el doctor Prada trajo del exterior una técnica de una incisión pequeña. Mejoró el procedimiento de localización de las trompas, incluso se diseñó un aparato para facilitar el acceso a las trompas para ligarlas. Pero una vez que apareció la laparoscopia la diferencia fue enorme. Incluso hubo ginecólogos que lo realizaban en su consultorio privado. Nuestra sociedad fue capaz, con una gran discreción, de reconocer el beneficio de lo que se estaba haciendo, porque cada vez que se autorizaba una esterilización, era una pareja que tenía un estudio social perfectamente hecho, donde se reconocía mortalidad en el parto, problema económico, ingreso limitado, etcétera, toda una serie de condiciones que hacían que otro nacimiento fuera un problema. En cada mujer, el respaldo para hacerlo era un estudio social muy completo.

Carranza: Por qué no me cuenta un poquito más en detalle, el acuerdo al que llegó con Monseñor Arrieta.

Miranda: En ese acercamiento con la Iglesia, en especial con Monseñor Arrieta, tuve la oportunidad de desarrollar una muy buena amistad personal. Lo conocí cuando

era el Obispo de Guanacaste, nativo de Tilarán. A raíz de la extensión del seguro social a Guanacaste y la construcción y apertura del Hospital de Nicoya, tuve varias conversaciones personales con él. Ambos reconocíamos abiertamente la necesidad de que la mujer tuviera un reducido número de hijos para no exponerla al riesgo de muerte o a problemas de crianza de sus hijos. Pero ambos reconocíamos que la Iglesia no tenía ninguna capacidad para autorizarlo. Eso sucedió cuando lo conversamos y él estaba en Tilarán. Cuando desarrollamos la política de la introducción de la universalización en Guanacaste hubo que hablar varias veces con la Iglesia para tener colaboración e hicimos muy buena amistad. Cuando es nombrado Obispo de San José, lo busqué en su oficina nueva de la Catedral Metropolitana y le dije: “Bueno Monseñor, es el momento de hacer algo más formal”. Coincidimos en la posibilidad de emplear el método de Ogino, porque en un determinado momento me dijo: “La iglesia no se opone a la difusión del conocimiento y empleo del método natural”. Entonces le dije: “Bueno, difundamos el método natural”. Y firmamos un convenio para hacerlo, donde la Caja de Seguro le daría a todas las parroquias el material impreso para que todas las mujeres se educaran a adoptar su empleo, y los sacerdotes, en sus conversaciones con las feligreses, les recomendaran su lectura. El método de Ogino preconizaba la relación sexual sin uso de ningún método artificial, cinco días antes y después de la menstruación, para aprovechar que la mujer no ha ovulado, o el óvulo ya hizo su migración completa y se perdió en el cérvix. Todos los demás días son de abstinencia. El éxito requiere dos condiciones: una mujer con ciclos muy regulares y un gran respeto de la pareja para la observancia de las fechas.

**Fin de la segunda entrevista**