

LOS PROBLEMAS DE LA SALUD EN COSTA RICA

Políticas y Estrategias

Dr. Juan Jaramillo Antillón

**Segunda Edición Corregida
1984**

FE DE ERRATAS

Pág. 2. Primera Columna, Párrafo Segundo.

Debe leerse:

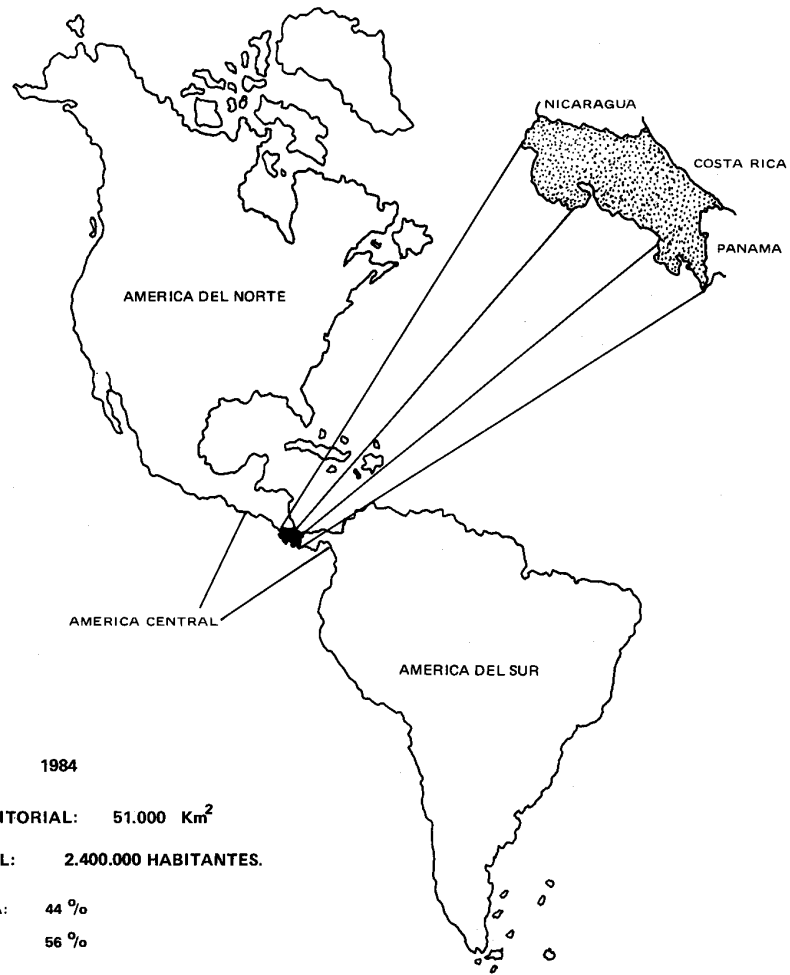
“Sabemos que la pobreza es el principal obstáculo para el desarrollo de la salud. La pretensión de estructurar una política social en salud, en un momento de déficit económico tan grave como el actual, tomando en cuenta solamente esa área, no daría resultado.”

Pag. 62 Segunda Columna, Párrafo Décimo, aparte e),

Debe leerse:

“e) El sistema debe funcionar con criterio sectorial y regionalizado.”

COSTA RICA



1984

EXTENSION TERRITORIAL: 51.000 Km²

POBLACION TOTAL: 2.400.000 HABITANTES.

POBLACION URBANA: 44 %

POBLACION RURAL: 56 %

CONTENIDO

	Página
DEDICATORIA	V
PREFACIO A LA SEGUNDA EDICION	VII
RECONOCIMIENTO	IX
PERCEPCION	XI
INTRODUCCION	1
POLITICAS DE SALUD.	2
Principios básicos en las estrategias de salud	5
Salud para todos para el Año 2000	5
Factores que inciden en los índices de salud	7
Indices generales	8
Esperanza de vida al nacer	9
Mortalidad general	11
Mortalidad infantil	13
Cambios en las causas de muerte de los niños	19
Mortalidad infantil por cantones	21
Muertes por enfermedades infecciosas en niños	24
Mortalidad infantil (comparación)	25
Mortalidad materna	26
Fiebre reumática	29
Incidencia de disentería	30
Muertes por diarrea en niños	31
Desnutrición severa	32
Defunciones por parásitos	33
Porcentaje de bocio en escolares	34
Porcentaje de deficiencias en Vitamina A	35
PERFIL DEL PAIS	37
Indicadores generales de población	42
Recursos humanos técnicos en salud	43
Datos de interés en cuanto a servicios	44
Población estimada por grupos de edad	45
Cargas sociales	46
Nuevos problemas a que hace frente el Ministerio de Salud	47
LA ATENCION MEDICA A TRAVES DE LA HISTORIA	49
SISTEMAS DE ATENCION MEDICA EN COSTA RICA	52
Los tres sistemas de servicios	53
JUSTIFICANTE PARA LA CREACION DE UN SISTEMA NACIONAL DE SALUD. . .	53
UNIVERSALIZACION DEL SEGURO SOCIAL Y PROBLEMAS QUE SE HAN PRESEN-	
TADO	59
Alta tecnología vs costos	61

SISTEMA NACIONAL DE SALUD	61
Niveles de atención	63
Descentralización	65
Regionalización.	65
Pirámides y niveles de atención	66
Niveles de atención	67
Sistema piramidal de los niveles de atención	71
LINEAS O BARRERAS DE ATENCION.	73
SISTEMA NACIONAL DE SALUD Y SECTOR SOCIAL	79
Postulados de acción	79
Plan de acción.	79
El Servicio Nacional de Salud.	87
ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD.	89
Tecnología apropiada para la salud	90
Otros elementos esenciales de la atención primaria.	93
Indicadores de la efectividad de las acciones de salud	97
Componentes esenciales	98
Resumen	100
METAS PARA EL PERIODO 1982-1986.	100
ALIMENTACION Y NUTRICION	101
ADDENDA	109
LACTANCIA MATERNA.	111
LA PREVENCION DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES.	115
POLITICAS DE POBLACION	119
ALCOHOLISMO: PREVENCION Y ASISTENCIA	121
LA CONTAMINACION AMBIENTAL Y LA SALUD.	131
Población del país con servicios de abastecimiento de agua	139
Desechos sólidos	145
Ciudades con disposición final de desechos sólidos.	146
DATOS ESTADISTICOS SOBRE MORBILIDAD Y MORTALIDAD EN EL PAIS.	163
Cuadros.	
DATOS ESTADISTICOS SOBRE: INGRESOS Y EGRESOS, ESTANCIAS Y CONSULTAS, ASI COMO OTRAS VARIABLES.	193
Cuadros.	
INGRESOS Y EGRESOS EN EL SECTOR PUBLICO, EN EL SECTOR SOCIAL Y EN EL SECTOR SALUD	209
Cuadros.	
INDICADORES ECONOMICOS DE COSTA RICA	237
Cuadros.	
DATOS BASICOS SOBRE SALUD Y VARIABLES EN CENTROAMERICA Y PANAMA.	251
Cuadros.	
MAPAS.	264
BIBLIOGRAFIA.	266
(Alguna bibliografía ha sido puesta al pie de la página)	

LA PRESENTE PUBLICACION ESTA DEDICADA AL SEÑOR PRESIDENTE DE LA REPUBLICA, DON LUIS ALBERTO MONGE, POR SU APOYO IRRESTRICTO A LAS POLITICAS DE SALUD, MUY ACERTADAMENTE EL HA SEÑALADO, QUE LOS RUBROS DEL PRESUPUESTO NACIONAL DESTINADOS A LA SALUD NO SON UN GASTO SINO UNA INVERSION Y QUE LA VIGENCIA DEL DERECHO A LA SALUD DEL PUEBLO ESTA ESTRECHAMENTE VINCULADA A LA POSIBILIDAD Y A LA OBLIGACION QUE TODOS TENEMOS DE PRESERVAR LA LIBERTAD Y LA PAZ DE LA REPUBLICA.

PREFACIO A LA SEGUNDA EDICION

Los objetivos de este libro han sido ampliamente señalados ya en la introducción de la primera edición.

La acogida y aceptación de la primera edición han hecho que, muy gentilmente, la Oficina Panamericana de la Salud, con sede en Costa Rica, sugiriera la conveniencia de realizar una nueva publicación, y con tal motivo me solicitó actualizarla y ampliarla, con el fin de que sirva a aquellos que se interesan por los problemas de salud de nuestro país.

He cambiado un poco la forma de presentación y se han añadido una serie de datos e indicadores sociales y económicos, en el deseo de hacer más comprensible los problemas actuales en el campo de la Salud y la Seguridad Social. Lo anterior porque el nivel de salud de una nación, depende del nivel de vida de sus familiares y del país en general y es el desarrollo económico y social el que fija en mucho los parámetros para la salud, sin minimizar, por supuesto, las acciones preventivas o curativas que realizan los Gobiernos en beneficio de su pueblo.

También he creído de interés disponer de cuadros comparativos entre los Sectores Económicos y Sociales y dentro de éste último analizamos no sólo el Sector Social sino muy especialmente el Sector Salud que comienza ya su coordinación inicial con miras a una futura integración de servicios. Presento además algunos estudios en el campo de la salud en Centroamérica y Panamá, para que sea posible visualizar como un todo, aunque por supuesto superficialmente, el problema de la salud de la región. Lo anterior porque soy de los que cree, al igual que el Dr. Carlyle Guerra de Macedo, notable y joven director de la Organización Panamericana de la Salud, que los programas de salud y las soluciones que demos a esa situación en el área, deben ser realizadas si es posible mediante estrategias comunes y servir de puente de paz y de unión entre nosotros a pesar de que nos puedan separar diferencias políticas, ideológicas o económicas.

Es urgente obtener apoyo en algunos campos y buscar soluciones en conjunto para adoptar programas comunes en todo el Istmo, so pena de que el deterioro de la salud en cualquier sector o país, pueda afectar a los demás.

Encierra este pequeño libro las experiencias adquiridas en la práctica diaria de los problemas de salud, con la teoría que he logrado estudiar a la fecha.

Ha sido muy difícil obtener el tiempo y, de hecho, en realidad ha

constituido un sacrificio muy grande el poder compatibilizar el escribir con trabajar simultáneamente. A veces pienso que debería haber esperado a finalizar mi Ministerio para transmitir mis ideas, pero creo urgente dejar una constancia de los cambios que preveo, para el presente y el futuro en este campo.

En realidad, siempre he creído que, sin una transformación inicial en el campo de las ideas, sobre todo de las dogmáticas o preconcebidas que ya el tiempo demuestra obsoletas, no es posible lograr mejoras en ninguna área del conocimiento.

Son las ideas nuevas, las originales, o la reafirmación de las que actualmente tienen vigencia, las que ponen en marcha una serie de cambios capaces de modificar todos los conceptos que tenemos en el enfoque de salud-enfermedad y que, a mi juicio, se habían quedado estáticos en los últimos años en Costa Rica.

He añadido, además, un capítulo sobre el problema de la contaminación ambiental en el país, ya que esta situación tiende día a día a agravarse y es muy conveniente analizarla aunque sólo sea someramente.

Finalmente, a mi juicio, la variante más significativa por lograr en el campo de la salud a corto plazo, es poder obtener un cambio en los esquemas o estructuras mentales previamente condicionados de los profesionales en salud, para que comprendan, analicen y colaboren con las nuevas estrategias en este sector, de tal manera que se constituyan en los líderes y agentes de cambio de estos servicios.

RECONOCIMIENTO

Cuando se publica una obra, es muy importante señalar, so pena de ser mal interpretado, la originalidad de la misma. En el campo de la salud y la seguridad social, existen enunciados universales o generales que es obligadamente necesario citar. A su vez el aporte del autor puede a veces ser mínimo y deber a la experiencia de los demás muchas de las ideas expuestas.

Este estudio refleja, más o menos, el conocimiento actual sobre la problemática de la salud a nivel mundial, tratando de aplicar ese conocimiento a nuestra muy especial situación de la salud, previo análisis y como resultado de la experiencia obtenida como Ministro y como Médico.

Hago el reconocimiento a una serie de compañeros que, con sus publicaciones, ideas o comunicaciones, han contribuido a darle contenido al presente estudio.

Al Dr. Guido Miranda G., Presidente de la Caja Costarricense de Seguro Social, luchador infatigable en pro de la Seguridad Social de nuestro país y principal responsable del progreso y cambio realizado en ese campo durante la última década.

Al Dr. Fernando Coto Ch., Director de la Escuela de Medicina de la Universidad de Costa Rica y al Dr. Rodrigo Loría C., Ex Ministro de Salud, ambos amigos y consejeros.

Al Dr. Herman Weinstock, Ex Ministro de Salud y actual diputado. Condujo muchas de las reformas que han hecho posible el logro de los actuales índices de salud de Costa Rica.

Al personal de la Organización Panamericana de la Salud en nuestro país y muy especialmente al Dr. Emigdio A. Balbuena V., Representante Director, por el apoyo y consejo siempre oportuno.

Al Dr. Leonardo Mata. Destacado investigador en Nutrición y al Dr. Juan Gmo. Ortiz Guier, pionero en el campo de la Medicina Comunitaria.

Al Dr. Lenín Sáenz J., Director de la Unidad Sectorial de Planificación. Al Lic. Miguel Segovia, OPS, Washington, D. C.

Al Dr. Oscar Alfaro R., Director General de Salud, al Dr. Luis Bonilla, Viceministro de Salud y al Dr. Fernando Arce M., Psiquiatra, especialista en alcoholismo.

Al Dr. Fernando L. Trejos E., y al Dr. Fernando Guzmán M.

También al Dr. Edgar Mohs V., Director del Hospital Nacional de Niños, al Dr. Luis Asís B., Director del Departamento de Planificación, de la Caja Costarricense de Seguro Social, y al Dr. Orlando Jaramillo A. Director del Centro de Docencia e Investigación del

Seguro Social, amigo, hermano y consejero.

A todo el personal del Ministerio de Salud, que anónimamente han luchado por la salud del pueblo costarricense.

Finalmente a mi querida esposa, a mis hijos y a mis padres, por su permanente apoyo y estímulo.

Los informes y publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud han sido de inestimable valor para el desarrollo de los temas que se exponen.

Muchos autores extranjeros han contribuido a enriquecer esta publicación, pero ninguno más que el insigne maestro en Salud Pública, Dr. Milton Terris. También han sido tomadas muy en cuenta las sugerencias que el Dr. Halfdan Mahler, Director General de la OMS, ha hecho a nivel internacional. Todos aparecen citados en la respectiva bibliografía.

Así pues, difícilmente puede este trabajo ser considerado original en el fondo, pero tal vez sí en cuanto a la forma de la presentación y a ciertos aspectos en el orden de prioridades dadas a las políticas y estrategias en salud para nuestro país.

Costa Rica es actualmente una Nación llena de problemas. Sin embargo, nada es imposible de superar si se tiene un pueblo lleno de virtudes.

*Dr. Juan Jaramillo Antillón
MINISTRO DE SALUD*

* Reconocimiento especial a la Organización Panamericana de la Salud por la ayuda brindada a esta publicación.

“La Medicina del futuro, en su atención para conservar la salud, no deberá estar en su inicio en el Hospital sino en el hogar. No debe ser el médico, sino la madre, quien imparta los primeros cuidados”.

“No debe consistir primordialmente en curar sino en prevenir y, finalmente, no es importante tecnología médica, sino educando para la salud como lograremos mejorar racionalmente en un país con una economía en crisis”.

Dr. Juan Jaramillo Antillón

INTRODUCCION

Las administraciones pasadas concentraron demasiados esfuerzos en el desarrollo en todos los aspectos de nuestras ciudades. Miles de millones fueron empleados en especial para el crecimiento de la Meseta Central, área donde está la mayor concentración de población.

Se dio gran apoyo a la industria y al comercio, pero desgraciadamente esta estrategia no fue acompañada de una política agropecuaria que permitiera un desarrollo urbano y rural más armónico.

Paradójicamente, en un país eminentemente agrícola, ha habido un gran desarrollo urbano, céntrico, sin acompañarse de uno paralelo rural. Como consecuencia de ello, se ha presentado el éxodo de los campos a las ciudades, especialmente por falta de crédito al pequeño propietario, mal pago de sus productos, falta de trabajo, etc.

Ante este panorama nacional de descuido del área rural en relación con las ciudades, nuestro campesino ha buscado emigrar. Con ello ha precipitado la crisis agrícola y esa emigración ha dado lugar a la aparición de las barriadas marginales periurbanas con sus problemas de salud secundarios. Resultado, crisis agrícola, crisis económica, crisis urbana y crisis de salud.

En lo que respecta a salud, ésta ha seguido un patrón similar. Se han construido numerosos centros y clínicas de consulta externa, magníficos hospitales en las principales ciudades, con énfasis en el aspecto curativo y no prestándoles en la misma proporción atención a las medidas tendientes a preservar la salud y la prevención de la enfermedad.

Sin embargo, a pesar de las astronómicas cifras anuales gastadas en la atención de la enfermedad y la millonaria afluencia a las consultas (6 1/2 millones al año), aún hay un 20 %

de costarricenses no asegurados y las facilidades para acceso a servicios hospitalarios y consulta externa es en muchas áreas del país muy difícil, siendo a veces sólo simples puestos de salud o consultas eventuales de Unidades Móviles los que protegen a algunos grupos de nuestros trabajadores agrícolas.

Ante lo anterior y habiéndose definido ya una política agropecuaria para dar un más adecuado y lógico apoyo en cuanto a recursos técnicos, económicos y científicos para el campo, tratando de dignificar, estimular y elevar el nivel de vida de nuestros campesinos, se hace necesario replantear también nuestras acciones en salud y, siguiendo el ejemplo del programa "Volvamos a la Tierra", del Señor Presidente Don Luis Alberto Monge, todo este esfuerzo que se pretende realizar y que transformará el agro costarricense, no podría llevarse a cabo si no tiene apoyo en un Sistema Nacional de Salud, congruente con la filosofía expuesta.

Tanto el Ministerio de Salud como la Caja Costarricense de Seguro Social, deberán dar como aporte fundamental la atención integral en salud a la familia costarricense y en especial a la familia campesina.

A partir de 1970, comenzó a aparecer y se ha ido consolidando una política estatal de carácter integral.

Se formuló un plan nacional de salud que definió políticas y estrategias y fijó metas a cumplir para 1980.

El producto de éstas acciones, lógicamente, ha sido un ascenso muy importante en la mayoría de los indicadores de salud, al extremo que todas las metas fueron cumplidas y superadas y hoy Costa Rica puede vanagloriarse de índices de salud en muchos aspectos similares a los de los países desarrollados.

Lo anterior significa actualmente un reto para nuestro gobierno, ya que se trata no sólo de mantener esos índices, sino inclusive, si es posible, superarlos, en momentos en que los indicadores económicos no son favorables para ello.

Sabemos que la pobreza es el principal obstáculo para el desarrollo de la salud. La premente esa área no daría resultado.

salud, en un momento de déficit económico tan grave como el actual, tomando en cuenta solamente esa área, no daría resultado.

Por tal motivo se hará necesario buscar soluciones en conjunto y en relación con los aspectos económicos, educacionales - y sociales, aparte de los de salud, para encontrar adecuadas respuestas a nuestros problemas.

Impulsar y mejorar la llamada Atención Primaria de la Salud en razón de dar fundamentalmente asistencia sanitaria al alcance de todos, especialmente de las comunidades campesinas y periurbanas marginadas, mejorando y ampliando los programas hasta lograr alcanzar la cobertura total, será un desiderátum, así como obtener plena participación de las comunidades en

este campo.

Se hará necesario un nuevo proceso de planificación con criterio de redistribuir los recursos existentes y movilizar otros recursos desaprovechados como son, la participación activa de la comunidad en su propio desarrollo y una coordinación más efectiva con integración entre la Caja Costarricense de Seguro Social y el Ministerio de Salud, así como coordinación efectiva con el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados y el Instituto Nacional de Seguros. Recurrimos también en busca de apoyo de otros Ministerios como Educación Pública, Agricultura, etc.

Sabemos que la salud depende en gran parte del medio social, económico y físico de la familia, su estilo de vida y comportamiento. Resaltar la importancia de la familia en la promoción de su propia salud será fundamento de la futura política de salud.

La política social de la salud debe establecer el principio fundamental de prioridad de la educación para la salud y prevención de enfermedades, como primera línea de acción.

POLITICAS DE SALUD

Los medios para medir el efecto de la acción sanitaria sobre la mejora del estado de salud de su población son los siguientes: a) un indicador de la esperanza de vida al nacer y b) la mortalidad infantil.

Junto a éstos, hay otros indicadores de progreso social y económico, como la alfabetización, el ingreso per cápita, etc. (ver página No.8). Esa comparación nos muestra a Costa Rica a la par de naciones desarrolladas en algunos de los indicadores.

Analizar esos resultados en salud obtenidos en un país subdesarrollado, no es fácil, especialmente si sabemos que tenemos una industria mínima, un mercado internacional de productos agrícolas inestable, y que somos una nación sin recursos energéticos de tipo petróleo.

Para que este pobre país se haya podido presentar ante la Comunidad Mundial como ejemplar dentro del campo de la salud, pese a su

subdesarrollo, se hace necesario destacar que:

A) Hay una amplia difusión de la educación con un 95% de alfabetización y que todos los sectores de la población tienen gratuitamente acceso a ella.*

B) Somos una democracia estable, basada en la alternabilidad en el poder de nuestros partidos políticos. Hay tolerancia a todo tipo de ideologías. Existe avanzada madurez política de nuestro pueblo.

C) Probablemente constituimos el único país o uno de los excepcionales, en no tener ejército el cual está proscrito por ley. Nos enorgullecemos en señalar que tenemos más maestros que policías en proporción de 6/1 o más.

D) Si a lo anterior agregamos, que desde 1950 a la fecha y aún antes, nuestros gobiernos, en acertada decisión, dedicaron parte muy importante del presupuesto nacional para la Educación y la Salud y una mínima fracción para

* Asisten a clases 545.648 estudiantes en 1984, con un incremento de 1.8% en relación al año pasado. A la enseñanza superior ingresaron 66.205 estudiantes incluido el nivel universitario y parauniversitario. Fuente: Departamento de Estadística Ministerio de Salud. 1984.

las acciones policiales, es posible entonces ir comprendiendo el por qué de esos resultados obtenidos.

E) Debemos además recalcar que las autoridades en salud en la década de 1970 a 1980, incrementaron de manera espectacular el control de las enfermedades infecciosas mediante campañas de vacunación en masa, así como programas de educación para la salud. Lo anterior, unido a la creación del Instituto Mixto de Ayuda Social, para combatir la miseria extrema, y la aparición de Asignaciones Familiares para combatir la desnutrición mediante alimentación complementaria en niños y embarazadas, fueron factores de gran importancia para el éxito obtenido.

F) Finalmente debemos señalar que se pusieron en práctica amplios programas de Salud Rural y Comunitaria, se proveyó de agua potable a las principales áreas urbanas y se creó un sistema de clínicas y hospitales del Seguro Social en numerosas regiones del país. Todo lo anterior, fue la clave para alcanzar los índices de salud que hoy presenta el país.

La conclusión obligada de las acciones realizadas y de los resultados obtenidos, es que las estrategias para nuestros cambios en salud han de ser formuladas en primer lugar y ante todo por nosotros mismos.

Cada país deberá establecer su política sanitaria en función de sus propios problemas y posibilidades, circunstancias especiales de desarrollo, estructuras sociales y económicas y sistemas administrativos y políticos.

El desarrollo de la salud contribuye al desarrollo socio-económico y es a su vez, resultado de él. Por ello, la política sanitaria tiene que formar parte de la política general de desarrollo y reflejar así las metas económicas y sociales de los gobiernos y de la población.

El concepto de desarrollo de la salud como algo distinto de la prestación de asistencia médica curativa es el producto de una concepción política reciente. La OMS y la OPS han contribuido a revitalizar este concepto.

Los gobiernos y las profesiones de salud tienen el deber de facilitar a la población la información y el contexto social que le permitirá

asumir mayores responsabilidades en beneficio de su propia salud y, además, deberá aceptarse la necesidad de efectuar una distribución más equitativa de los recursos existentes, de modo que una proporción mayor sea asignada a quienes más lo necesitan socialmente.

De tal manera que el sistema de salud que implantemos, debe abarcar a toda la población y dar recursos mínimos indispensables, si se quiere, pero adecuados, ocupando en ello las medidas preventivas y de educación un papel proporcionalmente equilibrado, en relación con las medidas curativas, de rehabilitación y de investigación.

Cada país, cada población tiene necesidades prioritarias que a veces son diferentes en algunos aspectos, por ello se hace necesario hacer el diagnóstico de la problemática global o general y luego de la regional. Deberán investigarse sus problemas, y hacer surgir de ellos criterios destinados a lograr las soluciones de los problemas prioritarios de cada sector o población.

La tecnología de la salud debe ser una tecnología apropiada, simplista, adaptada a las necesidades locales, aceptables para la comunidad, mantenida en la medida de lo posible por la propia población y capaz de ser aplicada con los recursos que poseen la colectividad y el país.

Esta tecnología tiene que aplicarse por medio de programas de salud bien definidos, realizados por medio de un sistema nacional de salud que se base en la atención primaria de la salud como primera barrera de acción y con el apoyo de los otros niveles de atención del sistema. La meta es obtener para toda la población un nivel de salud que le permita llevar una vida social y económicamente productiva.

En los países desarrollados el promedio gastado en salud ha sido del 5 al 6%. En los países subdesarrollados sólo un 2 al 3% del gasto nacional se dedica a la salud, promedio que, según la OPS, ha permanecido constante en los últimos años. En Costa Rica ha fluctuado entre 6 y el 8% del P.I.B. hasta 1982.

En Costa Rica la mano de obra de la "Industria de la Salud" consume más del 80 % del presupuesto.

Queda, como consecuencia de ello, muy poco para la infraestructura y las aportaciones no laborales que necesita el personal de salud para alcanzar una productividad óptima.

Los esfuerzos de planificación seguirán careciendo de realismo y en consecuencia serán ineficaces, mientras no tomen en cuenta las limitaciones sociales, económicas y políticas que tenemos.

Las necesidades de planificación no han de considerarse como un proceso estático inflexible y autoritario, sino como un proceso dinámico en el que las metas, los objetivos, e incluso los supuestos conceptos básicos del plan, cambian a medida que se descubre nueva información mediante la evaluación de los problemas o programas.

La decisión de integración entre el Ministerio y la Caja Costarricense de Seguro Social en áreas modelos; por ejemplo: Tilarán, Buenos Aires, Villa Neilly, etc., contribuirán a darnos datos sobre los problemas iniciales que se presen-

ten con esta nueva modalidad.

Posteriormente las acciones comunes que se desarrollen con el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados y el Instituto Nacional de Seguros nos brindarán oportunidad de adquirir experiencias comunes en estas interacciones.

Es, sin embargo, importante aclarar que los cambios requeridos para el logro de la salud para todos, no sólo necesitan modificaciones en la forma, sino también en el fondo de algunas de las estrategias llevadas a cabo hasta el presente en algunas áreas por las instituciones afines a la salud.

Finalmente, no se pueden plantear políticas de salud si no hemos analizado previamente la realidad económica del país en el actual momento.

La posibilidad de realizar estos cambios está en parte condicionada por el proceso económico y social que estamos viviendo y que tendremos en un futuro cercano.

El siguiente cuadro revela en toda su magnitud la crisis económica que sufrimos.

CUADRO N° 1

PRODUCTO INTERNO BRUTO DE COSTA RICA

(millones de colones de 1966)

AÑO	PRODUCTO INTERNO BRUTO	TASA ANUAL DE CRECIMIENTO
1976	7.884	5,52
1977	8.586	8,90
1978	9.125	6,27
1979	9.575	4,94
1980	9.694	1,24
1981	9.546	-1,53
1982	9.102	-4,66
1983	9.174	0,80

FUENTE: Banco Central de Costa Rica

Osea que a partir de 1979 se comenzó a presentar una crítica situación que se caracterizó por estancamiento en la producción y que en 1981 dio lugar por primera vez a una tasa negativa de crecimiento de ese producto interno bruto, medido a precios constantes de 1966.

Si logramos sortear la crisis, se supone que el nivel de producción interno que teníamos en 1979 en términos reales no se volverá a recuperar sino hasta después de 1985.

Lo anterior significa que ese brusco descenso de la tasa anual de crecimiento experimentado en nuestro país, esta produciendo una caída del nivel de vida del costarricense a límites insospechados. Esta situación, probablemente la peor de los últimos cincuenta años, hace que nos empobrezcamos todos, el Estado, el Gobierno, las instituciones, y las familias.

Debemos pues, reconocer que los recur-

sos han disminuído en un momento en que, por el aumento de la pobreza, las necesidades han aumentado.

Aunque tengamos posibilidad de aumento en nuestros presupuestos, éstos no serán capaces, por el menor poder adquisitivo, de llenar todas nuestras necesidades; requerimos por ello una racionalización al máximo de los gastos y una política clara y concisa de nuestras prioridades.

Nos encontramos en un momento crucial, en el cual podemos mirar con orgullo hacia el pasado observando índices de salud que nos llevaron a la categoría de país desarrollado, pero vemos el futuro con la preocupación y el temor de quien conoce la magnitud de la tarea que nos espera y la escasez de los recursos con que contamos.

LOS PRINCIPIOS BASICOS EN LAS ESTRATEGIAS DE SALUD SON:

- A) La prestación de salud debe ser para toda la población, sin distingo de ningún tipo.
- B) Es necesario y urgente contener el alto costo de la atención en salud, dentro de los límites razonables para la capacidad nacional de pago.
- C) La atención de la salud debe ser integral (promoción y prevención tratamiento de enfermedades, rehabilitación e investigación).
- D) La integración de los servicios de prevención con los de curación y rehabilitación debe ser un desiderátum.
- E) Promover la salud y prevenir las enfermedades deben ser las prioridades No. 1.
- F) Se debe dar atención ambulatoria, preferentemente, dentro del sistema.
- G) La participación de la comunidad es fundamental para el éxito de cualquier programa de salud.
- H) Se deberá intentar una distribución más equitativa de los recursos nacionales en salud de manera que proporcionalmente la atención primaria de la salud cuente con un presupuesto suficiente para lograr una cobertura total.

SALUD PARA TODOS PARA EL AÑO 2000

METAS MINIMAS DE SALUD PARA ESA FECHA SEGUN OPS/OMS.

COMPARACION CON EL ESTADO ACTUAL DE LA SALUD EN COSTA RICA.

1. Acceso de toda la población a los servi-

cios de salud. En nuestro país, un 80 % de la población está cubierta por el Seguro Social. El resto lo protege el Ministerio de Salud.

2. Inmunizaciones. Vacunación múltiple para todos los lactantes, contra las principales enfermedades transmisibles. En Costa Rica esta-

mos aproximadamente en un 85 % de vacunación total.

3. Acceso para toda la población a servicios de abastecimiento de agua potable y evacuación de desechos. (cloacas-letrinas). En el año 1981 la población abastecida por agua tenía en el área urbana cobertura de 100% y 64% en el área rural. Las excretas tenían cobertura urbana de 96% y rural de 86% .

4. Esperanza de vida al nacer no menor de 70 años. En Costa Rica era en el año 1982, de 73,4 años.

5. Mortalidad infantil no superior a 30 defunciones por 1000 nacidos vivos. En nuestro país en 1981 era de 19,1 por mil.

6. Tasa de mortalidad de niños de 1 a 4 años; no superior al 2,4 por 1000. En Costa Rica en 1980 era de 1,2 por 1000.

7. Es interesante señalar que para que Costa Rica obtenga las metas propuestas por la OMS y OPS para el año 2000, ya cuenta con algunos logros básicos muy significativos.

a) Tenemos un sistema hospitalario nacional (Clínicas, Hospitales y Centros de Salud) distribuidos estratégicamente en todo el país y con algunas excepciones es suficiente para dar prestación de servicios a toda la población.

b) Campañas de vacunación permanentes y mecanismos de control epidemiológico bastante eficaces.

c) Tasas de mortalidad general de 4 por mil habitantes (todas las edades).

d) Mortalidad casi nula en cuanto a enfermedades infecto-contagiosas.

e) Recursos humanos en personal de salud suficientes para los programas que el país necesita.

f) Índice ocupacional en descenso en los hospitales actualmente en un 74 %.

g) Infraestructura amplia de apoyo untricional para niños menores de 6 años y madres embarazadas.

h) Un sistema de Puestos de Salud, estratégicamente distribuidos en todo el país, como soporte de las campañas de prevención y educación en salud y primer contacto con las comunidades.

Finalmente debo recordar que la tensión política internacional, los problemas de nuestros vecinos países de Centroamérica que han repercutido política y económicamente en nosotros y la recesión mundial, así como las fallas propias de nuestros anteriores gobiernos, especialmente el del último período, han deteriorado nuestra economía y nos dan por ello un panorama bastante pesimista.

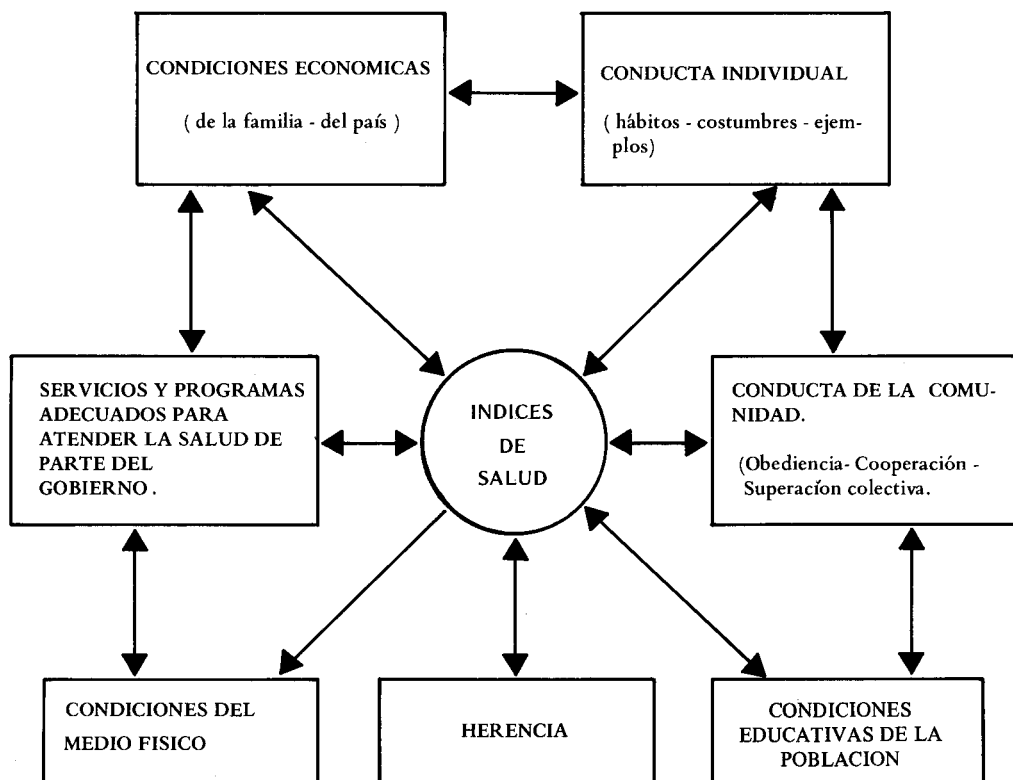
Nuestra estrategia debe responder pues al más estricto sentido común de que, si los recursos comienzan a escasear y la tecnología se hace cada vez más costosa, si no racionalizamos los gastos, el colapso se puede producir muy pronto e incluso menos personas tendrán acceso a la atención de la salud.²⁵

No esperemos una salvación supranacional mediante la cooperación de países o entidades internacionales; eso sería un grave error. La solución de nuestros problemas debe proceder de la acción nacional, la crisis en cuanto a salud, debe ser resuelta por nosotros, con nuestros recursos actuales y buscando soluciones mediante nuevas y más simples estrategias.¹⁹

En las siguientes paginas se presentan de manera esquemática, los cambios en salud obtenidos en los últimos años, para facilitar la comprensión de la magnitud del paso en salud de país subdesarrollado a desarrollado en muchos parámetros. Los cuadros se explican por sí solos.

FACTORES QUE INCIDEN EN LOS INDICES DE SALUD

Estos están condicionados por múltiples factores pero de ellos los principales son :



INDICES GENERALES
1979 - 1980

PAIS								
INDICES	COSTA RICA	U.S.A.	URSS	MEXICO	GUATEMALA	HONDURAS	CUBA	HAITI
Tasa de Mortalidad / 1000 h.	4,2	8,7	10,3	7,3	9,4	5,3	5,7	14
Alfabetización	95	100	100	82	50	60	99	30
Esperanza de Vida al Nacer en Años	73	74	73	66	60	60	73	54
Ingresos Per / Capita por Habitante	\$ 1.730	\$ 10.630	\$ 4.100	\$ 1.640	\$ 1.100	\$ 560	\$ 1.600	\$ 270

FUENTE: Estrategias, Salud para todos para el año 2.000. Organización Panamericana de la Salud, 1980.-
Las Condiciones de Salud en las Américas. Organización Mundial de la Salud, 1977 - 1980.-
Organización Panamericana de la Salud.-

Almanaque Mundial. Ed. América, 1983.-
World Population Trends and Prospects by Country, 1970 - 2000. United Nations, 1979.-

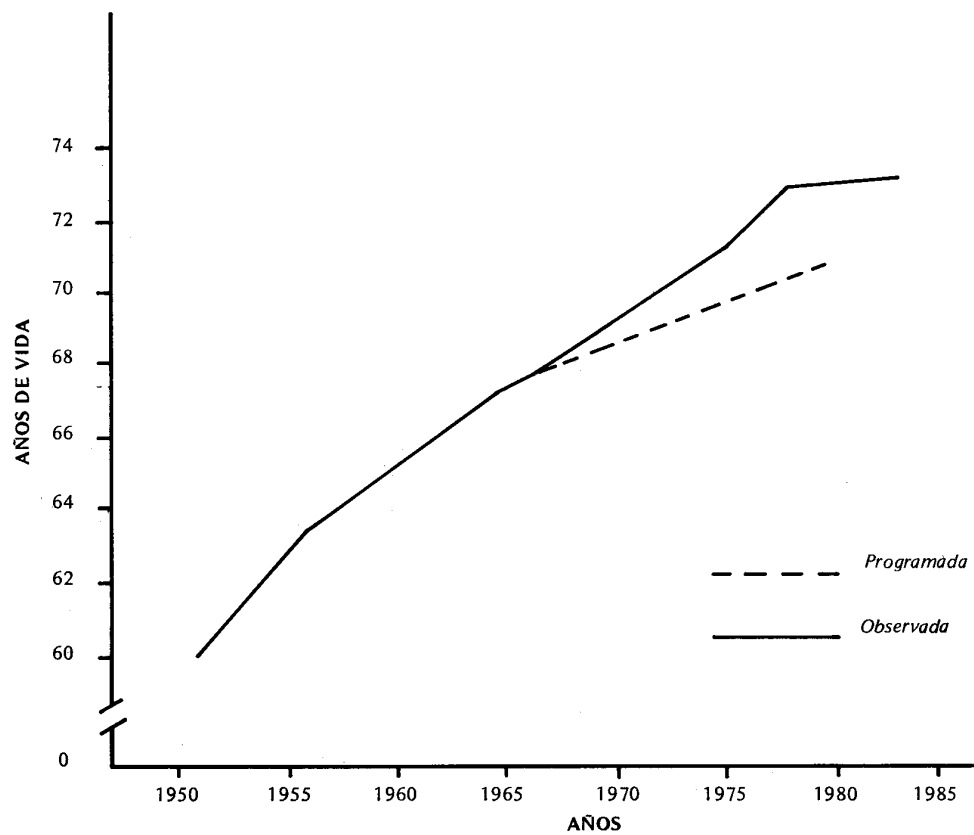
ESPERANZA DE VIDA AL NACER
GANANCIAS MEDIAS ANUALES
COSTA RICA 1960 - 1985

PERIODO	ESPERANZA DE VIDA AL NACER (en años)	GANANCIA EN AÑOS	
		TOTAL	PROMEDIO ANUAL
1960-1965	65,6	2,6*	0,52
1965-1970	68,1	2,5	0,50
1970-1975	71,4	3,3	0,66
1975-1980	73,0	1,6	0,32
1980-1985	73,7	0,7	0,14

* Ganancia con respecto a la esperanza de vida del quinquenio anterior.

FUENTE; CELAD-Unidad Sectorial de Planificación.

ESPERANZA DE VIDA AL NACER
OBSERVADA Y PROGRAMADA
COSTA RICA, 1950 - 1985



FUENTE: Unidad Sectorial de Planificación de la Salud.-

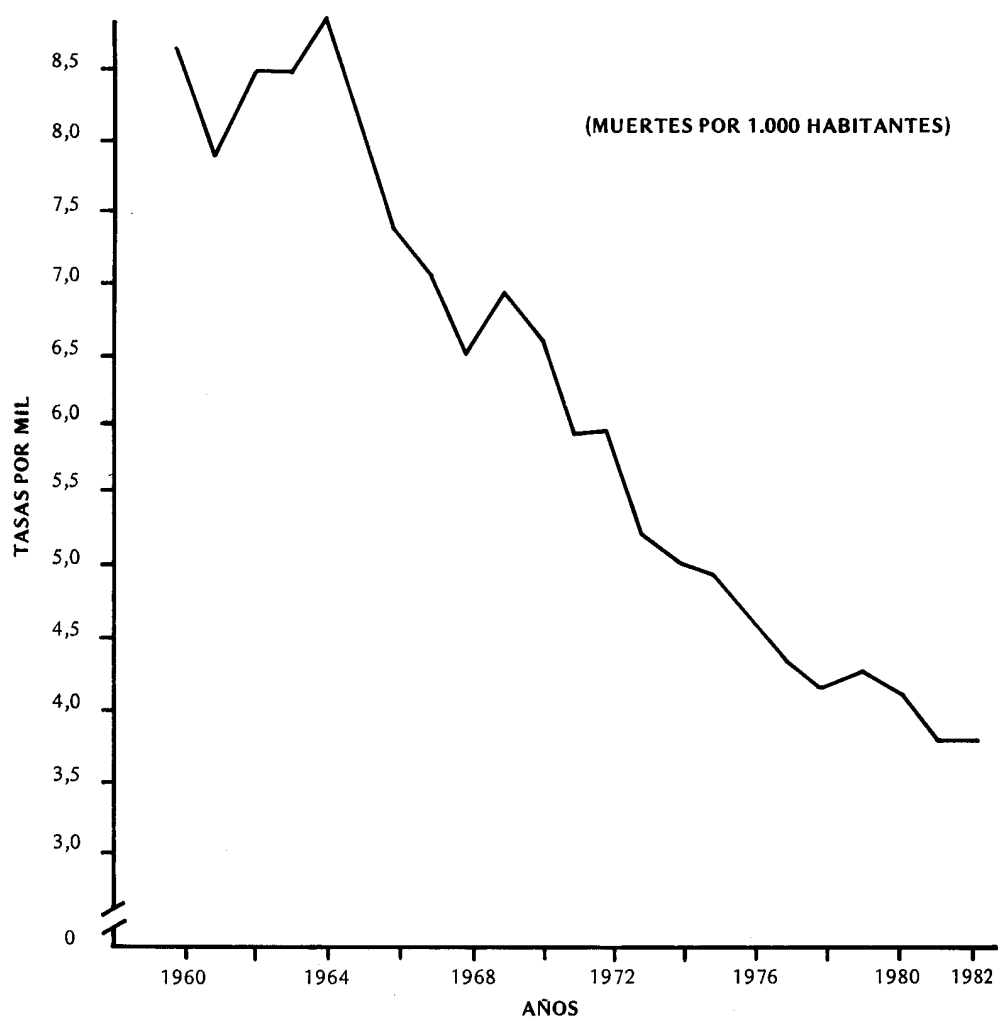
MORTALIDAD GENERAL
 REDUCCION RELATIVA CON RESPECTO A 1970
 COSTA RICA: 1970, 73, 76, 79, 82 Y 83
 (TASAS POR MIL HABITANTES)

AÑOS	TASAS	REDUCCION PORCENTUAL
1970	6,6	-
1973	5,2	21,2
1976	4,6	30,3
1979	4,2	36,4
1982	3,9	40,9
1983	3,9	40,9

FUENTE: DIRECCION GENERAL DE ESTADISTICA Y CENSOS

UNIDAD DE PLANIFICACION DEL MINISTERIO DE
 SALUD.

**TASAS DE MORTALIDAD GENERAL
COSTA RICA, 1960-1982**



*FUENTE: Anuarios Estadísticos de la Dirección General de Estadística y Censos.
Unidad Sectorial de Planificación de la Salud.-*

MORTALIDAD INFANTIL

REDUCCION RELATIVA CON RESPECTO A 1970

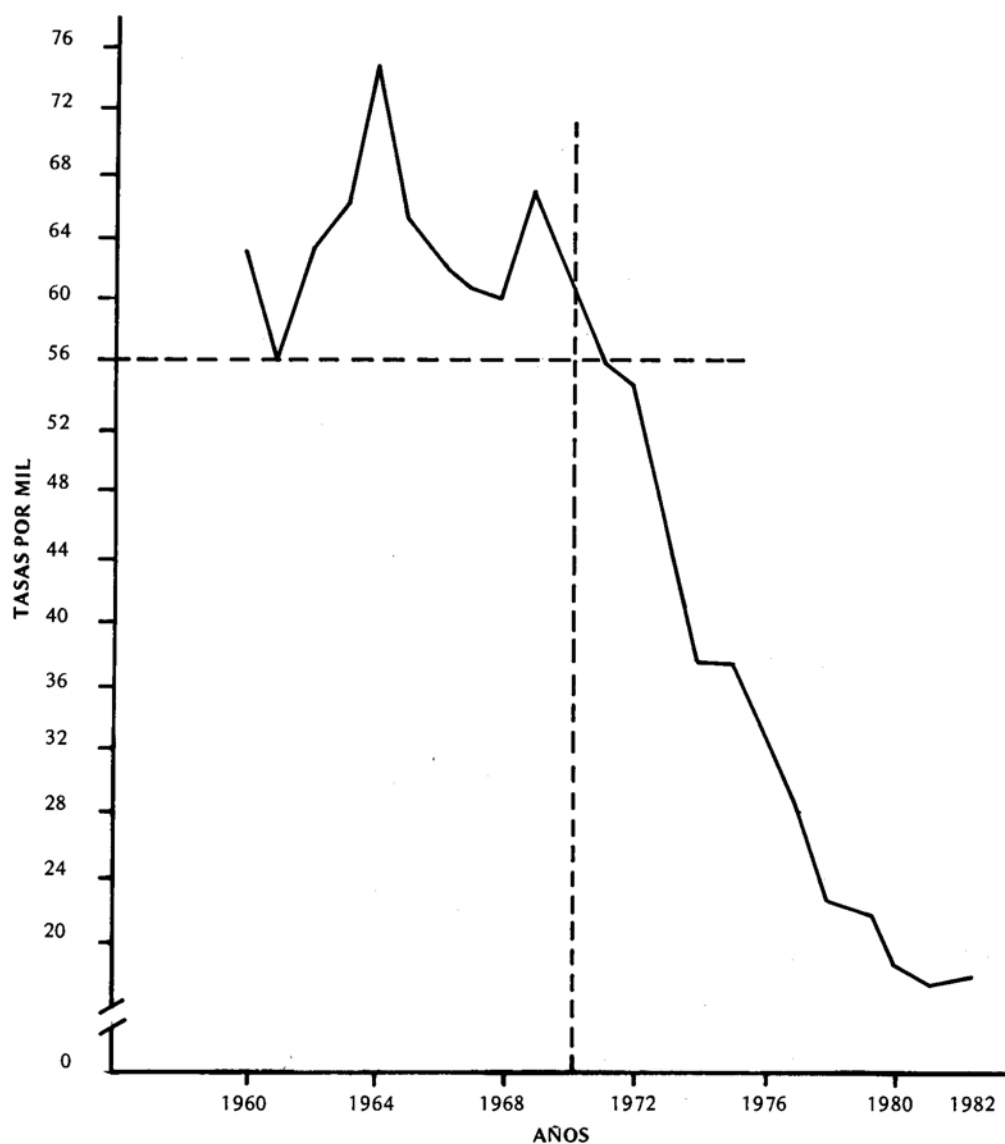
COSTA RICA: 1970, 73, 76, 79, 82, y 1983

(TASAS POR MIL NACIDOS VIVOS)

AÑOS	TASAS	REDUCCION PORCENTUAL
1970	61,5	----
1973	44,8	27,2
1976	33,3	45,9
1979	22,1	64,1
1981	18,1	70,6
1982	18,8	69,4
1983	18,5	69,9

FUENTE: DIRECCION GENERAL DE ESTADISTICA Y CENSOS
UNIDAD SECTORIAL DE PLANIFICACION
MINISTERIO DE SALUD

TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL
COSTA RICA, 1960 – 1982



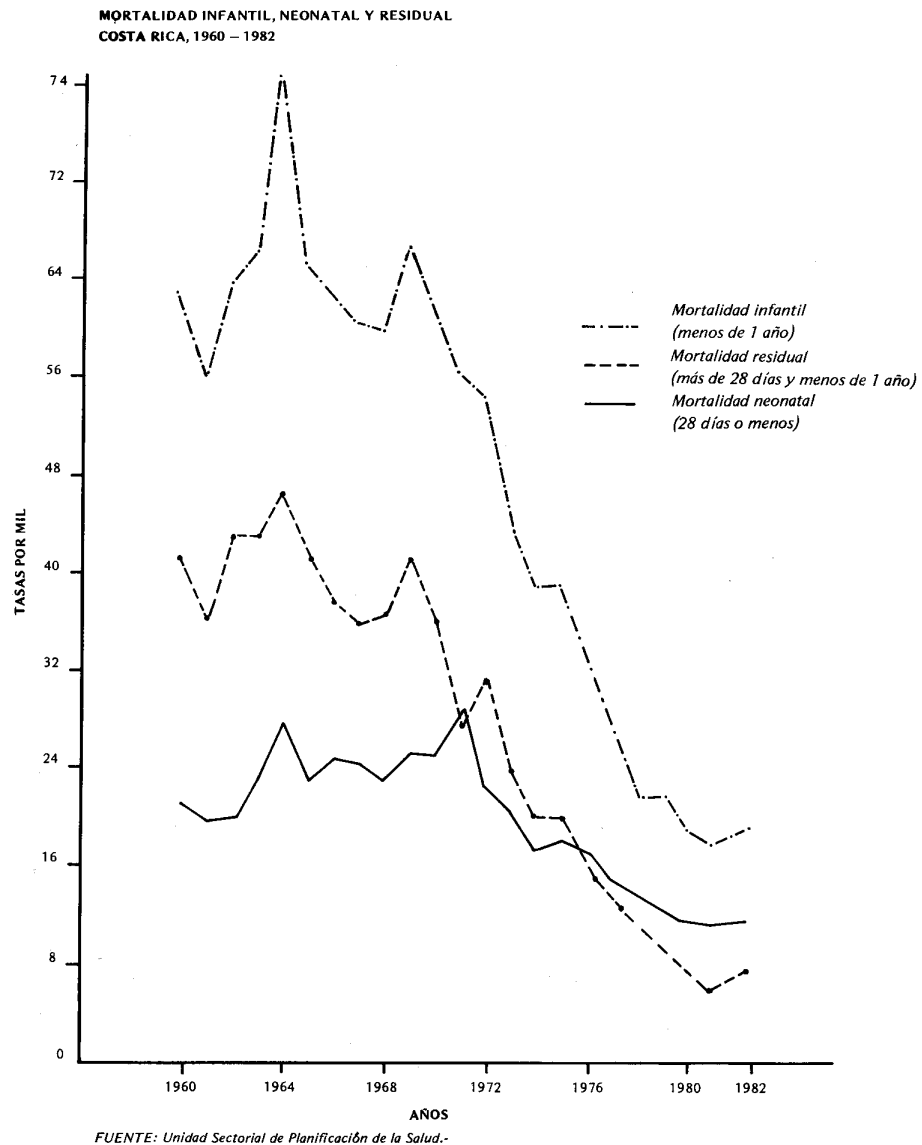
FUENTE: *Estadísticas Vitales, Dirección General de Estadística y Censos.-*
"META PARA AMERICA LATINA EN EL AÑO 2.000: 30.000"

MORTALIDAD INFANTIL, NEONATAL Y RESIDUAL
COSTA RICA, 1970-1982.

(Tasas por mil).

AÑOS	INFANTIL	NEONATAL	RESIDUAL
1970	61,5	25,2	36,3
1971	56,4	28,7	27,7
1972	54,4	22,8	31,6
1973	44,8	20,8	24,0
1974	37,6	17,6	19,9
1975	37,8	18,1	19,7
1976	33,3	17,4	15,8
1977	27,9	14,9	12,9
1978	22,3	13,1	9,2
1979	22,1	12,6	9,5
1980	19,1	11,2	7,9
1981	18,1	10,7	7,4
1982	18,8	11,1	7,8
1983	18,5	10,9	7,5

Fuente: Unidad Sectorial de Planificación .
Depto. de Estadística- Ministerio de Salud.



TASAS DE MORTALIDAD EN NIÑOS DE 1-4 AÑOS
 REDUCCION RELATIVA CON RESPECTO A 1970
 COSTA RICA, 1970 - 1982
 (Tasas por mil)

AÑOS	TASAS	REDUCCION PORCENTUAL
1970	5,1	-
1971	3,6	29,4
1972	4,4	13,7
1973	2,9	43,1
1974	1,9	62,7
1975	2,1	58,8
1976	1,8	64,7
1977	1,5	70,6
1978	1,1	78,4
1979	1,2	76,5
1980	1,1	78,4
1981	1,0	80,4
1982	0,8	84,3
1983	1,0	80,4

FUENTE: Dirección General de Estadística y Censos, Unidad Sectorial de Planificación, Depto de Estadística-
Ministerio de Salud

"META DE SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2.000
 PARA LA REGION DE LAS AMERICAS EN MORTALIDAD INFANTIL: 2,4 POR MIL."

MORTALIDAD EN NIÑOS DE 5 - 14 AÑOS
REDUCCION RELATIVA CON RESPECTO A 1970
COSTA RICA, 1970 - 1982
(Tasas por mil)

AÑOS	TASAS	REDUCCION PORCENTUAL
1970	0,9	—
1971	0,7	22,2
1972	0,7	22,2
1973	0,6	33,3
1974	0,5	44,4
1975	0,6	33,3
1976	0,5	44,4
1977	0,5	44,4
1978	0,4	55,6
1979	0,5	44,4
1980	0,5	44,4
1981	0,4	55,6
1982	0,4	55,6
1983	0,3	66,7

FUENTE: Unidad de Planificación de la Salud, Depto. de Estadística — Ministerio de Salud.

**CAMBIOS DE LAS CAUSAS PRINCIPALES DE MUERTE
EN EL HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS***

1971	1982
1.-Enfermedad Diarreica	1.-Afecciones Perinatales**
2.-Neumonía y Bronconeumonía	2.-Malformaciones congénitas
3.-Septicemia	3.-Tumores malignos
4.-Meningitis	4.-Meningitis
5.-Inmadurez	5.-Neumonía y Bronconeumonía

FUENTE: Hospital Nacional de Niños (Dr. E. Mohs)

* El Hospital de Niños tiene 440 camas, con 1600 egresos por mes y 1000 consultas diarias (excluyendo curaciones, inyectables, etc.)

** Del 7^o mes del embarazo hasta 7 días después del parto.

**CAMBIOS QUE HAN INFLUIDO EN
LA PROTECCION DEL NIÑO PEQUEÑO**

1.- NACIMIENTO DE MAYOR PESO Y TAMAÑO (Menor Mortalidad)	Educación prenatal Cuidados de la madre Control prenatal médico Mejor alimentación Partos más espaciados Parto hospitalario
2.- LECHE MATERNA MINIMO 6 MESES	
3.- VACUNACION TEMPRANA (Todo tipo de Vacunas)	
4.- REHIDRATACION ORAL (Caso de Diarreas)	

**DISTRIBUCION DE LA MORTALIDAD INFANTIL POR CANTONES
COSTA RICA – 1981**

No. DE CANTONES	TASAS
10	MENOS DE 10 POR MIL NACIDOS VIVOS
16	ENTRE 10,1 y 15,0 POR MIL NACIDOS VIVOS
25	ENTRE 15,1 y 20,0 POR MIL NACIDOS VIVOS
14	ENTRE 20,1 y 25,0 POR MIL NACIDOS VIVOS
9	ENTRE 25,1 y 30,0 POR MIL NACIDOS VIVOS
7	MAS DE 30 POR MIL NACIDOS VIVOS

81

Promedio – 17,9

Por Mil Nacidos Vivos

FUENTE: Ministerio de Salud: 1982

MORTALIDAD INFANTIL
POR CANTONES, 1977 - 1982
(Tasas por mil)

REGION-CANTON	AÑOS					
	1977	1978	1979	1980	1981	1982
TOTAL PAIS	27,8	22,3	22,1	19,1	18,0	18,9
REGION CENTRAL	22,4	19,4	24,1	18,0	18,5	19,6
Central	19,5	19,6	23,7	16,3	21,1	21,3
Escazú	25,4	26,6	21,4	16,8	19,3	15,6
Desamparados	28,1	18,6	19,1	20,4	17,6	21,5
Puriscal	13,8	10,0	18,4	6,4	11,2	18,1
Aserrí	29,9	22,9	25,2	16,0	19,6	19,3
Mora	20,8	29,0	12,4	15,7	21,3	26,2
Goicoechea	22,1	21,2	15,9	19,3	15,5	16,7
Santa Ana	17,4	18,8	16,0	24,8	23,4	24,8
Alajuelita	21,1	27,4	28,1	26,7	20,5	15,4
Coronado	35,8	23,3	22,4	32,8	17,2	27,5
Acosta	30,7	15,9	36,8	11,4	16,1	27,3
Tibás	13,7	12,8	34,9	13,8	15,0	12,3
Moravia	26,9	13,1	27,3	20,7	20,0	21,5
Montes de Oca	17,7	15,2	17,4	13,9	13,8	19,0
Turubares	29,4	16,4	25,9	28,3	17,9	34,8
Curridabat	18,2	27,8	25,0	19,6	15,3	16,2
La Unión	33,3	21,7	26,3	20,1	21,6	17,3
Aguirre	28,9	18,0	19,3	22,0	21,9	13,6
Parrita	20,8	13,7	31,9	14,8	3,6	19,3
REGION HUETAR						
NORTE	23,8	19,9	23,5	15,8	14,9	16,5
Alajuela (Centro)	26,7	25,4	15,2	16,9	13,1	17,9
San Ramón	24,5	13,3	15,0	11,7	19,7	11,8
Grecia	16,4	11,5	6,8	12,1	11,7	25,0
San Mateo	16,7	15,9	33,3	15,2	30,8	14,9
Atenas	21,4	17,1	23,8	9,4	5,4	15,9
Naranjo	15,7	25,5	36,2	11,1	13,7	10,8
Palmares	28,4	2,5	4,5	17,7	4,2	10,3
Poás	11,2	18,2	26,9	15,1	7,9	8,2
Orotina	—	27,5	27,0	21,5	19,8	9,6
San Carlos	14,6	18,5	15,3	16,9	9,7	11,1
Alfaro Ruiz	17,8	15,3	6,2	16,8	33,3	5,6
Valverde Vega	40,7	19,6	28,5	27,4	16,8	16,7
Los Chiles	47,3	16,0	26,5	2,6	24,6	30,7
Guatuso	77,6	43,5	47,6	37,4	34,0	39,0
Heredia (Centro)	12,3	14,7	13,3	13,0	11,6	17,7
Barba	35,3	13,6	26,6	14,7	25,0	6,7
Santo Domingo	25,7	24,6	14,9	16,4	12,7	17,5
Santa Bárbara	39,5	27,9	11,9	23,6	12,4	26,2
San Rafael	21,0	26,9	25,8	20,9	20,7	18,0
San Isidro	29,9	32,8	10,1	10,8	8,7	18,3
Belén	34,1	6,7	7,7	6,2	18,9	26,4
Flores	12,9	26,7	9,1	15,1	22,2	3,6
San Pablo	29,4	23,6	9,6	27,1	32,1	21,7

(continuación)

REGION-CANTON	AÑOS					
	1977	1978	1979	1980	1981	1982
Sarapiquí	30,0	22,9	27,1	20,0	25,9	26,5
Garabito	—	—	—	—	39,5	21,5
REGION						
CHOROTEGA	34,6	26,9	26,9	21,6	19,8	19,9
Liberia	36,9	27,4	31,6	29,3	16,8	19,1
Nicoya	37,0	32,4	28,3	20,4	13,5	23,6
Santa Cruz	34,4	20,9	30,0	25,5	24,9	20,0
Bagaces	40,3	31,9	12,3	23,7	26,3	13,5
Carrillo	37,9	26,6	27,8	22,0	17,2	28,4
Cañas	40,9	28,1	27,5	18,2	40,1	21,1
Abangares	33,1	22,8	17,5	10,7	26,1	14,7
Tilarán	24,2	25,5	23,9	16,4	17,2	13,2
Nandayure	33,3	34,7	11,5	11,8	8,2	14,9
La Cruz	40,1	14,3	22,9	17,6	15,7	13,9
Hojancha	36,1	11,9	27,8	19,5	6,5	25,2
Puntarenas	34,0	32,1	26,2	21,4	18,5	20,0
Esparza	11,9	28,0	14,0	17,1	12,4	5,1
Montes de Oro	20,6	16,8	18,8	10,5	26,6	28,7
Upala	37,1	24,2	38,1	28,9	25,4	26,0
REGION HUETAR						
ATLANTICA	37,1	25,9	24,4	24,8	20,8	19,7
Cartago (Centro)	28,4	19,7	24,4	17,6	11,8	14,2
Paraíso	39,9	25,1	21,1	28,1	18,7	25,1
Jiménez	49,8	39,3	37,4	24,3	23,5	31,2
Turrialba	31,9	24,4	14,9	26,1	15,2	17,6
Alvarado	34,0	14,6	36,5	21,1	22,5	26,7
Oreamuno	25,7	31,0	9,4	27,0	17,4	15,0
El Guarco	33,6	36,5	20,4	28,2	25,6	26,6
Limón	41,1	27,4	27,6	28,5	27,6	28,1
Pococí	31,9	20,8	22,2	20,9	25,1	11,0
Siquirres	54,9	31,4	30,0	25,1	18,9	20,1
Talamanca	74,5	35,4	73,3	45,2	81,1	29,1
Matina	50,1	30,9	23,4	14,5	26,9	14,9
Guácimo	51,7	29,5	32,6	35,1	12,8	12,0
Dota	10,9	9,1	8,8	11,9	15,9	35,1
Tarrazú	21,8	17,3	6,8	39,3	3,4	20,8
León Cortés	30,3	27,3	14,9	18,5	5,2	19,5
REGION BRUNCA	30,7	24,6	22,8	18,2	15,4	19,7
Pérez Zeledón	24,7	17,7	16,9	13,1	13,8	12,3
Buenos Aires	42,0	32,1	21,1	24,3	17,0	19,5
Osa	31,9	28,7	23,5	23,3	18,4	14,5
Golfoito	37,3	28,9	37,4	19,6	20,5	26,1
Coto Brus	29,8	26,2	22,4	13,5	13,7	23,7
Corredores	29,1	25,0	26,5	27,2	14,2	33,7

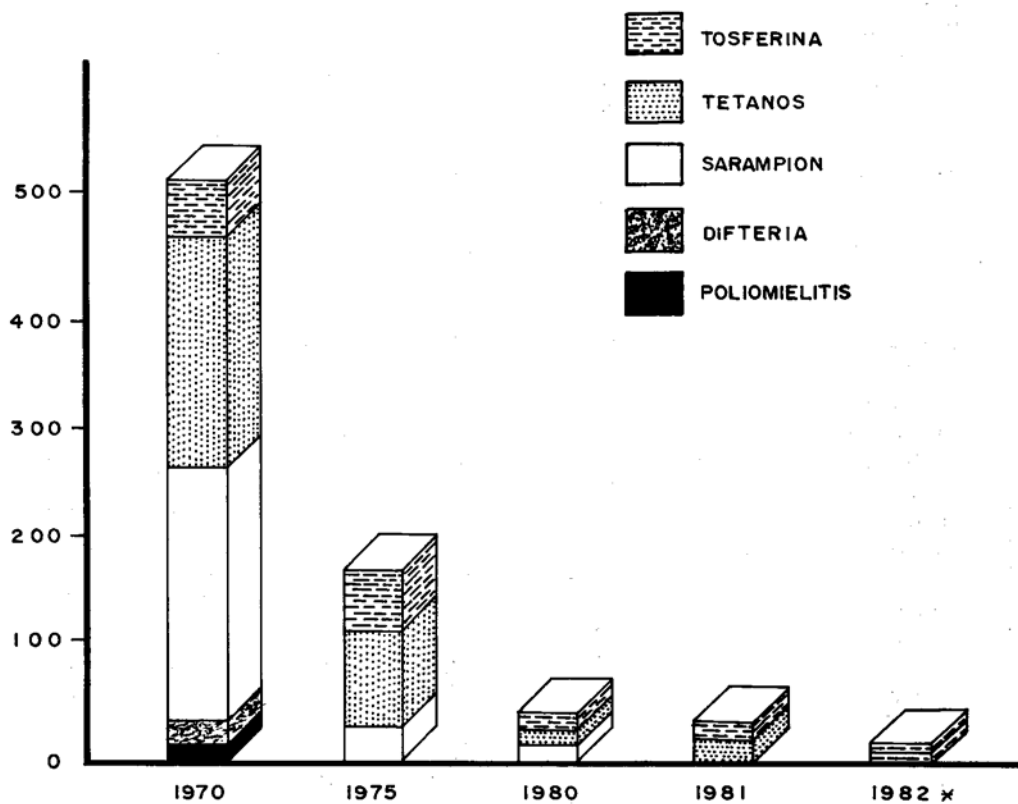
Fuente: Unidad Planificación de la Salud.

Departamento de Estadística - Ministerio de Salud.

MUERTES POR ENFERMEDADES INFECCIOSAS EN NIÑOS

* EN 1982, SOLO UNA MUERTE POR SINDROME TOSFERINOSO
NO HUBO MUERTE POR TETANOS O SARAMPION

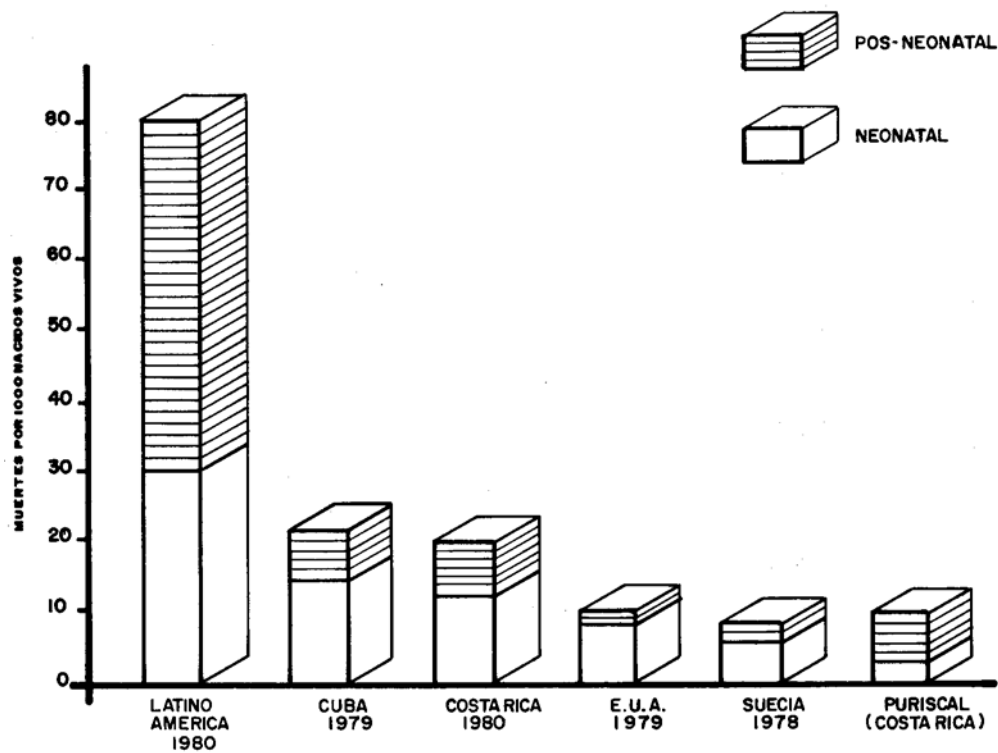
** DESDE HACE VARIOS AÑOS NO SE PRESENTAN CASOS DE DIFTERIA
Y TIENE YA 10 AÑOS LA AUSENCIA DE POLIOMIELITIS.



FUENTE: Hospital Nacional de Niños (Mohs) y
Ministerio de Salud

FUENTE: Dr. Edgar Mohs (Hospital Nacional de Niños)

MORTALIDAD INFANTIL, 1978 - 1980



COMPARACION ENTRE LAS TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL DE LATINOAMERICA, COSTA RICA Y PURISCAL, CON LAS DE OTROS PAISES DEL GLOBO. (PURISCAL 9/1000 NACIDOS VIVOS.)
Puriscal es un cantón de Costa Rica.

FUENTE: Mata L y Col.: Estado nutricional y supervivencia del niño lactante.
Rev. Med. Hosp. Nal. de Niños. 17-(1 - 2) C. R. 1982.

MORTALIDAD MATERNA
 VARIACION RELATIVA CON RESPECTO A 1970
 COSTA RICA, 1970 - 1982
 (Tasas por mil nacimientos)

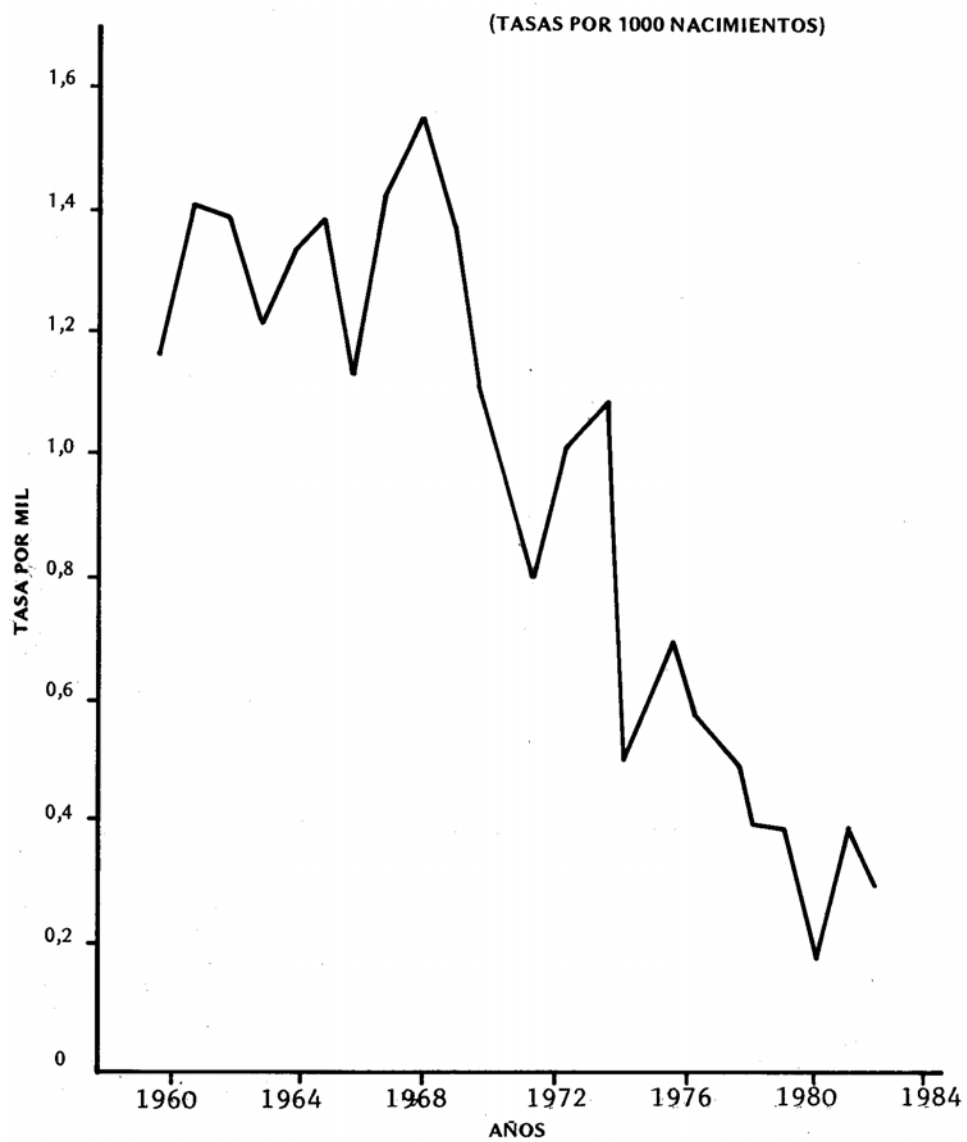
AÑOS	TASAS	VARIACION PORCENTUAL
1970	1,0	---
1971	0,8	20,0
1972	1,0	---
1973	1,1	+ 10,0
1974	0,5	50,0
1975	0,7	30,0
1976	0,6	40,0
1977	0,5	50,0
1978	0,4	60,0
1979	0,4	60,0
1980	0,2	80,0
1981	0,4	60,0
1982	0,3	70,0
1983	0,3	70,0

FUENTE: DIRECCION GENERAL DE ESTADISTICA Y
 CENSOS.

UNIDAD SECTORIAL DE PLANIFICACION

MINISTERIO DE SALUD.

**TASAS DE MORTALIDAD MATERNA
COSTA RICA, 1960 - 1982**



FUENTE: Anuario y Boletines de la Dirección General de Estadística y Censos.-

SERVICIO DE ENFERMEDAD Y MATERNIDAD
SEGUN COBERTURA DE ASEGURADOS

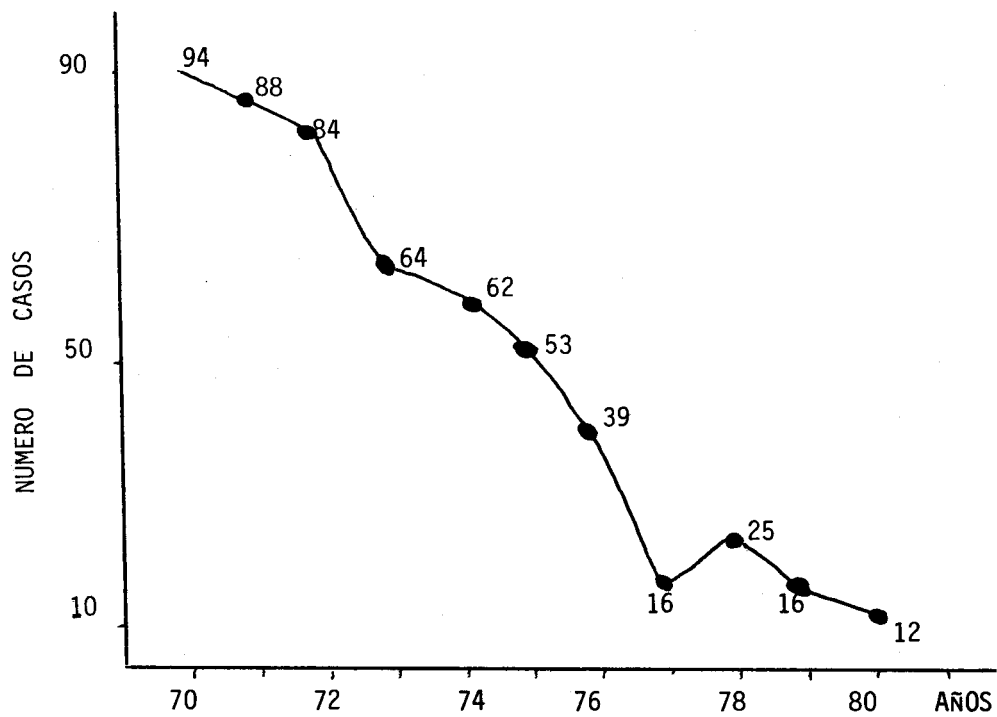
COSTA RICA, 1970 - 1982
(Números absolutos, relativos)

AÑOS	TOTAL ASEGURADOS	COBERTURA (%)
1970	657.446	39,0
1971	753.786	42,4
1972	827.762	45,3
1973	941.073	50,3
1974	1.001.403	52,2
1975	1.062.500	54,1
1976	1.266.893	63,0
1977	1.449.871	70,3
1978	1.522.303	72,1
1979	1.688.424	78,1
1980	1.710.416	77,3
1981	1.681.814	74,3
1982	1.812.460	78,1

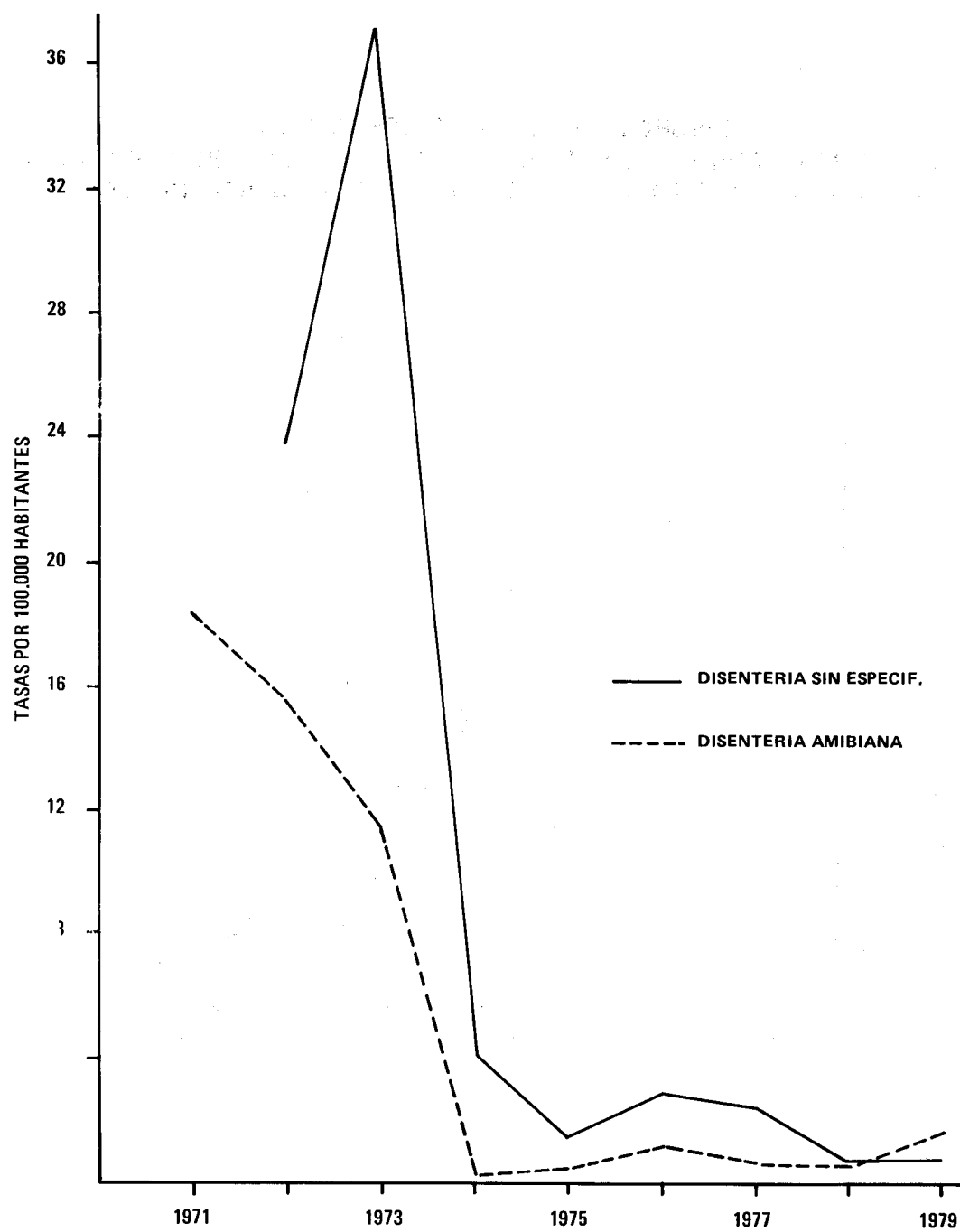
FUENTE: Memoria Caja Costarricense de Seguro Social

NOTA: Se adopta una composición familiar de 2,25 dependientes, en promedio, por cada asegurado directo.

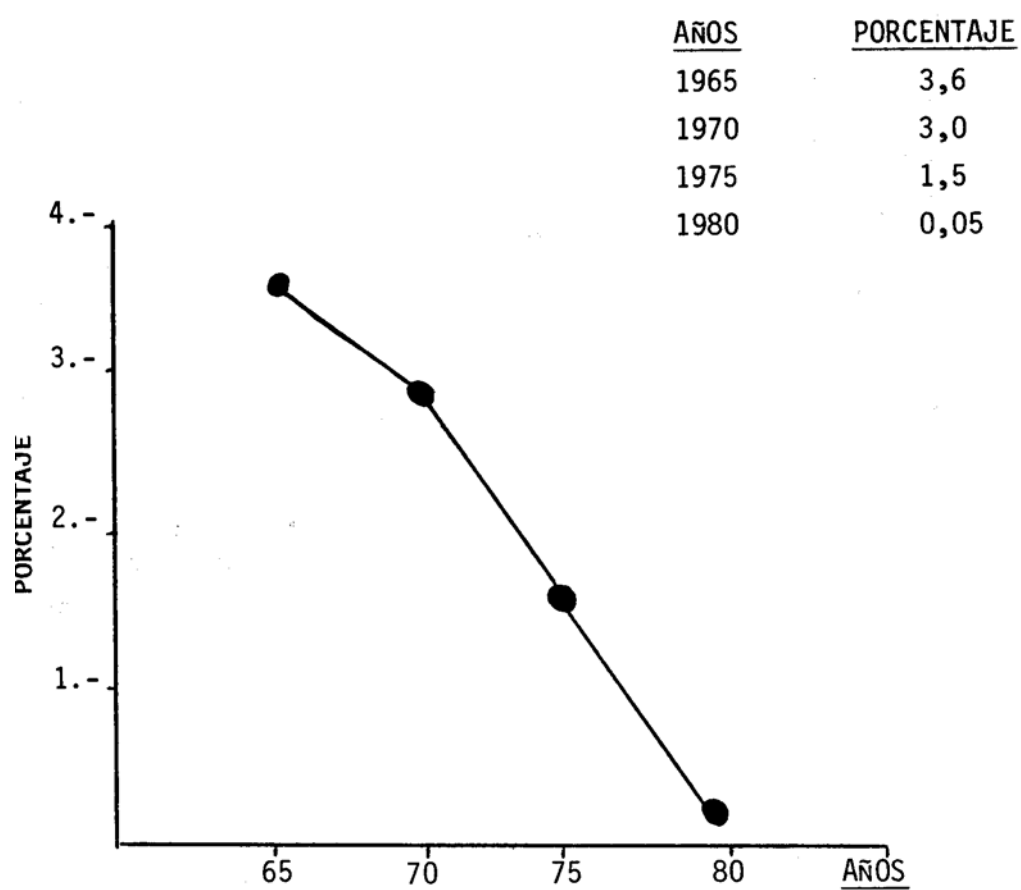
FIEBRE REUMATICA EN COSTA RICA
(PREVENCION MEDIANTE LA APLICACION DE PENICILINA BENZATINICA A
LOS NIÑOS AFECTADOS POR AMIGDALITIS POR ESTREPTOCOCOS).



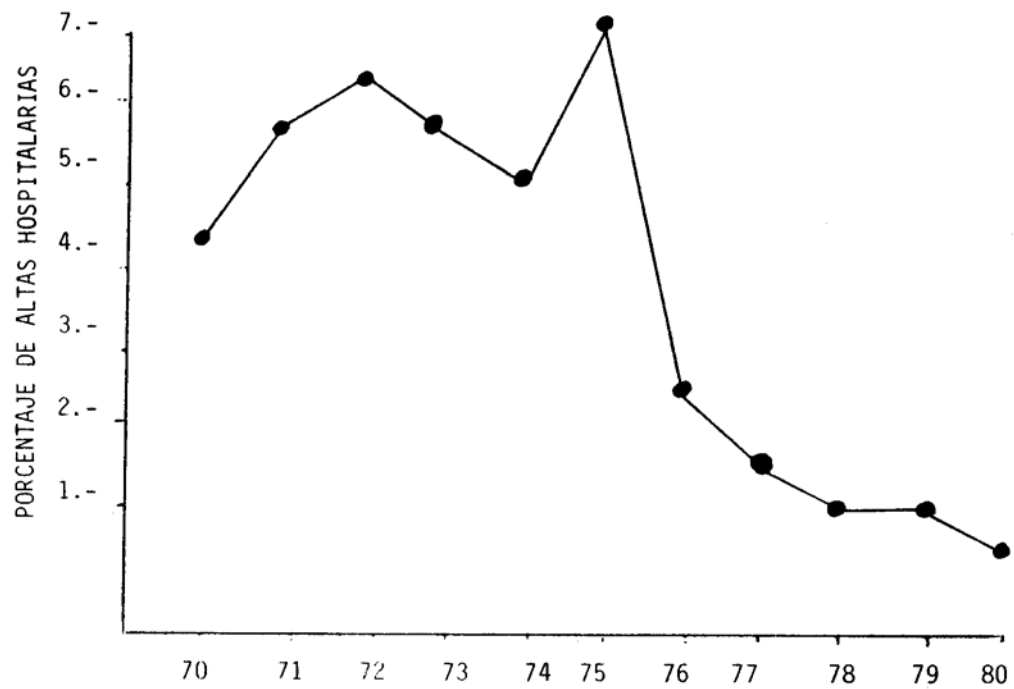
TASAS DE INCIDENCIA DE DISENTERIA
COSTA RICA, 1970 - 1979



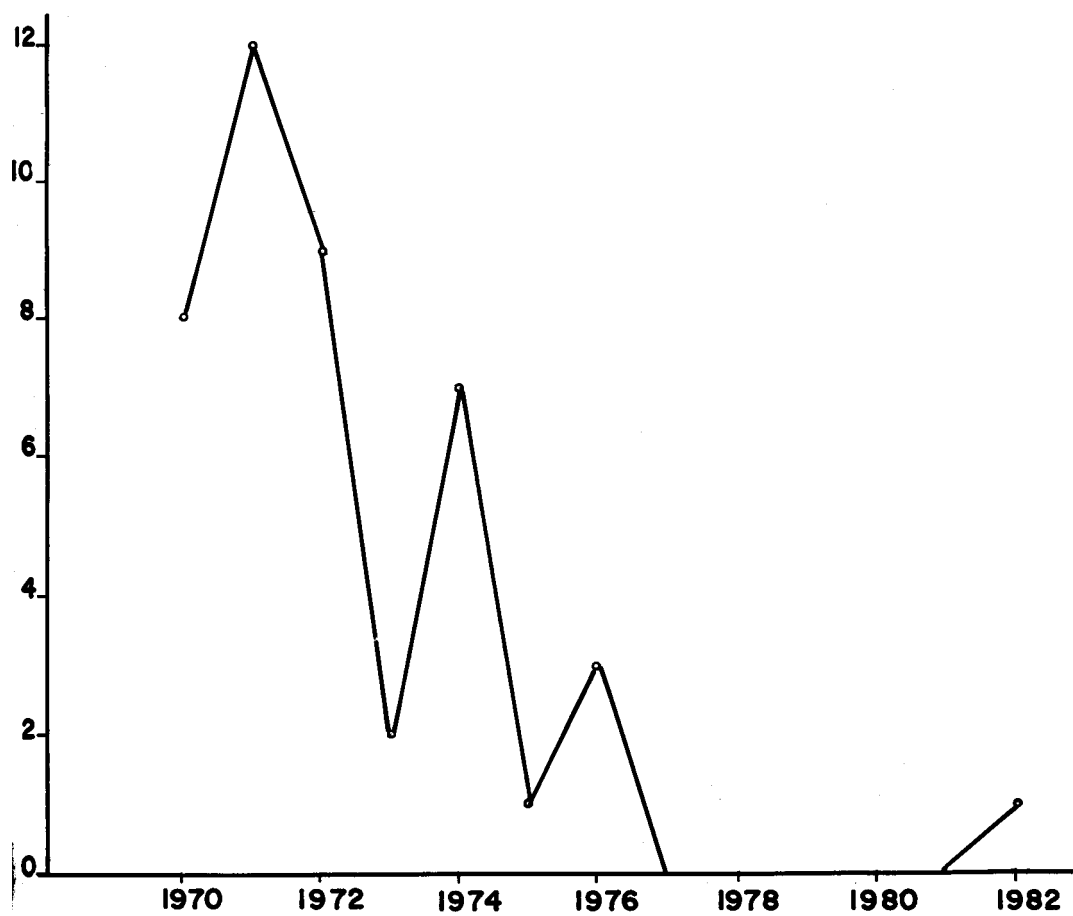
MUERTES POR DIARREA
HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS



**DESNUTRICION SEVERA
INTERNADOS EN EL HOSPITAL DE NIÑOS**



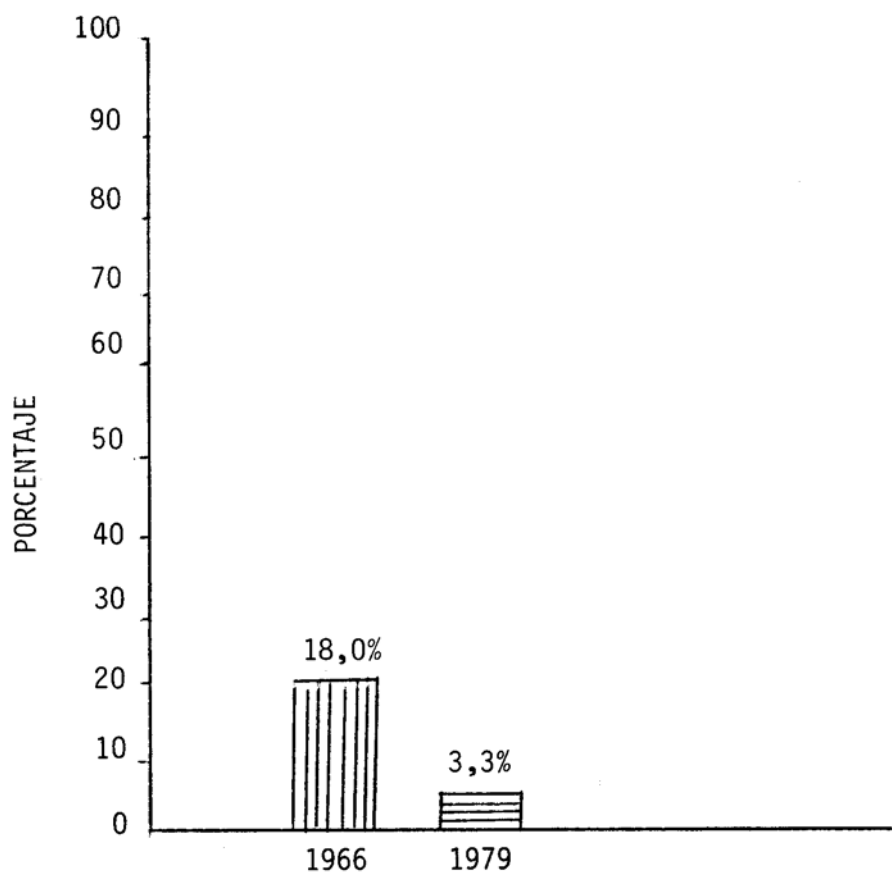
**DEFUNCIONES POR PARASITOS SEGUN AÑO DE OCURRENCIA
HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS 1970- 82**



FUENTE : Dr. Edgar Mohs - Hospital Nacional de Niños.

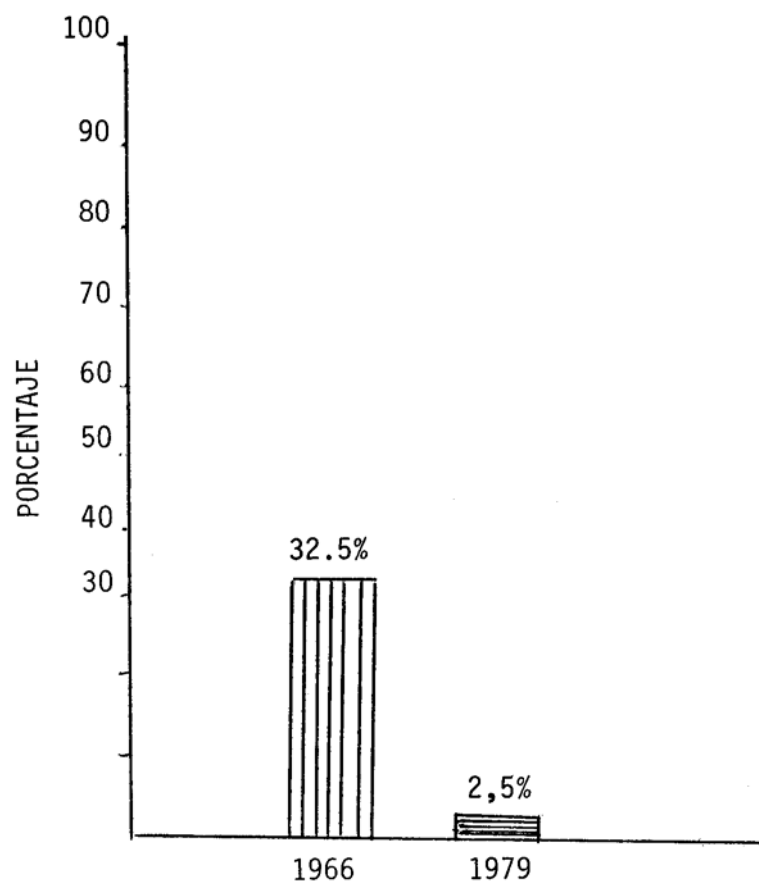
PORCENTAJE DE BOCIO EN ESCOLARES

1966 - 1979



FUENTE: Ministerio de Salud

PORCENTAJE DE NIVELES BAJOS Y DEFICIENTES DE
VITAMINA A EN SUEROS DE NIÑOS MENORES DE 5 -
AÑOS. 1966 - 1979



FUENTE: Ministerio de Salud

DATOS GENERALES SOBRE EL PAIS

EXTENSION DE COSTA RICA:	51.100 Km ²
POBLACION TOTAL AL 1° DE JULIO DE 1983:	2.435.071
POBLACION URBANA ESTIMADA 45%:	1.095.782
POBLACION RURAL ESTIMADA 55%:	1.339.289

PROVINCIAS:	 7
CANTONES:	 81
DISTRITOS:	417
REGIONES DE SALUD:	 5

PERFIL DEL PAIS

Problemas:

La situación de salud en Costa Rica sufrió un cambio radical durante la década de los años 70, en la que -coincidiendo con la implantación de un nuevo modelo de extensión de cobertura, basado en la atención primaria y el fomento de acciones preventivas -se pasó de una patología propia de los países subdesarrollados a un predominio de padecimientos propios de los países industrializados, asociada a remanentes de la patología de la década anterior. Actualmente, existe una tendencia al aumento de enfermedades de alto costo de tratamiento -especialmente crónicas y degenerativas, accidentes y nutricionales por exceso de ingesta- que se asocia con los casos de enfermedades que son prevenibles por vacunación o por saneamiento ambiental básico, y de las nutricionales de tipo carencial que aún persisten. También existe la tendencia al incremento de las enfermedades de transmisión sexual y de la patología social, y la contaminación ambiental es mayor cada día. Pese a los esfuerzos hechos, la cobertura de servicios de salud -aunque pareciera haber crecido a un ritmo superior a la capacidad de financiamiento nacional- aún no ha llegado a ser universal. La participación comunitaria no ha alcanzado su plena madurez; y aún persisten deficiencias de coordinación y complementación de las acciones de las instituciones del sector.

Situación:

La población y las actividades económico-sociales muestran una fuerte concentración en el centro del país; aproximadamente la mitad de los habitantes y una representativa mayoría de las actividades industriales, de construcción

y de servicios, se ubican en las 4 ciudades metropolitanas. También es en esta área geográfica donde están ubicados los principales establecimientos de salud y donde se concentran las mayores tasas de producción de servicios y los recursos humanos y materiales del Sector.

A pesar de los logros alcanzados, especialmente en la reducción de la mortalidad y morbilidad por enfermedades de origen infeccioso, aún persisten determinados problemas de salud, a la vez que esa disminución no ha sido homogénea en todos los grupos de edad ni en todas las regiones del país; aunque el Estado ha realizado grandes esfuerzos para tratar de redistribuir entre todos los costarricenses los beneficios del desarrollo, por medio de programas sociales. Aún existen sectores de la población que no gozan de esos beneficios. A nivel nacional, el descenso de la tasa de mortalidad general de 6,6 en 1970 a tan sólo 3,9 por mil habitantes en 1982, el de la mortalidad infantil de 61,5 en 1970 a 18,8 por mil nacidos en 1982, así como el descenso en el mismo período de la mortalidad en niños de 1 - 4 años de 5,1 a 0,8 por mil, se ha traducido en un aumento de la esperanza de vida al nacer que para el período 1980 -1985 se estima en 73,7 (71,7 para los varones y 76,4 para las mujeres).

Al mismo tiempo, se sucedieron importantes reducciones en la fecundidad, cuyo descenso se inició a principios de los años 60: la tasa de natalidad en 1982, es de alrededor de 30,8 nacimientos por cada mil habitantes, mientras que en 1960 fue de 48 por mil. La evolución de la mortalidad y la natalidad, determinó el comportamiento de la tasa de crecimiento demográfico: al iniciarse la década de los 60, esa tasa era de 3,8% ; descendió a 2,7 en 1970 y, después de algunos altibajos desde 1977 hasta 1982 se

mantuvo nuevamente alrededor de 2,7% .

Al inicio de la década pasada (1970), las Enfermedades Infecciosas y Parasitarias ocuparon el primer lugar como causa de muerte, con una tasa de 13,6 defunciones por cada 10.000 habitantes, constituyendo el 20,5% del total de muertes; en 1982, estas enfermedades ocuparon el 80 lugar, su tasa se redujo a 1,5 por 10.000 y su importancia relativa con respecto al total de muertes fueran sólo del 4% .

Las enfermedades del Aparato Circulatorio ocupan actualmente el primer lugar como causa de muerte, aunque el riesgo de morir por una de estas enfermedades descendió durante el periodo 1971 - 82, de 12 a 10,8 por 10.000. La mortalidad por tumores malignos ha permanecido prácticamente estable en ese período, en especial si se toma en cuenta la mejoría que se ha dado en el Registro Nacional de Tumores (su tasa ascendió de 6,5 a 7,4 por 10.000 habitantes).

La mortalidad por accidentes y violencias que en 1970 ocupaba el sexto lugar como causa de muerte, ocupa un tercer lugar en 1982, y aumentó su importancia con respecto al total de muertes: en 1982 los accidentes ocasionaron el 10,6% de las muertes, mientras que en el año 1970 fue de 6,6% . Las enfermedades del Aparato Circulatorio, los Tumores y los Accidentes fueron responsables, en conjunto, del 57,7% de las muertes en 1982.

En cuanto a la morbilidad, su estructura por causas experimentó profundos cambios en la década de los años 70: se produjo una notable disminución en la incidencia de los principales padecimientos infecto-contagiosos prevenibles por vacunación y por saneamiento ambiental, con el consiguiente incremento relativo en las de las enfermedades crónicas y degenerativas. En ese período, la difteria y la poliomielitis fueron erradicadas y otras enfermedades reducidas de manera notoria: en 1983 la tasa de morbilidad por tosferina fue de 3,0 casos por cada 100.000 habitantes (en 1971 era de 78,6) y la del sarampión fue de 116 por 100.000 (en 1971 era de 203,5 por 100.000). Por su parte, las enfermedades de transmisión sexual presentan una

tendencia ascendente, que en parte podría deberse a las mejoras en el registro de estas enfermedades. La sífilis (que en 1971 presentó una tasa de 83 casos por 100.000 habitantes), ascendió hasta alcanzar 165 casos por 100.000 en 1977; desde entonces muestra tendencia descendente, exhibiendo en 1983 una tasa de 100 por 100.000 habitantes.

La blenorragia ascendió de 282 casos por 100.000 a principios del decenio hasta 486 por 100.000 en 1978; en 1983 la tasa fue de 398 por 100.000. Entre las enfermedades que se transmiten por vectores, cabe mencionar la malaria, cuyo indicador para población en área malárica fue para 1970 de 0,64 por 1.000 habitantes y llegó, después de varios altibajos a 0,16 en 1982.

La eficacia del programa de control de *aedes aegypti* ha sido demostrada con la ausencia de casos de dengue en nuestro país.

En el campo de la nutrición, la década de los 70 presenció el nacimiento de una importante fuente de financiamiento, la Ley de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares, que condujo a un marcado desarrollo e implementación de programas orientados a resolver las necesidades de importantes sectores de la población. Especial atención se prestó a los niños en edad preescolar, a los escolares y a las madres gestantes o lactantes, con programas como los desarrollados en los Centros de Educación y Nutrición (CEN), los Centros Infantiles de Atención Integral (CINAI) y los Comedores Escolares, en un esfuerzo complementado con una orientación a aumentar al máximo la extensión de cobertura en la prestación de servicios con programas de atención primaria, como los de Salud Rural y Salud Comunitaria, que contribuyeron en forma decisiva al descenso de la morbi-mortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias. Fue así como la desnutrición proteínico-calórica, que entre 1966 y 1975 sólo había descendido del 57,4% al 53,2% de los niños encuestados -en los tres años siguientes sufrió una disminución considerable, demostrada por la encuesta nutricional de 1978, que registró una reducción al 45,9% de la desnutrición de todos los grados

y en la encuesta de 1982 se redujo a 34,2% . En los años siguientes ha conservado la misma tendencia reductiva, como lo demuestra el estudio de "estado nutricional" de niños preescolares asistentes a Centro de Educación y Nutrición: mientras en junio de 1977 el 52% de los niños estudiados, tenía algún grado de desnutrición, en junio de 1981 sólo el 40% de niños lo tenía.

La morbilidad por accidentes de tránsito ha sufrido una tendencia al ascenso en los últimos años. En 1973 se registró un total de 11.736 accidentes de circulación reportados al Instituto Nacional de Seguros, con un saldo de 4.456 lesionados (23,8 por 1.000 habitantes), cifras que vinieron en aumento hasta alcanzar en 1980 un total de 23.536 accidentes, con un saldo de 13.062 lesionados (58,1 por 10.000 habitantes), a partir de ese año se observa una disminución, llegando en 1982 a 16.350 accidentes y 9.839 lesionados. En 1982, la tasa fue de 41,5 por 10.000 habitantes, lo que representa en el período 1973-1982 un incremento del 74% en la tasa de morbilidad por accidentes de carretera. Las edades más castigadas por los accidentes, tanto en los conductores como en los lesionados, se concentran entre los 20 y los 29 años.

Las enfermedades degenerativas han aumentado su incidencia y han cobrado gran importancia relativa, debido en parte a la reducción lograda de las enfermedades de origen infeccioso y en parte al incremento del promedio de años de vida de la población. Así, por ejemplo, en 1979 se registraron 131,5 casos de tumores malignos por 100.000 habitantes; en 1983 el indicador alcanzó un valor de 150,0 por 100.000.

Los órganos más afectados por esa enfermedad fueron el cérvix uterino y el estómago. Actualmente la piel ocupa ello lugar.

En 1978, quedó casi concluido el proceso de traspaso de los establecimientos hospitalarios del Ministerio de Salud a la Caja Costarricense de Seguro Social. Esto ha originado un esquema de organización institucional para la prestación de servicios, en el cual corresponden a la Caja especialmente las funciones de recuperación y de rehabilitación, y el Ministerio orienta sus esfuerzos preferentemente hacia promoción

y prevención.

En 1982, la Caja Costarricense de Seguro Social, en su Régimen de Enfermedad y Maternidad, alcanzó una cobertura de asegurados y familiares del orden del 78% de la población nacional; sin embargo, esa cobertura resulta bastante mayor si se consideran otros beneficiarios de sus servicios por convenios o leyes especiales. Se estima en un 19,8% de número de personas que tienen capacidad de pago total de los servicios médicos y que eventualmente pueden solicitar servicios en las clínicas u hospitales administrados por la Caja Costarricense de Seguro Social. Por otra parte, los esfuerzos de extensión de cobertura con actividades de atención primaria condujeron, en 1983, a que los programas de Salud Rural y Salud Comunitaria del Ministerio alcanzaran coberturas del orden del 58% de la población rural (95% de la población rural dispersa) y del 40% de la población urbana marginada. Ambos programas representan una oferta no tradicional de servicios básicos de salud a una población con mayor riesgo de enfermar y de morir por razones de marginalidad socio-económica, oportunidad limitada y accesibilidad restringida a los servicios de salud. El impacto de tales programas se refleja en el importante descenso de las enfermedades transmisibles, en especial las prevenibles por vacunación o saneamiento ambiental básico.

En lo que respecta a la capacidad de producción de servicios en otros niveles de atención, los egresos hospitalarios llegaron en 1980 a 119,0 por cada mil habitantes, superando la tasa programada para ese año, que era de 110 a 115 por mil. En el año 1982 fueron 116 por mil habitantes; los días/pacientes originaron índices de ocupación de camas en los dos primeros años de la década de 1970 de 80% ; disminuyendo en los dos primeros años de la década de 1980 a 69% . Las consultas médicas llegaron, en 1980, a un total de 6,0 millones, cifra que significó un promedio de 2,7 consultas por habitante por año, que superó la meta programada en 2,5. En el año 1982 se dieron un total de 6,2 millones, lo que representó 2,6 consultas por habitante. Estas actividades (egresos y consultas) consu-

mieron la mayor parte del presupuesto del Sector.

Para la prestación de los servicios, tanto preventivos como asistenciales, se dispone de una red de establecimientos escalonados por niveles de atención y distribuidos en todo el territorio nacional. Los niveles "especializado" y "altamente especializado" funcionan en establecimientos hospitalarios, con servicios de medicina curativa y de rehabilitación; en 1980 se registró una disponibilidad de 3,4 camas por mil habitantes como promedio nacional, indicador que disminuye a 3,2 en el año 1982. Los niveles de atención "básica" y "general", concentran principalmente los servicios médico-preventivos.

La prioridad asignada al saneamiento básico se refleja en sus indicadores de cobertura: el abastecimiento de agua alcanzó al 87% de la población total en 1981: 100% de la urbana y 68% de la rural; la población urbana servida con conexión domiciliar llegó al 99% en 1981 y la rural al 64% . En lo que concierne a eliminación de excretas, la cobertura total de población servida en 1981 fue de 93% : la población urbana con algún tipo de eliminación constituyó el 96% (54% con alcantarillado) y la rural el 88%.

La conciencia de la dificultad de estructurar una política social de salud con la sola participación de este sector y la necesidad de integrar esfuerzos para superar problemas comunes a varios sectores, han conducido a los primeros intentos de coordinación intersectorial.

En lo referente a la formación y capacitación de recursos humanos para la salud, las metas establecidas en su oportunidad sobre necesidades de profesionales en ciencias médicas han sido alcanzadas, e incluso superadas. Los programas de capacitación de personal paramédico y auxiliar han sido reducidos en los últimos años, por limitaciones presupuestarias.

El gasto del Sector Salud en el año 1971 fue de 414,3 millones de colones corrientes (Minis-

terio de Salud, Caja Costarricense de Seguro Social e Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados); con una participación dentro del Producto Interno Bruto del 5,8% y con el gasto Público del 14,1% .

En el año 1978* se registra como gasto total del Sector Salud un monto de 2.207,4 millones de colones corrientes; incluyendo, además de las tres instituciones citadas en el párrafo anterior, al Instituto Nacional de Seguros en lo que corresponde al Programa de Riesgos del Trabajo. La participación de este gasto con respecto al Producto Interno Bruto fue del 7,3% y con respecto al Gasto Público de 13,6% .

En el año 1982* se registra un gasto total para el Sector Salud (Ministerio de Salud, Caja Costarricense de Seguro Social, Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillado e Instituto Nacional de Seguros) de 6.074,1 millones de colones corrientes; con una participación en el Producto Interno Bruto de 6,2% y en el Gasto Público de 12,5% . Para el período 1978-1982 se observa una disminución del 15,1 % del monto de participación del gasto en salud con respecto al Producto Interno Bruto y una disminución del 8,1 % en cuanto al Gasto Público. El gasto anual per cápita en salud ascendió de (¢ 1.038,45 en el año 1978 a (¢ 2.599,65 en el año 1982, lo cual se explica por el crecimiento en la demanda de servicios médicos, el mejoramiento en la calidad de esos servicios y el proceso inflacionario. La mayor participación porcentual del gasto en el año 1982 corresponde a la Caja Costarricense de Seguro Social con 71,9% al Ministerio de Salud corresponde el 15,0% , al Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados el 7,6% y al Instituto Nacional de Seguros el 5,5%. (Para 1984 la CCSS presupuestó gastos por casi diez mil millones de colones). Fuente: Ministerio de Hacienda.

Puede analizarse en la sección de cuadros comparativos al final, como para el período 1984, es probable que solamente el Sector Salud

* Los montos de gasto del Sector Salud se tomaron del estudio "Análisis Económico - Financiero del Sector Salud".

NOTA: Las liquidaciones de presupuesto de gasto del año 1983, aún no están disponibles.

contará con un presupuesto cercano a los 14 mil millones de colones.

Y Interesa además recalcar que las políticas de prevención y adecuación para la salud, amén de los otros factores, ya han logrado que, a pesar del crecimiento de la población, los índices de egresos hospitalarios hayan venido en des-

censo e inclusive, las camas disponibles para los niños en los hospitales hayan disminuido en lugar de aumentar, ya que entre el Hospital México y el Hospital de Niños se tenían unas 650 hace pocos años y actualmente, sólo se dispone de 440 camas en el Hospital Infantil.

INDICADORES GENERALES DE POBLACION
1979 - 1982

NOMBRE DEL INDICADOR	TASAS				
	1979	1980	1981	1982	1980-83
Crecimiento anual/1.000 hab.	27,4	27,2	27,4	26,9	
Natalidad/1.000 hab.	31,6	31,2	31,3	30,8	
Mortalidad/1.000 hab.	4,2	4,0	3,9	3,9	
Expectativa de vida al nacer (años)	73,0		73,2		73,7
Hombres	66,3		70,5		71,1
Mujeres	70,4		75,5		76,4

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos
Unidad Sectorial de Planificación, Ministerio de Salud

Nota: La información sobre natalidad y mortalidad de 1983 en las primeras etapas de su elaboración.
La fecha límite para la recepción de Certificados abarca hasta el primer trimestre del siguiente año al que se refiere el fenómeno.

RECURSOS HUMANOS TECNICOS EN SALUD

1983

MEDICOS (Incluye los del servicio social	2300	(10	por 10.000)
ODONTOLOGOS.....	716	(1.93	" ")
FARMACEUTICOS.....	702	(2.88	" ")
ENFERMERAS PROFESIONALES.....	1700	(6.96	" ")
TRABAJADORAS SOCIALES.....	350	(1.43	" ")
MICROBIOLOGOS.....	608	(2.49	" ")
ASISTENTES DE LABORATORIO CLINICO (Cate- goría de 1 a 4).....	257	(1.05	" ")
AUXILIARES DE FARMACIA (Cat. de 1 a 4)..	494	(2.02	" ")
AUXILIARES DE ENFERMERIA.....	5532	(22.66	" ")
INSPECTORES DE SANEAMIENTO.....	131	(0.54	" ")
ASISTENTES DE SALUD RURAL.....	227	(0.93	" ")
ASISTENTES DE SALUD COMUNITARIA.....	269	(1.10	" ")
*ASISTENTES DE PACIENTES.....	1355	(5.55	" ")

* Es una categoría que tiene la Caja, un poco más baja que la de las Auxiliares de Enfermería, pero con funciones similares.

FUENTE: (Censo hecho a nivel de los diferentes Colegios Profesionales e Instituciones).

DATOS DE INTERES EN CUANTO A SERVICIOS

REFERENCIA	1970	1980	1981	1982
N° DE CAMAS	<u>7.000</u>	<u>7.570</u>	<u>7.890</u>	<u>7.706</u>
Ministerio de Salud	5.659	503	519	480
C.C.S.S.	1.049	6.926	7.230	7.085
Privadas	300	141	141	141
N° DE CONSULTAS	<u>3.536.293</u>	<u>6.654.938</u>	<u>6.021.319</u>	<u>6.329.176</u>
Ministerio de Salud (M-S)	1.160.396	596.570	602.395	1.527.000*
C.C.S.S.	2.463.068	6.041.828	5.400.000	4.778.978
Visitas a domicilio (M-S)				812.000
N° DE CENTROS RURALES DE ASISTENCIA	17	8		8
N° DE CENTROS SALUD	62	75	75	76**
N° DE CENTROS EDUC. Y NUTRICION	147	538	558	520***
N° CENTROS INFANTILES DE ATENCION INTEGRAL	0	33	33	34
Puestos de Salud	0	340	294	342
Clínicas dentales escolares	44	34	31	32
Clínica consulta externa CCSS	-	-	-	100
Hospitales		28	28	28
Gastos de salud % con respecto al P.I.B.	5,1	7,07	6,66	****

* Incluye consultas de: - Odontología Sanitaria - Planificación Familiar - Enfermedad y - Prevención.

** 1983 = 77

*** En 1983 540

**** No hay información disponible

FUENTE: Ministerio de Salud y Dirección de Programación de Servicios Médicos - Enero de 1983.

POBLACION ESTIMADA POR GRUPOS DE EDAD

COSTA RICA – 1981

GRUPOS DE EDAD	POBLACION
0 años	72.119
1 – 4	241.637
5 – 9	269.295
10 – 14	252.675
15 – 19	265.880
20 – 24	250.940
25 – 29	213.868
30 – 34	167.335
35 – 39	128.275
40 – 44	100.640
45 – 49	83.558
50 – 54	71.671
55 – 59	58.603
60 – 64	45.369
65 – 69	34.127
70 – 74	23.528
75 – 79	14.756
80 – 84	7.107
85 y más	5.906
TOTAL	2.307.290

FUENTE: Unidad Sectorial de Planificación. Estimación por edades con base en cifras oficiales de la Dirección General de Estadística y Censos.

CARGAS SOCIALES
(PORCENTAJES DEL SALARIO)

TIPO	PATRONO	EMPLEADO	ESTADO
TOTAL	47,91%	9,00%	1,25%
a. SEGURO SOCIAL			
Enfermedad y Maternidad	9,25	5,50	1,25
Invalidez, Vejez y Muerte	4,75	2,50	0,25
Asignación Familiar (M.T.)	5,00		
b. INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS	3,75		
Seguro de Riesgos Profesionales (Porcentaje medio del costo del Seguro, varía de acuerdo al tipo industrial)			
c. INSTITUTO NACIONAL DE APRENDIZAJE (I.N.A.)	2,00		
Adiestramiento del Sector Obrero			
d. BANCO POPULAR Y DE DESARROLLO COMUNAL	0,50	1,00	
Ahorro Obligatorio			
e. INSTITUTO MIXTO DE AYUDA SOCIAL (I.M.A.S.)	0,50		
Erradicación de la miseria extrema			
f. AGUINALDO (Décimotercer mes)	8,33		
g. VACACIONES PAGADAS (15 días al año)	4,17		
h. DIAS FERIADOS OBLIGATORIOS (6 al año)	2,33		
i. PREAVISO Y CESANTIA (un mes de salario por cada año)	8,33		

FUENTE: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

LOS NUEVOS PROBLEMAS A QUE HACE FRENTE EL MINISTERIO DE SALUD SE DEBEN A:

1. **Aumento en las expectativas de vida y menor mortalidad.**
2. **Escasez de recursos económicos:** de ello se derivan menos servicios, menos suministros: (medicinas - equipos - bombas de agua - plaguicidas- letrinas - etc. - menos viáticos - menos gasolina; no extensión de cobertura - menos control - menos inspectores y - capacidad de locomoción).
3. **Aumento de la contaminación ambiental:** (humo - desecho de basuras, contaminación de aguas - etc.) - industrialización.
4. **Enfermedades que han aumentado la frecuencia** y requieren estrategias más costosas para su prevención, diagnóstico precoz y tratamiento: cardiopatías - tumores - accidentes - alcoholismo - enfermedades congénitas - tercera edad - etc. (cambio de patología).
5. **Déficit en la formación de recursos humanos:** ausencia de programas desde 1980 por falta de contenido económico, imposibilidad de aumento de la cobertura, por ello y por no tener presupuesto. Incapacidad de sustituir al que se enferma e incapacita. Imposibilidad de contratar más médicos para servicio social.

LA ATENCION MEDICA A TRAVES DE LA HISTORIA

En la antigua Grecia, los médicos tenían ya muy claro el concepto de lo que era la Salud. Para ellos, ésta era un estado de perfecto equilibrio entre los humores y las fuerzas que constituían el ser humano. El médico hipocrático, recibía honorarios por sus servicios y como la sociedad griega despreciaba a quienes trabajaban por dinero, su posición social no era muy elevada, aunque sí se les tenía estima y respeto. La medicina griega "nunca" fue exclusivamente curativa, la conservación de la salud constituyó desde un principio una tarea muy importante y estos médicos dedicaban buena parte de su pensamiento y acción a los problemas de la higiene individual y ambiental.

Los romanos tenían un aforismo "Mens sana in corpore sano" y ellos consideraban a un hombre sano, si estaba equilibrado en su cuerpo y en su mente. La sanidad pública fue un logro romano, Roma está provista de galerías subterráneas (cloacas), sistemas de distribución de agua y limpieza obligatoria de las calles.

Es importante señalar que ya desde esa época la salud no sólo era protegida desde el punto de vista de la atención del enfermo, sino que también las medidas preventivas tenían un lugar en esas sociedades. En la antigua Roma muchos médicos eran esclavos y en la Edad Media, las profesiones no se consideraban como misiones sino como medios para ganarse la vida.

En la antigüedad el médico vendía sus servicios a quien le podía pagar. El término de apostolado surgió para aquellos médicos que se preocupaban por el enfermo pobre aún sin posibilidad de remuneración por sus servicios.

Así pues, los cambios en la atención médica han pasado por cuatro épocas:

a) **MEDICINA INDIVIDUAL DE RELACION MEDICO- PACIENTE**

Usufructuada por las Clases alta y media, apareció en Egipto, continuó en Grecia y Roma y ha persistido hasta la época actual. Es el tipo de servicios de cuidados médicos más antiguo que se conoce.

En sus etapas iniciales, la medicina de relación médico-paciente, tenía una dependencia directa de pago de servicios. Los mejores médicos y la mejor atención eran para quienes tenían medios y pagaban por los servicios. Posteriormente esta misma relación se ha conservado y se la llama ahora "Medicina Liberal".

Con los años, ésta produjo el "Médico Familiar", una expresión democrática del médico de los nobles.

Este tipo de Medicina permanece vigente. Es la más popular en países como los Estados Unidos, máximo exponente de ella. En Costa Rica, el rápido desarrollo de los servicios médicos de la Seguridad Social y el alto costo de la atención médica privada, han disminuido este servicio de manera que probablemente sólo un 20% del cuerpo médico nacional tiene oportunidad de este tipo de servicios, con las ventajas económicas que ello conlleva.

b) **MEDICINA DE HOSPITAL**

En Roma, durante la época de su gran esplendor, sus conquistas obligaron a crear un mecanismo de cuidado de los enfermos y éste consistió en la organización de dispensarios y hospitales para atender a sus ejércitos. Puede pues considerarse que una de las grandes contribuciones de Roma a la Medicina es la creación de esos Hospitales. Roma tenía ade-

más catorce acueductos públicos que abastecían la ciudad de agua y 150 letrinas públicas. Se protegían los abastecimientos de alimentos y en los primeros tiempos del Imperio, se inauguró un servicio público médico adscrito a varias ciudades con obligación de atender a los pobres. Los consejeros municipales fijaban los salarios de los médicos. La aparición del Cristianismo hizo posible que se fundaran Hospitales de Caridad, regentados por religiosos para atender a los pobres. Posteriormente su manejo pasó a las Juntas de Caridad de cada ciudad.

c) MEDICINA DE LA SEGURIDAD SOCIAL

En el año 1847, ante las epidemias que azotaban al Imperio Alemán, le fue encomendado al eminente patólogo Rudolf Virchow el estudio de este problema. Las conclusiones a las que llegó fueron: esas epidemias eran las consecuencias tanto de los problemas físicos de las personas, como de problemas sociales y económicos y propuso que aparte de la atención médica individual se deberían instituir en esas zonas cuidados higiénicos, mejores salarios, más educación y libertad para las personas.⁴⁷

En el año 1849, haciéndose eco de Virchow, Oton Bismark, primer Ministro de Prusia, señalaba que la inseguridad social de los trabajadores era lo que los convertía en peligro para el estado y por fin en el año 1883 se creó en Alemania el Seguro Social para ellos, tratando de asegurar servicios médicos a la población trabajadora mediante el mecanismo de solidaridad en cotizar entre el Estado, los patronos y los trabajadores. Apareció con ello la Medicina de la Seguridad Social con cuidados para enfermedad, invalidez, accidentes de trabajo y vejez.

La Seguridad Social dio paso a una medicina de mayor difusión y de mayor justicia social. Se pasó de la medicina tradicional liberal (de los económicamente fuertes) y de la medicina de caridad (de los pobres), a la medicina de grupos de trabajo bajo el lema de solidaridad. Los principales ingresos de ese sistema fueron dedicados a la atención del enfermo asegurado

y aunque se daban servicios de rehabilitación, los servicios de promoción de la salud y de prevención no han tenido lugar importante en este sistema, ya que al continuar con la clásica medicina curativa como base principal de su acción, hacia ahí se han ido canalizando los ingresos y es la causa de mayores gastos.

d) LA MEDICINA SOCIAL

Aunque, como vimos, desde los antiguos imperios griego y romano existía la idea de la atención integral de los servicios para la salud, la importancia de las medidas de educación para la salud y la prevención fueron dejadas de lado o no se les dio lugar adecuado si se compara con las grandes inversiones realizadas para el cuidado del paciente enfermo por los diversos gobiernos y durante diferentes épocas.

Una de las tragedias de la humanidad es que la mayor parte de la gente se niega a aprender de las enseñanzas de la historia y los mismos errores se cometen una y otra vez. (Sigerist). En el caso presente no quiso el mundo recordar el pasado en aspectos de salud y hemos llegado a un punto en que, poco a poco, se ha ido abriendo paso al concepto de que el Sistema de Seguridad Social, tan de moda, es insuficiente en su atención, y que se hace necesario implantar la prevención de una manera más agresiva en todos los aspectos, no sólo por razones técnicas y de conveniencia humana sino también económica. Además pensamos que la medicina debe tener su punto de partida en la comunidad y en la familia y que la medicina integral es el tipo de acción a realizar con amplitud y con beneficios reales para el país.

Si a lo anterior añadimos que una sociedad que se considere basada en principios de solidaridad y justicia debe hacer cierto el postulado de que "La salud es un derecho de toda la población sin ninguna distinción" y que el Estado, creado por esa sociedad, tiene la obligación de proteger esa salud", se comprende que es en el campo de la Medicina Social donde pueden ser llenados esos requisitos plenamente.

La Medicina Social es el más adecuado medio para difundir el aforismo de la Organización Mundial de la Salud, la cual, parafraseando una definición del Dr. Sigerist dice que: "La salud es un estado de bienestar completo físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad" .

La aplicación de este concepto cabe plenamente dentro del contexto de acción de la llamada Medicina Social. Es por eso que nuestro país debe llevar a la práctica este tipo de atención ya sea en conjunto con la Seguridad Social ó dentro de ella.

Existe, además de lo anterior, la **MEDICINA PRIVADA**. En razón del crecimiento del Seguro Social, ésta se ha debilitado y tiene una importancia menor, cubriendo tal vez a un 5% de la población que puede pagar, (de por sí ya asegurada) y que por privacidad prefiere este tipo de atención, especialmente en cuanto a consulta externa se refiere. El alto costo de las medicinas y clínicas privadas, está también haciendo decrecer aún más este tipo de servicios.

Comparar nuestros servicios de salud actuales y que desarrollan su acción en un país agrícola, subdesarrollado, de economía mixta, con incipiente desarrollo industrial y políticamente una democracia; con los existentes en el resto del mundo, reviste características muy interesantes. Señala el Dr. Milton Terris ⁴⁶ que existen tres sistemas de atención médica en el mundo, que a su vez corresponden a tres sistemas económicos bien definidos:

- a) La Asistencia Pública, del precapitalismo.
- b) El Seguro de Enfermedad de la Seguridad Social, del Capitalismo y;
- c) Los Servicios Nacionales de Salud, del Socialismo.

Existe además un d) Intermedio. (Representado por Inglaterra y Suecia). Hay variantes de éstos en muchos países y, al mismo tiempo, pueden coexistir dos o más sistemas, como en Costa Rica.

En Costa Rica, la creación de un Servicio Nacional de Salud, en una época de crisis económica como la actual, no parece ni conve-

niente ni practicable. Un servicio de éstos, significa poner en manos de una sola institución todos los recursos existentes del sector, y sin existir políticas fuertes de planificación y asignación de recursos, como sucede en un país socialista, la posibilidad de una crisis no es remota.

Crear una institución gigante nueva a base de alguna de las ya existentes, independientemente del costo por pago de prestaciones que ocasionaría, al reunir una inmensa masa de burocratas en un solo campo y bajo una sola institución podría, por su tamaño, tener tal poder, que poco a poco puede absorber para sí misma todos los recursos y dejar reducido al mínimo los servicios.

Requeriría, además, innumerables cambios administrativos y técnicos y aspectos legales que sería inclusive necesario llevar a nivel de la Asamblea Legislativa con las consecuencias que esto traería de enfrentamientos políticos y fricciones en un momento poco adecuado para ello. Además de que, al desaparecer las cuotas, el Estado debería garantizar un presupuesto no sólo permanente sino suficiente.

Lógico es pues pensar que el proceso de integración de servicios y la creación del Sistema Nacional de Salud, son los pasos adecuados para el momento que vivimos y nos darán experiencia futura para decidir sobre cuál cambio realizar en salud.

Interesa señalar que, existiendo la Ley de Sectorización, que reúne bajo el Ministro de Salud; la coordinación y planificación de las instituciones que prestan esos servicios, el Sistema tiene más oportunidad de desarrollarse eficientemente.

El Sistema de Salud que pretendemos integrar, que se llamará Sistema Nacional de Salud y que es en realidad un Sistema de Servicios de Salud unificado, busca la integración de esos servicios y su ampliación llegando a una cobertura total como primer paso o necesidad a cumplir, esto debido a la urgente necesidad de satisfacer las demandas de las poblaciones marginadas, pero también para procurar mejorar la eficacia del actual y ver si es posible dismi-

nuir costos.

Comprendo muy bien que hay diversos obstáculos para implantar el principio de universalidad e igualdad de acceso a la atención médica. Estas desigualdades están en relación directa a factores como nivel de ingresos de cada familia, oportunidad de educación, distancia geográfica y tiempo de desplazamiento necesario para que un enfermo pueda recibir atención médica. Esto último en razón de la disponibilidad de servicios médicos en una área determinada.

Sé que por ahora es utópico pretender que el acceso se facilite creando el único de consulta externa en todas las comunidades del país. Económicamente es imposible, pese inclusive a que comenzamos a tener sobre-saturación de personal médico. Sin embargo, si llegamos a obtener fondos tal vez sea probable que algunos Puestos de Salud, claves por su localización o por el crecimiento de la población del área que sirven, sean dotados de personal médico y auxiliar e inclusive reparados o ampliados con apoyo de la CCSS., con el fin de dar mejores servicios a la población.

Las desigualdades, por un tiempo, debemos tratar de disimularlas con una orientación más global de las políticas de salud.

Es por ello, que venimos propiciando la llamada ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD, como una estrategia para lograr por ahora la cobertura total. Los programas de Salud Rural y Comunitaria de Costa Rica, que se iniciaron en el año 1976, tienen muchísimos aspectos de Atención Primaria y ha sido en parte a la extensión en todo el país de este tipo de acción con 340 Puestos de Salud y 81 Centros de Salud, que se han obtenido resultados tan halagadores en nuestros índices de salud. Es interesante señalar que no fue sino hasta 1978 en Alma Ata (URSS) donde la OMS recomendó oficialmente esta estrategia, época para la cual ya veníamos desarrollando plenamente estas acciones en Costa Rica^{2 6 11 13 21 42}

Por ahora, el Sistema de Puestos de Salud, deberá ser mejorado para que llene este vacío y con su acción preventiva, mejore más la

salud de nuestros campesinos.

Para lo anterior, es necesario que el agente de salud de esos puestos, tenga la oportunidad de mantener un nivel de capacidad mediante estímulos y educación continua. Además, debemos establecer mecanismos de supervisión periódica y vigilancia cuidadosa de las actividades preventivas y de otros cuidados que presta en su zona ese personal.

SISTEMAS DE ATENCION MEDICA EN COSTA RICA

Hay actualmente tres sistemas, éstos son:

a) **EL DE ASISTENCIA PUBLICA (MINISTERIO DE SALUD)**, presta atención sobre educación para la salud, prevención y saneamiento ambiental a todo el país y a un 20 % de la población no asegurada (pobre), da cuidados para la enfermedad. Sus ingresos los da el Estado. Son insuficientes.

b) **CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL (CCSS)**, un sistema parcial de Seguridad Social, que tiene una cobertura entre el 78% y el 80% de la población total del país. A ésta le da: atención de enfermedad, maternidad, rehabilitación e invalidez. Se sostiene con cuotas Obrero Patronales e impuestos que el Estado destina para ella. Es deficitario en su relación ingresos-egresos a la fecha.

c) **INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS (INS)**, un seguro contra accidentes sufridos por los trabajadores, llamado de riesgos profesionales o del trabajo. Se autofinancia y es suficiente. Este fue el primer seguro, que se creó en el año 1925, ha permanecido vigente en la prestación de su labor y funciona como una caja recaudadora de cuotas y compra servicios a la CCSS y en una mínima proporción a la medicina privada. Habrá que estudiar cuidadosamente la conveniencia, por razones técnicas y económicas, del traspaso de estos riesgos a la CCSS, la cual tiene todo el sistema para dar esos servicios.

**COSTA RICA Y SUS TRES SISTEMAS DE SERVICIOS MEDICOS
(OBSERVAR QUE NO SE DICE SERVICIOS DE SALUD)**

INSTITUCION	INGRESOS	PROTECCION	POBLACION CUBIERTA
1. Instituto Nacional de Seguros	Se autofinancia con tarifas que se elevan según necesidad y son de pago obligatorio.	Accidentes de trabajo (riesgos profesionales) accidentes automovilísticos.	Todos los trabajadores manuales de Costa Rica.
2. Caja Costarricense de Seguro Social	Se autofinancia y la financia el estado. Cuotas-ingresos por aumentos salariales-impuestos.	Enfermedad maternidad, rehabilitación, invalidez, vejez y muerte.	Todo tipo de trabajador. 80% de la población total del país.
3. Ministerio de Salud	Lo financia el estado. Presupuesto anual.	Promoción de la Salud-Prevención saneamiento ambiental.	Todo el país y enfermedad al 20% no asegurados*.

* A partir de 1984 la C.C.S.S. paulatinamente irá asumiendo las atenciones de enfermedad de los indigentes.

**JUSTIFICANTE PARA LA CREACION DE
UN SISTEMA NACIONAL DE SALUD**

Costa Rica, al igual que muchos otros países, no ha escapado y aún más, vive actualmente una grave crisis económica.

La situación está afectando también nues-

tras actividades en salud y en Seguridad Social y hay que preguntarse si será factible mantener en este país, el actual sistema de seguridad social sin menoscabo de su eficacia o si hay que modi-

ficar su acción en vista de los problemas económicos por los que atravesamos.

Con dificultad podremos mantener en Salud el nivel de servicios que poseemos, con el dólar casi 500 veces por encima de su antiguo valor. ¿Qué haremos en medicina asistencial si hay una tremenda dependencia tecnológica y de medicamentos con el exterior. Cuyas deudas por esos conceptos debemos pagar en esa moneda? Cumplimos en poco tiempo metas en salud y atención de la enfermedad que nos llevaron a creernos país desarrollado, pero el alto costo de este sistema no permite ya su expansión y está a punto de hacer crisis.

Menor crecimiento económico, no pago de la cuota estatal y una alta cifra de desempleo, ya tienen efectos inmediatos en la principal fuente de ingresos de la Seguridad Social.

Aparte de lo ya señalado, el gigantesco aparato burocrático administrativo y el elevado costo del empleo, cada vez mayor, de una tecnología a veces muy sofisticada, especialmente en los servicios especializados de la Caja y el hecho de que los servicios de dicha institución se constituyeron fundamentalmente para atender la enfermedad, han conducido a un delicado estado financiero que la actual dirección está tratando de corregir.^{4 27 29}

Como señala el Dr. Guido Miranda,^{2 8} Presidente Ejecutivo de la Caja Costarricense de Seguro Social, el actual modelo de Atención Médica Preventiva y Asistencial parece agotado, no sólo por la crisis económica, sino también por los cambios logrados hasta la fecha en salud que han modificado en parte la patología de nuestros enfermos. Si a ello agregamos el hecho de que aún nos falta por cubrir un 20 % de la población mediante la Seguridad Social y que un porcentaje residual de asegurados por problemas geográficos tiene dificultad de acceso a ella, bien se puede pues entonces la justificación de un cambio en la atención de la salud para el costarricense.

Dentro de la gravedad, la crisis tiene lados positivos. Nos obliga a hacer un alto en el camino para revisar nuestros procedimientos y planteamos la búsqueda de nuevas alternativas y

estrategias. Estas deben ser de tal tipo, que obtengamos respuestas sencillas y prácticas y que ayuden a corregir o a hacer menos grave la situación.

Necesitamos crear un sistema nacional de salud basados en que la política social de las prestaciones médicas debe establecerse sobre el principio fundamental de la prioridad de la prevención como base del sistema y primera línea de acción en salud.^{2 9}

Es más valioso, barato y humano, prevenir las enfermedades que curarlas.

Los altos índices de salud de Costa Rica y de cualquier país, obedecen entre otras cosas más a la acción preventiva que a la curativa.

Además, cualquier cambio que realicemos debe estar acorde con nuestras futuras realidades económicas y en relación con las necesidades básicas en salud "de toda la población".

Debe pues, crearse un nuevo modelo para toda la población, que funcione integralmente, con mayor eficiencia que el actual y sobre todo con menor costo.

En este modelo la participación de la comunidad deberá ser promovida al máximo como uno de los fundamentos primordiales para el cambio.

Para lo anterior, y en el afán de promover y estimular la participación popular en los problemas de salud, hemos por decreto creado JUNTAS DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL, en todos los cantones del país. Estas Juntas servirán como medios de comunicación y enlace entre las instituciones y comunidades a las cuales sirven.

Tendrán como responsabilidad el promover y mejorar la salud rural y comunitaria de sus respectivos cantones. Contribuirán con su acción a desarrollar las políticas, programas y actividades que la CCSS y el Ministerio de Salud acuerden en beneficio de cada región.

Deberán transmitir a las instituciones los problemas e inquietudes comunales tendientes a mejorar la prestación de servicios.

Cooperarán mediante organismos voluntarios a la promoción de los programas de bienestar y salud social, bajo la dirección técnica de la

Caja y el Ministerio.

Podrán recaudar y administrar fondos provenientes de ayudas comunales para coope-
rar en el financiamiento de acciones de salud.
Vigilarán que los servicios médicos y las campa-
ñas de prevención sean lo más adecuados.

Colaborarán en detectar, mediante un cen-
so a nivel cantonal y distrital, (para ello se apo-
yarán en los comités de salud y nutrición exis-
tentes en los distritos), quiénes son indigentes y
quiénes sin ser asegurados tienen capacidad de
pagar por los servicios que reciban. Lo anterior
con el fin de dotar a los pobres de un Carné de
Asegurados por el Estado, para recibir los bene-
ficios que requieran en atención de su enferme-
dad.

Estas Juntas operarán en las cabeceras
de cantón y su ámbito de acción abarcará tanto el
Centro de Salud del Ministerio, como los dis-
pensarios o Clínicas de la Caja Costarricense de
Seguro Social.

Estarán integradas por 9 miembros, de la
siguiente forma: El médico director o la enfer-
mera jefe del Centro de Salud, el médico direc-
tor o el administrador del dispensario o clínica de
la CCSS, el presidente de la Municipalidad
respectiva o algún otro miembro de la directiva y
seis miembros representantes de la comunidad
de una lista de 14 personas propuestas por los
distintos grupos organizados de la comunidad
y la municipalidad interesados o afines al cam-
po de la salud.

En las localidades donde existan grupos
comunales organizados como Comités de Sa-
lud, Comités de Nutrición etc., éstos continuarán
funcionando y prestando apoyo en las respecti-
vas comunidades. Los nombres de estos vecinos
de una comunidad podrán ser tomados en cuen-
ta, si lo desean, para el nombramiento de las
Juntas de Salud y Seguridad Social.

Otro fundamento para la creación del Sis-
tema, es la desaparición de la diferencia aún
existente para recibir servicios de atención de la
enfermedad entre la población asegurada y no

asegurada, * por lo que será necesario lograr la
cobertura total de la población para las presta-
ciones de salud de una manera ordenada y gra-
dual, según la extensión de la integración de
servicios.³³

El área prioritaria de extensión de los ser-
vicios de salud serán las zonas rurales y las urba-
nas marginadas, lugares en dónde existen los
mayores déficit en todos los indicadores de de-
sarrollo.

Estamos a la fecha tratando de lograr in-
tegrar un verdadero Sistema Nacional de Salud,
estudiando las reformas, administrativas finan-
cieras, técnicas e inclusive legales para lograrlo
(ver decreto).

La calidad de atención médica que tiene
el país, sin pecar de inmodestia, puede ser con-
siderada buena en términos generales.

Los índices de salud son unos de los me-
jores de América Latina. Las metas que la Orga-
nización Panamericana de la Salud sugirió a la
fecha han sido alcanzadas y superadas.

Las enfermedades propias de un país en
vías de desarrollo han dejado de constituir un
problema grave y por el contrario ahora esta-
mos ante cuadros patológicos derivados de un
aumento de la expectativa de vida semejante a
los de los países más industrializados y desarro-
llados.

Es indudable que a la medicina del Seguro
Social se le debe en mucho el estado actual
de los éxitos de atención de la salud y enferme-
dad del costarricense. Es cierto también que
cumplió una función histórica no solo médica,
sino de soporte en cuanto a contribuir al equi-
librio social.

No pretendemos minimizar la importan-
cia actual ni la gran labor desarrollada por la
Caja en pro del bienestar de los costarricenses.
Se hace necesario un "cambio" en el modus
operandi de atender la salud pero siempre con-
tando como base de ese cambio con la Caja Cos-
tarricense de Seguro Social y con el Ministerio
de Salud, trabajando coordinada e ínte-

* FUENTE: Fernando Trejos E.: Artículos y Discursos. 1972.

gradadamente. Se impone pues, lograr crear un sistema de prestación de servicios preventivos y asistenciales, equilibrado en su extensión y recursos y que las instituciones que integran el sector salud adecúen sus acciones a un solo programa nacional.

Programa este que aspira a una mejor utilización de los recursos disponibles mediante prioridades definidas, evitando así duplicaciones innecesarias que afectan los costos de operación y encarecen los servicios.

Es pues importante señalar, que esta estrategia permitirá a la Caja Costarricense de Seguro Social lograr, en interrelación con el Ministerio y a un relativo corto plazo, la cobertura total en sus prestaciones de atención de enfermedad para todo el país. Gradualmente y en aquellos lugares en donde se efectúe la integración, la Caja Costarricense de Seguro Social se hará cargo del indigente.

El concepto de solidaridad deja pues de ser sólo para asegurados y se extiende de parte de nuestra seguridad social a todo el pueblo costarricense.* Se inicia el proceso de Seguridad Social en Costa Rica.²⁴

Inicialmente, la atención de la enfermedad y la rehabilitación quedarán bajo la responsabilidad de la Caja Costarricense de Seguro Social, con apoyo del Ministerio en los niveles de acción que posee actualmente e integrándose progresivamente. En el capítulo de rehabilitación, el Instituto Nacional de Seguros tendrá papel destacado de colaboración con la CCSS.

Las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad estarán bajo la responsabilidad del Ministerio. Pero se requerirá aquí el apoyo de la Caja Costarricense de Seguro Social, el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados y otros Ministerios o Instituciones como el de Educación, el IMAS, Asignaciones Familiares etc.

El tiempo nos dirá si todas las acciones de salud deberán enmarcarse dentro de la Seguridad Social, por ser esta la Institución que tiene

mayores recursos técnicos, económicos y humanos, concentrándose el Ministerio en su función rectora de la salud o si por el contrario es conveniente permanecer como inicialmente se pretende, o bien tal vez una integración efectiva como la que esperamos lograr, dé tan buenos resultados, que el Sistema sería sólo un paso y la conveniencia futura de crear un Servicio Nacional de Salud podría ser la meta final.

Uno de los puntos débiles al hablar de crear un Sistema de Salud diferente al actual, en el cual se le dé mayor énfasis a la promoción de la salud y a la prevención, es que el médico, el supuesto principal responsable de buscar acciones y cambios en el sistema, trae ya un defecto de formación que le dificulta su accionar en esta nueva estrategia.¹⁸

La educación en las aulas universitarias y hospitales no hace énfasis en la problemática de la salud y ésta tiene un papel mínimo en los currículos, en cuanto a educación para la salud, el problema epidemiológico y las acciones preventivas.

Estamos tan acostumbrados a estar en salud, que no la analizamos; no nos preocupa y no la conocemos porque no la vemos. Es como el aire que se respira, no lo sentimos, no lo olemos y sólo en situación de emergencia reconocemos su valor.

El interés del profesor en términos del conocimiento y por consiguiente del estudiante, se dirige a la enfermedad fundamentalmente.

Las Escuelas de Medicina y en términos generales todas aquellas que tienen que ver con el campo de la salud, tienen que ser reorientadas, ahora más que nunca, no sólo para producir médicos clínicos, sino también para dar médicos sociales que entiendan que, el afromador adocinamiento dado durante milenios en las Escuelas de Medicina y que tiene como objetivo fundamental el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, era una estrecha perspectiva. Hoy sabemos que esto fue un error, que el objetivo era mucho más vasto y que la primera y

* FUENTE: Fernando Trejos E.: Libertad y Seguridad. 1963.

más importante función debió ser la promoción de la salud en todos sus aspectos.

Es necesario hacer ver que el fundamento en que descansa el trabajo para obtener la salud, consiste en promover un desarrollo armónico tanto físico como mental y espiritual de nuestro pueblo.

No sólo debemos tratar de obtener salud desde el punto de vista orgánico, sino también colaborar para que se logre un nivel mínimo pero adecuado de vida en relación con habitación, alimentación, educación, salarios, etc. He ahí el fin buscado de Justicia Social al promocionar la salud para todos y en todos los campos.²⁶

Como dice G. Rosen^{4 7}: "La enfermedad no es sólo un fenómeno biológico, es también un fenómeno social y por lo tanto no es plenamente comprensible en un momento determinado sino dentro de su contexto biológico y social".

Es interesante recordar que en Costa Rica, ya desde el año 1961, existía la inquietud de que era necesario cambiar la forma de dar servicios médicos al país, buscando una manera más racional y organizada para ello. En esa época, los médicos Fernando Trejos Escalante, Mario Miranda y Carlos Arrea* planteaban la alternativa de refundir todos los servicios en los que tenía la CCSS o crear un Servicio Nacional de

Salud.

El Dr. Rodrigo Loría Cortés* * en ese mismo año, elaboró un proyecto de Servicio Nacional de Salud presidido por el Ministerio del ramo; para 1962 el Dr. Guido Miranda* proponía un solo servicio hospitalario nacional a cargo de la CCSS.

En el año 1968, los Dres. Fernando Guzmán Mata y Fernando Trejos Escalante* * *, diputados en ese entonces, presentaron a la Asamblea Legislativa un proyecto consistente en la creación de un Servicio Nacional de Salud, bajo la responsabilidad de la CCSS, destinado a brindar servicios médicos a toda la población, fuera asegurada o no.

Este servicio prácticamente nacía a expensas de la Caja del Seguro y era presidido por el Ministro de Salud. Por una casualidad del destino, ambos eminentes médicos se encuentran actualmente juntos otra vez en la Asamblea Legislativa. A la distancia, es imposible señalar cuáles fueron los principales motivos para que no se pudiera consolidar esa idea; es probable que estuviera muy adelantada a su época, es posible que no tuviera el país capacidad técnica o administrativa para ello, o como pasa aún hoy día, las implicaciones políticas y económicas de este cambio, dificultan o imposibilitan realizarlo, aún a la fecha actual.

FUENTE: * Salud y Medicina. Ideario Costarricense 1977.

* L. Sáenz: Hacia un Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Salud. 1983.

** Loda E.: Servicio Nacional de Salud. Polígrafo. 1962.

*** Trejos Escalante y Fernando Guzmán M. Proyecto de Ley. Asamblea Legislativa. 1968.

UNIVERSALIZACION DEL SEGURO SOCIAL Y PROBLEMAS QUE SE HAN PRESENTADO

El Dr. Lenín Sáenz señala sobre historia de esta universalización lo siguiente:²²

La Caja Costarricense de Seguro Social, había alcanzado una cobertura de población para 1972, aproximadamente de 50% y sólo contaba para atenderlos con dos hospitales en San José y dos en provincia, con un total de 1.049 camas, que correspondía al 15% de las existentes en el país. Le compraba para esa fecha, servicios al Consejo Técnico de Asistencia Médico Social del Ministerio.

La política de extender o universalizar el Seguro Social requirió se previeran tres etapas en las que sucesivamente se realizarían la extensión vertical, la horizontal y finalmente la universalización.

La primera de estas estrategias fue la de universalización de la Seguridad Social, para la cual la ley 4750, de 16 de abril de 1971, previó tres etapas, en las que sucesivamente se realizarían una extensión vertical, otra horizontal y finalmente la universalización.

La extensión vertical se logró por medio de la eliminación del llamado "Tope Salarial", que en la época en que fue emitida esta ley era de dos mil colones, de la obligación de asegurarse, o de cotizar sobre el exceso de ella. Al eliminarse este "tope", se hizo posible el ingreso al Seguro Social de toda la población asalariada, sin límite superior de salario, lo que constituyó un aporte fundamental al financiamiento de la institución.

La extensión horizontal, o sea la ampliación de los servicios del Seguro Social a áreas geográficas a donde aún no los prestaba, se había visto restringida por los recursos requeridos para llevarla a cabo; además, muchas veces había conducido a una duplicación de esfuerzos y recursos con los ya existentes, bajo la jurisdic-

ción de otras instituciones. Para permitir la mayor extensión en el menor lapso posible, y sin duplicaciones, se promulgó la ley 5349 del 24 de setiembre de 1973 popularmente llamada "Ley de Traspasos de Hospitales", por medio de la cual el Ministerio de Salud transfirió a la Caja Costarricense de Seguro Social, los recursos humanos, físicos y financieros de los establecimientos hospitalarios bajo su jurisdicción, necesarios para el cumplimiento de aquel objetivo, según señaló Sáenz.²²

La etapa de universalización aún no se ha alcanzado; es precisamente para su cumplimiento, sin incurrir en duplicaciones en la prestación de servicios similares a las señaladas anteriormente, que se han venido desarrollando los mayores esfuerzos de coordinación, los cuales se espera que conduzcan, finalmente, al sistema único de salud.

Dentro del aspecto teórico de extender a todo el país la atención de la enfermedad mediante la seguridad social, sin embargo, no medió el aspecto de que a esa fecha un 50 % de la población nacional habitara en localidades con menos concentración de 2.000 habitantes y de ese 50 % un 35 % de menos de 500 habitantes, en áreas pobres y sin fuentes permanentes de trabajo, lo cual a la postre, a pesar del compromiso de la universalización, haría que muchas de esas regiones a la fecha de 1983, no estén aún cubiertas por servicios de la Caja Costarricense de Seguro Social y continúa siendo el Ministerio el encargado de esos servicios de enfermedad para los menesterosos o indigentes.

Existen algunos otros hechos que han gravitado negativamente, para lograr un pleno funcionamiento y una total cobertura de nuestro Seguro Social y que han venido a dificultar la atención que brinda dicha Institución.

1. Pese a que durante el Gobierno del Presidente Oduber (74–78), se decidió incorporar a "los indigentes" para la atención de sus enfermedades en los hospitales de la Caja Costarricense de Seguro Social, esto plenamente no ha sucedido y por ello no tenemos aún universalizado en su totalidad el seguro en el país, con una cifra de 20% de no asegurados, aparte de un porcentaje de asegurados no especificados que no tienen buen acceso a este tipo de atención.

Es interesante señalar que con la crisis económica y de continuar ésta, el problema de NO ASEGURADOS aumentará por motivos de "desempleo", estando en el momento actual citándose una cifra de 70.000- personas sin trabajo.

El Seguro Social nuestro cubre pues horizontalmente a todos los habitantes del país a la fecha actual.

2. En segundo lugar, el problema reside en que en la Caja Costarricense de Seguro Social, ocupa lugar preponderante la atención del paciente enfermo o mejor dicho la "Medicina Curativa" 27 Así pues, la primera barrera de atención de esa Institución continúa siendo el cuidado de la enfermedad, de alto costo financiero. Es pasiva en su acción, ya que no contribuye acorde con sus posibilidades a evitar que los costarricenses se enfermen ni previene enfermedades, ni promueve la salud.

3. La medicina del Seguro Social continúa por lo anterior BASÁNDOSE EN LA ATENCIÓN INDIVIDUAL DEL ENFERMO (atención hospitalaria y Consulta Externa), con el problema de costo-paciente muy alto, debido al costo de la tecnología empleada, al exceso de recursos humanos para atender a un grupo reducido de la población y a la deshumanización de este tipo de atención. Se tendrá que hacer una auditoría médico-administrativa, para que una vez conocido el resultado, se trate de aplicar un tratamiento basado en costo-beneficio.³

4. Porque su acción es sólo INSTITUCIONAL, NO SE APOYA EN EL PUEBLO, EN LA COMUNIDAD, para prestar sus servicios, vigilarlos y mejorarlos.

La población sólo participa en la obligatoriedad del pago de seguros, sin derechos en organización y desarrollo; y en un país como el nuestro, un programa como el de la Caja Costarricense de Seguro Social, por bien diseñado y bien intencionado que sea, no logrará tener éxito completo si es impuesto al pueblo. La crítica constante que se hace a la Caja Costarricense de Seguro Social de la falta de "mística", se debe a mi juicio, a la falta de participación de la comunidad en su acción y beneficios. NO SE HA PROYECTADO BIEN AUN A LA COMUNIDAD e inclusive sus propios empleados, con honrosas excepciones, no se han compenetrado de la importancia de la labor que la CCSS desarrolla para beneficio del país.

5. Quinto, y tal vez el más importante es que, para un país subdesarrollado y en crisis económica como el nuestro, la ampliación de este programa y su sostenimiento es de elevadísimo COSTO ECONOMICO, imposible de continuar financiándolo si continúa su crecimiento incontrolable como hasta ahora.²⁹

El Seguro Social de Costa Rica, tiene sus orígenes en el Seguro Social Chileno, copia reformada del Seguro Social Inglés y del Alemán. El costo de estos servicios de país industrializado, con economía fuerte y agricultura en desarrollo, es deficitario aún en estas naciones y con más razón en Costa Rica.

Los grandes adelantos científicos para el diagnóstico y terapéutica de las enfermedades, realizados en los países desarrollados y traspassados a nuestro sistema de seguridad social a un elevado costo, la creación y mantenimiento de grandes centros de atención médica DEDICADOS EXCLUSIVAMENTE A HACER MEDICINA CURATIVA, hacen que esta medicina sea cada vez más eficaz, pero también, más cara y, si bien hay menor mortalidad y mayor rehabilitación, si se analiza el número de población que es atendida en los hospitales, el porcentaje es mínimo, comparado con la cantidad de cientos de millones en dinero, la gran concentración de profesionales y los esfuerzos dedicados a ese grupo, comparado con las necesidades reales totales de la población en cuanto a la salud

Si se observa el fenómeno mundial de la asistencia mediante la cual se busca la Seguridad Social, es posible darse cuenta de que, en este tipo de servicios médicos, mientras los ingresos crecen en proporción aritmética, los gastos lo hacen en proporción geométrica.

Es interesante anotar una experiencia en la crisis, y es que, al revés de lo que pensábamos, el Seguro Social, no sólo no se vio afectado económicamente en este período inflacionario, sino que logró inclusive equilibrar su presupuesto y finalizar el año 1983 con superávit. Lo anterior no sólo fue posible por la excelente administración del sistema y la racionalización de gastos impuesta por el Presidente Ejecutivo, sino también porque el Estado canceló sus deudas, se hizo efectivo un aumento de las cuotas y los cuatro aumentos salariales decretados por el Gobierno dieron nuevos ingresos a la Institución.

Los aumentos salariales significan ingresos para la CCSS. Aparte de lo anterior, se presenta-

ron otros factores que no viene al caso enunciar. Ese superávit permitió sin problemas elevar el presupuesto de la Institución de aproximadamente seis mil millones en el año 1983 a casi diez mil millones en 1984.

Es paradójico señalar que pareciera que para los Seguros Sociales (incluyo en esto al INS.), la crisis y los problemas de la inflación no resultan tan malos compañeros, siempre y cuando el Estado y la empresa privada tomen la decisión de realizar aumentos salariales para compensar esa crisis al trabajador y el gobierno cancele sus cuotas. Por lo anterior tenemos actualmente una Caja Costarricense de Seguro Social con capacidad de apoyar el Sistema de Integración de Servicios y extender sus beneficios a la población pobre no asalariada, sin peligro de problemas económicos y participando, en unión del Gobierno, en la solución de la crítica situación de esa población marginada.

ALTA TECNOLOGIA-VS-COSTOS

El ascenso en los costos de la atención médica a cifras que el país está en peligro de no poder pagar si continúan ascendiendo, hace pues necesario racionalizar los gastos.

Mientras que en muchas áreas rurales no contamos con medicinas y equipo elemental para la atención, se han comprado para el diagnóstico o tratamiento tomógrafos computarizados, equipos de ultrasonido, gama -cámara, bombas de cobalto, etc.; todos de alta tecnología y costos astronómicos. Si se analizan racionalmente las necesidades de estos equipos sofisticados que benefician a grupos reducidos de pacientes, se verá que su mantenimiento supera rápidamente el costo y que la duplicidad no tenía justificación. En Costa Rica cada hospital desea tener todos los equipos de atención a pacientes.^{4 3}

Somos una sociedad de recursos limitados, un país subdesarrollado. Necesitamos plantearnos nuestra prioridad en salud, no podemos con-

tinuar invirtiendo en tecnología de altísimo costo para dar beneficio a unos cuantos, considerando que existen numerosas áreas en salud descuidadas o no cubiertas adecuadamente y que constituyen grupos importantes de la población.^{5 10 40}

Vamos a tratar de buscar el máximo beneficio en salud para un mayor grupo de costarricenses, trataremos de equilibrar las desventajas de nuestra población campesina o suburbana marginada, sin acceso a la medicina de hospital, sin agua potable en su propia casa, sin excusados, sin carreteras, dándole por lo menos una medicina mínima pero adecuada.

Una vez que logremos integrarlas a nuestra sociedad, que será una sociedad más justa, entonces si podemos continuar gastando en medicina sofisticada o en tecnología de alto costo, y que compromete nuestros más elementales y necesarios programas médicos o de salud.

SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Este término se ha aplicado indistintamente a las más variadas situaciones.

En algunos casos a estructuras técnico-administrativas, destinadas a ciertos objetivos específicos de salud pero sin la menor interrelación en muchos aspectos. Sistema Médico del Seguro Social, Sistema de Seguros de Vida y Accidentes del Instituto Nacional de Seguros, Sistema de Salud del Ministerio de Salud.

De acuerdo con el diccionario: SISTEMA, es el conjunto de reglas sobre una materia, enlazadas entre sí, o sea que ordenadamente relacionadas contribuyen a determinado objeto final.

Así pues, el sistema es un conjunto de principios, normas o reglas hacia un mismo fin, pero en ningún caso una institución o estructura administrativa rígida.

"UN SISTEMA NACIONAL DE SA -

LUD" sería la ordenación metódica en el uso de todos los recursos humanos y materiales disponibles en las distintas instituciones públicas o privadas de Costa Rica para el cuidado de la salud.

Entonces se trata de un conjunto de mecanismos a través de los cuales, los recursos humanos y la capacidad instalada se organizan por medio de un proceso administrativo y una tecnología médica para ofrecer prestaciones en salud, integrales y suficientes a un país, a un costo compatible con sus medios económicos.

a) Las condiciones históricas que se dan en estos momentos en Costa Rica para esta reforma son las siguientes:

1. Las condiciones socio-económicas y de salud del país requieren ese cambio, para que los servicios de salud y atención de la enfermedad se mantengan, no se deterioren y puedan ser ampliados.

2. Hay decisión política de realizar esa reforma integral en los servicios de salud, con el fin de resolver los problemas de salud existentes mediante una mejor utilización de los recursos.

3. Al parecer, las condiciones económicas que implica el cambio pueden ser resueltas

4. Ya se está planificando y programando gradualmente la coordinación y la posterior integración entre la Caja Costarricense de Seguro Social y el Ministerio de Salud, como fase inicial.

5. Se constituye el Sector Salud, de conformidad con un Decreto Ejecutivo.

6. Las siguientes instituciones forman el Sector Salud:

- Ministerio de Salud
- Caja Costarricense de seguro Social
- Instituto Nacional de Seguros
- Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados
- Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica
- Ministerio de la Presidencia

7. Artículo 2 de la Ley General de Salud :

Corresponde al Poder Ejecutivo por medio del Ministerio de Salud, la definición de la Política Nacional de Salud, la formación, planificación y coordinación de todas las actividades públicas y privadas relativas a salud. Tiene potestad de dictar reglamentos autónomos en esa materia.

Para que se pueda crear un sistema de salud debe haber previamente:

- a) Recursos Humanos
- b) Capacidad Instalada
- c) Tecnología Médica

Un proceso administrativo que reúna este conjunto en un modelo para cubrir las demandas de servicios en salud de la comunidad.

A la fecha actual, contamos con todos los elementos anteriores en cantidad suficiente para cumplir el cometido asignado.

El sistema ofrece las siguientes ventajas:

- a) Prestaciones en Salud Integrales. Educación para la Salud, prevención de la enfermedad, tratamiento - rehabilitación e investigación a todo nivel.
- b) Deberá cubrir a toda la población por igual, de ser posible con los medios existentes actualmente.
- c) Será suficiente en calidad y cantidad para nuestro *ostatus* económico-social.
- d) El costo será lo suficientemente adecuado, para que el país pueda pagarlo.
- e) El sistema debe funcionar con criterio sectorial (Regionalización).
- f) Debe existir una franca e importante participación comunal.

Este Sistema de Salud es un sistema único en el que participarán todas las instituciones, sin perder su autonomía, pero aceptando uniformar sus procedimientos administrativos y técnicos en una serie de aspectos, con el fin de obtener un objeto final, la salud de la Nación Costarricense.

El Sistema así concebido contempla la planificación coordinada de servicios a nivel central institucional, la coordinación administrativa y la consolidación presupuestaria a nivel regional, con prestación de servicios inte-

grados de salud a nivel local. Existe en el orden técnico una autoridad normativa central, que coordine los planes de salud, imparta las normas y fiscalice su ejecución a nivel nacional, regional y aun local.

El financiamiento será multilateral (presupuesto de la Caja Costarricense de Seguro Social y del Ministerio de Salud al inicio). Si es necesario se buscarán nuevas fuentes de financiación. En lo que corresponda, también participarán en este aspecto el I.N.S. y el I.N.A.A.

Con este cambio se aspira a una mejor utilización de los recursos disponibles, elevando la productividad y evitando duplicaciones. Todo lo anterior sin dañar la autoridad administrativa y la economía financiera de cada institución, de tal manera que éstas puedan además cumplir con sus obligaciones legales.

Siempre debemos tener en cuenta que es-

tos sistemas de atención de salud, forman parte de sistemas sociales, que están en constante cambio o evolución y que frecuentemente se producen modificaciones en los conceptos de necesidades y demandas sanitarias, así como en los medios para satisfacer esas demandas.

La atención en salud es en realidad un sector de servicios colectivos. El porcentaje de la renta nacional que puede dedicarse a la atención de salud queda así sometido a la presión del procedimiento presupuestario gubernamental y la atribución final depende de la prioridad que se conceda al cuidado de la salud dentro de las políticas socioeconómicas del país.

Esto significa que los recursos sanitarios, de por sí escasos en relación con la demanda, pasan a soportar presiones adicionales independientemente de sus necesidades, lo cual exige que se utilicen del modo más racional posible.

NIVELES DE ATENCION, PROCESO DE INTEGRACION

Se halla ampliamente aceptada "la estructura piramidal de los Servicios de Salud", como el mejor modelo de desarrollo de los sistemas nacionales de prestación de atención de salud, ya que proporciona asesoramiento y apoyo sucesivo y gradual.³⁷

En la distribución de servicios de tipo piramidal, los niveles inferiores tienen apoyo de los superiores inmediatos y así sucesivamente para la acción.

Todos estos niveles deben hallarse ligados por sistemas apropiados de transporte y comunicación, hecho no siempre factible en áreas rurales, así como combinaciones adecuadas intrínsecas de persona y sus servicios.

Interesa señalar que en Costa Rica solamente una relativa pequeña proporción de personas requieren intervención de los servicios médicos de la cúspide (hospitales generales o especializados). La mayor parte de los problemas de enfermedad exigen atención médica general de consulta externa y la mayoría de los

trastornos de salud prevalentes pueden tratarse satisfactoriamente por medio de una adecuada atención primaria, con tecnología simple.

La atención terciaria (hospitales) ha predominado sobre los otros niveles en particular sobre la asistencia primaria. Las consecuencias han sido el no poder aún tener una cobertura total nacional con esta estrategia.

El sistema de prestaciones de atención de salud se ha desarrollado en respuesta a las mayores demandas recibidas por el sector curativo y en particular forzando a construir hospitales con su costosa y avanzada tecnología. Se trata de reunirlos en unidades grandes, evitando el hospital pequeño, con el objeto de lograr economías de escala y reemplazando paulatinamente la asistencia institucional por la ambulatoria.³⁴

La disminución de los costos hospitalarios de las enfermedades agudas, y el descenso en los índices de ocupación de los hospitales, como ha venido sucediendo en Costa Rica, debe

ser el medio más significativo para disminuir el costo total de la atención médica y debería dejarnos economías para otras áreas de salud. Lo mismo se puede decir en relación a lograr cambiar en parte con nuevas estrategias, la atención intrahospitalaria por atención ambulatoria domiciliaria, como decíamos antes.

Otro dato a tener en cuenta, es que la mayor expansión de los servicios se produce sobre todo en las zonas urbanas, dejando una parte de la población rural con servicios inapropiados o escasos.

El problema de un país en desarrollo es ROMPER EL CIRCULO VICIOSO, en que los recursos en su mayoría se invierten en las instituciones grandes urbanas (efecto concentrado intrínseco). Se requiere obtener mayores recursos o efectuar un desplazamiento en la distribución de éstos en favor de la atención primaria de la salud, con su componente preventivo y de educación para la salud.

Esta política tiene resultados no a corto plazo, sino que sus efectos son de largo alcance, sobre el complejo existente de prestaciones de salud y exigirá una larga y continua acción de organización.

Debe existir un flujo bidireccional de usuarios, personal y equipo entre los distintos niveles de asistencia.

Lo ideal es que los trabajadores de atención primaria (Puestos de Salud) envíen los pacientes que requieran asistencia médica más competente, a los Centros de Salud o a las Clínicas de la Caja Costarricense de Seguro Social, y de ahí, si fuera necesario, a los hospitales regionales o nacionales. Estos a su vez devolverán los enfermos, después del diagnóstico o el tratamiento con las correspondientes historias clínicas resumidas y su tratamiento, con objeto de garantizar la continuidad del seguimiento en el nivel periférico.

Este tipo de organización implica un sistema de consulta integrado, con apoyos técnicos a todo nivel, recibiendo los estratos inferiores visitas de especialistas procedentes de escalones superiores y obteniendo equipos y medicinas para los tratamientos en una fuerte canti-

dad. Debe haber también un mecanismo de supervisión y apoyo adecuado.

El concepto de "Servicios de Salud Integrados" consiste en lograr que todos los servicios de una zona geográfica formen una unidad funcional, y no solamente que en una sola planta física se unan la Caja y el Ministerio.

En un país como Costa Rica se necesita integrar programas de abajo hacia arriba. Por existir aún enfermedades transmisibles y estar en peligro de que éstas vuelvan a aparecer y tener problemas ambientales aún no resueltos, no se puede abandonar este tipo de acción, sino más bien se debe reforzarla y extenderla a todo el país.

En los países desarrollados, como lo prevalente es la enfermedad crónica, la tendencia es integrar hospitales, para tratamientos agudos y mejorar el control ambulatorio.

Dentro del término de la población y en relación con las necesidades reales de cuidado de la salud de todo el país, debemos reconocer que pese a los éxitos obtenidos en muchas áreas, especialmente en el campo hospitalario; la forma que hemos brindado de atención no ha sido la más adecuada si la observamos en cuanto al costo creciente de esos servicios y si la vemos desde el punto de vista de prioridades no ha sido la más justa, por estar aún marginados del seguro los indigentes.

Por ello, creemos que el concepto de atención primaria de la salud es una estrategia, que aunque más modesta que la extensión total de los servicios de la Seguridad Social, es idónea, lógica, más real y menos costosa, por poner al alcance de toda la población los servicios mínimos necesarios para satisfacer las necesidades básicas en salud, con plena participación de la comunidad y a un costo que el país puede pagar.

Aunque el proceso parece lógico y sencillo, esta forma de actuar representa un cambio bastante importante en cuanto a salud, significa que vamos a generar mecanismos propios para resolver nuestros problemas, significa también actuar no ya para un sector determinado sino para toda la población.

DESCENTRALIZACION

Es necesario mantener el nivel central de capacidad de adoptar decisiones políticas y poderlas vigilar en lo que respecta a cuestiones de planificación, legislación y distribución de recursos.

Para que el sistema funcione administrativamente bien y sea eficiente es indispensable que en el futuro exista delegación de autoridad en Jefes Regionales comunes que vienen a representar la actividad coordinadora intermedia, con atribuciones suficientes para consolidar el presupuesto de cada región y supervigilar la ejecución de los programas.

Por otro lado, la progresiva regionalización de los servicios de salud implica una descentralización administrativa y presupuestaria con el objeto de que la distribución de recursos esté mejor relacionada con las necesidades

locales, implique a las comunidades en su desarrollo o funcionamiento de sus servicios locales y simplifique los procedimientos burocráticos.

Descentralizando y desconcentrando, vamos delegando autoridad y funciones. Esto permite un mejoramiento de los procesos y procedimientos y hace que surjan iniciativas y creatividad en los diferentes niveles institucionales tanto central como regional. Requerimos de nuestras sedes regionales programas que imaginación que generen nuevas soluciones para áreas determinadas. Ello permite además que las decisiones se tomen tan cerca como sea posible de los niveles operativos, sin tener que recurrir ascendentemente, para su aprobación, a los niveles superiores, agilizando con ello la administración.

REGIONALIZACION

El desarrollo regional de las instalaciones de salud, con su coordinación e integración para facilitar acceso al nivel asistencial más apropiado y mejor utilización de los recursos, es una necesidad.

No será fácil lograr la armonía para llegar a los mismos objetivos, pero debemos lograr este sistema regional unificado y funcional.

La función de estos centros en sus áreas de atracción se ajusta mejor a las necesidades de los usuarios y logra distribuir mejor la utilización de sus instalaciones según las necesidades.

Actualmente se carece de redes comunicantes entre los diferentes niveles para efectuar consultas intraniveles entre el Ministerio y la Caja Costarricense de Seguro Social; pero aún entre la misma Caja y sus niveles sucede que la población se salta los niveles de asistencia más sencillos (o inapropiados) y acude directamente a instituciones más complejas.

Uno de los principales problemas de las

instituciones de salud es la falta de personal administrativo convenientemente capacitado. Para ello, el Centro de Docencia deberá preparar programas adecuados.

Creo yo que uno de los hechos que no ha permitido un desarrollo más adecuado de nuestro sistema de salud en conjunto, es el ejemplo que hemos tomado de sistemas tradicionales de prestación de salud de los países más desarrollados, cuyos modelos NO SON ADECUADOS para naciones pobres, ya que las soluciones que implican son demasiado costosas y, en consecuencia, su alto costo ha dificultado la universalización de los servicios y exacerbado en cierto modo las diferencias o desigualdades en la distribución de estos servicios, no habiéndose solucionado para una parte de la población las diferencias existentes. Sin embargo, fue tendencia del mundo occidental adoptar este tipo de políticas en salud en los últimos 40 años.

El problema es en sí muy complejo. Invo-

lucra factores políticos, económicos y sociales múltiples. Sin embargo debemos reconocer que, por otro lado, es un hecho muy positivo tener actualmente unos servicios Hospitalarios y Clínicos como los que posee la Caja Costarricense de Seguro Social, imposibles de construir en el presente, si lo hubiéramos requerido. Lo anterior en muchos aspectos viene a constituir una ventaja porque la gran infraestructura existente de parte de la Caja Costarricense de Seguro Social, será de enorme importancia para el desarrollo del Sistema Nacional de Salud. Sin embargo, es necesario adelantar que se hará indispensable aprender a manejarla a un costo menor que el actual y con prioridades definidas.

Las unidades regionales han sido definidas con carácter geo-económico evitando lesionar aspectos políticos o legales. No sólo va a permitir una buena administración y planeación técnica Caja-Ministerio, sino inclusive una mejor coordinación intersectorial a través de mecanismos de planificación y desarrollo regional. Participarán, aparte de nuestros funcionarios de salud, los gobiernos locales y la ciudadanía organizada en comités, etc.

En lo que respecta a salud, ya se decidió acorde con la creación del Sector Salud, crear comités sectoriales regionales de salud, que programarán y coordinarán las actividades del sector. A su vez, se hará necesario promover la participación popular y nombrar Comités de Salud y Seguridad Social a nivel regional que orienten y coordinen a todas las Juntas de Salud y Seguridad Social de los cantones respectivos de su área de atracción.

Es posible que en el futuro sea necesario dividir las regiones en subregiones articuladas con las sedes regionales, con el fin de facilitar su labor.

Mediante el proceso de integración, será

posible la planificación, diseño y "construcción de instalaciones o equipo", de común acuerdo entre la Caja Costarricense de Seguro Social y el Ministerio y sólo si son indispensables y buscando satisfacer primordialmente la atención primaria, puesto que actualmente se considera que en materia de construcción de hospitales, ya hay saturación en la Nación. La política actual es ceder campo, tanto la Caja como el Ministerio, para integrar en un solo edificio las acciones en salud, realizar economías y evitar duplicación de construcciones.

En el caso de la formación de personal en el futuro, los recursos humanos de salud del Ministerio se planificarán y adiestrarán en coordinación con el Centro de Docencia de la Caja Costarricense de Seguro Social, y ello se hará en función de las necesidades específicas de la población y de los programas de servicio existentes o a realizarse por ambas instituciones.

Se necesita acelerar el cambio orgánico en los servicios de salud existentes. Esto dará como resultado aumento en la capacidad de ellos, como resultado de la incorporación de diferentes unidades al proceso de integración. Esto podría realizarse de manera muy simple, en tres formas o etapas:

- a) Mínima: se integran unidades modelos en varias áreas del país, se estudian sus resultados y problemas. Es la etapa temprana.
- b) Mediana: se integran todas las unidades de Servicios de la Caja Costarricense de Seguro Social y el Ministerio. Etapa Intermedia.
- c) Final: se integran al Sistema, el Instituto Nacional de Seguros, el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados, etc. Es la etapa final. Ya está funcionando el Sector Salud en su totalidad.

PIRAMIDES Y NIVELES DE ATENCION

En la página No. (71) se muestra la pirámide con sus niveles y su interrelación de abajo para arriba y viceversa.

Los niveles de atención primaria del Ministerio I y II deberán coordinarse y luego integrarse conjuntamente con los demás niveles

de la Caja Costarricense de Seguro Social, para evitar duplicaciones y lograr mejorar servicios. Mediante la regionalización se fortalecerá la política de los niveles de atención, tanto de las

acciones de Medicina Comunitaria y Rural como de Nutrición y Epidemiología y se definirá la atención por complejidad de patología según niveles.

NIVELES DE ATENCION

EL PRIMER NIVEL: EL HOGAR (LA FAMILIA)

La educación para la salud en este nivel debe comprender costumbres: medidas de higiene, alimentación, lactancia materna, conservación de los alimentos, recomendación de vacunación, etc. Se trata de crear hábitos. La acción es aquí activa. Se va a la casa del habitante de una comunidad a protegerlo, a educarlo. No se espera que se enferme para darle servicio, sino que se va a evitar que eso suceda. Se promueve la salud, se detectan casos problemas en los hogares o en la comunidad, se inicia el proceso de referencia a otro nivel superior. Esta acción es impartida por promotores de salud, auxiliares de salud, de enfermería, etc.

Este es el sistema inferior de la Atención Primaria de la Salud como estrategia, dándose la atención directa al individuo, familia o comunidad. Se tratará de convertir a las madres en los primeros promotores de salud.^{9 37 39}

La familia es la célula social básica, la unidad primaria de acción, a través de la cual el niño ingresa al mundo de relación. Es en este medio donde crecen y se desarrollan síquica y físicamente y además socialmente. Durante el transcurso del tiempo, no sólo cambian el tamaño y la composición de esta familia, sino tam-

bién sus objetivos, necesidades, demandas, situación, económica, posición social, etc. El paso por esas etapas determina variables de cambio que hay que preparar en relación con nuevas actitudes y problemas. En el caso de los problemas relacionados con la salud, ya no sólo está la función de cuidados del niño, sino de la salud de todo lo que forman el hogar, los derechos de la mujer, sus obligaciones, su importante papel en el conocimiento de los problemas de salud y enfermedad, problemática de los ancianos, colaboración social con grupos de apoyo comunal, etc. Es en el contexto de las familias, donde se pueden satisfacer mejor las necesidades de los niños. Hay que fortalecer los vínculos entre los Puestos de Salud, Centros de Salud y en general los mandos de salud de una comunidad y las madres. Por supuesto que también el padre y los miembros mayores de la familia deberán ser educados y adquirir conocimientos de los problemas de salud simples que pueden afectar a una familia. Al momento actual, con madres trabajando y abuelos pensionados a relativa buena edad, éstos están en capacidad de dar gran apoyo a este tipo de programas.

EL SEGUNDO NIVEL: EL PUESTO DE SALUD

Unidades que se atienden sin profesional médico están bajo la acción de asistentes de Salud Rural o Comunitaria o de auxiliares. Ahí se da medicina preventiva, educación, primeros auxilios, etc. Atienden a pequeñas comunidades menores de 2000 habitantes. Son el enlace inicial entre el sistema integrado de salud Ministerio/Caja; ya que ante problemas refieren los pa-

cientes a los Centros de Salud o Clínicas de la CCSS. Además reciben de éstas instrucción y apoyo para su labor. Detectan no sólo problemas de enfermedad, sino problemas de trabajo, sociales, educacionales y ambientales, y transmiten sus inquietudes a los niveles superiores en busca de soluciones adecuadas.

EL TERCER NIVEL: CENTROS DE SALUD Y CLINICAS DE CONSULTA EXTERNA

Es un nivel intermedio de atención, especialmente dado por enfermeras, auxiliares, médicos, odontólogos, etc. Brinda atención de enfermedades y prevención de algunos aspectos; llegan a ellos las personas referidas de los Puestos de Salud, o espontáneamente y, si es necesario, son enviados a los hospitales regionales o periféricos. Estas clínicas hay que convertirlas en los Centros de Atención de Salud del pueblo. Debe darse ahí medicina preventiva, exámenes de detección en masa, educación para la salud, medidas higiénico-sanitarias, etc. aparte, por supuesto, de los cuidados habituales de la

enfermedad.

En una población determinada y una área geográfica específica cada médico, enfermera, auxiliar, etc. debe considerar la educación para la salud como una responsabilidad propia y se debe impartir constantemente esta instrucción. De ser posible deberán estar en la misma planta física; supervisan, controlan y apoyan los Puestos de Salud, los CINAI, los CEN etc. Reciben el apoyo de la comunidad mediante las Juntas de Salud y Seguridad Social y a su vez participan en la organización y desarrollo de sus acciones.

EL CUARTO NIVEL: HOSPITAL PERIFERICO

Teniendo una área de atracción determinada, este hospital debe ser el centro de cuidado de la salud de la comunidad a que pertenece.

Lo que se señala para el siguiente nivel le corresponde en acción también a estos hospitales.

EL QUINTO NIVEL: HOSPITALES REGIONALES: JEFATURAS DE AREA-CENTROS DE COORDINACION DE LA REGION

Primero, debe ofrecer medicina integral en su interior e integrar sus servicios con los Centros de Salud, Clínicas y Puestos de Salud

existentes en la zona, contando con amplia participación de la comunidad en proyectos diversos de apoyo como, el alcoholismo, obten-

ción de nuevos ingresos, cuidados del enfermo crónico o senil, voluntariado de cooperación de enfermos siquiátricos, estimulación precoz, educación en salud no solo a sus propios trabajadores, sino a la misma comunidad, interesándolos y apoyándolos para acciones tendientes a mejorar el nivel de vida de los habitantes de la comunidad, (programas de vivienda, nutrición agua, empleo, etc.).

La distribución de sus recursos y servicios debe estar en relación con las necesidades que la comunidad tiene.

Debe proyectarse a la comunidad estimulando la atención ambulatoria y llevando sus actividades lo más cerca posible de los domicilios de las personas.

Las Juntas de Salud y Seguridad Social del cantón, con participación voluntaria y activa, deben actuar plenamente en las acciones de salud e inclusive participar en las tomas de decisiones que afecten globalmente su problemática.

Esa participación puede ser al principio errática, pero si es orientada por acciones educativas adecuadas, puede llegar a ser de enorme valor.

Deben esos hospitales tener capacidad de interrelación con todas las agrupaciones de la comunidad y no solo con su Comité o Junta. Deberán capacitar dirigentes en apoyo de la salud, desarrollar un sistema de información y contribuir junto con la comunidad en la obtención de mayores fondos para mejorar sus condiciones de trabajo. Los Sistemas de Atención Comunitaria de apoyo desarrollados por los Hospitales de San Ramón (Hospital Sin Paredes) y de Nicoya, pueden servirnos de experiencia para futuras políticas en este campo. Es indudable que Costa Rica, con las acciones de Hospital de San Ramón bajo la guía del Dr. Ortiz Guier, ha sido pionera en este tipo de servicios en Latinoamérica, ya que dicho Hospital existe desde hace más de 10 años.^{6 13 38}

EL SEXTO NIVEL: HOSPITALES NACIONALES O UNIVERSITARIOS (ESPECIALIZADOS DE LA CAPITAL)

Estos son centros de referencia de patología difícil. Además tienen la responsabilidad de la formación de recursos humanos para el sistema hospitalario nacional. Enseñanza universitaria profesional de pre y post grado, investigación, etc.

Deberán también apoyar y adecuar sus métodos de enseñanza para preparar mejor a sus educandos sobre las situaciones más importantes de salud o enfermedad prevalentes, especialmente las que privan en el área rural, donde los recursos suelen ser mínimos.

Es importante recordar lo que señala el Dr. Mohs³¹: que la medicina del futuro no se la imagina como más llena de equipos sofisticados, más tecnología y más personal especializado, sino como una medicina simple que "tienda a prevenir" la mayor parte de los problemas de salud que ya nos afectan. Los hospitales debe-

rán dar pues una contribución importante, cambiando en muchos aspectos, pero especialmente en el campo educativo, contribuyendo al conocimiento de la problemática nacional de salud.

El Señor Ministro de Salud de la República Argentina, Doctor Horacio Rodríguez, dice al respecto⁴¹: El Sistema de Salud, del cual el hospital forma parte, absorbe insumos de su comunidad en forma de recursos, los transforma y se los devuelve en forma de servicios. Sus objetivos, en consecuencia, no pueden ser sino los de esta comunidad.

El hospital, en consecuencia, debe estar abierto a su comunidad, conocer sus problemas y sus características, sus temores y sus tradiciones, sus valores y sus aspiraciones y volcarse hacia esa comunidad evaluando cuáles son sus riesgos para controlarlos antes que dañen su salud.

Halfdan Mahler, Director de la Organiza-

ción Mundial de la Salud señaló lo siguiente en el año 1980, a la Asociación Americana y Canadiense de Hospitales.

"¿Continuarán los hospitales haciéndose más y más sofisticados más costosos y más alineados en relación con la población a la cual supuestamente deben servir?"

¿O dedicarán sus energías para apoyar la atención de la salud en una forma tal que la población la puede entender, enfrentando el cúmulo de problemas de salud que le aquejan en su vida diaria y para los cuales, probablemente la atención médica tal como es ofrecida por los hospitales no es necesariamente la respuesta?

EL HOSPITAL FUE CREADO PRIMORDIALMENTE PARA DAR ENFASIS A LA CURACION DEL ENFERMO.
NO ACTUA PUES, EN RELACION CON SU MEDIO SOCIAL SIÑO EN RAZON DE ENFERMEDAD.

EL HOSPITAL ES LA MAYOR PRUEBA DE LA INCAPACIDAD MEDICA PARA MANTENER LA SALUD.

R. Esquivel

EL EXCESO DE HOSPITALES EN UN PAIS NO SIGNIFICA QUE EXISTE POR ELLO BUENA ATENCION DE LA SALUD, SINO QUE HAY MUCHA ATENCION DE LA ENFERMEDAD.

J. Jaramillo

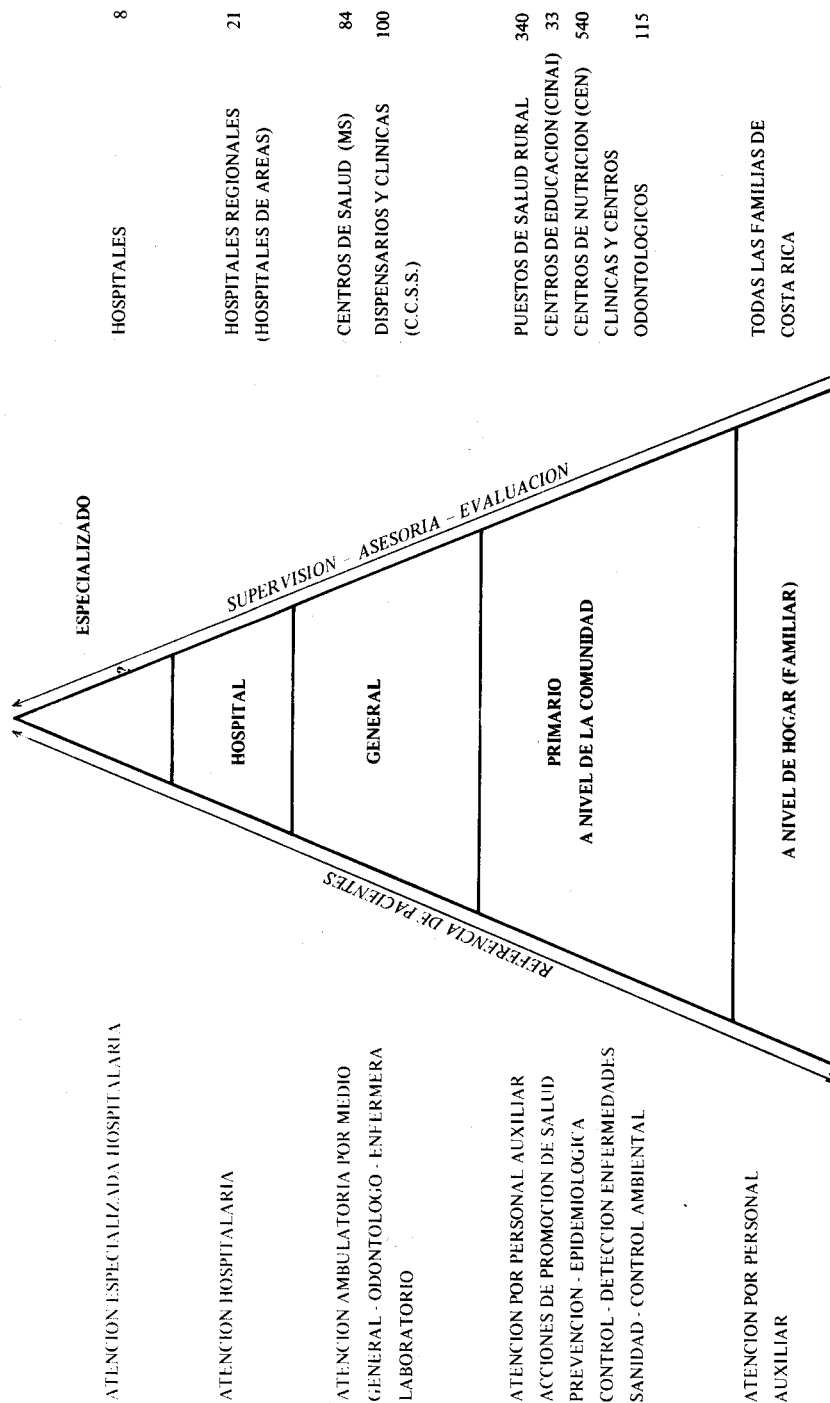
ES RAZONABLE PENSAR QUE: EL EXCESO DE HOSPITALES INDICA EXCESO DE ENFERMEDADES O MALA ADMINISTRACION EN SALUD PUBLICA.

J. Jaramillo

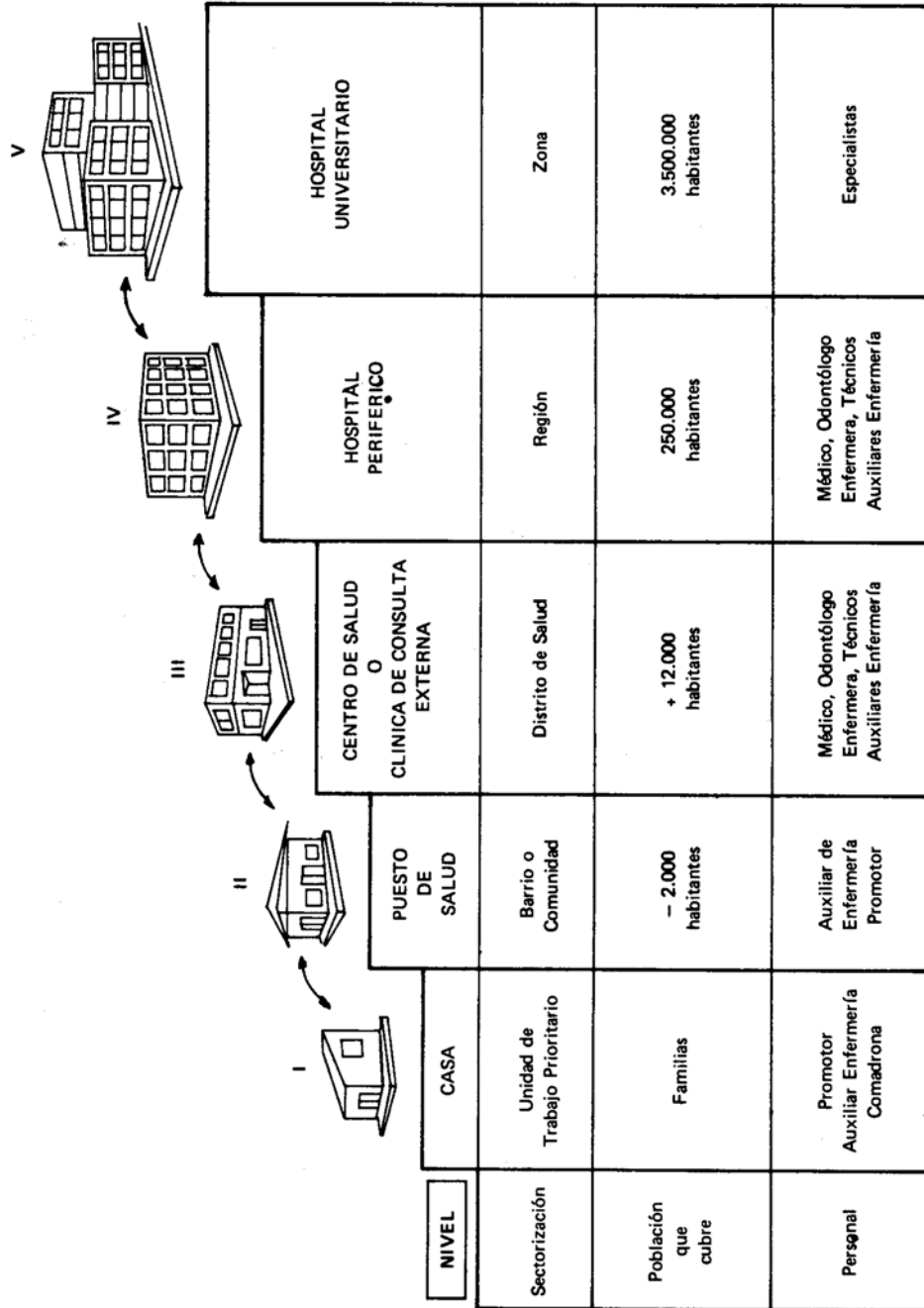
DESTACAR LA PRIMACIA DE LA PREVENCION EN SALUD PUBLICA NO ES DEJAR A UN LADO LA IMPORTANCIA DE LA MEDICINA CURATIVA, SINO AYUDAR A QUE ESTA SEA MAS EFICAZ Y MENOS COSTOSA.

J. Jaramillo

SISTEMA PIRAMIDAL DE LOS NIVELES DE ATENCION DE SALUD (PERSONAL)



**SISTEMA DE REGIONALIZACION
NIVELES DE ATENCION**



LINEAS O BARRERAS DE ATENCION PARA LA CONSERVACION DE LA SALUD

1) PRIMERA LINEA O BARRERA DE ATENCION*

PROMOCION DE LA SALUD: Consiste en: Educación para todos sobre problemas de conservación de la salud, higiene individual, evitar hábitos peligrosos (alcoholismos-drogas, etc.), desarrollar la cultura física (no el atletismo, competitivo o comercializado).

La educación para la salud trata de promover un desarrollo armonioso físico y espiritual. Representa el punto de partida de las actividades que propician la salud.^{1 20 23 30 36}

Es una fase colectiva de acción entre el Ministerio de Salud, la Caja Costarricense de Seguro Social y la comunidad, participación múltiple de personal diverso.

Debe darse en el hogar, las escuelas, colegios, fábricas, empresas, etc., para llenar su cometido empleará todos los medios de comunicación colectiva posibles de una comunidad (TV-radio-periódicos), etc., y no sólo la educación directa. El papel del médico debería ser el del experto y guía, pero participarán muchos otros como enfermeras, auxiliares, maestros, odontólogos, trabajadores sociales, promotores, etc.

El componente llamado educación para la salud es, a mi juicio y acorde con la Organización Mundial de la Salud^{3 5} el aspecto básico de esta línea de atención y es por ello que dedicamos el siguiente resumen a ese campo.

EDUCACION PARA LA SALUD: Su objetivo primordial es no sólo informar de problemas, sino que contribuya a la organización y a la participación de la comunidad mediante el conocimiento de situaciones dadas en salud en

su región y en el resto del país. Debemos pues, mediante la educación, desarrollar mecanismos de participación de la sociedad con los niveles de atención de la salud.

La salud no puede imponerse a las colectividades. Lo que nosotros podemos hacer es proporcionar educación para la salud y atención de la salud.

Es la propia población la que ha de decidir si utiliza o no los servicios. Así pues, son los individuos de una comunidad, mediante la educación en salud que se les dé, los que deben colaborar eficazmente en las cuestiones relativas a la salud y participar activamente en la promoción y el mantenimiento de su propia salud y la de su colectividad o dejar al azar la cuestión.^{3 5}

Para obtener las metas que nos hemos propuesto en salud, existe un compromiso y este compromiso requiere una instrucción apropiada. La atención primaria de la salud ha puesto de relieve en Costa Rica la necesidad de una educación sanitaria más dinámica, que no se base en enseñar a los individuos a utilizar los recursos disponibles como receptores pasivos, sino en el hecho de que las personas, cualquiera que sea su nivel de instrucción, sean capaces de adoptar acciones apropiadas en lo que respecta a su propia salud, cuando se les informa y motiva convenientemente. En esta tendencia, resalta no sólo la prevención sino también el cuidado de las enfermedades y el cuidado de su propia salud.

Un servicio de salud sin componente educativo no funciona, pero para que sirva, exige el conocimiento de parte de las autoridades

* El término barrera, debe entenderse como obstáculo para que no progresen las enfermedades.

des del grado de cultura de la comunidad y de sus hábitos y valores, así como de sus necesidades y limitaciones. Esta educación debe ir más allá de dar conocimientos. Debe también tratar de crear una atmósfera en la que los individuos, las familias y las colectividades consideren la salud como un activo muy importante para todos. En Costa Rica el personal de salud ha sido uno de los principios responsables de la gran cobertura del sector rural disperso, que ha fomentado la acción colectiva de las poblaciones.

Con anterioridad, la educación sanitaria se efectuaba en la escuela o en las clases de cursos dedicados a esto. En la actualidad los trabajadores de salud reparten este conocimiento en las comunidades y en los propios hogares.

Esto ha hecho que se hayan obtenido éxitos que se reflejan en la disminución de la mortalidad infantil, el aumento de cobertura de la inmunización y la mejora de la nutrición, pero los fallos se han producido porque la educación sanitaria se utiliza como último recurso, lo cual es un error. La educación sanitaria es un medio para modificar el comportamiento de las personas, sus malos hábitos y sus costumbres, pero quien imparte estos conocimientos tiene que tener muy presentes que el individuo, la familia y la comunidad deben pasar a ser partícipes y no meros receptores.

2) SEGUNDA LINEA O BARRERA DE ATENCION

PREVENCION DE LAS ENFERMEDADES Y DE PROBLEMAS SOCIALES (Alcoholismo – drogadicción – accidentes – cáncer – infecciones, etc.).

Mejorar las medidas sanitarias existentes (agua potable, letrización, etc.) alcanzar la cobertura total con vacunación a toda la niñez son necesidades absolutas. Se debe obtener participación de la comunidad para todas las actividades. El Ministro de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social deben en esto realizar una acción coordinada e integrada: Saneamiento de casas y barrios, cuidado de la embarazada, del niño sano y del recién nacido, protección del

trabajador y del medio ambiente, regímenes dietéticos adecuados para los propensos a sufrir enfermedades (grupos vulnerables)² campañas nacionales para la prevención de enfermedades no transmisibles llamadas crónicas o degenerativas o las cancerosas, campañas para modificar hábitos de vida de los habitantes del lugar, asumiendo la población responsabilidad al respecto. Es posible predecir en muchos aspectos las probabilidades de que aparezcan enfermedades, "factores de riesgo" que afectan a los individuos de una población tales como hábito de fumar, hipertensión arterial e hipercolesterolemia, como causa de cardiopatía isquémica, si no se corrige.³⁵

También la obesidad, la falta de ejercicio, los antecedentes de hipertensión en la familia pueden ser terreno fértil para problemas cardiovasculares.

El tabaquismo en exceso es causa de cáncer del pulmón y el alcoholismo importante causa de cirrosis.

Se reconoce ahora por ejemplo, que la excesiva exposición a la luz solar es la causa de gran parte de los cánceres cutáneos, especialmente en las personas muy blancas. Dar a conocer este peligro deberá ser muy importante para prevenir el más frecuente cáncer en nuestro país. Debemos establecer campañas para evitar o disminuir los riesgos de los trabajadores a la exposición de altas concentraciones de polvo en la industria del amianto y de cloruro de vinilo, etc.

Se tendrá que estudiar la posibilidad de iniciar una lucha contra la contaminación ambiental por carcinógenos potenciales.

Evitar la contaminación de alimentos, ríos y del aire con sustancias tóxicas, especialmente agroquímicos, desechos de ingenios o del cultivo del café, es ya una necesidad urgente en nuestro medio.

La educación pública mediante campañas por los medios de comunicación, las escuelas, colegios y universidades, deberán formar parte importante de este proceso, así como aumentar la vigilancia al respecto.

Este proceso de prevención debe ser realizado a todo nivel, desde el hogar hasta el hospital. Por ejemplo, en caso de diarrea en los niños de pueblos lejanos, evitar su deshidratación mediante los paquetes de sales de rehidratación oral o simplemente preparar uno a base de un litro de agua hervida, una cucharada de sal y 8 de azúcar.

Areas de alto parasitismo: dar periódicamente o profilácticamente cada 6 meses Mebendazole (antihelmintico de amplio espectro) a todos los niños menores de 6 años. Esto lo puede hacer la propia madre o el asistente de salud rural.

Areas con tétanos, inmunización antitetánica a la mujer embarazada. Suministro de tabletas vitamínicas a mujeres pobres, desnutridas o avitaminósicas. Lo mismo dar hierro, etc., especialmente en el período de la lactancia.

Aconsejar a las madres que no tomen licor ni medicinas, incluyendo las simples aspirinas, durante los primeros meses del embarazo.

Se debe insistir en leche materna para los niños menores de 6 meses como mínimo, debido a la mayor mortalidad de niños que reciben lactancia artificial.

Todo lo anterior, tan simple, forma parte de la prevención en la atención primaria de la salud.

3) TERCERA LINEA O BARRERA DE ATENCION

a) DETECCION PRECOZ DE ENFERMEDADES O CANCER

Lo primordial es dar énfasis a campañas de detección precoz del cáncer, como en el caso del cáncer del cuello uterino. En Costa Rica a 85 mil mujeres se les realiza frotis del cervix anualmente.

La detección de las lesiones iniciales y precancerosas del cuello uterino, por medio de la citología exfoliativa (frotis de Papanicolau), permiten señalar que los programas de

detección de cáncer que se llevan a cabo rutinariamente por el Ministerio de Salud y la CCSS, han mostrado su eficacia en disminuir la mortalidad a niveles satisfactorios, evitan morbilidad y ocasionan economías a los hogares y al Estado. En este campo guarda importancia la higiene personal de la mujer y el hombre en cuanto a la relación sexual se refiere. Existe actualmente mucha inquietud en cuanto al valor de campañas para detectar el cáncer de la mama en mujeres jóvenes, mediante la mamografía, ya que hay sospechas que éstas, si son repetidas, pueden ocasionarlo. Habría que sopesar las ventajas de utilizarlo para encontrar ese cáncer, en relación al daño que puede ocasionar la técnica en las mujeres menores de 50 años. Sí es aconsejable emplearla en aquellas mayores de esa edad si hay dudas sobre existencia de cáncer de mama.

La detección del cáncer gástrico ha demostrado gran valor en la supervivencia de esos pacientes. Japón ha dado las pautas de esto, y la experiencia inicial de Costa Rica después de varios años de endoscopia a todos los casos en los que hay dudas, dan la razón a este procedimiento. Lamentablemente los medios económicos de nuestro país, no permiten disponer de equipo ni medios para campañas masivas de detección de cáncer gástrico, principal responsable de muerte por cáncer en nuestro país.

Debemos señalar que se acaba de crear el Consejo Nacional de Cáncer el cual, dependiente del Ministerio de Salud y con el apoyo de la CCSS, se encargará de preparar campañas de prevención y diagnóstico precoz en esta especialidad.

Los estudios de detección de cáncer pulmonar no han demostrado por ahora efectos positivos en cuanto a la mortalidad. Aquí es indispensable la acción preventiva como única arma efectiva.

b) ATENCION DE LA ENFERMEDAD

Es la atención directa del paciente enfermo en clínicas y hospitales a cargo del personal que labora en ellos. Es una acción personal en cuanto al paciente y múltiple en cuanto a quienes dan esa atención. Por su alto costo, se hace necesario que cada dirección de hospital y cada consejo técnico colabore en busca de abaratar costos, ya que a la fecha actual consumen la mayor parte del presupuesto en salud. Con tal motivo deberán ser congruentes con la realidad nacional y mejorar sus servicios sin aumentar gastos. Estos tendrán que ser analizados en relación con la eficacia médica obtenida ⁽⁴³⁾, o sea que el costo/beneficio tendrá muy pronto que ser el parámetro de análisis de los hospitales y no el costo/paciente, como lo es actualmente.

Se debe, en este campo, lograr la participación de la comunidad en el cuidado de cierto tipo de enfermos Internados, como es el caso de los niños, los viejos, los pacientes siquiátricos y los impedidos.

Debe ponerse especial énfasis en dar apoyo al tratamiento ambulatorio y hogareño. Los beneficios de este tipo de políticas, quedaron demostrados con la creación de hogares sustitutos como alternativa en cierre de las leproserías en nuestro país. Hidalgo y Col ⁽¹⁵⁾ señalan que

en el año 1979 se decidió cerrar el Sanatorio para Leprosos y sus enfermos fueron reubicados en hogares a los que se les dio apoyo económico para el cuidado de estos pacientes. Se obtuvieron con ello las siguientes ventajas: a) Reincorporar al paciente a la vida familiar; b) Se le dio prácticamente libertad nuevamente (dejó de estar enclaustrado); c) La dotación mensual que el nuevo hogar recibe para el cuidado del enfermo contribuye a equilibrar el presupuesto familiar de esos. Hogares, que suelen ser pobres; d) Se obtuvieron economías, pues el programa cuesta actualmente una tercera parte que cuando existía el hospital o sanatorio para leprosos.

Se deberá ir pensando en la reorganización y unificación de servicios especializados y de alto costo en un sólo centro hospitalario. Ejemplos: Cirugía Cardiovascular, Neurocirugía, Transplantes, bombas de Cobalto, Medicina nuclear. Es indudable que independiente de que se pueden más fácilmente racionalizar gastos, con el tiempo la experiencia que se obtenga da lugar a mayor eficacia.

Se requerirá para ello vencer algunos localismos profesionales y garantizar un status de respeto jerárquico y de organización que permita a los diversos especialistas que se integran a una sola unidad, continuar trabajando bajo un clima de respeto, orden y conservación de derechos profesionales e igualdad de oportunidad en su acción.

4) CUARTA LINEA O BARRERA REHABILITACION

Se impartirá en hospitales, clínicas, comunidades y hogares; participarán la comunidad, el

paciente y la familia, aparte del personal especializado en este tipo de atención. La sociedad deberá tener suficiente capacidad para reintegrar a la comunidad a los enfermos y reubicar o ayudar a los impedidos dándoles trabajo y apoyo físico o moral.

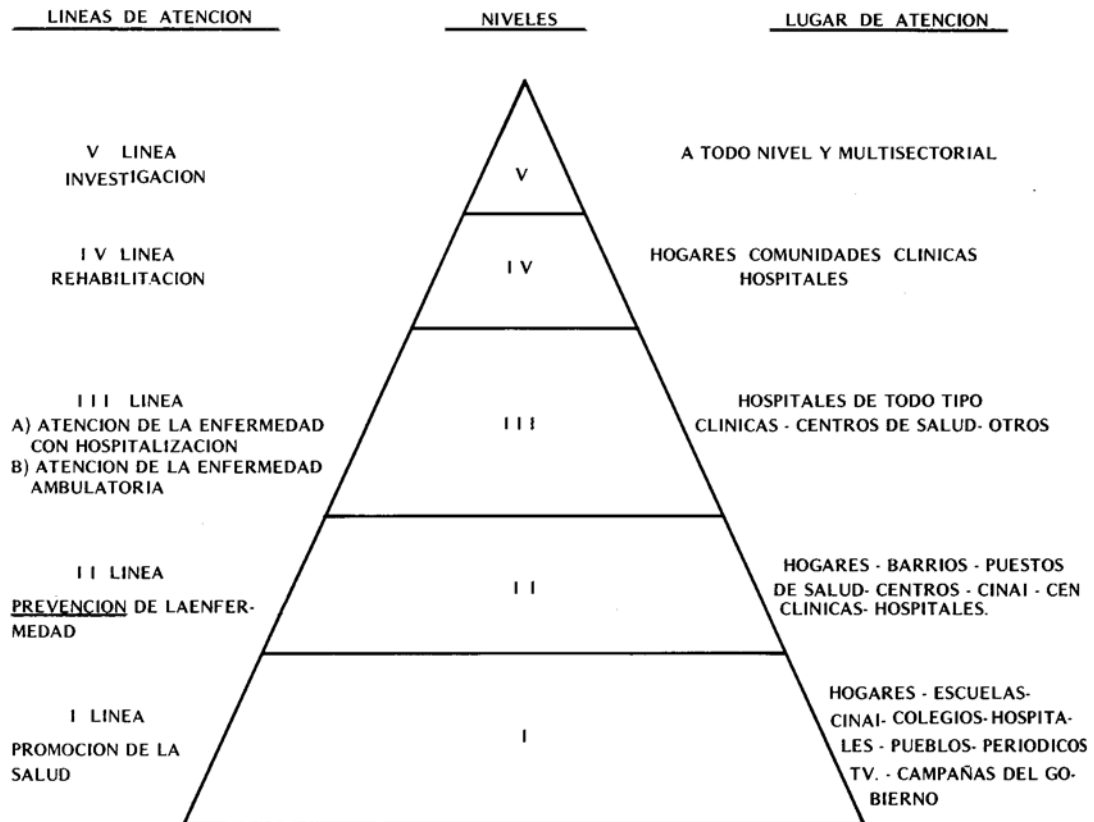
El restablecimiento físico de los pacientes no es la meta final de la acción médica. Esta debería ser la reincorporación a la sociedad de los enfermos como miembros útiles. Se debe tener siempre presente que en cuanto a rehabilitación, el trabajo es uno de los más poderosos factores de salud.

5) QUINTA BARRERA O LINEA INVESTIGACION

Análisis de los principales problemas nacionales y, a partir de ahí, buscar adecuadas soluciones o estudio de la problemática de una área determinada en busca de soluciones simples, adecuadas y aplicables en esa región.

En esta acción, se debe pedir la participación multiinstitucional de apoyo, hospitales, Escuela de Medicina, CONICIT, INCIENSA, INISA, Ministerios, etc.

LINEAS DE ATENCION EN SALUD



J. Jaramillo.

SISTEMA NACIONAL DE SALUD Y SECTOR SALUD*

Postulado de Acción:

- El Gobierno Nacional ha definido como objetivo del Sector Salud, el poder brindar servicios de salud, incluyendo la atención de la enfermedad, a "TODA LA POBLACION" sin distinción de sexo, edad, raza, trabajo o lugar donde residan y mantener los indicadores de salud alcanzados y de prevenir el incremento de nueva patología, a un costo compatible con la realidad nacional.
- Además se propone lograr una mayor racionalidad y productividad de los recursos disponibles.
- El Sector Salud es una realidad legal y orgánica que requiere hacerse efectiva como base de planificación.
- El actual funcionamiento de las instituciones del Sector y las relaciones entre ellas son inadecuados y costosos y se plantea como opción el organizarse y operar como un Sistema Nacional de Salud.
- Ante los cambios previsibles en el perfil de salud y la crisis económica nacional, se piensa en la necesidad de revisar y readecuar el modelo de atención de salud para que sea más económico y eficaz y permita extender los servicios de salud en condiciones de equidad a todos los costarricenses.
- Ante la deficiencia de cobertura en algunos sectores de problemas y de población, es necesario enfatizar la Atención Primaria de Salud y de extender sus servicios a toda la población.
- En el contexto de la atención integral, es necesario incluir la atención positiva al medio, en el modelo, en los planes y en los progra-

mas de servicios de salud.

Plan de Acción:

1. Analizar y redefinir la estructura del Sector.
 - 1.1 Conceptualización del modelo, definición y delimitación del sistema: definición de objetivos, funciones y responsabilidades del Sector y de cada una de sus instituciones.
 - 1.2 Desarrollo del marco jurídico del sistema.
 - 1.3 Analizar y redefinir la estructura orgánica del Sector, incluyendo a cada una de las instituciones (Caja Costarricense de Seguro Social, Ministerio de Salud, Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados, y otras) en cuanto a la prestación de servicios de salud, con particular atención a los reajustes que puedan requerir en su estructura legal, financiera, humana y física.
 - 1.4 Fortalecer y/o replantear el marco jurídico existente, compatibilizándolo con el nuevo modelo de organización del Sistema Nacional de Salud.
 - 1.5 Fortalecer los procesos de planificación y evaluación, en especial en sus mecanismos de coordinación intra y extra sectoriales.
 - 1.6 Establecer los mecanismos de control y coordinación entre las instituciones y determinar" los grupos poblacionales a cubrir por cada institución (cantidad y estructura de servicios).
 - 1.7 Formular los acuerdos necesarios entre las instituciones del Sector y elaborar

* En colaboración con la OPS.

el plan sectorial de salud por instituciones, en coordinación con los organismos nacionales de planificación económica y social pertinentes.

2. Fortalecer y desarrollar la Secretaría Ejecutiva de Planificación del Sector Salud.

2.1 Crear comisiones de trabajo para apoyar a esa unidad.

3. Desarrollar el nuevo modelo de prestación de servicios.

3.1 Revisión y adecuación de la delimitación geográfica de las regiones, con criterio modular, para el establecimiento de un esquema único sectorial, con miras a un esquema único nacional.

3.2 Revisión, apoyo y fortalecimiento del Nivel Regional.

3.3 Definición del nivel local como instancia administrativa.

3.4 Recolección elaboración y análisis de información epidemiológica y sobre factores condicionantes de la salud, por regiones.

3.5 Revisión de recursos, tecnología y apoyo disponibles, por región y por nivel.

3.6 Redefinición de funciones y recursos, reorganización de los niveles administrativos y de atención, y perfeccionamiento de los mecanismos de comunicación entre ellos, con énfasis en los de supervisión y referencia.

3.7 Desarrollo sistematizado de experiencias de integración de servicios.

4. Fortalecimiento de la red primaria de atención y su articulación dentro del sistema.

4.1 Ampliación de la cobertura para facilitar la red.

4.2 Propiciar el acceso del usuario a las instituciones.

4.3 Desarrollo de nuevos métodos y técnicas para atender situaciones especiales (emergencias, etc.).

4.4 Facilitar la participación integral de algunos electores (CENCINAI).

4.5 Capitalizar experiencias de los esfuerzos interinstitucionales de integración.

5. Establecer un programa nacional de operación y mantenimiento de las instalaciones y equipos del sector.

5.1 Establecer las bases de una política nacional de mantenimiento y conservación de instalaciones físicas y equipos existentes (capacidad instalada).

5.2 Crear un sistema nacional de mantenimiento integral de instalaciones y equipos entre las instituciones del sector y desarrollar los mecanismos para asegurar la participación de las comunidades.

5.3 Ajustar y desarrollar, cuando sea necesario, las políticas, normas y pautas para la administración y mantenimiento de los recursos físicos.

5.4 Sistematizar la administración de los suministros y el equipo de importación crítica, inclusive normas, especificaciones, procedimientos de compra, distribución y control de calidad.

5.5 Formar los recursos humanos, especialmente en los niveles técnico, auxiliar y de la comunidad, en mantenimiento preventivo y técnicas de reparación, incluyendo desarrollo de pautas y manuales sencillos.

5.6 Fortalecer los mecanismos de comunicación entre los distintos niveles del sistema de atención de salud, incluyendo los medios de comunicación entre el nivel comunitario y los otros niveles de referencia del sistema.

6. Desarrollar mecanismos de participación efectiva de las comunidades.

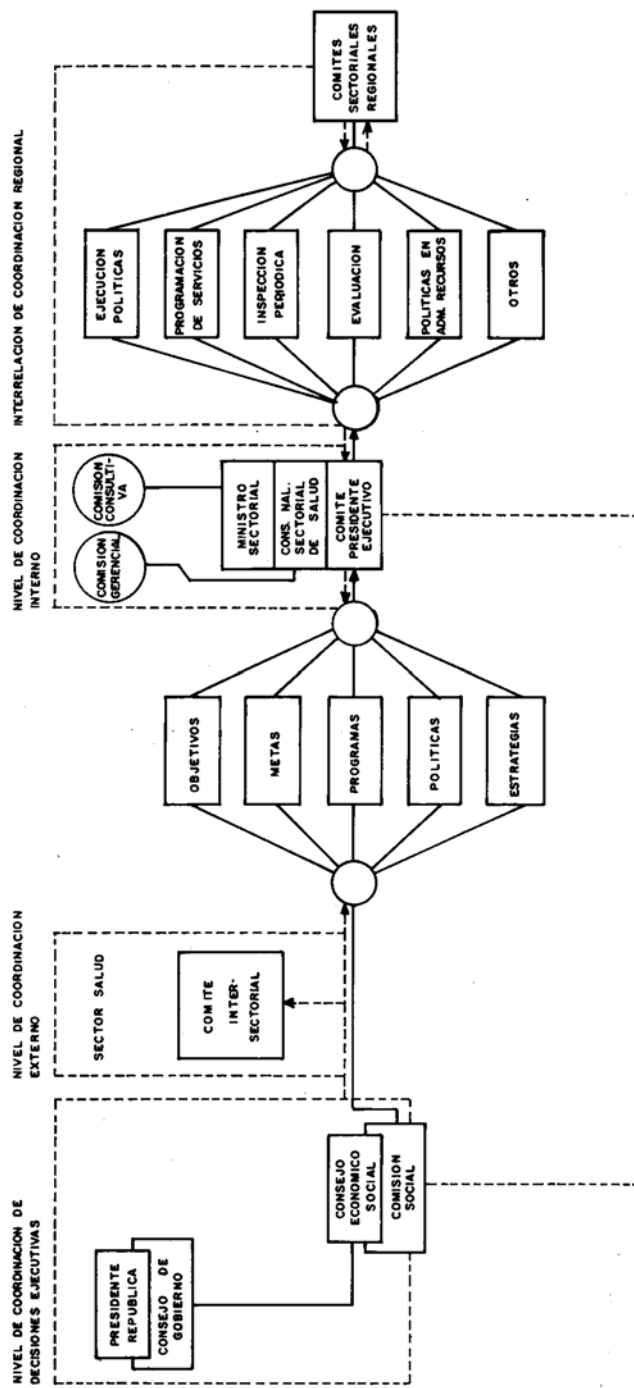
6.1 Revisar y redefinir las funciones del personal del Sistema de Salud, y de los agentes de salud comunitaria, habida cuenta de las necesidades, las prioridades y los recursos de la comunidad.

6.2 Desarrollar y difundir la información sobre mecanismos y actividades efecti-

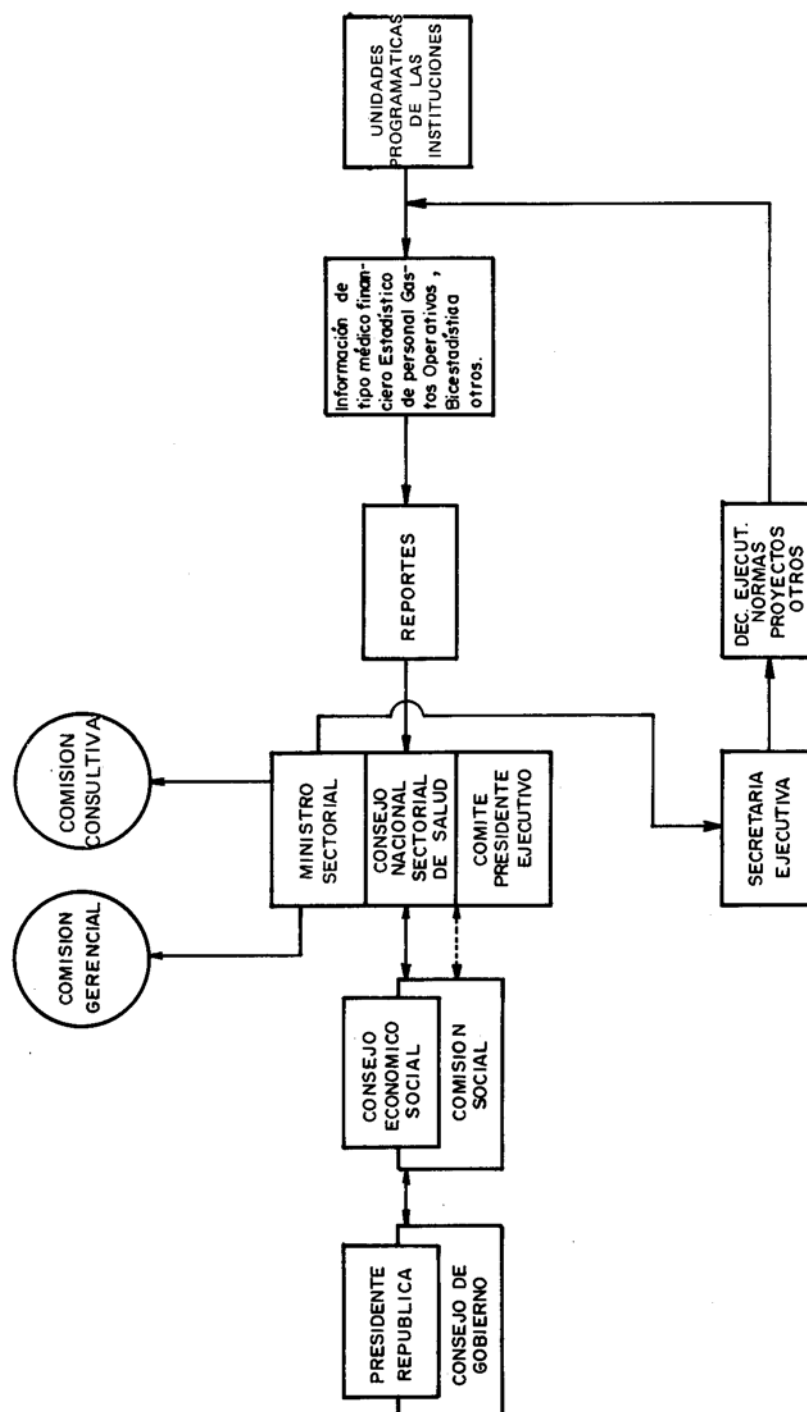
- vas para conseguir la participación de la comunidad.
- 6.3 Estudiar los sistemas tradicionales o "informales" de salud de la comunidad, e identificar medios eficaces para su interacción con los sistemas "formales" de salud.
 - 6.4 Diseño y aplicación de nuevos enfoques de planes nacionales de educación de la comunidad en materia de salud, con la participación activa de los líderes de la comunidad, basada en el concepto de educación integral continua y especialmente orientada a las edades más vulnerables.
 - 6.5 Desarrollo de modelos de participación de la comunidad en la vigilancia epidemiológica y en la identificación de los problemas de salud de la comunidad.
7. Desarrollo Administrativo.
 8. Diseñar mecanismos para asegurar la disponibilidad y racionalizar el uso de insumos críticos.
 9. Desarrollar programas de capacitación en servicio, con énfasis en el enfoque de participación capacitante.
 - 9.1 Establecimiento de mecanismos que permitan disponer de diagnósticos y programas de desarrollo de recursos humanos en salud del país, así como facilitar la definición política del tipo y preparación requeridos de recursos humanos.
 - 9.2 Fortalecimiento del desarrollo, en distintos ámbitos y niveles, de programas de educación continua, que permitan la articulación entre la docencia y la prestación de servicios, así como la divulgación del uso de tecnologías apropiadas.
 - 9.3 Desarrollo de módulos de capacitación para la prevención de la patología predominante durante los próximos años, destinados a: el personal de salud; grupos organizados de las comunidades; grupos de trabajadores; y el sistema formal de educación.
 - 9.4 Promoción de la inclusión de contenidos sobre factores de riesgo relacionados con la patología prevalente durante los próximos años, los accidentes y las enfermedades profesionales, en los programas de formación de personal de la salud.
 10. Incrementar los programas de Atención al Medio debidamente articulados Inter e intra-sectorialmente.
 - 10.1 Capacitación y estímulo a la comunidad, para su participación activa y organizada en las decisiones y las labores que conduzcan al mejoramiento de su medio ambiente y de su salud.
 - 10.2 Desarrollo de mecanismos para la incorporación de normas para el control del impacto negativo que puedan producir proyectos que afecten el ambiente, desde sus estudios iniciales de factibilidad.
 - 10.3 Desarrollo de programas para el abastecimiento de agua potable, en cantidad suficiente y en forma continua, a toda la población del país.
 - 10.4 Desarrollo de programas para la provisión de servicios sanitarios de eliminación de excretas a toda la población del país, así como de sistemas de aguas residuales, procurando evitar la contaminación de los cuerpos de agua al máximo posible.
 - 10.5 Desarrollo de programas de protección y preservación de los recursos hidráulicos del país, mediante un esfuerzo interinstitucional que considere la importancia del equilibrio ecológico.
 - 10.6 Desarrollo de programas de control de la contaminación del suelo y del agua, con especial énfasis en residuos sólidos y agroquímicos.
 - 10.7 Preparación y ejecución de un programa de protección sanitaria de los alimentos que comprenda las etapas de elaboración, transporte, almacenaje, distribu-

- ción y expendio.
- 10.8 Elaboración de un programa de salud ocupacional que garantice la protección en el ambiente del trabajo.
 - 10.9 Desarrollo de mecanismos de articulación "intersectorial para la prevención de accidentes laborales y de tránsito.
11. Estudio del financiamiento del Sector.
- 11.1 Revisión de las restricciones e identificación de estrategias y acciones tendientes a superarlas, para la recaudación adecuada de recursos, la obtención de ingresos adicionales y la utilización óptima de los ya existentes.
 - 11.2 Revisión del modelo financiero actuarial de los seguros sociales, con un enfoque social integral.
 - 11.3 Revisión del enfoque de prestación de servicios, para adecuarlo a las posibilidades financieras reales, así como para obtener la optimización de los recursos.
 - 11.4 Análisis de distintas posibilidades de movilización de recursos para la salud, desde diferentes fuentes nacionales o internacionales.
 - 11.5 Desarrollo de mecanismos que permitan la planificación, coordinación y evaluación de la ayuda internacional, así como la capacitación de personal para tales fines.

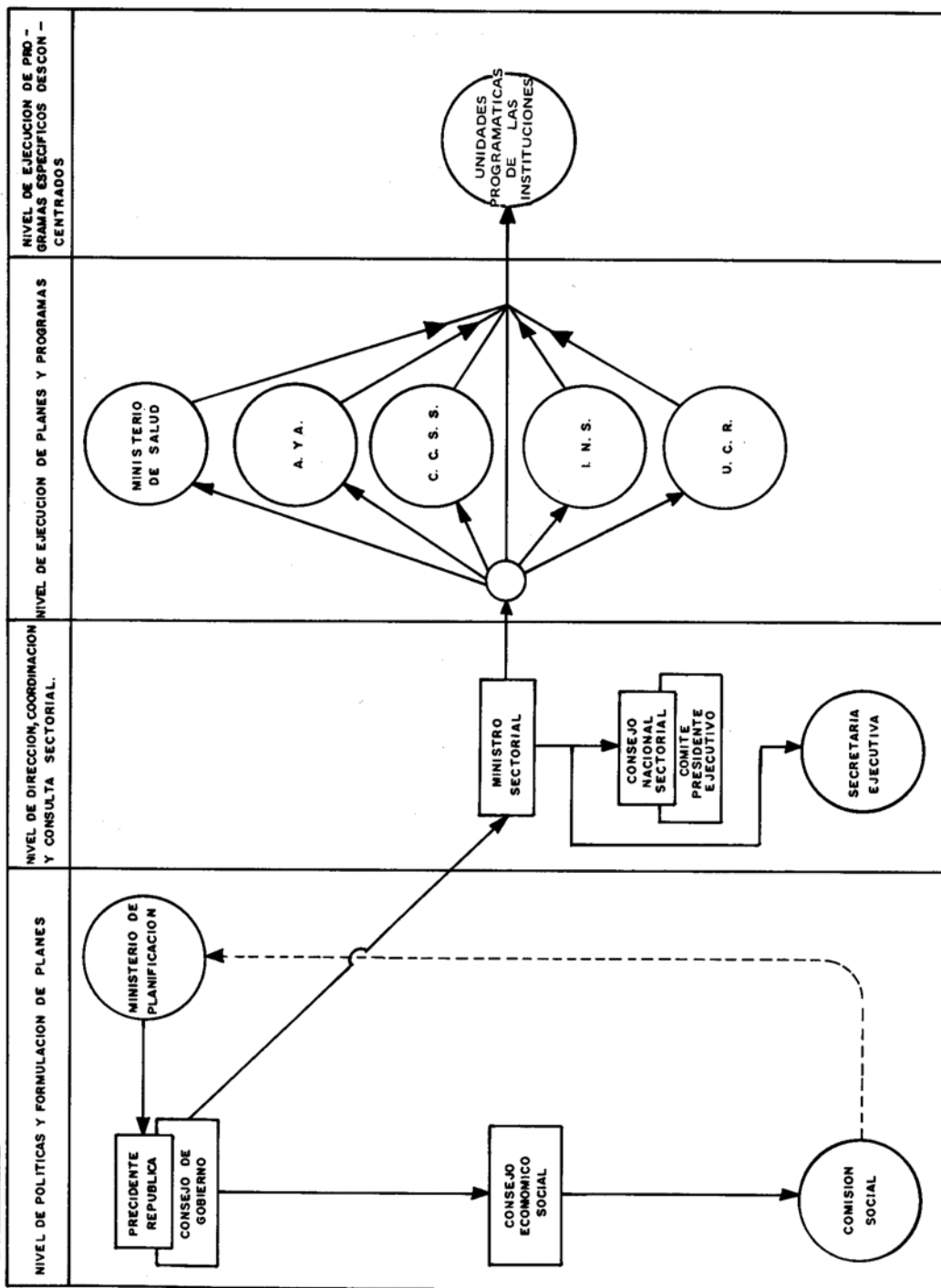
**RED DE COORDINACION
CONSEJO NACIONAL SECTORIAL DE SALUD**



CONSEJO NACIONAL SECTORIAL DE SALUD
RED DE INFORMACION



**CONSEJO NACIONAL SECTORIAL DE SALUD
RED JERARQUICA**



EL SERVICIO NACIONAL DE SALUD*

Es una institución o dependiente del Ministerio de Salud o por encima de él y de la Caja Costarricense de Seguro Social, encargada de formular y ejecutar una política integral de salud para todo el país. Existe en Cuba, Gran Bretaña, Chile, etc.

Lo que distingue un Servicio Nacional de Salud es la integración total de las actividades preventivas, curativas y de rehabilitación en un solo bloque y la unificación de la autoridad legal, administrativa y financiera, con un Director General o el propio Ministro de Salud como Director y asesorado por un Consejo Nacional de Salud. Los servicios cubren a toda la población por igual. El financiamiento proviene de los impuestos, (no existe sistema bi o tripartito), los servicios son teóricamente gratuitos y tal vez debe considerarse su creación largo plazo en el proceso de desarrollo de la Salud Pública de Costa Rica.

Para llevar a cabo esto, se necesita:

a.- Tener la seguridad de que los recursos humanos, materiales y financieros serán suficientes para satisfacer la mayor demanda de servicio que terminará en la creación de un servicio basado en el concepto del derecho a la salud de todos los costarricenses sin distinción de ser o no asegurados.

b.- Una decisión política del más alto nivel y la aceptación de ella, tanto de parte de los proveedores como de los usuarios.

Un Servicio Nacional de Salud requiere lo siguiente para que se llame así:

- 1.- Se encarga él solo, es único en la atención de salud y enfermedad en el país.
- 2.- Los servicios cubren a toda la población.
- 3.- El financiamiento proviene de los impuestos (no existe sistema bi o tripartito).
- 4.- Todos los servicios son de Gobierno, los profesionales son asalariados.
- 5.- Los servicios son teóricamente gratuitos.
- 6.- Las medicinas o se dan en su totalidad o se dan parcialmente y se cobra una parte.
- 7.- Regionalización como base del sistema.
- 8.- Participación Comunal.

* Esta breve explicación que se da es únicamente para aclarar las diferencias con un Sistema Nacional de Salud como el que estamos poniendo en práctica en Costa Rica.

ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD

Este capítulo está basado en las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, pero con las modificaciones requeridas según nuestros logros y nuestros problemas. Vale la pena recordar que varios años antes de que la OMS sugiriera oficialmente esta estrategia para obtener salud para todos para el año 2000, ya en Costa Rica en forma parcial se estaba llevando a cabo mediante los programas de Salud Rural, Salud Comunitaria y Hospital sin Paredes.^{1 21 22 38}

Atención Primaria es la asistencia primaria sanitaria esencial, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante plena participación de ésta y a un cos-

to que la comunidad y el país pueda soportar. (Por lo tanto, debe estar basada en métodos y tecnología prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables).

Constituye el primer nivel de contacto de las personas, la familia y la comunidad con el Sistema Nacional de Salud. Forma, pues, parte de él, y casi se podría considerar su núcleo principal.

Tiene la ventaja de que lleva lo más cerca-namente posible la atención de la salud al lugar donde residen y trabajan las personas del país. Es el primer elemento del proceso permanente de asistencia sanitaria.^{1 34 35 36 37}

COMPONENTES ESENCIALES DE LA ATENCION PRIMARIA

1. Educación sobre los principales problemas de salud (métodos de prevención y tratamiento a nivel de hogar y de comunidad especialmente). Conseguir colaboración del Ministerio de Educación. Procurar influir en el estilo de vida y ejercer vigilancia sobre su medio físico y social.
2. Promoción del suministro de alimentos y de la nutrición para los niños.
3. Saneamiento ambiental básico y abastecimiento de agua potable. (Programa de bombas de agua a pueblos rurales dispersos de 30 casas lo menos). Está nuevamente en acción un programa del Ministerio en el Pacífico Seco. Costa Rica necesita a la fecha casi cuarenta mil bombas de agua caseras, para cubrir a toda la población.
4. Inmunización contra las principales enfermedades infecciosas, (especialmente a los niños).
5. Prevención y lucha contra las enfermedades endémicas o del país (hepatitis-venéreas-meningitis, etc.). Analizar la problemática local y nacional al respecto. Detección precoz de nuevas enfermedades.
6. Tratamiento apropiado de las enfermedades corrientes (rehidratación oral, etc.) y de los traumas y heridas.
7. Programa de letrización: en los cantones de mayor mortalidad infantil y con más bajo desarrollo social y económico (Talamanca, Upala, Guácimo, etc.) la instalación de letrinas se coordina con las municipalidades respectivas o con los grupos organizados del cantón o distrito,

- (Comités de Salud-Asociación de Desarrollo, etc.). El país requiere, según nuestros cálculos, treinta y cinco mil letrinas.
8. Suministro de medicamentos más necesarios.
 9. Atención Materno-Infantil: el Ministerio y la Caja Costarricense de Seguro Social asegurarán a la mujer costarricense embarazada y al niño menor de 6 años, de familia campesina o suburbana marginada, al acceso totalmente gratuito (no importa ser o no asegurado), a las consultas de prenatal, post-natal y crecimiento y desarrollo.
 10. Salud Ocupacional: el seguro de riesgos profesionales deberá extenderse a todo el país y al campo especialmente. El Instituto Nacional de Seguros o la Caja Costarricense de Seguro Social, deberá crear un departamento de Salud Ocupacional que coordine todos estos aspectos entre ambas instituciones y el Ministerio Social y el Ministerio.
 11. Crear un programa con estrategias para la prevención de accidentes y enfermedades profesionales.
 12. Unidades Móviles Médicas: multiplicar planificadamente y proveer adecuadamente estas unidades de apoyo de Salud Rural. Asegurar la visita semanal del médico a cada puesto de salud, no importando el lugar donde se encuentre y dotando al médico de los instrumentos (equipos y medicinas indispensables). A la fecha el Ministerio requiere un mínimo de 25 unidades móviles más.
 13. Odontología preventiva: mediante las unidades de penetración rural (extracción, obturación, educación, prevención, endodoncia, etc.) a las áreas marginadas y alejadas, especialmente a la población escolar. Se trata de ampliar este programa.
 14. Laboratorios clínicos rurales: fijos o móviles, para apoyar el Programa de Asistencia Médica y Prevención de la Enfermedad. Los que tenemos son ya insuficientes pero al unirnos con la Caja Costarricense de Seguro Social, las necesidades van a disminuir.

La Atención Primaria de Salud es mucho más que una simple extensión de los servicios básicos de salud. Forma parte del conjunto del desarrollo económico y social de la comunidad.

TECNOLOGIA APROPIADA PARA LA SALUD

Es un conjunto de métodos, técnicas y equipo para solucionar problemas de salud. Aparte de tener base científica, debe ser simple y aceptado para quienes lo emplean y reciben. Debe estar en consonancia con la cultura local, adaptable y capaz de mejorar, fácil de comprender y aplicar por el personal sanitario de la comunidad e incluso por los mismos individuos de la comunidad en algunos casos.

La manera de lograr que esta tecnología tenga una base apropiada consiste en tomar un problema como punto de partida y buscar o crear una tecnología apropiada para la situación y los recursos locales.

Este programa de atención primaria de la salud deberá implantarse de manera general, en razón de que la salud es un derecho fundamental y una meta social para todos, y teniendo como marco la decisión del señor Presidente de hacer justicia a los marginados socialmente.

Las marcadas desigualdades que existen actualmente en la situación sanitaria de las poblaciones de Costa Rica, son causa de preocupación y deben reducirse drásticamente.

Es fundamental para la estrategia una distribución equitativa de los recursos de salud, para atender a toda la población, sin distinciones de localización geográfica, trabajo, sexo o edad.

Hasta ahora, la mayor parte del presupuesto de salud de Costa Rica se ha destinado a servicios médicos de atención de la enfermedad, extremadamente complejos, especializados y costosos, en provecho de pequeños grupos, casi podríamos decir, privilegiados, de pacientes; y de beneficio sobre todo para los centros urbanos.

Se hace necesario cambiar esa orientación y mejorar el apoyo a la atención primaria.

La población tiene el derecho, pero también el deber, de participar individual y colectivamente en la planificación y la protección de asistencia sanitaria.

Hay un compromiso político del estado conjunto y no sólo del Ministerio de Salud. Esta autorresponsabilidad nacional comprende iniciativa nacional con solidaridad a todo nivel y con el apoyo indispensable internacional pa-

ra el desarrollo y ejecución de las estrategias de salud, ya que en materia de salud ningún país es autosuficiente.

El sector salud por sí sólo no puede alcanzar la meta de la Salud para Todos. Será preciso, como lo dijimos al principio, coordinar esfuerzos con los demás sectores sociales y económicos (agricultura-educación-vivienda y comunicaciones, obras públicas, etc.) para lograr el éxito aparte de la coordinación e integración del sector salud.

Como mínimo, aspiramos para Costa Rica en el año 2000: Que todos los habitantes del país gocen de un grado de salud que les permita vivir, estudiar o trabajar productivamente y tomar parte activa en la vida social de la comunidad en la que viven.

ALGUNOS OTROS ELEMENTOS ESENCIALES DE LA ATENCION PRIMARIA

- Identificar en cada programa las actividades cuya ejecución incumbe a los mismos individuos, a las comunidades, a los servicios de salud o a otros sectores, y elaborar planes al respecto.
- Apoyo especialmente a la madre de la familia, para la administración de autoasistencia, tratamientos profilácticos etc., campaña de educación de salud.
- Educación para la salud en las comunidades para modificar estilos de vida de una población determinada (costumbres o hábitos que deben ser cambiados).
- Hacer un estudio de los requerimientos de la infraestructura para el programa de atención primaria a nivel nacional: financiación, personal, equipo, educación, tipos de programa, aplicación de tecnología, medicamentos, colaboración con Centros de Salud y Clínicas, etc.
Acción de la comunidad en apoyo de construcción de caminos vecinales. El Sector Salud deberá fijar prioridades con el Ministerio de Obras Públicas y Transportes.

COLABORACION NECESARIA

Todos los individuos de una comunidad deben tratar de participar en la decisión de asistencia de salud para sí mismos y su familia en la medida de sus posibilidades y con acción comunitaria.

Las comunidades deben compartir con el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social, la responsabilidad de la atención en salud.

UNA SOLA AUTORIDAD

Para este programa de atención primaria, y con el fin de una ejecución eficaz de la estrategia, deben fortalecerse las atribuciones del Ministerio de Salud, con autoridad para encauzar las actividades hacia la estrategia nacional de sa-

lud que se esté aplicando. Con la creación del sector salud, el Ministerio figura ya como autoridad coordinadora entre los diversos Ministerios e instituciones del sector, lo que le dará oportunidad de planear mejor esta acción.

RECURSOS HUMANOS

Además del personal sanitario del Ministerio y el de la Caja Costarricense de Seguro So-

cial en la comunidad, la población es el recurso más importante de una población o del

país y no se utiliza debidamente. La atención primaria tiene que aprovechar plenamente todos los recursos disponibles, educando a esa comunidad para que las personas y sus familias estén dispuestas a asumir una mayor responsabilidad en el mantenimiento de su propia salud.

La población debe interesarse por sus problemas de salud y colaborar en sus soluciones activamente. Se debe adiestrar, por lo tanto, a individuos del pueblo para que colaboren ad honorem en la acción.

OBTENCION DE APOYO POLITICO Y ECONOMICO

Revisar la legislación para ver si es necesario más modificaciones a las leyes, en busca de más apoyo a salud.

Permitir a las comunidades establecer y administrar sus propios programas y servicios de salud.

Conseguir el apoyo de otras instituciones aparte del Sector. Salud, el Instituto Mixto de Ayuda Social, Ministerio de Educación, Agricultura etc.

Hacerle ver a los planificadores, que la sa-

lud es indispensable para el desarrollo y contribuye a la producción. Debe refutarse la idea de que la búsqueda de la salud se traduce simplemente en el momento actual y debido a la acción de los hospitales, en el consumo de los escasos recursos disponibles, para utilizarlos en asistencia médica de tipo atención de enfermedad que muchos consideran de utilidad marginal, ya que no suele ejercer efecto en la salud de la población y es únicamente acción individual de alto costo y poca repercusión social.

INVESTIGACION

Está claro que en el campo de la investigación necesitamos establecer nuevas prioridades y orientar la investigación hacia la identificación y análisis de los principales problemas nacionales en salud.

Estos estudios deben ir inclinados hacia la investigación del desarrollo técnico y administrativo del sector salud. Estudio de insumos y buscar tecnología apropiada para los programas de atención primaria de la salud.

Hemos reestructurado el Centro de Investigación INCIENSA y esperamos obtener de él investigación aplicada a nuestros problemas. Por ejemplo, control de enfermedades, trastornos nutricionales típicos, etc.

Así también, estamos pidiendo al CONICIT (Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Tecnológicas), apoyo para estudios de salud materno-infantil y problemas del ambiente para estimular la investigación de nuestras

principales enfermedades degenerativas y cancerosas etc. Con CARE, hemos establecido un sistema de análisis que ha llevado a dicha institución, con la fábrica que poseemos productora de alimentos (PROCOA), a producir una serie de alimentos nutritivos para los CEN y CINAI, de bajo costo y alto valor proteico y energético.

Creemos que con la Regionalización y el paso del CONICIT al Sector de Educación y con la incorporación de la Universidad de Costa Rica al Sector Salud, como unidad de apoyo y sin perder ésta nada de su autonomía, será posible elaborar políticas nacionales de investigación en salud, redefiniendo las áreas de investigación, especialmente la biomédica, la socio-epidemiológica y la operativa.

Algunos de los estudios que urge realizar son los de aceptación y utilización de los servicios de salud por parte de la comunidad y evaluar el bienestar que dichos servicios están pro-

duciendo en esas poblaciones en relación con su costo. Es estudio de productividad y eficiencia del Sector Salud, en su forma actual, es indispensable para la reorganización que preconizamos.

Dos campos indispensables de acción son también: a) Determinar cuáles son los insumos que requerimos en nuestras acciones y ver la posibilidad de su producción total en Costa Rica; y b) Determinar cuáles son los equipos necesarios y más efectivos, eliminar los superfluos, racionalizar el uso de los sofisticados, desarrollar-

do programas para su mejoramiento e incluyendo el mantenimiento de las instalaciones y equipos que poseemos y que será muy difícil sustituir a corto plazo si se deterioran.

Tenemos que ponernos en contacto con instituciones como el INA, (Instituto Nacional de Aprendizaje) y el Complejo Industrial existente en nuestro país, para ver si tiene capacidad de producción de nuestras necesidades en equipo y para la formación de recursos humanos en manejo y mantenimiento de equipo.

INFORMACION AL PAIS

Se utilizará masiva y permanentemente, para movilizar el apoyo político-financiero, administrativo-técnico y popular.

A los políticos, a los periódicos, a la televisión, a los dirigentes comunales se les debe dar declaración sobre los objetivos y los posibles beneficios socioeconómicos de la estrategia, así

como informarles sobre la marcha de ella.

Suministrar al personal de la salud, información sobre la validez de las diversas tecnologías de salud y los problemas de aplicación que entraña.

Información a la comunidad por folletos, periódicos, cines, televisión, escuelas, etc.

DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS

La mejor manera de lograr movilizar a la población consiste en conseguir su participación.

- Delegando responsabilidad, autoridad y recursos para establecer la Atención Primaria en la comunidad.
- Creando Comités de Salud en todas las comunidades para establecer y vigilar la Atención Primaria.
- Fomentando, mediante principios educacionales, la responsabilidad de la población para la autoasistencia individual y familiar, adoptando un estilo de vida sano y aplicando principios adecuados de higiene y nutrición.
- A la fecha de esta publicación ya estarán funcionando las Juntas de Salud y Seguridad Social en todos los cantones del país.

DELEGACION DE RESPONSABILIDAD: Administrar los alimentos, darles rociamiento de insecticidas, etc.

- Inclusión de representantes de la población ya no sólo en las Juntas de Salud y Seguridad Social, sino también a nivel regional, nacional o intermedio.
- Adiestramiento y orientación de agentes de salud de la comunidad, solicitar ayuda a los dirigentes cívicos, maestros, agentes de policía, cooperativistas, etc.
Se estimulará al máximo la creación de organizaciones benéficas para que participen en las actividades de fomento de la salud y de prestación de servicio de urgencia (socorro), Cruz Rojas, Comités de Nutrición, etc.

RECURSOS FINANCIEROS Y MATERIALES

1. Revisar la distribución de su presupuesto de salud en el Ministerio y de los créditos para la Atención Primaria de Salud, lo mismo en la Caja Costarricense de Seguro Social y el Instituto Nacional de Seguros.
2. Reasignar los recursos disponibles en la medida de lo necesario o dedicar recursos adicionales a la provisión de la Atención Primaria de la Salud.
3. Considerar los beneficios de los diversos programas de salud en relación con el costo, así como la eficacia de las diferentes tecnologías.
4. Tratar de conseguir fondos adicionales para la estrategia.
5. Revisar las distintas posibilidades de financiar el sistema.
6. Identificar las actividades que puedan atraer subvenciones o préstamos externos.
7. Presentar al Gobierno un plan general para el uso de todos los recursos financieros y materiales. La ayuda internacional, técnica y financiera, proveniente de la OMS, OPS y de otras agencias debe ser reorientada para apoyar estas políticas basadas con preeminencia en la atención primaria de la salud.

INDICADORES DE LA EFECTIVIDAD DE LAS ACCIONES DE SALUD

EVALUACION COMPARATIVA

- ¿Existe en el país el compromiso político por parte del Gobierno de Salud para Todos? SI.
 - ¿Puede la población participar en salud. Grupos políticos – organizaciones, Comités de Salud y de Nutrición? SI.
 - ¿Se destina a la salud por lo menos un 5% del producto nacional bruto? (Más de 6% en Costa Rica).
 - ¿Se dedica una proporción razonable de los gastos en salud a la atención de los programas de Salud Comunitaria y Rural?
 - ¿Son los recursos en salud distribuidos equitativamente, de modo que los gastos en salud por habitante, así como el personal, instalaciones, etc., dedicado a la Atención Primaria son análogas o proporcionales para los diversos grupos regionales de ciudad, etc? Esto no está sucediendo aún en nuestro país. La Meseta Central concentra excesivamente los recursos humanos y la tecnología y ahí se da un gasto excesivo, sobre todo de tipo hospitalario.
 - ¿Hay agua potable en la vivienda a una distancia que no exceda 15 mts. a pie? Hay aún muchas áreas con problemas.
 - ¿Instalaciones de saneamiento adecuadas en la vivienda (letrinas) o en su proximidad? Faltantes importantes.
 - ¿Hay campañas de inmunización contra difteria, tétanos, tosferina, sarampión, poliomielitis y TB rurales y nacionales?
- Sí, necesitamos cubrir totalmente a la población infantil. Nos falta un 15% aproximadamente.
- En las diversas localidades, ¿hay la posibilidad de disponer de por lo menos 20 medicamentos esenciales o como máximo a una distancia de una hora de marcha o transporte (farmacias comunales o botiquines)? Aún hay áreas en Costa Rica que carecen de botiquines.
 - ¿Hay personal adiestrado para la asistencia de partos y de los niños por lo menos durante el primer año de vida? - Sí lo tenemos, pero mal distribuido y tal vez deficitario.
 - El estado nutricional de los niños al nacer ¿el 90% por lo menos pesan al nacer 2500 g.? Sí estamos cerca de esta cifra.
 - La tasa de mortalidad infantil ¿es inferior para todos los subgrupos al 50 por ciento de los nacidos vivos? Sí.
 - La esperanza de vida al nacer ¿es de más de 60 años? Sí.
 - La tasa de alfabetismo de adultos para hombres y mujeres ¿sobrepasa el 70% ? Sí.
 - El producto nacional bruto por habitante ¿sobrepasa los \$500 por año? Sí.
- Como se puede observar, tenemos indicadores que nos favorecen para poder generalizar la Atención Primaria a nivel nacional.

COMPONENTES ESENCIALES DE LA ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD

- Educación para la salud (a nivel de hogar—escuela—comunidad)
- Prevención de enfermedad (educación—vacunación—medidas higiénicas—dietéticas)
- Suministro de alimentos a los niños pequeños
- Saneamiento ambiental básico y abastecimiento de agua potable
- Asistencia materno infantil
- Planificación familiar
- Prevención y lucha contra las principales enfermedades endémicas
- Tratamiento apropiado de los traumas—heridas y enfermedades comunes
- Suministro de medicamentos esenciales

La atención primaria de la salud consiste en llevar lo más cerca posible la atención primaria de salud al lugar donde trabajan o residen y es el primer nivel de atención.

Nota: En las dos páginas siguientes se podrán observar los servicios que desde hace 8 años viene dando el Ministerio de tipo atención primaria, en sus programas de salud rural y comunitaria, que superan en cierto modo lo que aquí sugiere la OMS. Sin embargo, debemos reconocer que no tenemos una cobertura total a nivel nacional y es ahí adonde debemos ir como meta.

SERVICIOS MEDICOS ASISTENCIALES DEL MINISTERIO*

Están integrados por CINCO REGIONES PROGRAMATICAS, cada una de ellas básicamente con DOS NIVELES DE ATENCION (excepto San Ramón).

PUESTOS DE SALUD RURAL (primer nivel).

Se presta atención directa a los miembros de una comunidad determinada. El servicio lo brindan Enfermeras Auxiliares y Asistentes de Salud Rural, Promotores de Salud y Supervisores de Salud. También hay visitas a las casas de habitación periódicamente.

- CONTROL ENFERMEDADES TRANSMISIBLES
- SALUD MATERNO INFANTIL
- PLANIFICACION
- NUTRICION
- PRIMEROS AUXILIOS
- REFERENCIAS DE PACIENTES A CENTROS DE SALUD O CLINICAS
- ACCIONES SOBRE EL MEDIO AMBIENTE

BIENTE

ABASTECIMIENTO DE AGUAS
ELIMINACION DE DESECHOS
ELIMINACION DE EXCRETAS
CONTROL DE ALIMENTOS Y DE LA CONTAMINACION AMBIENTAL
HIGIENE DE LA VIVIENDA

- EDUCACION PARA LA SALUD
- ORGANIZACION DE DESARROLLO COMUNAL
- REGISTROS INFORMATIVOS Y ESTADISTICOS

Su objetivo es dar atención a comunidades menores de 2000 habitantes.

SERVICIOS BRINDADOS POR LOS CENTROS DE SALUD (segundo nivel).

- CONSULTA DEL NIÑO SANO
- CONSULTA DEL NIÑO DESNUTRIDO
- CONSULTA PRENATAL
- CONSULTA POSTNATAL
- CONSULTA DE MEDICINA GENERAL
- CONSULTA ANTIVENEREA
- CONSULTA ANTITUBERCULOSA
- CONSULTA DE PLANIFICACION FAMILIAR

- CONSULTA DE ODONTOLOGIA
- CONTROL DE LEPROA
- INMUNIZACIONES
- VISITAS A LA ESCUELA
- SANEAMIENTO AMBIENTAL
- CONTROL ABASTECIMIENTOS AGUA
- ELIMINACION DE EXCRETAS
- CREMATORIOS-MATADEROS

* Se refiere a servicios que dan actualmente.

VACUNACION Y ELIMINACION PE-
RROS
LETRINIZACION
CONTROL ALIMENTOS Y DE LA

CONTAMINACION AMBIENTAL
- EDUCACION PARA LA SALUD
- ACTIVIDADES DE DESARROLLO CO-
MUNAL CON DIVERSOS COMITES

RESUMEN

La Atención Primaria de la Salud, junto con la integración de servicios Ministerio de Salud-Caja Costarricense de Seguro Social, son las dos estrategias principales para lograr mejorar la salud de nuestro pueblo, mediante la extensión de la cobertura de los servicios a todo el país. Ambas participarán en la universalización de la atención de los servicios de salud.

Se hará necesario no sólo la cooperación e integración INTRASECTORIAL Caja-Ministerio, sino también con el Instituto Nacional de Seguros y el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados. A su vez es necesario obtener colaboración INTERSECTORIAL con otras instituciones o ministerios tales como Educación, Agricultura, Obras Públicas, Trabajo, etc.

La Atención Primaria es un nivel de atención simple, que busca dar servicios aceptables y accesibles a toda la población, con la participación de la comunidad, no simplemente como beneficiaria pasiva de los servicios, sino como un elemento que contribuye y actúa en cuidado de su propia salud.

La comunidad se convierte en parte integrante del desarrollo del campo de la salud.

En esta estrategia, las ciencias médicas se interrelacionan con las sociales y políticas para un mejor accionar.

La búsqueda de una mayor justicia social, nos obliga, por esas mismas razones, a involucrar en la atención de los servicios a los indigentes. Estos están siendo atendidos por el Ministerio de Salud, en cuanto a enfermedad, pero requieren un mayor aporte de recursos para equilibrar las diferencias de esa atención.

Cuidadosa pero efectivamente, la Caja Costarricense de Seguro Social tendrá que realizar una distribución más equitativa de sus recursos, todo ello no sólo para asumir la responsabilidad de la atención de todos los costarricenses y así universalizarse verdaderamente, sino también para que su atención se encamine, en unión del Ministerio, a las acciones preventivas primordialmente, en un futuro no muy lejano.

La Atención Primaria, por ser de menor costo contribuye a racionalizar servicios, y a que éstos se organicen de manera que permita marginados o desatendidos por pobreza, área geográfica, etc.

Debemos además mantener la calidad de los actuales servicios y si es posible mejorarlos; respondiendo con ello a las nuevas necesidades creadas por el crecimiento de la población, la contaminación ambiental y los cambios en la morbi-mortalidad.

METAS PARA EL PERIODO 1982-1986

- Incrementar la esperanza de vida al nacer a por lo menos 74 años.
- Mantener la mortalidad infantil por debajo de 20 por mil
- Reducir la mortalidad infantil por gastroenteritis por lo menos a 1 por mil.

- Reducir la mortalidad de niños de 1 a 4 años por debajo de 1 por mil.
- Mantener en 0 la mortalidad y la morbilidad por poliomielitis y por difteria.
- Reducir la morbilidad por enfermedades prevenibles por vacunación en un 25 % de la tasa actual.
- Mantener o reducir las tasas de mortalidad logradas en sarampión, tosferina y tétanos.
- Mantener bajo control la malaria.
- Reducir por debajo de 15 % la prevalencia de niños menores de 5 años con insuficiente peso para su talla.
- Reducir por lo menos en un 50 % la morbilidad y mortalidad por accidentes, envenenamiento y violencias.
- Reducir la incidencia de enfermedades de transmisión sexual.
- Mantener al 100 % de la población urbana con servicio de abastecimiento de agua, por medio de conexiones domiciliarias.
- Proveer de servicio de agua al 71 % de la población rural.
- Mejorar la calidad del agua utilizada para el consumo humano.
- Mejorar las diferentes facilidades locales destinadas a la eliminación de desechos sólidos.
- Proveer de servicios de alcantarillados al 70 % de la población urbana.
- Fomentar la formulación y ejecución de proyectos para la preservación del ambiente.
- Alcanzar al 100 % de la población con servicios básicos de salud.
- Organizar y hacer que toda la población participe activa y responsablemente en las acciones de salud.
- Lograr la articulación intrasectorial y la coordinación intersectorial de todas las instituciones que realicen acciones relacionadas con la salud.

ALIMENTACION Y NUTRICION

Las deficiencias en las dietas de las personas, constituyen a menudo un problema de salud pública, pues abarcan a veces grupos importantes de la población, siendo los niños menores de 5 años, las embarazadas y las madres que están en el período de la lactancia, los más vulnerables a presentar déficit proteico importante. Así mismo, se observa que estos estados son agravados por deficiencias vitamínicas y carencias de hierro. En Costa Rica, lenta pero positivamente, las encuestas nutricionales han venido mostrando que prácticamente los estados de desnutrición importantes han desaparecido y que inclusive se están comenzando a confrontar cambios hacia el sobrepeso en algunos grupos de niños.

Sin embargo, interesa señalar, como dice

el Dr. Leonardo Mata*, que en un marco cambiante de problemas de la salud, algunos viejos males como la diarrea, la desnutrición y las deficiencias en el cuidado, crianza y estimulación del niño, permanecen endémicos en poblaciones desposeídas o marginadas. Simultáneamente, los grupos de población más favorecidos, caen en el sobreconsumo y en ciertas prácticas indeseables para la salud, traduciéndose en enfermedades degenerativas, obesidad y otros padecimientos característicos de las sociedades industrializadas.

Al presente, teníamos motivos para suponer que la situación nutricional y las mejoras anteriormente señaladas se estaban deteriorando debido a la desocupación creciente de los tres últimos años, a la disminución del poder ad-

FUENTE: Leonardo Mata y colaboradores. Varios trabajos. Seminario Proyecto Alimentación y Nutrición. Marzo. 1982.

quisitivo de nuestra moneda y a la baja producción nacional, lo cual condicionaba un déficit, sobre todo a nivel de las familias pobres para la obtención de sus alimentos esenciales.

Ha sido pues una sorpresa comprobar por la última encuesta nacional de nutrición realizada el año pasado, que a pesar de todo, continúan hasta el presente mejorando los índices de nutrición de nuestros niños. No tenemos otra explicación excepto que sea el aumento de la lactancia materna, observado también en la encuesta, la responsable en buena parte de estos resultados y la continuidad de cuidados preventivos y curativos a nivel nacional los que han contribuido a ello.

Ante la crisis, sin embargo, debe pensarse en llenar una serie de objetivos para impedir que se presente deterioro de estas mejoras y de una vez sentar bases perdurables" en este campo.

- a) Mantener y extender los programas de los CEN y CINAI y comedores escolares en toda la república, modificando en ellos algunas fallas observadas, especialmente incorporando más niños y ejerciendo mayor vigilancia y tratando de disminuir sus costos.
- b) Mejorar la cobertura de medicina rural y comunitaria y ampliarla a todo el país. Con ello garantizamos mejores cuidados a la población.
- c) Aumentar las fuentes de trabajo. (Disminuir desempleo). Especialmente a nivel rural.
- d) Crear o modificar favorablemente los hábitos alimentarios de la población. Campañas de educación en nutrición a nivel nacional. Difundir extensamente las recomendaciones que el departamento de Nutrición del Ministerio de Salud* y el INISA, bajo la dirección del Dr. Leonardo Mata, preconizan.**

e) Lograr la participación activa de la población y la articulación intersectorial (muy especialmente los de agricultura, educación y salud) para la solución de los problemas de alimentación y nutrición con base en los recursos existentes y en la disponibilidad, con fácil acceso, a los alimentos.

El sector agrícola es de particular importancia en apoyo a los de salud y educación, para que la producción local de los alimentos sea accesible a la población para el consumo familiar y que lleguen a quienes los producen.

Tiene que ver con este enfoque una política agraria y de educación que tratará de la posesión de la tierra y de su uso adecuado para cubrir en primer término este aspecto fundamental de la salud. Las huertas escolares y case-ras promovidas por Educación y Agricultura deben ser aumentadas al máximo. La educación y la participación de la mujer con base en aspectos de economía agrícola y doméstica harán que el grupo familiar y muy especialmente los hijos, disfruten de un programa nutricional que será pilar insoslayable para que la salud de la población sea una realidad.

La agricultura requiere una tecnología apropiada, tanto para la producción, como para el almacenamiento y preparación de los alimentos.

Es importante recalcar el factor preventivo que han tenido en Costa Rica una serie de medidas de enriquecimiento nutricional.

El bocio endémico, gracias a la yodificación de la sal, ha disminuído a cifras mínimas, ya ha dejado de ser problema de salud pública. Para mantener y mejorar esta situación la yodización de la sal se debe continuar por tiempo indefinido. *

* Comunicaciones y Trabajos Departamento de Nutrición. Ministerio de Salud. Díaz Amador y R. Novygrodt.

** Numerosos trabajos publicados por INISA, Director Leonardo Mata.

FUENTE:

* Informe Ministerio de Salud 1976.

La hipoavitaminosis A está controlada mediante el mayor consumo de alimentos ricos en vitamina A, como la leche íntegra, la mantequilla, o margarina, el hígado, las frutas y hortalizas y el fortalecimiento del azúcar con esta vitamina.

Costa Rica fue al parecer el primer país en el mundo en iniciar en 1974 la fortificación del azúcar con vitamina A por ley, (15 mcg x gramo de azúcar). Se suspendió esto en 1980 al comprobarse niveles buenos de Vitamina A en la población preescolar y haber desaparecido la avitaminosis A como problema de salud pública.**

Las anemias ferreprivas han mejorado mediante el abastecimiento de agua potable a las comunidades y la mejor eliminación de las excretas, lo cual ha disminuído las parasitosis intestinales que provocaban éstas en los niños. También el hierro suplido a las madres embarazadas ha contribuido a disminuir el problema de las anemias.

El control infeccioso logrado con las inmunizaciones ha conservado mejor la salud y la nutrición, y el apoyo a niños menores de 6 años y a los escolares con aporte suplementario alimenticio ha contribuído a proteger a estos grupos de desnutrición importante.

Me interesa recalcar una cita del Dr. H. Weinstock*, ex-Ministro de Salud: "De nada sirve que los niños coman si se encuentran parasitados. La parasitosis no se resuelve si no se llenan letrinas y cambiar todo esto de nada sirve, si no se tiene agua potable y calzado".

Es posible entonces visualizar que el problema de la desnutrición infantil es un problema global, de educación, capacidad económica

y cuidados de salud a nivel de los hogares costarricenses. Si las madres embarazadas comen mal y están -desequilibradas nutritiva y vitamínicamente, si nuestros niños recién nacidos no reciben lactancia materna adecuada y posteriormente no hay alimentación suplementaria suficiente, el producto será un costarricense psíquica y físicamente débil. Eso generará a largo plazo subdesarrollo nacional.

La evolución nutricional en los niños menores de un año de edad en Costa Rica, durante el período comprendido entre 1978 a 1982 ha mejorado; esta afirmación está basada en los datos de las Encuestas Nutricionales correspondientes a estos años, cuando la desnutrición en todos los grados, según la clasificación de Gómez (peso/edad) disminuyó de 33.2 % a 23.6% , correspondiendo a una disminución relativa de 29% . En los niños menores de cinco años de edad se produjo este mismo fenómeno pero en menor grado, ya que la disminución relativa fue solamente del 13%.

Si partimos del concepto de que el factor que mayor influencia tiene en la nutrición de los niños menores de un año de edad (lactante) es la lactancia materna, observamos que el mismo se corrobora al producirse un aumento significativo en la lactancia materna para ese mismo período estudiado (1978-1982); puesto que el grupo de niños que nunca recibieron leche materna disminuyó de 22.6 % (1978) a 9.6% en 1982, representando un descenso relativo de menos 58% para ese período.

Cabe mencionar que el fenómeno inverso había ocurrido en el período 1975-1978 (ver página No. 113).

FUENTE:

* R. Novygrodt y L. Tacsan. Departamento de Nutrición. Ministerio de Salud. 1983.

** Novygrodt R.: Evaluación de niveles de Vitamina A sérica del preescolar costarricense. Ministerio de Salud. 1982.

ESTADO NUTRICIONAL CRITERIO PESO/EDAD NIÑOS DE 0 A 12 MESES

ENCUESTAS NACIONALES

1978-1982 COSTA RICA

E S T A D O N U T R I C I O N A L													
AÑO	EDAD-MESES	TOTAL		SOBREPESO		NORMAL		D E S N U T R I D O S					
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	I°(75 a 90)		II°(60 a 75%)		III°(-de 60)	
								Nº	%	Nº	%	Nº	%
1982	0-5	155	100	56	36.13	79	50.97	17	10.47	3	1.94	0	20
1982	6-11	201	100	21	10.45	116	57.71	59	29.35	5	2.49	0	64
1982	Total menores 1 año	356	100	77	21.63	195	54.78	76	21.35	8	2.25	0	84
1982	Total 0-72 meses	2.224	100	253	11.4	1.070	48.1	795	35.7	98	4.4	8	901
													40.51
1978	0-5	408	100	109	26.7	182	44.7	93	22.8	24	5.8	0	117
1978	6-11	317	100	48	15.2	145	45.7	90	28.3	31	9.8	3	124
1978	Total menores 1 año	725	100	157	21.66	327	45.1	183	25.24	55	7.59	3	241
1978	Total 0-72 meses	4.182	100		11.4		42.7		37.2		8.3		45.9

FUENTE: ENCUESTA NACIONAL DE NUTRICION.
 Ministerio de Salud. Departamento de Nutrición.
 Area de Vigilancia Epidemiológica Nutricional y Alimentaria.

CAMBIOS OBSERVADOS EN NIÑOS DE 0 A 59 MESES DE EDAD

EN LA CLASIFICACION DE GOMEZ

CUATRO ENCUESTAS NACIONALES DE NUTRICION 1966-1982

AÑO DE LA ENCUESTA	No. DE CASOS	NORMAL Y SOBREPESO	% DE DESNUTRICION		
			PRIMER GRADO	SEGUNDO Y TERCER GRADOS	TODOS LOS GRADOS
1966	791	43.6	43.9	13.5	57.4
1975	1910	46.8	40.9	12.3	
1978	3069	55.6	35.8	8.6	44.4
1982	1871	61.4	34.5	4.1	38.6

FUENTE: Ministerio de Salud. Departamento de Nutrición.

Area Vigilancia Epidemiológica Nutricional y Alimentaria.

Como lo señalé en la introducción, la pobreza es el principal obstáculo para el desarrollo de la salud. Nuestro país no escapa a eso y así podemos observar que los peores indicadores de salud se encuentran en los cantones con los más malos índices socio-económicos.

OFIPLAN40 nos muestra en su clasificación de pobreza por cantones rurales según indicadores socio-económicos que ; los tres cantones donde la salud y la nutrición están más bajos, Guatuso, Guácimo y La Cruz, son también los que muestran los peores parámetros socio-económicos en Costa Rica.

Le siguen, en ese mismo orden, ocho cantones clasificados dentro de la escala como muy bajos en esos aspectos y también guarda esto relación con la salud y la nutrición.

La mortalidad infantil tuvo un patrón parecido. Los principales fueron Guatuso, Talamanca y Siquirres, donde comparativamente al nivel nacional de mortalidad infantil, de 20 muertes por cada 1000 niños nacidos vivos, en esos tres hay una mortalidad de 78, 75 y 55 muertes por cada 1000 respectivamente. Es importante ver que de esos cantones rurales, los que tienen mejor ubicación en índices, son aquellos situados en el Valle Central o en la provincia de Guanacaste. Todos situados en áreas productivas agrícolas y con buenas vías de comunicación.

Se señala que los problemas de estos cantones obedecen a lo siguiente: Ubicados lejos del área metropolitana, baja densidad de población y sus habitantes están dispersos en pequeñas localidades, no hay infraestructura y cuentan con pocos caminos y de difícil acceso, no hay centro urbano desarrollado, no tienen cañería de agua potable, tienen alta tasa de fecundidad, (mucho más elevada que en los cantones medianos y altos) y la población económicamente activa trabaja por cuenta propia con bajos ingresos. Es interesante en cambio recalcar que la mitad de la población mayor de 12 años es económicamente activa y sus porcentajes de desempleo relativamente bajo (comparado con el urbano). Sin embargo, los pocos cultivos permanentes e intensivos y lo mal que está explotada la tierra (la mitad de la tierra de las fincas no es utilizada) y que lo que predomina son cultivos de labranza, es que hay déficit de ingresos ya que el valor del producto por área cultivada es uno de los más bajos y a veces tiende a dejar pérdidas (no hay café ni caña de azúcar por ejemplo).

Por lo anterior, es que estos cantones muestran características socio-económicas y de salud del subdesarrollo y al igual que los del grupo muy bajo, se hace necesario apoyarlos en todos los aspectos para mejorar esos índices y dar vida mejor a sus poblaciones.

CLASIFICACION DE 51 CANTONES DE COSTA RICA DE ACUERDO CON INDICADORES SOCIO-ECONOMICOS⁴⁰

Los indicadores son salud y nutrición, educación y vivienda y a ellos se refiere el presente cuadro de cantones de área rural. Los cantones se presentan conforme a un orden que va desde la peor situación o nivel cero hasta la mejor situación nivel 100 para cada variable. Debemos recordar que Costa Rica está dividida en 81

cantones, de los cuales son 51 los que se analizan y pertenecen a áreas calificadas como rurales.

Extremadamente bajo (0 a 19). Muy bajo (20 a 39). Bajo (40 a 59) Mediano (60 a 79) y Medio-Alto (80 a 100).

CATEGORIA DEL CANTON	CANTONES
MEDIO-ALTO	Alfaro Ruiz, Atenas, Palmares, Naranjo, Grecia, San Mateo, Montes de Oro, Poás, Puriscal, San Carlos
MEDIANO	Tilarán, San Ramón, Mora, Dota, Alvarado, - Bagaces, Valverde Vega, Santa Cruz, Carri—llo, Nandayure, Paraíso
BAJO	Abangares, 3 dist Puntarenas, Aguirre, Nicoya, Punt 6 dist., Pérez Zeledón, Acosta, Tarrazú, Hojancha, León Cortés, Jiménez-Cañas, Turrialba, Sarapiquí, Parrita, Osa, Turrubares, Matina, Corredores, Aserri
MUY BAJO	Coto Brus, Golfito, Buenos Aires, Siquirres, Upala, Talamanca, Pococí, Los Chiles
EXTREMADAMENTE BAJO	Guatuso, Guácimo, La Cruz

BENEFICIARIOS ATENDIDOS DIARIAMENTE EN PROGRAMAS DE NUTRICIONC.E.N., C.I.N.A.I., C.E. y P.S.COMIDAS CALIENTES: (*)

En 511 Centros de Educación y Nutrición: (diariamente)

Niños de 1 a 5 años	23,814	
Madres Gestantes	1,179	
Madres Lactantes	1,374	
<u>Subtotal</u>		26,367 beneficiarios

En Centros Infantiles de Atención Integral, 33 establecimientos (diariamente)

Niños de 2 a 5 años	1,962	
<u>Subtotal</u>		1,962 beneficiarios

En 2,550 Comedores Escolares (diariamente)

Niños escolares	410,000 aprox.	
<u>Subtotal</u>		410,000 beneficiarios
TOTAL GENERAL		<u>438,329 beneficiarios</u>

DISTRIBUCION DE LECHE: (*)

En Centros de Educación y Nutrición, y Puestos de Salud, mensualmente.

Niños de 0 a 2 años (Leche íntegra, 2 Kg/mes)	25,068	
Niños de 2 a 5 años (Leche c/cereal, 2 Kg/mes)	34,454	
Madres Gestantes (Leche c/cereal, 2 Kg/mes)	5,239	
Madres Lactantes (Leche c/cereal, 2 Kg/mes)	5,431	
TOTAL GENERAL		70,192 beneficiarios

Total Comidas Calientes y Distribución de Leche:

508,521 beneficiarios

(*) Según Informe Mecanizado de Comidas Calientes y Suministro de Leche febrero/83.

(**) Según datos suministrados Sección Comedores Escolares O.C.A.F.

“A D D E N D A”

*“La salud es como la democracia,
se la aprecia sólo cuando se la pierde”.*

LACTANCIA MATERNA

La nueva encuesta nutricional realizada en el año 1982 continúa aún señalando que persiste cierto grado de déficit en el país en cuanto a lactancia natural. Sin embargo, existe un ascenso importante y una mayor predisposición de las madres a amamantar a sus hijos con mayor frecuencia y mayor duración.

Como ya señalamos, es probable que en un momento de crisis como la actual, el que los indicadores de nutrición a la fecha no se hayan deteriorado y más bien muestren mejoría son debidos en parte al aumento de esa actividad.

La lactancia natural, no sólo protege al niño al transmitirle anticuerpos para sus defensas orgánicas, sino que está probado que no hay ningún sustituto para la leche materna. Precisamente, los niños a los que no se les da ésta, sufren más en nuestro país de desnutrición e infecciones, que aquéllos a quienes se les ha proporcionado.

Independientemente de lo anterior, la leche materna obliga a la madre y al niño a un contacto íntimo, fundamental e indispensable para un desarrollo psicológico adecuado del pequeño ser. La leche materna no significa gastos para la familia, especialmente para la de escasos recursos, ni salida de divisas del país, pues aunque parezca increíble en un país agrícola y lechero por excelencia, a la fecha actual se importan cantidades de leche.

Está probado que el factor educacional en una área determinada de población donde se hace énfasis para lactancia materna obtiene buenos resultados.

L. Mata y Colaboradores* señalan eso en el Cantón de Puriscal, área donde los porcentajes de niños que no reciben leche materna es de solo 7 %, mientras que era de 30 % en promedio a nivel nacional en las encuestas nutricionales. En ese lugar, el 85% al 95%, según encuestas, permanecía con lactancia materna al mes de edad. Fue costumbre de las madres iniciar el destete del niño con alimentos de la mesa sin recurrir a la leche de vaca y pareciera que esta alimentación se reflejó en la conducta y el nivel económico de esas familias. En Puriscal no se han observado en los últimos tres años, casos de desnutrición severa en lactantes.

Por cierto, es interesante la anotación que el Dr. Mata hace de que el cantón de Puriscal, área de su experiencia, es un cantón muy pobre, calificado como de indicadores socio-económicos bajos, entre un estudio de 51 cantones del país y, sin embargo, la mortalidad infantil es la más baja o una de las más bajas de Costa Rica y existen ahí elevados índices de buena nutrición y supervivencia del niño.

Me pregunto, ¿si ese cantón no tiene un mejor desarrollo socio-económico que otros cantones y, aún más, si éste es bajo, cómo ha sucedido esto? ¿Es posible en medio de pobreza sobrevivir y superar los índices de salud en esas condiciones? Al presente sólo hay dos respuestas: una el factor de promoción de la salud y educación que existe -en ese cantón de manera importante y desde hace varios años, mediante labor combinada del Ministerio de Salud, el INISA que dirige el Dr. Mata y las acciones de la CCSS. Y la otra es la obediencia de la pobla-

* FUENTE. L. Mata y col. Estado nutricional y Supervivencia del niño lactante. Rev. Med. Hosp. Nacional de Niños. Costa Rica. 17.117-139. 1982.

ción para aceptar campañas preventivas e higiénicas (la vacunación llega a un 95 % en promedio total de población infantil) y la mayor costumbre de lactancia materna como consecuencia de la educación prenatal y post-natal que reciben la madre y la familia. Influyen además; el cuidado de hábitos higiénicos en las madres; (mejor alimentación durante el embarazo, no fumar, no beber, etc.), una adecuada planificación familiar con espaciamiento en los embarazos, dando por resultado un mejor peso del niño al nacer y favoreciéndose la supervivencia y desarrollo del lactante.

Un hecho que no sólo en ese Cantón sino en todo el país ha influido para mejor supervivencia del niño y menor mortalidad de la madre, es que más de un 90 % de las mujeres de Costa Rica dan a luz en los hospitales o Centros de Salud. Prácticamente se puede decir que el parto en nuestro país está institucionalizado.

En el país, la mortalidad prenatal provoca ahora la mayoría de las muertes. Las causas relacionadas con este tipo de muerte se hallan vinculadas con problemas de la madre embarazada, como mal estado de salud y de nutrición, múltiples y frecuentes embarazos y complicaciones durante el parto. También se asocia con la insuficiencia de peso del recién nacido (menos de 2500 g). Esto en realidad influye durante todo el primer año de la vida e inclusive des-

pués, tal vez durante toda la vida. La situación socio-económica de la madre no altera la composición nutritiva de la leche, aunque si la alimentación de la madre es muy deficiente, puede disminuir el volumen.*

La medida de mayor eficacia y más simple para contribuir a la prevención de la malnutrición y la protección contra las infecciones en el primer año de vida es la lactancia natural y la mortalidad es mucho superior en los niños con lactancia artificial que en los que han recibido lactancia materna. Interesante es citar el papel de la lactancia natural como método de regulación de la fecundidad. **

El estado nutricional del feto refleja de muchas maneras las deficiencias que experimenta la madre. Por lo tanto, la nutrición materna reviste gran importancia para la salud pública porque afecta no sólo a las madres, sino también a sus futuros hijos.³⁷

De ahí que en Costa Rica nos hemos preocupado por dar apoyo a la madre embarazada desde el punto de vista alimenticio ya que sabemos que el embarazo produce una mayor necesidad de alimentos.

La educación de la mujer acerca de sus propias necesidades nutricionales y por supuesto las de su familia es esencial para mejorar la salud.

* World Health. Organization. A 36/3. 24 march, 18 1983.

** FUENTE Taller OMS/Academia de Ciencias de USA. Ginebra. Feb. 1983.

COMPARACION DE LAS 3 ENCUESTAS NACIONALES
DE LA FRECUENCIA DE LA LACTANCIA MATERNA EN 1975-1978-1982

	1975		1978		1982	
	n=427		n=574		n=426	
	N°	%	N°	%	N°	%
Nunca mamaron	62	14.6	130	22.6	41	9.6
Incremento			+ 55		-58	

FUENTE: Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Nutrición. 1982.

TIPO DE LACTANCIA AL MOMENTO DE LA ENCUESTA POR GRADO DE URBANIZACION
(N° NIÑOS MENORES DE UN AÑO = 725) 1978

TIPO DE LACTANCIA	TOTAL DEL PAIS		URBANO	RURAL CON CENTRADO	RURAL DISPER SO
	N°	%			
Natural única	88	15.4	9.4	16.1	25.0
Mixta	154	26.8	19.3	33.3	28.3
Artificial	332	57.8	71.3	50.6	46.7
Total*	574	100.0	100.0	100.0	100.0

* El total no incluye los ignorados (20.8%) 1978.

FUENTE: Ministerio de Salud. Encuesta Nutrición 1978.

LA PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

Los altos índices de salud de un país, desde el punto de vista médico, obedecen mucho más a las acciones de educación para la salud y a la prevención que a la acción curativa.¹²

Para hablar del logro alcanzado en los índices, es imposible sólo relacionar éstos con las acciones médicas.

Los factores más importantes y que en los últimos años han contribuido a disminuir la morbilidad y mortalidad en Costa Rica, han sido, aparte de los cambios sociales y económicos que tuvimos, las medidas de control ambiental (agua potable, letrización, vigilancia epidemiológica, etc.) y las masivas inmunizaciones llevadas a cabo.

El cuidado *per se* del paciente ha desempeñado un papel secundario, aunque no puede dejar de tomarse en cuenta.

Así pues, los esfuerzos hechos en los últimos 10 años en todos los campos, pero en especial en salud, han contribuido a transformar en mucho el tipo de enfermedad prevalente en nuestro medio.

Estamos casi superando los problemas de salud de los países subdesarrollados y ya nos estamos enfrentando a patología médico-social del tipo que prevalece en naciones más desarrolladas y que amerita modificaciones en las estrategias de las campañas de salud para combatirlas.

La desnutrición, la parasitosis y las infecciones que afectaban y causaban alta mortalidad al costarricense, especialmente al niño, han disminuido significativamente. Lo anterior fue producto de: mayores fuentes de trabajo con la incipiente industrialización y acopio de mano de obra, mejores ingresos de la población, mejor alimentación, mejor vivienda, más agua potable y saneamiento ambiental y, como dijimos, a

ellos se añadieron las campañas de inmunización masivas. Los índices de mortalidad cayeron espectacularmente y secundariamente las expectativas de vida mejoraron.

Se ha comenzado a producir el envejecimiento de nuestra población y la aparición con ello de una patología predominante diferente a la de la época anterior.

Las enfermedades de carácter degenerativa como cardiopatías, hipertensión, diabetes, cáncer, etc., unidas a los problemas que nos ha traído la industria y tecnificación del agro, nos causan otros problemas, en relación con accidentes del trabajo y con enfermedades profesionales y a ello se añaden problemas como accidentes automovilísticos, envenenamientos, drogadicción, alcoholismo, etc. Todo ello nos conforma un medio en el cual, sin estar desarrollados económicamente, tenemos, pese a ser país subdesarrollado, índices de salud y problemas de país desarrollado. Tal vez en parte debido a que los préstamos exteriores y mucho de los recursos internos los dedicaron los anteriores gobiernos a mejoras en la educación y a la salud y no a la compra de armas. ¡Qué paradoja, tener problemas por ser pacifista!

La medicina del futuro, si es que nuestro país desea poder hacer frente a la situación que se avecina, de manera lógica, debe ser una que tienda a prevenir la mayor parte de lo que ya son los principales problemas de salud existentes.

La prevención de esas enfermedades y situaciones enumeradas, tiene poco que ver, aunque parezca mentiras, con más hospitales, equipos de alto costo y gran tecnología y más aun, ya no se podría realizar con vacunas dichas acciones, sino que su estrategia deberá estar en la promoción de la salud mediante las campañas

educativas y en el éxito que éstas tengan a nivel de los individuos para que, asumiendo la responsabilidad que les corresponda, modifiquen hábitos de vida y su comportamiento, y no sólo las personas individualmente hablando, sino las poblaciones y la sociedad en conjunto deben adaptarse al cambio.

Si a lo anterior agregamos la problemática de la crisis económica que afecta al país y el límite de capacidad de inversión que tiene para dar apoyo a la salud (sin contar el aumento de cuotas reciente para la Caja Costarricense de Seguro Social), y si vemos el enorme encarecimiento de los servicios de atención de la enfermedad mediante acciones hospitalarias, y si sabemos que este problema de encarecimiento de la medicina no mejorará y es más, tiende a agravarse, sobre todo por el empleo de medicinas y tecnología externa muy costosa y en constante cambio y renovación, vemos pues que estamos ya en el límite de nuestra capacidad de gastos en salud y que requerimos, no sólo un cambio en el cual logremos mejorar la eficiencia de los servicios y racionalizar los gastos, sino que también las estrategias basadas primordialmente en la atención de la enfermedad, como primera barrera, deben ser modificadas radicalmente.

Si no adoptamos rápida y generalizadamente el principio de la prevención, ya no sólo para las enfermedades infecciosas prevenibles, sino para las enfermedades no transmisibles, no será posible llevar a cabo ninguna campaña para reducir la morbilidad y la mortalidad sin contar la incapacidad laboral en la población de Costa Rica, producida por estos problemas. a.

La transición de la medicina individual a la medicina social y de la medicina de atención de la enfermedad a la de prevención, no es una estrategia sencilla, exige no sólo la reorganización de los servicios de salud y enfermedad (del Ministerio y la Caja Costarricense de Seguro Social), sino también la reorientación de la profesión médica y de las ideas y valores prevalentes en relación a la enfermedad y la salud, como ya lo señalamos.

Se requiere además convencer a la socie-

dad de su obligación de tomar las medidas sociales adecuadas, así como las gubernamentales, comunales, familiares e individuales en busca de soluciones "en conjunto" a los problemas de salud.

Se requiere además un replanteamiento de políticas de gastos en que se logre repartir los fondos y los recursos humanos y tecnológicos según prioridades nacionales y de manera más lógica y equitativa.

El principal problema médico hace 20 años, era la lucha contra las enfermedades transmisibles. Ahora no solo tenemos que continuar esta acción para evitar se nos derrumbe nuestro actual estado de salud, sino que también debemos actuar contra las enfermedades no transmisibles ya que el primer lugar como causa de muerte en Costa Rica lo están ocupando las enfermedades del aparato circulatorio, seguidas en el adulto por los tumores y los accidentes y envenenamientos, o sea que casi un 55% de las muertes obedecen a estos problemas.

Salta a la vista, por lo expuesto, que, como en el caso de las enfermedades transmisibles, la prevención constituye el medio más eficaz de reducir la morbilidad y la mortalidad de la población.

Además, la profilaxis de estos problemas constituye una fuente de ahorro por economizar recursos que se habrían gastado en tratar y pagar atención de la enfermedad y subsidios a las víctimas de incapacidad por esta patología.

Hoy es posible predecir en muchos aspectos las probabilidades de que aparezcan enfermedades no transmisibles en individuos que no presentan indicios clínicos de enfermedad.

Conviene aclarar que no nos referimos a la detección precoz de las enfermedades sino a la predicción de la probabilidad de que aparezcan.

La teoría de los factores de riesgo es una manera de analizar el problema.

En el caso de las cardiopatías esquémicas, existen tres grandes factores de riesgo: el hábito de fumar, la hipertensión arterial y la hiperco-

lesterinemia, fenómeno muy extendido en la población urbana de los países en desarrollo. Este problema ya afecta a Costa Rica.

Otros factores de riesgo son la obesidad y la falta de ejercicio, o sea, todos ellos son en realidad malos hábitos de vida individual.

Señalan S. P. Burenkov y I. S. Glasunov; Ministro de Salud de la Unión Soviética y Director de la División de las Enfermedades no Transmisibles de la Organización Mundial de la Salud, en su artículo "Criterio en Salud Pública en la Unión Soviética":

La prevención de las enfermedades no transmisibles es la medida que más eficacia puede tener para reducir la morbilidad en la Unión Soviética. Aplicando a los factores de riesgo, el método estadístico conocido como función logística múltiple, se puede descubrir un 10 % de individuos aún no aquejados de cardiopatías isquémicas, pero entre los que se producirán en los cinco años siguientes el 47 % de todos los casos conocidos de nuevos infartos del miocardio. Es decir, es un grupo de individuos que se halla 8 veces más expuestos al infarto que el resto de la población en la Unión Soviética. En ese país, el 51 % de las defunciones eran causadas por enfermedades cardiovasculares y el 17 % por enfermedades oncológicas.

La posibilidad de predecir o pronosticar la aparición de enfermedades no transmisibles, ofrece a los investigadores un instrumento para clasificar a la población de un país, según el mayor o menor riesgo de enfermedad, indicando además los medios de prevenirla.

Por ejemplo, aún no se les da el verdadero valor a la tensión y la ansiedad generadas por problemas propios o externos llamadas también estrés. Creemos que éste es capaz de precipitar o generar muchas enfermedades.

Las sociedades primitivas de Australia y Africa, sometidas a poco estrés, tienen rara vez hipertensión arterial o niveles elevados de colesterol.

Algunos rasgos del comportamiento de los individuos y de su modo de vida son sumamente importantes en causar desórdenes futuros:

El hábito de fumar es común en ser causa de problemas en varias enfermedades: aumenta o agrava el riesgo de cardiopatía isquémica y contribuye notablemente a la aparición del cáncer pulmonar. De hecho el tipo más importante de este cáncer se da casi sólo en fumadores.

Si los cigarrillos desaparecieran del mercado y la gente dejara de fumar, se calcula que por lo menos disminuirían en un 20 % o más las muertes por cáncer, ya que aparte del cáncer pulmonar, se le ha relacionado con el cáncer de la boca, la lengua, del esófago y de la vejiga. Las afecciones pulmonares crónicas deben al tabaco mucho de su causa.

La obesidad es un factor de riesgo en el caso de las cardiopatías isquémicas, la diabetes, la hipertensión, colecistopatías, problemas de columna, hernia hiatal, accidentes vasculares cerebrales, trastornos en la cadera, tobillos, etc. de tipo osteopatías degenerativas, etc.

Las clases altas y medias tienen en un alto porcentaje sobrepeso y esto las relaciona más con el tipo de enfermedad ya señalado.

Por lo tanto, buenas campañas antitabáquicas y enseñar a buenos regímenes alimenticios, reducen las tasas de incidencia y de mortalidad de enfermedades como el cáncer del pulmón, cardiopatías isquémicas, diabetes, etc.

Es evidente que el control de los factores de riesgo antes enumerados, con criterios preventivos, resulta un medio muy racional de profilaxis primaria de las enfermedades no transmisibles.

Aparte del factor de formar conciencia en el cuerpo médico sobre la importancia de esto, debería este profesional ser el agente de información para la comunidad sobre este problema.

Además, los recursos humanos no médicos deben acentuar este capítulo de la prevención de enfermedades no transmisibles y debe además incorporarse la información al sistema de enseñanza médica de otros profesionales y de técnicos de salud.

Es evidente que la mayoría de los hábitos, y de ahí los rasgos de comportamiento que determinan el riesgo de contraer las enfermedades no transmisibles antes mencionadas, se

adquieren en la primera infancia y en la adolescencia. De aquí la importancia de esta información en el hogar y la escuela.

Los niños, por ejemplo, comienzan a fumar a los doce años y la educación puede ahí inducir al cambio con facilidad. En Costa Rica el 50% de los alcohólicos han comenzado a tomar licor en su casa, entre los 10 y 14 años.

También es en el hogar, donde se pueden corregir hábitos tradicionales de alimentación y actividad física.

PAPEL DE LA COMUNIDAD

Debemos abtener que la población participe intensamente en las campañas contra el tabaco, la obesidad, el alcoholismo, la falta de ejercicio, los accidentes, etc., si pretendamos mejorar la profilaxis de estas enfermedades. De ahí la importancia de infamar de los factores de riesgo e inculcar lo trascendente, que es llevar una vida sana.

Una encuesta llevada a cabo en Moscú reveló que un 65 % de las adultas consideraban nocivo el hábito de fumar y deseaban abandonarlo. Posteriormente a una campaña contra el cigarrillo, hubo un abandono de este vicio en un 20 %.⁷

El alcohol, probablemente el peor azote de nuestra sociedad y tal vez del mundo, causa numerosas patologías independientemente de los problemas sociales y económicos que genera.

La cirrosis del hígado, las muertes por cáncer del hígado, hipertensión portal y sangradas, etc., las gastritis, pancreatitis, los accidentes fatales que ocasiona, pérdidas de trabajo, accidentes laborales, etc. De ahí la importancia que reviste una buena campaña preventiva sobre el abuso del alcoholismo o evitar que las personas se inicien en el vicio, con énfasis en educación a nivel de los hogares y escuelas y con el ejemplo de las padres como fundamento de esta acción.

En el caso de Mongolismo o Síndrome de Down, se sabe que cuanto mayor sea la edad de la madre, mayor será el riesgo, ya que en mujeres de 40 años la incidencia es de 1 a 50 y en

cambio en menores de esta edad es de 1 por 900 nacimientos.

La medicina tiene la obligación de dar a conocer a las mujeres el problema de nacimientos después de los 40 años: la aparición de esta enfermedad.

El ambiente incluye sustancias cancerígenas en las comidas, drogas, etc. Así, por ejemplo los estrógenos pueden contribuir a causar aumento en la aparición de ciertos cánceres del útero. El cáncer del cervix es mayor cuanto más relación sexual haya; a su vez las mujeres sin relaciones sexuales suelen tener elevado el cáncer mamario.

La medicina del futuro parece estar más relacionada con la educación, las mejoras en los hábitos de vida, cambios de comportamientos y acciones sobre el medio ambiente, que en pensar en nuevos hospitales y nueva tecnología para curar enfermedades.

Muchas enfermedades dependen pues de las comidas, las drogas que ingerimos, el agua que tomamos, el aire que respiramos y que está contaminado, las ocupaciones que tenemos y los hábitos que practicamos. Hacia ahí debe ir la acción de la medicina del futuro.

El objetivo de desarrollar una orientación preventiva de la salud pública, consiste en coordinar todos los aspectos educacionales de los profesionales y los paramédicos así como las acciones del Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social en un solo sentido. La meta final de esa coordinación e integración tiene dos aspectos a considerar:

- a) Uno científico: desarrollar una base científica, previo el conocimiento que se adquiera del problema en Costa Rica, de las enfermedades no transmisibles, para desarrollar la profilaxis primaria de éstas.
- b) Otro práctico: crear un sistema global de medicina preventiva, basado ante todo en la prevención primaria de estas enfermedades, mediante ideas o planes concretos, con recomendaciones aplicables para la atención de nuestra población.

En la puesta en práctica de estas medidas habrán de participar no sólo el Ministerio de Sa-

lud y sus recursos, sino la Caja Costarricense de Seguro Social, las escuelas de medicina, los organismos docentes, los medios de comunicación y la propia población.

En estas acciones se deben tomar en cuenta todo tipo de disciplinas, especialmente las clínicas, ya sea médicas o quirúrgicas, y no sólo pensar que es el especialista en salud pública el que puede aportar conocimientos a estas situaciones.

Por ejemplo ^{4 7}, hace muchos años, los cirujanos de pulmón E. Graham y A. Ochsner, fueron los primeros en darse cuenta de la asociación existente entre el hábito de fumar y el cáncer de pulmón. Fue un oftalmólogo, N. Mc Alister G., quien basándose en observaciones hechas en sus pacientes, desarrolló y ensayó la hipótesis hoy confirmada, que la rubéola en los primeros meses de embarazo causa malformaciones congénitas.

En nuestro país, se les deberá solieitar su colaboración en este campo de la prevención a todos los profesionales de las ciencias relacionadas con la salud, de manera que agudicen sus observaciones y dediquen sus esfuerzos en búsqueda de alternativas para prevenir nuestras principales enfermedades prevalentes.

POLITICAS DE POBLACION

Es deber y responsabilidad del Estado poner a disposición de la persona y de la pareja, toda la información necesaria para que puedan ejercer el derecho humano fundamental de decidir, libre y responsablemente, el número y espaciamiento de sus hijos.

El Estado, para ello, y muy especialmente para las parejas de escasos recursos económicos, debe disponer ya no sólo de la información sino de la educación y de los medios necesarios para esa paternidad responsable.

La familia es la base de la sociedad. Nuestro gobierno debe velar para que la sociedad en

que vivimos sea más justa, donde todos tengan accesos a recursos mínimos pero suficientes para su subsistencia. Todo niño que nazca debe tener la oportunidad de cuidados mínimos y de que se le satisfagan las necesidades básicas para crecer sano psíquica y físicamente.

Una buena política debe, en un Gobierno, armonizar la capacidad productiva de su pueblo con la de inversión con su capacidad de crecimiento y con la oportunidad de todos a tener salud, educación y bienestar general.

Si bien señalamos la libertad para todos los costarricenses de elegir los métodos de regulación de la fecundidad que deseen practicar, dentro del marco moral y legal que tenemos, es importante señalar que no es política de este gobierno promover la esterilización o permitir el aborto como política de planificación familiar.

Las políticas de población que apliquemos deben tender a reducir la morbi-mortalidad provocada por el nacimiento de niños no deseados, niños desnutridos o enfermos, secundarios a problemas socio-familiares que podrían ser evitados.

Hay hechos que parecen indicar, que los embarazos múltiples y frecuentes tienden a provocar morbi-mortalidad en el niño en relación con su menor peso, y que el espaciamiento de los nacimientos mejora esto. (*) (**)

Interesa señalar, que tenemos índices de mortalidad general entre los más bajos del mundo (3.9/mil habitantes) mejores que los de Estados Unidos, Rusia y Cuba, países con altos índices de salud. Y que la esperanza de vida al nacer es de 73.2 años, parecida a la de las naciones citadas. Sin embargo, nuestro crecimiento de población es actualmente de 2,74% cifra que puede considerarse moderadamente alta, sobre todo si se compara con las de las naciones citadas: USA 1,4% , Rusia 1 % y Cuba 1,8% El crecimiento total de América Latina cal-

* World Health Organization. A. 36/3. 24 march, 1983.

* * Mata, L. y col. Estado y supervivencia del niño lactante. Rev. Med. Hospital Nal. de Niños. 17. 117-139. Costa Rica, 1982.

culado para la década 1980–1990 es de 1,99 %^(*)

Como señaló el Señor Presidente Don Luis Alberto Monge, debemos lograr que Costa Rica mantenga una tasa de crecimiento de-

mográfico armonizada con sus políticas de desarrollo y respetando toda clase de derechos, sin maltratar creencias, tradiciones ni valores morales y religiosos.

* Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. ESTRATEGIAS. Documento No. 173, 1980.

EL ALCOHOLISMO EN COSTA RICA PREVENCIÓN Y ASISTENCIA

INTRODUCCION:

Como problema social, como problema económico y como problema de salud, es probable no exista para la humanidad ninguna otra enfermedad similar al alcoholismo. No existen países, razas, áreas geográficas o ideologías dentro de las cuales este estado morboso no represente una muy grave situación.

En los Estados Unidos, un 10 % de los ingresos por enfermedades mentales a los hospitales se deben al alcoholismo.

En la ciudad de México, mueren cada día 30 personas por violencia y la causa principal de los decesos es el alcoholismo.

En Francia, que tiene el mayor consumo per cápita de alcohol del mundo, la crisis ha llegado al extremo de que, en diciembre de 1980 el gobierno anunció la adopción de 35 medidas para combatir el alcoholismo como parte de un programa calificado como "Causa Nacional". Se pusieron impuestos más altos a las bebidas, análisis más rigurosos del aliento alcohólico, prohibición de venta del alcohol a menores y una intensa campaña publicitaria contra la bebida. Se calcula que los franceses ingieren anualmente un promedio de 17 litros de alcohol puro per cápita siguiéndole, en esto los italianos. Los norteamericanos, que consideran tener un severísimo problema de alcoholismo son, sin embargo, comparativamente moderados en ese aspecto, pues su consumo anual per cápita es de 7 litros y medio de alcohol puro.

Se estima que Francia tiene un total de un 13 % de sus habitantes con problemas de bebidas. (2 millones de alcohólicos y cinco millones de personas con dificultades por la ingestión excesiva de alcohol).

En ese mismo país, unas 22.000 muertes anuales son atribuidas al alcoholismo, así como un 40 % de los accidentes de tránsito, el 75 % de los actos delictivos y 2/3 partes de los nacimientos de niños con defectos mentales.

En los Estados Unidos, la principal causa de muerte es el trauma, especialmente los accidentes automovilísticos, muy por encima de las enfermedades cardiovasculares y el cáncer. Se ha atribuido un 50 % o más de esos accidentes a excesos alcohólicos. Un 10 % de la población trabajadora en USA, o sea más de 10 millones de personas, son considerados alcohólicos.*

PROBLEMA NACIONAL

Es importante señalar que en Costa Rica en 1961 la tasa de defunciones por alcoholismo fue de 2.31 por cien mil habitantes y en 1976 llegaba ya a 3.17.

Esto toma particular importancia cuando se analiza que, para el mismo período, la tasa de mortalidad general descendió de 7,5 a 4,5 por mil habitantes. De 1961 a 1979 ha habido un aumento de tasa de dos litros de alcohol absoluto per cápita anual para la población mayor de 15 años, teniendo que en el año 1977 llegaba a un promedio de 4,58 litros anuales por habitante, cifra que parece haberse superado en 1982.

El alcoholismo es, pues, un fenómeno que afecta toda la esfera de la vida de un individuo.

El ejemplo que los padres costarricenses dan a sus hijos ha dado como resultado que las investigaciones realizadas demuestren que es en el hogar donde se inicia preferentemente el consumo de bebidas alcohólicas. ** A tal extremo llega esto, que un 50 % de los lla-

* FUENTE. Employee Assistance Programs. Comp. Care. USA, QOIQ. USA. Department of Health, Education and Welfare. The Alcohol, Drug abuse and Mental Health National Data Book. 1980.

** FUENTE. OMS. Problemas relacionados con el consumo de alcohol. 650. 1982.

mados bebedores excesivos señalan haber iniciado la ingestión de alcohol entre los 10 y 14 años y lo mismo dice un 33% de los alcohólicos graves.

Con base en información del Departamento de Investigación del INSA (Instituto Nacional sobre-Alcoholismo), puede estimarse que la ingestión del alcohol tiene la siguiente magnitud en Costa Rica.

Mayores de 15 años, año 1981.

Un total de 1.274.000 habitantes ingiere alcohol, o sea casi un 50 % de los habitantes de la República, contando niños. De este total de personas que toman bebidas alcohólicas no tienen problemas un 40 %, o sea 509.975 habitantes, pero un 30 % tiene ingestión frecuente y embriaguez (382.481 personas). Además presentan trastornos psicológicos y sociales por bebida excesiva un 15 % (191.241) y dependencia física del alcohol un 4,5% (57.372 h.). Lesiones físicas y mentales por esa causa 0,6% (7.223 h.) y problemas en vía de recuperación un 10 % (127.494). Como se puede ver, el problema en Costa Rica reviste características sumamente graves. Se puede decir sin temor a equivocarnos, que el nuestro es un medio social altamente estimulante de la ingestión de bebidas alcohólicas.

Mantenerse abstemio puede significar incluso salir marginado de determinados ambientes.

Las medidas de tipo asistencial para ayudar al alcohólico no darán resultado si no realizamos acciones nacionales, ya que actuar sobre el alcohólico es estar combatiendo el producto y no al productor o la matriz, que es la verdaderamente responsable de la crisis que hoy tenemos en Costa Rica.

El consumo de las bebidas alcohólicas en Costa Rica hasta marzo de 1980, por sí sola explica lo serio de nuestra situación.

BEBIDAS ALCOHOLICAS DESTILADAS (EN LITROS)

Aguardiente	6.173.528
Licores finos	4.556.624

BEBIDAS ALCOHOLICAS NO DESTILADAS (EN LITROS)

Vinos	1.001.179
Cervezas	49.817 .685

o sea 62 millones de litros de licores diversos en una población de menos de 2 y medio millones. Se calcula que la ingestión diaria de 90 gramos de Etanol (tres tragos de una onza cada uno), cifra que muy frecuentemente ingiere un bebedor social o un hombre de negocios, es una amenaza grave de lesión hepática.

Se sabe que los hijos de alcohólicos, en particular varones, son especialmente vulnerables al alcoholismo, tanto si son criados por sus padres naturales como si son criados por padres adoptivos.

Es cierto que el consumo del alcohol está aumentando en todo el mundo, en especial en aquellos países que experimentan un rápido desarrollo socio-económico. Lo anterior es motivado por el ejemplo familiar o social y por el exceso de propaganda atractiva en los medios de comunicación, muy especialmente la televisión, de fácil acceso a los niños.

Las medidas están pues en reducir ANTES QUE NADA LAS INFLUENCIAS DEL MEDIO QUE NOS RODEA, FAVORABLES AL ALCOHOL, y en donde a muchos alcohólicos se les dice BEBEDORES SOCIALES.

Lo anterior no es fácil, si se comprende que el Estado tiene el monopolio de la producción de licor. La estrategia básica sería lógicamente reducir la oferta y si es posible la demanda.

Hecho un análisis en nuestro medio nos dimos cuenta de que el INSA y sus dirigentes han llevado a cabo en Costa Rica una buena labor. Pudimos analizar numerosas publicaciones de diversos autores, llevadas a cabo por ellos, estudiar sus programas de carácter educativo y analizar sus logros, lo cual nos ha dejado complacidos. Creemos que se hace necesario ahora impulsar con mayor efectividad la labor de esa Institución, darle apoyo adecuado dentro de las leyes, como se pretende con la Ley sobre alcoholismo existente en la Asamblea y reajustar los programas a las necesidades del país.

El presente trabajo fue realizado gracias a la colaboración que me brindó el Dr. Fernando Arce Montiel y además presenta muchas ideas ya planteadas en diversos trabajos previos por el INSA. Debo señalar que se elaboró muchos meses antes de que el INSA, bajo la dirección actual del Dr. Enrique Madrigal*, publicara una propuesta de enfoque integral sobre el alcoholismo.

Ambos se complementan y se interrelacionan en muchos aspectos. En algunos detalles no son concordantes.

Finalmente coincidimos plenamente con la American Medical Association en reconocer oficialmente qué el alcoholismo es una enfermedad.**

PROGRAMA ASISTENCIAL

Usualmente, los problemas del alcoholismo en Costa Rica. Son vistos exclusivamente desde el punto de vista del alcohólico crónico, fácilmente encontrados en las calles del país o en los hospitales. Sin embargo, lejos de representar el verdadero problema, constituyen la punta del *iceberg* que asoma engañosamente a la superficie. El uso "moderado" de bebidas alcohólicas es aceptado de modo general en nuestra cultura actual y, por ello, la mayoría de las personas introducidas al alcohol, se vuelven bebedores "sociales". De ahí que el diagnóstico de la enfermedad en su fase inicial y curable, en un muy alto porcentaje de los casos, no sea acertado ya que, como se señala, esas primeras manifestaciones del abuso del etanol aparecen en la esfera social, no como síntomas clínicos, sino como cambios en la personalidad, y de ahí que quienes suelen detectar el alcoholismo precoz son las esposas, los familiares, los jefes del enfermo.

Como el medio social nuestro propicia la ingestión de bebidas alcohólicas, si no se toman medidas al respecto con programas verdaderamente educativos de gran difusión en todas las edades, no podríamos combatir la causa del

problema. Debemos señalar que gran parte de estos programas los tiene el INSA en desarrollo y lo que se requiere es mayor apoyo de parte del Gobierno y darles una mejor estructuración.

La situación, como se señala, se torna difícil debido a que quienes presentan los primeros síntomas o que no han llegado al deterioro total, no pueden ser bien detectados y por ello no reciben tratamiento oportuno. En cambio, los recursos asistenciales están dedicados a tratar casi exclusivamente a los intoxicados y los casos crónicos, lo cual bloquea la capacidad de atención del INSA.

Un alcohólico crónico con serias lesiones físicas y mentales, trasciende el problema del alcoholismo para configurar una severa patología psiquiátrica. Deben ser pues tratados en instituciones psiquiátricas, ya que los recursos para rehabilitarlos son insuficientes. De esta manera quedan los servicios para los restantes alcohólicos en mejor capacidad de recibir a los demás enfermos. Es paradójico que los problemas de salud de seis mil alcohólicos severos y difícilmente recuperables obstaculizan seriamente la atención de casi 250 mil afectados que tienen posibilidades de recuperación.

Los enfermos aún no deteriorados y que constituyen el problema real del alcoholismo no reciben, pues, atención. Desafortunadamente todo aquél que conserva, aún con serios problemas, su trabajo y su familia, y que es bebedor, suele no ser considerado en Costa Rica como un alcohólico.

El INSA tiene a su cargo la responsabilidad de la investigación, prevención y tratamiento de los problemas del alcoholismo, lamentablemente en cuanto a tratamientos. Ya desde 1976, cuando se abrió el centro de internamiento en Tirrases, el Instituto se ha visto saturado rápidamente por la atención de intoxicados y de casos crónicos. Los hospitales del Seguro no suelen asumir la atención de las intoxicaciones, lo que significa que los problemas de ebriedad de más de 500.000 mil personas, son transferidos

* FUENTE. Madrigal E. S. y col. Propuesta para un enfoque integral sobre el alcohol y alcoholismo en Costa Rica. INSA. 1982.

** FUENTE. Trice, H. M.. Job Based Alcoholism and Employee Assistance Programs. In Alcohol. Health and Research World. Vol. 4, No. 3. 1980.

al INSA. Por otro lado, alcohólicos anónimos recibe únicamente para su tratamiento a aquellas personas que han tomado la decisión de dejar de beber.

Creemos que la situación actual tiene una falla en la derivación adecuada de los casos crónicos y porque existe una visión parcial del problema. Enumeramos, para su entendimiento, la clasificación integrál de categorías de los bebedores, para mejor comprensión de las soluciones.

- a- Abstemio: no ingiere bebidas alcohólicas.
- b- Bebedor moderado o social: ocasionalmente ingiere licor, especialmente como medio de adaptación socio-cultural (reuniones, fiestas, almuerzos, etc.).
- c- Bebedor excesivo: ingiere con frecuencia licor por cualquier motivo y llega a veces hasta la embriaguez. Crea conflictos en la esfera familiar y laboral y tiene por ello problemas económicos y crisis depresivas ansiosas.
- d- Bebedor sintomático: ya tiene trastornos de su personalidad y mucho conflicto en sus relaciones interpersonales, finalmente
- e- Finalmente está el alcohólico crónico: es un estado terminal, resultante de las condiciones bio-psico-sociales, con severa dependencia física del licor e incapaz de detenerse, con desintegración de su relación familiar y con deterioro intelectual.

En lo referente a la ingestión de alcohol, la abstención de beber o su consumo en forma tal que no representa un riesgo, es estado de salud. La enfermedad abarca aquellas formas de tomar que pueden conducir a cambios irreversibles.

Compartimos la idea de que el tratamiento del alcoholismo resulta en una subsecuente reducción en el tratamiento de otras enfermedades que se derivan del abuso del alcoholismo, y eso representa grandes economías. *

PLAN DE ACCION CONTRA EL ALCOHOLISMO

PRIMERA FASE: El problema es, pues, el siguiente, y sus posibles soluciones.

1. **LOS CASOS DE INTOXICACION AGUDA ALCOHOLICA:** deberían ser atendidos en los Hospitales Nacionales en su etapa de crisis y luego enviados al INSA para su recuperación posterior.**
2. **LOS CASOS CRONICOS ENFERMOS:** deberán ser atendidos por los Hospitales Generales o Psiquiátricos y de ninguna manera por el Hospital de Tirrases del INSA (de hecho en muchos casos esto se hace). De lo anterior queda el hecho de que el INSA y sus servicios quedan, pues, para atender a ese medio millón de bebedores que constituyen el problema real y RECUPERABLE del alcoholismo, ya que hasta el momento estos crónicos y los intoxicados saturan el INSA y limitan su capacidad.
3. **SE LE TRASLADARA A LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL:** el costo calculado que demanda en el INSA, la atención de estos enfermos alcohólicos mensualmente, del presupuesto que tiene el INSA.

SEGUNDA FASE: MODELO PROGRAMATICO

El modelo que se propone pretende abordar la problemática de alcoholismo basado en un esquema de acción simultánea en materia de prevención y asistencia que se dirija al abstemio, al bebedor moderado, al bebedor excesivo y al alcohólico más severo.

Responde, pues, a una concepción integral del problema, concentrando la labor en la coordinación de organizaciones comunales de base, tanto oficiales como privadas, procurando una

* FUENTE. Jones, K. R. and Vischi, T. R.. Impact of alcohol, Drug Abuse and Mental Health Treatment on Medical Care Utilization. Supplement to Medical Care. Vol. 17 No. 12. 1979 .

** Madrigal E. y col. Proyecto para una unidad de desintoxicación en el Hospital Calderón Guardia. INSA. 1982.

mayor cobertura nacional, racionalizando los gastos existentes y empleando mejor los recursos. Se basan estos modelos en la infraestructura existente actualmente en los campos de la educación y del Sistema Nacional de Salud, en la red de servicios comunales y en el sistema de seguridad nacional, es decir, en los cuerpos de vigilancia y de competencia legal.

Estos modelos deberán ser los siguientes:

MODELO EDUCATIVO: El propósito principal será la prevención secundaria del alcoholismo. El programa general estará en función, por un lado, de la educación formal, entendiendo por ésta, a la que cubre la población escolar, de secundaria y universitaria y, por otro lado de la educación informal, expresada en los medios de comunicación colectiva, las organizaciones comunales oficiales y privadas y la promoción de actividades indirectas de corte recreativo.

En lo referente a la educación formal, se delegan dos acciones, una directa dirigida a la población infantil de las Escuelas de todo el país. Lo anterior implica la participación activa del INSA en los programas escolares, promoviendo en todas las escuelas la realización de actividades informativas de naturaleza preventiva en materia de alcohol y alcoholismo. De hecho, el programa Escolar de Prevención del Alcoholismo está vigente desde hace 5 años. Sin embargo, lamentablemente no está siendo aplicado en las escuelas. Este programa está diseñado para ser aplicado en el primero y segundo ciclos a todo lo largo del curso lectivo.

A pesar del esfuerzo de los asesores supervisores del INSA, al parecer la falta de interés de los educadores para aplicar el programa ha hecho que este no se haya consolidado y brinde frutos.

La otra acción es indirecta y directa, dirigida a la población juvenil y adulta de los centros de enseñanza secundaria y universitaria. Consiste en facilitar en esos centros la formación de comités de estudiantes que se encarguen de la difusión de las actividades educativas y culturales que se refieren a acciones preventivas contra el alcohol.

Su labor debe estar apoyada por las aso-

ciaciones de padres de familia y los departamentos de orientación y vida estudiantil de cada una de esas entidades.

El INSA actuaría asesorando a estos grupos en los lineamientos técnicos del programa.

En lo que respecta a la Educación Informal, ésta consiste en realizar acciones educativas e informativas en materia de alcoholismo a nivel de las diversas comunidades, en especial solicitando ayuda de las organizaciones existentes (deportivas-sociales-comunales-educativas-profesionales, etc;) y además promoviendo actividades recreativas de las personas.

Tradicionalmente la labor preventiva del alcoholismo ha sido realizada casi exclusivamente por profesionales expertos en la materia. Bajo esta concepción era poca la cobertura alcanzada y con el agravante de que las comunidades no asumían como suyo el compromiso de luchar por mejorar la salud de sus respectivas regiones. Esto debe acabar y serán los miembros de esas comunidades quienes colaboren en este tipo de campaña bajo la supervisión del INSA.

Tanto la educación formal como la informal, deben complementarse con una amplia campaña de divulgación en contra del alcohol, especialmente a nivel de la Prensa, la Televisión y la Radio.

MODELO ASISTENCIAL: A través de este modelo se tiende a la prevención secundaria y terciaria del alcoholismo, siendo su base la delegación de funciones. Implica la apertura de un servicio asistencial de proyección nacional. Existe actualmente un tipo de estructura asistencial para atender al enfermo alcohólico, de gran complejidad técnica y poca cobertura, como es o son el Servicio Central del INSA y sus clínicas.

Se sugiere aquí la creación de una estructura de prestaciones de servicios de baja complejidad técnica y alta cobertura, y que sobre todo permita descentralizar la prestación del servicio asistencial en sus distintos niveles de atención, con lo cual se reducen los costos de operación.

Este modelo se ha diseñado especialmente para intervenir en la población de bebedores

excesivos, de los sintomáticos y de los alcohólicos crónicos.

1. **ALCOHOLISMO EN LA EMPRESA O TRABAJO.** Líderes formados por el INSA y que sean empleados de las diversas empresas nacionales, detectarán y referirán a donde correspondan los casos sospechosos.
2. Un Equipo Móvil de capacitación en diagnóstico y tratamiento del alcoholismo. Este equipo se desplazará regularmente a todos los Centros de Salud y el ínicas Perifericas, a brindar capacitación y asistencia diagnóstica precoz y explicar las normas de tratamiento del alcoholismo al personal médico y paramédico de la Caja Costarricense de Seguro Social y Ministerio de Salud. Será realizada esta labor por un equipo interdisciplinario que tendrá por objeto, crear conciencia sobre la necesidad de que en esos núcleos de salud se acepten y traten los problemas del alcoholismo y se coordinen adecuados sistemas de referencia extrainstitucionales, que sirvan para estructurar una red nacional de asistencia en alcoholismo.

ALCOHOLICOS ANONIMOS: Con su conocida actuación en las diversas provincias del país, esta organización privada logra ayudar a muchos alcohólicos a rehabilitarse. Es conveniente darles ayuda, si la aceptan, y solicitarles colaboración para este programa de la manera más adecuada. Psiquiatras, especialistas en alcoholismo* creen que los tratamientos de Alcohólicos Anónimos son los más efectivos medios para combatir este problema.

PROCEDIMIENTOS INTENSIVOS: Se ubicarán en el Centro de Rehabilitación de Tirrases, en el Hospital PSiquiátrico y en el sistema hospitalario nacional. Se aceptarán los pacientes que requieran internamiento a corto plazo para desintoxicación y la aplicación de la mayor cantidad de recursos terapéuticos en el menor tiempo posible.

La programación asistencial para alcohóli-

cos crónicos, será de competencia del INSA, del Sistema Nacional de Salud y de aquellas organizaciones o comités comunales interesados en solucionar los problemas del alcoholismo. El abordaje en común permitirá formar una cadena de servicios por sectores dirigidos a la prevención terciaria del alcoholismo, coordinado en sus pautas de acción pero autónomo en el compromiso que cada entidad asuma al aplicar su cuota de responsabilidad. La delegación de funciones que requiere la asistencia para alcohólicos crónicos se inicia en la siguiente forma.

ADIESTRAMIENTO A LOS CUERPOS DE SEGURIDAD NACIONAL: Sensibilizar y motivar a las autoridades del país para participar en la solución de la problemática del alcoholismo. Se brindará adiestramiento sobre el problema y se darán pautas generales relativas al manejo del paciente alcohólico y la orientación sobre las referencias a seguir con estos casos, según sea necesario su envío a puestos de salud, clínicas de la Caja Costarricense de Seguro Social, Instituto Nacional sobre Alcoholismo u Hospital Psiquiátrico. **GRANJAS TERAPEUTICAS:** Se irán instalando en el país en diferentes zonas seleccionadas previamente, según la intensidad del problema, la facilidad para instalarlas, los medios económicos de que se disponga etc.

Están orientadas a promover programas productivos de autofinanciamiento que signifiquen a su vez baja complejidad técnica y regular cobertura. Los comités de vecinos, en asocio con el INA y el Ministerio de Agricultura, velarán por la organización y buena marcha de estos programas.

Al igual que en el modelo educativo, el modelo asistencial deberá contar o se complementará con la divulgación masiva de programas debidamente preparados para llevar a las masas información general sobre alcoholismo, primeros auxilios y otras normas de tratamiento del enfermo.

PROGRAMA DE LOS CLUBES DE ALCOHOLICOS REHABILITADOS

* Vaillant. G. The Natural History of Alcoholism. Harvard University Press. USA. 1982.

Existe actualmente un tipo de estructura asistencial para atender al enfermo alcohólico de gran complejidad técnica y poca cobertura, como es el Servicio Central del INSA y sus Clínicas.

Se hace necesario crear una estructura de prestación de Servicios de baja complejidad técnica y alta cobertura. Esta es la que se propone con el programa de clubes de alcohólicos rehabilitados.

Si aplicamos esta estructura a los recursos físicos que habrá, tendríamos una pirámide cuya base estaría formada por: 1.- Clubes de alcohólicos recuperados que en proporción de 1 por cada 10 mil habitantes atienden pacientes. 2.- Un segundo nivel lo constituirían las consultas externas periféricas en proporción de 1 por cada 40 a 50 mil habitantes. 3.- Un tercer nivel de atención lo darían los servicios de internamiento y consulta externa centrales y, por último. 4.- Cuarto nivel de complejidad creciente, estaría representado por los servicios de rehabilitación de casos graves. Se propone un esquema de participación comunal principalmente a nivel de alcohólicos rehabilitados, creando Clubes de Alcohólicos rehabilitados llamados (CAR), que actuarían mediante técnicas de grupos de proceso terapéutico, orientados a lograr a través del tiempo un grupo cada vez mayor de rehabilitación integral de los enfermos, efectuando a la vez acción terapéutica.

Se haría con base en una selección de ser posible de alcohólicos ya rehabilitados por el INSA y que hayan sido debidamente controlados en el tiempo (seguidos), para garantizar su verdadera rehabilitación. Sin embargo pueden aceptarse otros incluyendo, por ejemplo, alcohólicos anónimos rehabilitados, etc.

Se establecen requisitos mínimos para el proceso de selección de líderes de esos clubes. Se presentan las siguientes ventajas al respecto.

- a.- Los líderes ya tienen experiencia y conciencia del problema por ser alcohólicos.
- b.- Es probable que algunos o muchos carezcan de trabajo, dados sus antecedentes. Este programa les abre la puerta para ganar una suma para sostener a sus familias y se

resuelvan así problemas sociales.

- c.- Los líderes conocen usualmente los programas y los métodos de trabajo del INSA.
- d.- Deben pertenecer al área donde se encuentra el Club.
- e.- Tienen fe y confianza en los resultados por conocer el INSA, ya que lograron su rehabilitación.

Los objetivos son: lograr la abstinencia del enfermo alcohólico mediante la extinción progresiva del hábito de beber, creando o reforzando conductas sustitutivas que permiten una mejor adaptación, (se tiene así un marco teórico de condicionamiento operante).

La Acción de los Clubes de Alcohólicos Rehabilitados es:

- 1.- **Acción preventiva:** Contribuir a difundir las nociones sobre los riesgos del alcoholismo en su comunidad, labor que debe ser desarrollada especialmente a nivel escolar y colegial. Los maestros y profesores deberán ser capacitados mediante programas previos.
Se les enseñan a los educandos, los graves problemas que acarrea el abuso del alcohol. Charlas mínimas de 2 horas por semana. Los supervisores del INSA serán responsables de impartir conocimiento a los profesores, así como de supervisar la rehabilitación que estas charlas y den como resultado.
- 2.- **Acción terapéutica:** Los grupos de la comunidad, (Cantones, distritos, etc.) se reúnen regularmente en el centro, con el programa de refuerzo positivo y bajo el método del condicionamiento operante positivo (simplificado).
- 3.- **Acción recreativa:** Se trata de que el local o club pueda constituirse en un sustituto de la cantina, al que los individuos puedan asistir regularmente ya sea solos o con sus familias, aún en días feriados. Ahí se relacionan entre sí, tienen sesiones, pueden tomar café o refrescos. Juegan algunos juegos de salón, tienen lecturas a su alcance, etc, todo ello buscando canalizar

adecuadamente las inquietudes de sus miembros.

AREAS A CUBRIR POR EL PROGRAMA:

Se inició a nivel cantonal. Posteriormente pasó a nivel distrital. Sin embargo, según condiciones del medio o necesidades, esto puede invertirse.

METODOLOGIA DEL TRABAJO:

El grupo actúa bajo un esquema de participación de todos, con un moderador que deberá ser rotativo. El ambiente queda determinado por el mismo grupo. Se trabaja bajo el principio de consenso y se trata de obtener un elevado grado de relación interpersonal agradable, con una sólida base de identificación y solución de sus problemas.

El programa tiene tres clases de miembros:

a) Discípulos b) Tutores c) Líderes del grupo o del Club.

La terapia será grupal, con funcionamiento operativo por sesiones. La fundación de estos clubes deberá ser provocada por el INSA tratando de lograr acción creadora de líderes de comunidad para su manejo. Los promotores de salud del Ministerio de Salud pueden actuar en calidad de supervisores y evaluadores de estos programas a nivel nacional.

CAUSAS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD DEL ALCOHOLISMO

- 1.- Intoxicación Aguda
- 2.- Intoxicación Crónica
- 3.- Cirrosis Hepática
- 4.- Psicosis Alcohólica
- 5.- Gastritis
- 6.- Pancreatitis
- 7.- Cardiomiopatías
- 8.- Neuropatías Periféricas
- 9.- Pérdida del carácter y trastornos de su personalidad

Puede estar en relación con: Cáncer de la boca, faringe, laringe y esófago.

DAÑO SOCIAL

- Pérdida del hogar. Mal ejemplo para los hijos, divorcio, disolución de la familia.
- Pobreza (Incapacidades, pérdidas del trabajo, problema en la sociedad).
- Factor etiológico del suicidio.
- Causante de más del 50 % de los traumatismos automovilísticos, con sus secuelas de invalidez, enfermedad, incapacidad.
- Causante de alto porcentaje de los crímenes que se cometen.
- Grave causa de incapacidades laborales y accidentales, con gran pérdida de la productividad de un país.

LOS SIGNOS DEL ABUSO DEL LICOR SON:

- a) Consumo excesivo: (continuo o intermitente), durante un mes como mínimo.
- b) Dificultades sociales. En su casa, su trabajo, fiestas, etc.
- c) Dependencia Psicológica o estado patológico provocado por el alcohol.

LAS CAUSAS POSIBLES DEL ALCOHOLISMO SON:

Debe entenderse que estamos hablando de la dependencia del alcoholismo y no del ingreso a la ingestión de licor.

- a) **SOCIO CULTURALES:**
 - Sus amistades o el grupo social que frecuenta ingiere excesivamente alcohol.
 - El mal ejemplo en el hogar.
 - El trabajo; sus compañeros lo ingieren con frecuencia.
- b) **BIOLOGICAS:**
Incluye factores genéticos
- c) **PSICOLOGICAS:**
Sufre de tensión, ansiedad, depresión, estrés, etc. lo cual contribuye a la ingestión buscando disminuir dichos signos.

La incidencia e importancia de los factores señalados varía en función de la persona, edad, sexo, etc. Vaillant* señala que la personalidad del alcohólico es el resultado y no la causa de ese alcoholismo.

* Vaillant. G. The Natural History of Alcoholism. Harvard University Press. USA. 1982.

**CONSUMO DE ALCOHOL EN LITROS DE ALCOHOL ABSOLUTO POR
HABITANTE Y POR AÑO**

País o Zona	Consumo de alcohol en li- tros de alcohol absoluto 1975/1976 Litros por habitante
Francia	16.8
Italia	13.6
Portugal	11.7
España	11.4
República Federal de Alemania	11.0
Hungría	9.5
Checoslovaquia	8.6
Yugoslavia	7.7
Estados Unidos	6.8
Polonia	6.0
Suecia	5.8
Costa Rica (1981)	5.4

FUENTE: OMS. Sexto Informe sobre la situación sanitaria mundial.
1 agosto 1977.

LA CONTAMINACION AMBIENTAL Y LA SALUD

INTRODUCCION

La única especie que se destruye a sí misma es la humana. La única especie inteligente existente en la tierra es precisamente la que representa el mayor peligro para la humanidad.

Todas las especies rivalizan entre sí por el alimento, el sexo y la seguridad. La humana busca encuentros entre sí por algo más, por el "poder" .

La tecnología actual, producto de su propio conocimiento, ha dotado al ser humano de una monstruosa capacidad destructiva y, al existir un precario equilibrio entre dos fuerzas, si éste se rompe, podría ser que en meses o años, los problemas ecológicos no tengan importancia porque ya no existiría el hombre. Sin embargo nuestra obligación como funcionarios de salud, es analizar el problema del saneamiento ambiental y la contaminación, dejando a un lado el pesimismo y pensando en los problemas que esa tecnología y las sociedades actuales están ocasionando, y que debe ser tomado muy en serio a corto plazo.

Los objetos materiales en realidad no se desgastan o desaparecen cuando son utilizados o destruidos. Siguiendo la enseñanza de la primera ley de la termodinámica, concordamos en que la energía no desaparece sino que simplemente se transforma.

En realidad, con los cambios, lo que se hace es reordenar los átomos. Si consumimos oxígeno producimos dióxido de carbono; si consumimos alimentos y agua, producimos orina, sudor y heces. ¿Qué pasa entonces con el dióxido de carbono, y los desperdicios? Afortunadamente, la vida en la tierra forma una unidad en continuidad y lo que nosotros desechamos resulta material útil para otros organismos. El

CO₂ es esencial para las plantas verdes y en el proceso de su utilización, éstas producen y expelen oxígeno, esencial para el hombre.

Los desechos que producimos son descompuestos y utilizados por gran variedad de microorganismos y sus residuos utilizados por las plantas y de estas obtenemos a la vez, no sólo alimentos sino, que como vimos, se libera oxígeno a la atmósfera. Se inicia así nuevamente el ciclo de la vida.

Vemos, pues, que lo que la vida elimina, la vida lo reproduce de nuevo en forma diferente. En este accionar comienza a aparecer una situación inesperada, producto, no de cientos de millones de años, que es como se suceden los cambios en el universo, o de millones de años, como era antes de la tierra, sino de algunos años, como es el problema de la contaminación ambiental.

Tenemos la impresión de que el medio ambiente natural no estaba preparado para un proceso de cambio tan acelerado y severo como el que estamos viviendo. Sabemos que nada es inmutable, porque inclusive las rocas más grandes, con los siglos, se convierten en pequeñas por acción del agua, el viento, las temperaturas, etc. Tenemos conciencia de que esa misma acción geológica vuelve a conglomerar fragmentos de esas rocas en otras más grandes con el paso de milenios.

¿Pero está el hombre seguro de que la contaminación tan extensa y la imposibilidad material en que se encuentra el mundo de solventarla, podrá ser soportada o corregida por un "orden natural" que usualmente la naturaleza presentaba en el tiempo para estos casos? ¿No estaremos a punto de arruinar nuestra civilización con los avances de la tecnología y el crecimiento acelerado de la población sin tener a la vez recursos suficientes para un bienestar general y capacidad para controlar los cambios del medio

por el progreso técnico?

Detergentes, parasitocidas, desechos industriales, humos de fábricas y tubos de escape, cenizas, gases, aguas residual es contaminadas y radioactividad, son algunos de los resultados de una tecnología que nos ha deparado comodidad y avance, pero a su vez creando una atmósfera irrespirable, sobre todo en áreas urbanas.

San José no se aparta de esto. Ver ahora el *smog* matutino sobre nuestra capital nos preocupa y nos hace sentirnos indefensos.

El ser humano en su ingenio encuentra soluciones a muchos problemas. Hace muchas décadas ciudades como Londres, Birmingham, Pittsburgh, etc., yacían bajo espesas nubes de humo producto de la combustión del carbón. Hoy el problema en cierto modo ha sido resuelto con nuevas fuentes de energía.

Sin embargo, surgen nuevas interrogantes. Por ejemplo, el empleo relativamente reciente de carbonos clorofluorados en forma de vapor o líquido en pulverizadores, refrigeración, etc., al ser desplazados a la atmósfera superior pueden debilitar e incluso destruir la capa de ozono existente encima de la tierra, que sabemos protege la superficie terrestre de los rayos ultravioletas, los cuales son peligrosos cuando llegan con gran intensidad.

Toneladas de sustancias nocivas se vierten en el agua de los ríos; especialmente productos químicos, venenosos para la vida de los animales y las personas. La suposición de que al ser diluidos por el agua se vuelven inofensivos es una falsedad. Esa contaminación, que afecta en diversos grados nuestras aguas, está cambiando la ecología de las mismas. Por ejemplo, el crecimiento de las algas se acelera. Eso parece bueno en principio, pero un exceso en su desarrollo supera los organismos unicelulares de otros tipos, el gran crecimiento las condena a muerte y al morir son descompuestas por las bacterias que en el proceso consumen, especialmente en los lagos o embalses, el oxígeno disuelto en ellos y entonces la supervivencia de peces y otros organismos finaliza.

Millones de toneladas métricas de basura, aguas inmundas y restos de agroquímicos son

recibidos diariamente por el mar en todo el mundo, sin contar por supuesto con la contaminación provocada por el petróleo. Lo anterior puede ocasionar pérdida del planctón, que participa, como planta verde que es, en la renovación del oxígeno atmosférico y en la alimentación de seres marinos. Sólo este problema, si continúa, puede ser fatal para la humanidad entera.

Desde 1945, fecha de la primera explosión atómica en Alamogordo, USA., a la fecha, el hombre está siendo sometido a los efectos de la radiación atómica. Sus efectos sobre individuos, poblaciones y sistemas ecológicos aún no están bien valorados pero sabemos que son peligrosos y hasta mortales. Sin incluir la posibilidad de lesiones genéticas y sus mutaciones en todas las especies.

El hombre requiere cambios, nadie lo puede dudar. Es intrínseco en el ser humano. No podemos pedirle una moratoria a la tecnología y en ella buscar soluciones a los problemas.

Charles Darwin, en su obra *El Origen del Hombre*, reconoce esa necesidad humana de los cambios y sus implicaciones biológicas y señala: "Si todas las mujeres se tornaran tan bellas como la Venus del Milo, estaríamos encantados, durante un tiempo, pero pronto desearíamos una variación".

Así pues, en realidad el estado natural del hombre es vivir con aspiraciones constantemente insatisfechas y para satisfacerlas, ha inventado una múltiple tecnología. Lamentablemente, sin conocer las leyes naturales o, lo que es peor, desconociéndolas a sabiendas, ha infringido leyes ecológicas que existen desde el inicio del mundo.

Sin embargo, ese hombre no podrá jugar mucho tiempo con las reglas que gobiernan los sistemas universales y que implícitamente proporcionan equilibrio en la vida.

Desde su creación, el ser humano ha tenido la responsabilidad de su propio destino: ya el génesis señalaba "Dominarás sobre todo en la Tierra". Lamentablemente, con su dominio ha destrozado casi todos los principios ecológicos, sin pensar que el hombre pertenece a la

naturaleza y que no podrá permanecer mucho tiempo violando las leyes biológicas, so pena de su propia autodestrucción.

El hombre requiere, para sobrevivir, desarrollar una conciencia ecológica o perderá, si no lo hace, la oportunidad de renacer.

ANÁLISIS DEL PROBLEMA

El proceso de desarrollo que se ha producido a nivel mundial, y Costa Rica no escapa a ello, se ha caracterizado por enfatizar el crecimiento económico como un desiderátum, ignorando muchas veces los efectos indirectos de dicho crecimiento en el bienestar futuro de la sociedad a la que trata de servir.

En realidad, difícilmente en los planes de desarrollo de una nación se consideran los peligros futuros de determinadas decisiones respecto a la posibilidad de que el medio ambiente se vea afectado con medidas que inicialmente puedan ser justificables pero que, a la larga, le traen graves problemas al ser humano por causar trastornos al entorno ecológico en el cual reside.

Un ambiente en el cual todos los costarricenses puedan lograr un estado de salud adecuado y además obtener, sin menoscabo de esa salud, un armónico desarrollo económico que dé recursos mínimos a todos, es la meta ideal, que nos proponemos alcanzar mediante la aplicación de las estrategias Salud para Todos para el Año 2000.

Así como el desarrollo económico condiciona una mejor salud, a su vez ésta es un requisito para que los pueblos puedan obtener un crecimiento socio-económico adecuado. Hay pues una relación inseparable entre ambos procesos para obtener progresos.

Los cuidados de la salud trascienden actualmente el factor personal y tienen que ver, en relación absoluta, con el ambiente que nos rodea, la tierra que cultivamos, el agua que bebemos, el aire que respiramos, los alimentos que ingerimos, los sitios de trabajo y las ciudades en las cuales convivimos.

Este medio, a su vez, se ve afectado por diver-

sos factores: el crecimiento sostenido de la población, el acelerado desarrollo de las áreas urbanas con sus suburbios de pobreza y la creciente industrialización, a veces con malas ubicaciones o no bien planificada.

El incremento de la población nos impondrá nuevas cargas en el campo de la alimentación, la vivienda, el empleo y los cuidados de la salud.

Dadas las condiciones actuales de un descenso en la producción y un creciente desempleo por el proceso inflacionario que vivimos, ese aumento de la población, que en condiciones normales de desarrollo y de buena salud significa una ampliación de la energía humana de un pueblo y la existencia de un mayor potencial de desarrollo, puede resultar negativo, dados los déficit que presentamos en ese desarrollo económico, lo cual está impidiendo tener los medios adecuados no sólo para dotar a toda la población de fuentes de trabajo, sino por la carencia de capacitación para una buena atención de la salud.

En muchas zonas urbanas y rurales del país persisten problemas ambientales básicos. La calidad del aire y el agua tienden a desmejorar hasta niveles que podrían eventualmente poner en peligro la salud e inclusive la vida. La recolección de residuos no está llevando el mismo ritmo que la producción de desechos, los cuales están resultando excesivos para la capacidad de eliminación de éstos. La manipulación y eliminación incorrecta de estos desechos sólidos se está traduciendo en la proliferación de vectores capaces de transmitir enfermedades.

El ruido y la aglomeración de personas y máquinas constituye, cada vez más, un problema para los habitantes urbanos.

Al mismo tiempo, empiezan a ser comunes los accidentes y enfermedades del trabajo causados por los riesgos del medio ambiente. Las enfermedades transmitidas por los alimentos siguen siendo una causa importante de morbilidad y mortalidad en el país.

Mantener un estado satisfactorio de salud es siempre difícil, pues se tropieza con nuevas enfermedades, cambios en las incidencias de las enfermedades conocidas y condiciones insatis-

factorías del saneamiento ambiental, al tiempo que los recursos para la atención de la salud son invariablemente deficientes.

La mayor urbanización e industrialización han alterado el estilo de vida del costarricense. Aparte de esto, las mejoras en los índices de salud han provocado una mayor supervivencia, lo cual ha causado un aumento correlativo de los trastornos mentales y las enfermedades no transmisibles, como son el cáncer y los trastornos cardiovasculares. Aunque en otro tiempo esas enfermedades se consideraban degenerativas, constitucionales y no prevenibles, hoy día se reconoce que, al menos parcialmente, son determinadas por el deterioro del medio.

Las estrategias de salud para todos, que ya se han mencionado, habrán de configurarse frente a ese trasfondo de causas de mortalidad y morbilidad: estado nutricional, abastecimiento de agua y saneamiento, situación económica y tendencias demográficas.

SITUACION ACTUAL

No obstante los considerables esfuerzos realizados hasta la fecha para mejorar las condiciones existentes en el país, en el área de saneamiento ambiental estos esfuerzos han sido insuficientes para cubrir los requerimientos de servicios y controlar y mejorar la calidad del ambiente. De manera resumida, la situación actual es la siguiente:

1. Demografía

La población del país, estimada a enero de 1982, fue de 2.300.000 habitantes, de los cuales 43.2% vivían en el medio urbano y 52.8% en el rural. Blancos 95% , 3% negros y 2% indios. Crecimiento anual de 29 por mil y mortalidad de 4 por mil habitantes.

La densidad de población estimada para 1980 fue de 44 habitantes por kilómetro cuadrado.

2. Abastecimiento de agua

Sin tomar en consideración la calidad del ser-

vicio que proporcionan los sistemas de suministro de agua, la población urbana, estimada a julio de 1979, que dispuso de agua dentro de la vivienda fue de 974,430 habitantes, equivalentes al 98% .

En lo correspondiente al área rural, la población que contó con algún servicio de agua fue de 747.035, o sea el 64% .

3. Eliminación de excretas

En julio de 1979, el 43% de la población urbana estuvo cubierta por sistemas de alcantarillado sanitario, el 51 % dispuso de tanque séptico o letrina sanitaria y un 4% careció de estos servicios. En cuanto al área rural; el 80% contó con un sistema de eliminación de excretas. Sin embargo, desde 1980, el Ministerio, por falta de fondos, suspendió las campañas de letrización rural, lo cual podría ser causa de que estos niveles hayan descendido.

4. Eliminación de desechos sólidos

Con excepción del área metropolitana de San José, en el resto de las capitales de provincia y demás localidades del país, el equipo utilizado para la recolección y transporte de los desechos sólidos es inadecuado en la mayoría de los casos, e insuficiente prácticamente en todos.

En lo relativo a la eliminación final, aparte de las áreas metropolitanas de San José, Cartago y Heredia, que cuentan con rellenos sanitarios, las otras ciudades vierten sus desechos sólidos a cursos de agua o los depositan al aire libre sin tratamiento alguno, creando problemas de vectores, humos, olores y en general todo tipo de molestias para la población y peligros para la salud pública.

Estas acciones, por ley, están a cargo de las municipalidades y, a su vez, el INFAM está en la obligación de contribuir económicamente en apoyo de las mismas.

5. Contaminación del agua

Los principales problemas de contaminación de aguas en Costa Rica están constituidos

por descargas de materias orgánicas provenientes de aguas negras domésticas, basuras, desechos industriales y aguas de proceso de ingenios de azúcar y beneficios de café. Las aguas de despulpe y de lavado de café constituyen la mayor fuente de contaminación de los recursos hídricos del país, agravada por el hecho de que su ocurrencia coincide con la época seca del verano (noviembre a febrero), cuando los cursos de agua llevan pequeños caudales.

El resultado de la elaboración del fruto del café por parte de los beneficiadores de una región hace que las aguas residuales sean eliminadas hacia el cauce de los ríos y de esto resultan: a) malos olores, b) ataques químicos originados al entrar en contacto con los componentes metálicos de las turbinas, como la planta de Cachí, etc. con el agua contaminada, c) problemas mecánicos en las compuertas de las represas para operación y mantenimiento de éstas, originados por los restos sólidos de la broza del café, d) posible destrucción del sistema ecológico que se desarrolla en los ríos y embalses, con muerte de gran cantidad de peces que lo pueblan y del cual se benefician las poblaciones vecinas para su alimentación, e) problemas de salud, por el cambio en la composición del agua de la que se sirven para sostén los pobres de las regiones aledañas o las lesiones dérmicas provocadas por el baño en los ríos.

Otros problemas de contaminación del agua y del suelo los producen los agroquímicos usados extensivamente en los cultivos de café, arroz, caña de azúcar, banano y maíz, aún de difícil cuantificación, pero de gran peligrosidad para la salud del hombre y para la vida acuática en forma general.

6. Contaminación del suelo

La contaminación del suelo está asociada a la descarga de desechos domésticos e industriales, al empleo de sustancias químicas para la agricultura y a otros agentes químicos que producen la degradación del suelo cuando no son controlados en forma apropiada. El uso

creciente y a veces indiscriminado de plaguicidas, concentrado en suelos ricos para la agricultura y, por consiguiente, de alta prioridad para la economía nacional, puede producir alteraciones en las características de la tierra, tanto por la variedad de los componentes químicos empleados como por la preparación de las fórmulas.

7. Contaminación del aire

La tendencia ascendente de la contaminación del aire se localiza principalmente en el área Metropolitana en San José, en la que circula el 49% de los vehículos existentes en el país, se ubica el 51 % de los establecimientos industriales y habita el 27% de la población. Los vehículos particulares son los responsables del 51.6% del total de la emisión de contaminantes, el transporte público del 10% , los de carga del 36.4% y las motocicletas del 2%. Además, los vehículos de gasolina emiten el 87.8% de los contaminantes y los de diesel el 12.2% .

8. Control de ruidos

El problema de ruido prácticamente inexistente en Costa Rica hace unas pocas décadas, ha venido incrementándose a tal grado, que actualmente es necesario ponerle la debida atención, con el objeto de prevenir o minimizar sus efectos nocivos, principalmente en el área Metropolitana de San José.

Las fuentes de ruido son muchas y diversas. Algunas son inevitables, pero otras pueden suprimirse. En estas últimas se encuentran las bocinas de los automóviles, camiones estrepitosos, frenos ruidosos, radios o equipos de sonido innecesariamente altos, discotecas, etc.

9. Salud Ocupacional e Higiene Industrial

Aún no se define en el país la magnitud del problema referente a la salud de los trabajadores por carecer de información cuantitativa y cualitativa sobre los riesgos, niveles y naturaleza de las enfermedades ocupacionales. Se estima que la incidencia de tales

enfermedades oscila entre 0,7 y 1,0 por 1000 trabajadores, destacándose la dermatitis por contacto como la causa más frecuente de enfermedad ocupacional.

En 1975 ocurrieron 72.536 accidentes de trabajo que costaron al país, en reclamaciones pagadas, la suma de ₡ 44.074.550,00.

10. Control de Alimentos

La contaminación biológica y química, la descomposición y el almacenamiento inadecuado causan pérdidas por lo menos de un 35% de los alimentos que se producen en el país.

Actualmente se desconoce el número, clase y condiciones sanitarias de los establecimientos que se dedican a la producción, transporte, almacenaje y distribución de alimentos, así como de los establecimientos que preparan y sirven comidas y bebidas.

El escaso número de Inspectores Sanitarios y los pocos recursos en viáticos y capacidad de movilización, aunado a la gran cantidad de denuncias, están obstaculizando nuestra capacidad de acción en este campo.

Estimaciones muy preliminares indican que existen unos 14.800 establecimientos de alimentos y de éstos, solo una mínima parte se encuentran registrados en el Ministerio de Salud.

11. Control de Radiaciones Ionizantes

En el Catastro Nacional de usuarios se tiene un registro actualizado a 1982, de 865 personas que están expuestas a la radiación por su ocupación. De ese total el 1.5% sobrepasa la dosis máxima permisible, un 2% la iguala y un 96.5% operan dentro de los límites establecidos.

En el país se importan anualmente alrededor de 750 curies de material radioactivo en forma de fuentes abiertas o líquidos, los que se utilizan principalmente para fines de diagnóstico, y algunos tratamientos médicos humanos. El almacenamiento y seguimiento de su uso es adecuado, pero se presentan serios problemas para la eliminación final de

los desechos, que aún mantienen un alto nivel de radioactividad.

NUEVAS ESTRATEGIAS DE ACCION

La situación diagnóstica antes descrita presenta una gama de problemas sanitarios que deben ser atendidos simultáneamente, que van desde el Saneamiento Básico que necesitan muchas de nuestras comunidades rurales y suburbanas, hasta los complejos problemas que se manifiestan en las áreas urbanas del país, principalmente en el Area Metropolitana de San José, como son las contaminaciones del ambiente, la seguridad industrial, las urbanizaciones incontroladas, etc., que en su solución requieren de alta tecnología.

Por otra parte, el sector salud está integrado por un conjunto de instituciones que aún no se encuentran debidamente coordinadas, por lo que el saneamiento se ve obstaculizado en su desenvolvimiento, presentándose frecuentemente duplicaciones de esfuerzos y recursos.

Ante estas condiciones existentes en el país, el Despacho a mi cargo ha tomado una serie de decisiones encaminadas a acelerar la solución de los problemas sanitarios mencionados. Dentro de estas decisiones se destacan las siguientes:

1. La definición de una política y estrategia de salud dirigidas a alcanzar las metas que están contenidas en el programa Volvamos a la Tierra; así como los establecimientos para la década 81- 90 sobre Agua Potable y el Saneamiento Ambiental y para la Salud para Todos en el Año 2000.
2. La consolidación del sector salud, que permitirá en lo sucesivo establecer una mejor articulación intra e intersectorial, con lo cual indudablemente se logrará administrar mejor los recursos disponibles para los programas de salud y saneamiento.

LOS OBJETIVOS DEL SECTOR SON:

- a. Atender directamente, por intermedio de las

instituciones del sector, e indirectamente, por gestión ante otros sectores, todos los asuntos relacionados con el fomento y la promoción de las condiciones sociales y económicas, que permitan el pleno desarrollo de las capacidades humanas, físicas, mentales, intelectuales, afectivas y sociales en general; todo de acuerdo con las posibilidades históricas del desarrollo económico y tecnológico de la sociedad.

- b. Garantizar en el país la existencia de servicios de promoción, conservación, recuperación y rehabilitación de la salud, de adecuada calidad técnica y de la más amplia cobertura legal, geográfica, cultural y económica.
- c. Velar porque se dé en el país la más adecuada utilización de los recursos de la sociedad, destinados a la promoción, conservación, recuperación y rehabilitación de la salud:
 - Definiendo la asignación de roles a instituciones y a organizaciones;
 - Definiendo prioridades a las funciones y actividades de salud;
 - Promoviendo la coordinación ágil y eficiente entre instituciones del sector salud;
 - Vigilando y controlando el uso de los recursos públicos y privados;
 - Estimulando la participación comunitaria en salud, canalizando las oportunidades y sugerencias de organizaciones populares y privadas, en aspectos relevantes para la salud de la población; y
 - Dirigiendo los procedimientos administrativos de manera eficaz con respecto a las funciones técnicas;
- ch. Garantizar la existencia de una legislación nacional congruente, completa y actualizada, que promueva el crecimiento y desarrollo armónico de los individuos y las familias, y que tienda a disminuir los riesgos de deterioro físico, mental, intelectual afectivo y social de los miembros de la sociedad; y
- d. Capacitar a la población y suministrarle la

información necesaria para que participe activamente en las gestiones de salud.

- e. Solicitar apoyo a instituciones que, como Ascona, se mantienen vigilantes en relación con la problemática del Saneamiento Ambiental.
- 3. Desarrollo de un "Programa de Educación Continua" cuyos objetivos son:
 - a. Preparar a todos los funcionarios del Ministerio de Salud, de nivel profesional y técnico para que, conocidas las metas que en salud se ha trazado este gobierno, programen las actividades a desarrollar en cada División, Departamento, Región o Unidad de Salud, durante el resto de 1984 y los siguientes años.
 - b. Actualizar al personal del Ministerio de Salud en cada disciplina para lograr un mejor desempeño en sus cargos y lograr con ello que les facilite cumplir en la mejor forma los programas establecidos.
- 4. Hacer más dinámicas las acciones del Saneamiento Ambiental, con el propósito de coadyuvar al mantenimiento de los niveles de salud alcanzados hasta ahora y así mejorar las condiciones ambientales en el país.

Para tal efecto, en una reunión de trabajo celebrada en agosto de 1982 bajo mi presidencia, se revisaron las políticas y estrategias técnicas que se venían aplicando en el campo de Saneamiento Ambiental, y se adecuaron a la nueva patología existente del país. Además, se definieron 14 estrategias de carácter político administrativo que son fundamentales para iniciar el proceso de dinamización antes mencionado.

Para la aplicación de estas estrategias, la División de Saneamiento Ambiental propuso un Plan de Acción, el cual fue discutido y aprobado por el más alto nivel del Ministerio de Salud.

Los objetivos de este Plan de Acción son:

- a- Procurar que el Ministerio de Salud asuma el liderazgo técnico, normativo, de promoción y coordinación de todas las actividades que en materia de Saneamiento Ambiental se realicen en el país.
- b- Revisar los procedimientos de programación y adaptarlos a los requerimientos actuales que estimulen el proceso de cambio en la atención de los problemas de saneamiento, tornando la demanda de la población por actividades programadas.
- c- Fortalecer y desarrollar los elementos de apoyo que requiere la preparación, ejecución

y evaluación de los programas.

- d- Tratar de obtener un mayor presupuesto para las acciones de la división de saneamiento, con el fin de aumentar los recursos humanos para las acciones en este campo.
- e- Realizar amplias campañas de divulgación a nivel nacional, regional y local, de los problemas ambientales, previo diagnóstico hecho en cada área, con el fin de formar conciencia en la población a fin de que colabore con estos servicios.
- f- Cursos de adiestramiento y de educación continua, permanente, a todo nivel, sobre saneamiento ambiental.

POBLACION DEL PAIS CON SERVICIO DE ABASTECIMIENTO DE AGUA

Tipo de Población	Población total (miles)	Población con conexión domiciliaria		Población con fácil acceso		Población beneficiada	
		No.	%	No.	%	No.	%
Urbana	1.481.7	1.378.0	93.0	103.7	7.0	1.481.7	100.0
Rural	987.8	216.5	21.9	593.5	60.1	810.0	82.0
Totales	2.469.5	1.594.5	64.6	697.2	28.2	2.291.7	92.8

*FUENTE: Oficina de Planificación AyA.
Diciembre de 1983.*

**SISTEMAS DE AGUA POTABLE ADMINISTRADOS POR EL INSTITUTO
COSTARRICENSE DE ACUEDUCTOS Y ALCANTARILLADOS**

Provincias	Total de Sistemas		Administrados Aya		Sin Cañería Rural
	Urbano	Rural (1)	Urbano	Rural (1)	
San José	11	322	4	35	41
Alajuela	15	365	4	18	64
Cartago	8	237	—	—	10
Heredia	9	75	1	—	15
Guanacaste	11	225	8	27	166
Puntarenas	14	254	8	14	184
Limón	4	139	4	15	89
Costa Rica.	72	1.617	29	109	569

(1) No incluye el Area Rural dispersa; localidades de menos de 10 viviendas.

(2) En el Area Rural hay muchas localidades bajo administración comunal.

Fuente: Oficina de Planificación A y A
Diciembre de 1983.

SISTEMAS DE AGUA POTABLE ADMINISTRADOS POR LAS MUNICIPALIDADES

Provincias	Total de Sistemas		Administrados por Municipalidades		Sin Cañería	
	Urbano	Rural (1)	Urbano	Rural (2)	Rural	
San José	11	322	7	287	41	
Alajuela	15	365	11	347	64	
Cartago	8	237	8	237	10	
Heredia	9	75	8	75	15	
Guanacaste	11	225	3	198	166	
Puntarenas	14	254	6	240	184	
Limón	4	139	—	124	89	
Costa Rica	72	1.617	43	1.508	569	

(1) No incluye el Area Rural dispersa; localidades de menos de 10 viviendas.

(2) En el Area Rural hay muchas localidades bajo administración comunal.

FUENTE: Oficina de Planificación AyA
Diciembre de 1983.

**CALIDAD DEL AGUA SUMINISTRADA POR EL INSTITUTO
COSTARRICENSE DE ACUEDUCTOS Y ALCANTARILLADOS**

Población (habitantes)	Sistemas	Calidad		Total	Calidad no adecuada		Tipo de Fuente			Con Cloro
		Potable	Aceptable		No.	%	Pozo	Nac.	Sup.	
De 200 a 500	43	13	20	33	10		7	35	1	
De 500 a 1.000	22	10	7	17	5		4	16	2	
De 1.000 a 2.000	30	14	11	25	5		15	15		
De 2.000 a 3.000	5	2	3	5		100	2	3		
De 3.000 a 5.000	11	5	3	8	3		2	9		
De 5.000 a 10.000	9	5	4	9		100	3	6		
De 10.000 a 20.000	9	9		9		100				9
De 20.000 a 30.000	2	2		2		100	1	1		2
De 30.000 a 50.000	3	3		3		100	2	1		3
De 50.000 a 100.000	1	1		1		100				1
De 100.000 a 150.000										
De 150.000 a 200.000	2	2		2		100				2
De 200.000 a	1	1		1		100				
TOTAL	138									

FUENTE: Dirección de Operaciones del AyA.
Febrero, 1984.

**POBLACION CON SERVICIO DE ALCANTARILLADO SANITARIO Y OTROS
MEDIOS DE ELIMINACION DE EXCRETAS**

Tipo de Población	Población total (miles)	Población c/alcantarillado sanitario		Población servida con otros medios 1/		Población servida total	
		No.	%	No.	%	No.	%
Urbana	1.481.7	548.2	37.0	933.5	63.0	1.481.7	100.0
Rural	987.8	—	—	859.4	87.0	859.4	87.0
Totales	2.469.5	548.2	22.2	1.792.9	72.6	2.341.1	94.8

*FUENTE: Oficina de Planificación de Aya.
Diciembre, 1983.*

CIUDADES DE COSTA RICA CON SISTEMA DE ALCANTARILLADO SANITARIO

CIUDAD	POBLACION		TRATAMIENTO
	Total (miles)	Servida %	
Area Metropolitana	600	59	Ninguno.
San Isidro del General	16	7	Lagunas de oxidación.
Alajuela	100	57	Tanques - Imhoff (recargados).
Cartago	72	25	Tanques - Imhoff (recargados).
Turrialba	18	47	Ninguno.
Liberia	21	40	Lagunas de oxidación.
Cañas	16	26	Lagunas de oxidación.
Nicoya	10	26	Lagunas de oxidación.
Puntarenas	42	34	Ninguno.
Golfo	9	67	Ninguno.
Heredia	50	62	Tanques - Imhoff.
Limón	40	36	Ninguno.
Santa Cruz	9	54	Lagunas de oxidación.
Palmar Sur	1	90	Tanques sépticos interconectados.

Uso del afluyente:

- Todos los afluentes son descargados a ríos o esteros.
- Las aguas de muchos de esos ríos son usadas para irrigar cafetales y otros sembradíos.
- Población estimada.

FUENTE: Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados, AyA.

DESECHOS SOLIDOS	
Estimación de producción de basura por habitante y por día: 0.6 kilogramos.	
Producción diaria de basura.	1.481.700 kg
Cantidad de basura eliminada en forma	533.400 kg 36%
Cantidad de basura recolectada regularmente pero con eliminación final inadecuada por día.	385.240 kg 26%
Cantidad de basura no recolectada y acumulada indiscriminadamente por día:	563.040 kg 38%

Fuente: Ministerio de Salud
 División de Saneamiento Ambiental.
 Año: 1983.

CIUDADES CON ELIMINACION FINAL DE DESECHOS SOLIDOS

Ciudades principales	Población estimada		Eliminación final (1)			
	Número miles	Con servicio de recolección	1	2	3	4*
San José (Area Metropolitana)	600	70	x			
Alajuela (Cantón Central)	100	100		x		x
Cartago (Cantón Central)	72	100	x			
Heredia (Cantón Central)	50	100	x			
Liberia(2)	21	100		x	x	
Puntarenas	42	100		x		
Limón (Cantón Central) (3)	40	100				x

(1) 1 = Relleno Sanitario; 2 = Botadero; 3 = Incineración; 4 = A cuerpo de agua.

(2) Se realiza en campo abierto.

(3) Las basuras se lanzan al mar.

FUENTE: Departamento de Inspectores de Saneamiento. Ministerio de Salud. Entrevista personal.

FECHA: Diciembre, 1983.

RESUMEN DE DEFICIENCIAS DE LAS UNIDADES HABITACIONALES

Condiciones sanitarias	Unidades deficientes	% del total
Abastecimiento de agua	68.762	19.7
Servicio sanitario (carencia y otros)	36.676	11.0
Carencia de alumbrado eléctrico.	111.561	33.7
Mal estado físico.	44.622	13.5
Pisos (tierra y otros)	89.562	27.0
Paredes de materiales inadecuados (otros)	10.886	1.3
Techos de materiales inadecuados (otros)	13.526	4.1
Viviendas con hacinamiento	73.725	22.3

FUENTE: Censo Nacional de 1973.

ESTADO DE LA VIVIENDA

Vivienda	Total	%	Urbanas	%	Rurales	%
Buenas	177.897	54	91.797	64	86.100	46
Regulares ^{1/}	108.338	33	37.507	26	70.831	38
Malas ^{2/}	44.622	13	14.533	10	30.089	16
TOTALES.	330.857	100	143.837	100	187.020	100

1/ Vivienda que requiere reparaciones de alguna importancia, por daños o carencia de pisos, cielo raso, o defectos en las paredes o techos.

2/ Vivienda que debe eliminarse o substituirse totalmente.

Fuente: Censo de Vivienda 1973.

ENFERMEDADES QUE PUEDEN ESTAR IMPLICADAS CON LOS ALIMENTOS

(se trata de los casos notificados, que suelen ser un número muy bajo de los casos reales)

ENFERMEDAD	CASOS NOTIFICADOS 1983
Brucelosis	9
Fiebre Tifoidea	7
Fiebre paratifoidea	1
Hepatitis viral	5.599
Salmonelosis (casos no bien clasificados)	34
Shigelosis	25
Disenteria Amibiana	?
Tifo murino	2

FUENTE: Dirección de Planificación
Ministerio de Salud

El número se duplicó en relación con el año 1981

**MORTALIDAD POR ENFERMEDADES CON POSIBLE
IMPLICACION DE ALIMENTOS**

No. de Orden	Causa de Muerte	Defunciones		
		No.	Tasa x 10.000	%
3º	Accidentes, envenenamientos y violencias.	971	4.1	10,6
7º	Enfermedades infecciosas y parasitarias.	364	1.5	4,0
9º	Enfermedades de las glándulas endocrinas, de la nutrición y del metabolismo	251	1.1	2,7
TOTAL		1.586	6.7	17,3

*FUENTE: Dirección de Planificación.
Ministerio de Salud.*

FECHA: 1982

**ESTABLECIMIENTOS MANUFACTUREROS DE ALIMENTOS
SEGUN LICENCIA SANITARIA Y REGIONES DE SALUD**

Región	Número de industrias con licencia sanitaria
Central	534
Huetar Norte	241
Chorotega	107
Huetar Atlántica	93
Brunca	10
Total	985

Fuente: Departamento de Control de Alimentos. Ministerio de Salud.

Fecha: Marzo, 1984.

**ESTIMACION DEL NUMERO DE LUGARES DONDE SE FABRICAN
Y EXPENDEN ALIMENTOS, SEGUN REGIONES PROGRAMATICAS**

Lugares	Regiones					Total
	1	2	3	4	5	
Pulperías	4.525	3.075	1.880	2.175	1.195	12.850
Cantinas	3.795	2.575	1.575	1.825	1.005	10.775
Panaderías	120	85	50	60	30	345
Comedores Inf.	120	90	50	60	35	355
Restaurantes	290	200	120	140	75	825
Carnicerías	385	260	160	185	100	1.090
Mercados	75	40	30	35	20	200
Mataderos	75	55	30	35	20	215
Plantas de pastas y fábricas de queso.	90	60	35	40	25	250
Totales	9.475	6.440	3.930	4.555	2.505	26.905

Fuente: División de Saneamiento Ambiental.
Ministerio de Salud.

Fecha: Estimación a diciembre de 1983.

CONTAMINACION DEL AGUA.

Cuerpos de agua.	Contaminación		
	Doméstica	industrial	Agrícola
<u>Provincia de San José.</u>			
Río Virilla.	X	X	X
Río María Aguilar	X	X	
Río Torres	X	X	
Río Tiribí	X	X	
Río Damas	X	X	
Río Ocloro	X	X	
<u>Provincia de Heredia.</u>			
Río Virilla	X	X	X
Río Las Bermúdez	X	X	X
Río Pirro	X	X	X
<u>Provincia de Alajuela</u>			
Río Ciruelas.	X	X	X
Río Maravillas	X	X	X
<u>Provincia de Cartago.</u>			
Río Aguacaliente	X	X	X
<u>Provincia de Puntarenas.</u>			
El Estero	X	X	
Playa de Puntarenas.	X	X	
<u>Provincia de Limón.</u>			
Río Cieneguita.	X	X	
<u>Provincia de Guanacaste</u>			
Río Tempisque	X		X

Fuente: Ministerio de Salud, Departamento de Ingeniería Sanitaria, Año 1976.

VEHICULOS POR TIPO DE COMBUSTIBLE

Combustible	Número Automotores.
Gasolina	113.963
Diesel	61.665
Eléctrico	6
Mezcla	31.649
Desconocido.	3.285
Total	210.568

Fuente: Ministerio de Obras Públicas y Transportes.

Fecha: 1983

VEHICULOS INSCRITOS POR PROVINCIA

Provincia.	Número Automotores
San José.	109.488
Alajuela	27.686
Cartago	15.185
Heredia	14.651
Guanacaste	8.807
Puntarenas	8.810
Limón	4.242
Desconocidos.	21.699
Total.	210.568

Fuente: Ministerio de Obras Públicas y Transportes

Fecha: 1983

**INDUSTRIAS EXISTENTES EN EL
AREA METROPOLITANA DE SAN JOSE**

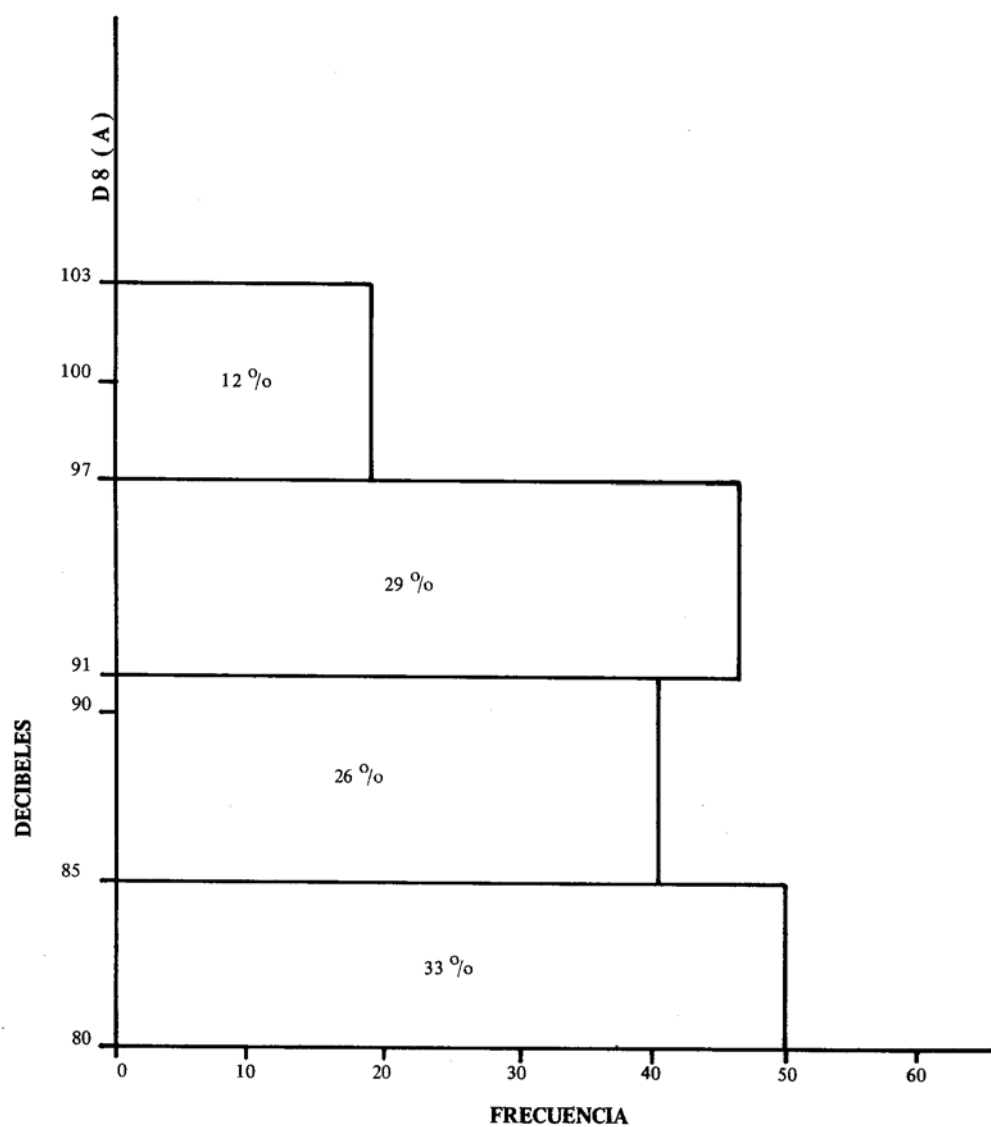
Actividad	Número.
1. Alimentos, bebidas y tabacos	161
2. Textiles. vestimentas y géneros	100
3. Maderas y muebles.	89
4. Imprenta y papel.	39
5. Químicas, caucho y petróleo	83
6. Industrias diversas.	465
 Total	 981

Fuente: Oficina de Planificación del Area Metropolitana, OFIPLAN.

Noviembre, 1978.

MEDICIONES SONICAS NOCTURNAS EN 153 DISCOTECAS
OCTUBRE 1980 A DICIEMBRE 1980

EN PROCESO DE REVISION



MINISTERIO DE SALUD
DIVISION SANEAMIENTO AMBIENTAL
DEPTO. CONTAMINACION INDUSTRIAL - 1980

POBLACION TOTAL DEL PAIS, SEGUN CONDICION DE ACTIVIDAD POR
SEXO Y ZONA.

Sexo y Zona	Población Total	Fuerza de Trabajo.			Población Inactiva
		Total	Ocupados	Desocupados	
Total del país.	2,378.598	843.813	767.596	76.217	1.534.785
Hombres urbano.	551.873	284.459	257.290	27.169	267.414
Hombres rural.	632.550	344.577	316.227	28.350	287.973
Mujeres urbano.	590.032	134.152	122.247	11.905	455.880
Mujeres rural.	604.143	80.625	71.832	8.793	523.518

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos.
Ministerio de Economía y Comercio.

Fecha: Julio de 1983.

FUERZA DE TRABAJO DEL TOTAL DEL PAIS Y DEL AREA METROPOLITANA, SEGUN CATEGORIA OCUPACIONAL POR SECTOR DE ACTIVIDAD. JULIO 1983

SECTOR DE ACTIVIDAD	FUERZA DEL TRABAJO					
	TOTAL	ASALARIADOS	CUENTA PROPIA	PATRONOS	FAMILIAR SIN SUELDO	BUSCAN POR PRIMERA VEZ
<u>TOTAL DEL PAIS</u>	<u>842.813</u>	<u>623.591</u>	<u>133.522</u>	<u>31.993</u>	<u>38.070</u>	<u>16.637</u>
AGRICULTURA	233.692	147.998	47.994	10.493	27.207	-
INDUSTRIA	138.458	109.289	21.455	5.858	1.856	-
CONSTRUCCION	45.799	37.215	5.546	2.316	722	-
SERVICIOS BASICOS	46.567	38.351	6.866	1.054	296	-
COMERCIO	147.975	97.601	35.840	9.393	5.141	-
SERVICIOS	209.611	188.840	15.498	2.642	2.631	-
ACTIVIDADES NO BIEN ESPECIFICADAS	5.074	4.297	323	237	217	-
BUSCAN POR PRIMERA VEZ	16.637	-	-	-	-	16.637
<u>AREA METROPOLITANA</u>	<u>242.661</u>	<u>190.585</u>	<u>34.440</u>	<u>9.956</u>	<u>2.278</u>	<u>5.402</u>
AGRICULTURA	4.631	2.648	1.189	660	134	-
INDUSTRIA	59.763	48.303	9.007	2.191	262	-
CONSTRUCCION	13.050	10.352	1.641	1.011	46	-
SERVICIOS BASICOS	16.291	13.659	2.109	523	-	-
COMERCIO	62.079	44.261	12.730	4.172	916	-
SERVICIOS	79.166	69.396	7.584	1.312	874	-
ACTIVIDADES NO BIEN ESPECIFICAS	2.279	1.966	180	87	46	-
BUSCAN POR PRIMERA VEZ	5.402	-	-	-	-	5.402

FUENTE: Dirección General de Estadística y Censos
Ministerio de Economía y Comercio.

Fecha: Julio de 1983.

POBLACION OCUPADA ASALARIADA DEL VALLE CENTRAL Y DEL RESTO DEL PAIS

SEGUN NIVEL DE REMUNERACION MENSUAL POR GRUPO OCUPACIONAL

GRUPO OCUPACIONAL Y REGION	TOTAL	NIVEL DE REMUNERACION												IGNORADO
		MENOS DE \$2000	DE \$2000 A \$2999	DE \$3000 A \$3999	DE \$4000 A \$4999	DE \$5000 A \$5999	DE \$6000 A \$6999	DE \$7000 A \$7999	DE \$8000 A \$8999	DE \$9000 A \$9999	DE \$10000 Y MAS			
VALLE CENTRAL	396.872	41.681	32.852	54.798	44.648	35.140	97.353	16.865	13.014	60.521				
PROFESIONALES Y TECNICOS	48.068	261	461	435	572	1.737	22.004	8.560	6.857	7.181				
ADMINISTRADORES Y GERENTES	9.384	-	68	96	232	251	2.174	1.896	2.598	2.069				
EMPLEADOS Y VENDEDORES	83.923	2.822	4.126	6.102	10.291	9.851	31.659	3.546	2.487	13.039				
OPERARIOS Y ARTESANOS	173.932	16.976	18.588	40.319	26.242	17.883	26.578	1.954	540	24.852				
PERSONAL DE SERVICIO	80.183	21.622	9.609	7.846	7.311	5.418	14.938	909	532	11.998				
OCUPACION IGNORADA	1.382	-	-	-	-	-	-	-	-	1.382				
RESTO DEL PAIS	170.674	29.886	20.074	20.886	17.956	12.652	35.634	4.874	1.662	27.050				
PROFESIONALES Y TECNICOS	12.175	118	128	246	408	740	5.978	1.717	621	2.219				
ADMINISTRADORES Y GERENTES	2.901	-	-	150	75	118	989	354	559	656				
EMPLEADOS Y VENDEDORES	16.955	965	968	1.255	2.797	2.028	5.194	504	-	3.244				
OPERARIOS Y ARTESANOS	106.319	18.930	16.558	16.910	11.751	6.882	18.849	1.677	397	14.365				
PERSONAL DE SERVICIO	31.323	9.873	2.345	2.325	2.882	2.884	4.505	472	85	5.952				
OCUPACION IGNORADA	1.001	-	75	-	43	-	119	150	-	614				

FUENTE: Dirección General de Estadística y Censos
Ministerio de Economía y Comercio.

Fecha: Julio de 1983.

NUMERO DE ACCIDENTES Y ANALISIS DE COSTOS Y VARIACIONES ABSOLUTAS Y PORCENTUALES

1973 - 1982

AÑO	NUMERO DE ACCIDENTES	VARIACION ABSOLUTA	VARIACION PORCENTUAL	COSTO TOTAL	DIFERENCIA ABSOLUTA	% AUMEN TO	COSTO POR CASO	VARIACION ABSOLUTA	VARIACION PORCENTUAL
1973	55.141	9.815	17.74%	33.848.411.90	4.305.592.02	14.57	519.60	-14.36	-2.69%
1974	73.720	8.578	13.17%	40.209.652.33	6.361.240.43	18.79	545.44	25.84	4.97%
1975	72.536	-1.184	-16.06%	44.074.552.08	3.864.899.75	9.61	607.62	62.18	11.40%
1976	75.146	2.610	3.60%	54.751.955.61	10.677.403.53	24.22	728.60	120.98	19.91%
1977	74.112	-1.034	-1.37%	65.577.941.01	10.825.985.40	19.77	884.84	156.24	21.44%
1978	79.397	5.285	7.13%	80.345.735.84	14.767.794.83	22.51	1.011.94	127.10	14.35%
1979	79.869	472	0.59%	106.630.507.20	26.284.771.36	32.71	1.335.07	323.13	31.93%
1980	79.111	-758	-0.95%	133.722.327.63	27.091.820.43	25.41	1.690.30	355.25	26.61%
1981	77.259	-1.852	-2.34%	166.096.048.18	32.373.720.55	24.21	2.149.85	459.55	27.19%
1982	71.555	-5.704	-7.88%	220.372.337.43	54.276.289.25	32.68	3.079.75	929.90	43.25%

FUENTE: Dirección General de Estadística y Censos
Ministerio de Economía y Comercio.

Fecha: Julio de 1983.

IMPORTACION DE AGROQUIMICOS

Año.	Agroquímicos importados * (toneladas).
1978	11.948
1979	10.329
1980	23.865
1981	19.375
1982	10.456
Total	75.973

Nota (*) Incluye: insecticidas, larvicidas, fungicidas, hormonas vegetales, acondicionadores del suelo, etc.

*DATOS ESTADISTICOS SOBRE
MORBILIDAD Y MORTALIDAD,
Y OTROS*

MORTALIDAD POR GRUPOS DE CAUSAS, SEGUN ORDEN DE IMPORTANCIA (OI)
COSTA RICA, 1970 - 1982
(Tasas por 10.000)

GRUPOS DE CAUSAS	1970			1982		
	MUERTES	TASA	OI	MUERTES	TASA	OI
<u>TOTAL</u>	<u>11.504</u>	<u>66,2</u>		<u>9.168</u>	<u>38,6</u>	
Infecciosas y Parasitarias	2.362	13,6	1	364	1,5	8
Del Aparato Circulatorio	2.243	12,9	2	2.557	10,8	1
Del Aparato Respiratorio	1.584	9,1	3	819	3,5	4
Síntomas y Estados mal Definidos	1.264	7,3	4	532	2,2	6
Tumores	1.146	6,6	5	1.764	7,4	2
Accidentes, Envenenamientos y violencias	763	4,4	6	971	4,1	3
Afecciones originadas en el período perinatal	651	3,7	7	633	2,7	5
De Aparato Digestivo	429	2,5	8	371	1,6	7
De las Glándulas Endocrinas y Metabolismo	281	1,6	9	251	1,1	10
Anomalías Congénitas	196	1,0	10	356	1,5	9
Las demás causas	585	-	-	550	-	-

FUENTE: Dirección General de Estadística y Censos - Planificación de la Salud
-Departamento de Estadística

El porcentaje total de las enfermedades circulatorias, tumores y accidentes, constituye el 57,7% de las causas de muerte.

VEINTE PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL
SEGUN LISTA BASICA (CIE 9a. REVISION)
COSTA RICA - 1982

CODIGO	CAUSAS DE MUERTE	NUMERO	TASA POR 10.000 HAB.
	TOTAL	9.168	38.7
410	Infarto agudo del miocardio	698	2.9
760-779	Ciertas afecciones originadas en el período <u>perina-</u> <u>tal</u>	633	8.7 ^{a/}
414	Otras formas de la enfermedad isquémica crónica del corazón	493	2.1
151	Tumor maligno del estómago	420	1.8
740-759	Anomalías congénitas	356	1.5
480-486	Neumonía	314	1.3
797	Senilidad sin mención de psicosis	296	1.2
E810-E819	Accidentes de tráfico de vehículos de motor	285	1.2
495-496	Otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	240	1.0
436	Enfermedad cerebrovascular aguda pero mal definida	226	1.0
200-208	Tumor maligno del tejido linfático y de los órganos hematopoyéticos (204-208 Leucemias 116 Defun. con - una tasa de 0.5)	187	0.8
433-434	Infarto cerebral	160	0.7
009	Infección intestinal mal definida	158	0.7
162	Tumor maligno de la tráquea, de los bronquios y del pulmón	153	0.6
431-432	Hemorragia intracerebral y otras hemorragias intra- craneales	148	0.6
490-493	Bronquitis crónica y la no especificada, enfisema y asma	148	0.6
571	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	141	0.6
250	Diabetes mellitus	133	0.6
E880-E888	Caidas accidentales	132	0.6
401-405	Enfermedad hipertensiva	124	0.5
580-589	Nefritis, síndrome nefrótico y nefrosis	115	0.5
	Las demás causas	3.608	15.2

a/ Tasa por 1.000 nacimientos vivos

FUENTE: Dirección General de Estadística y Censos
Departamento de Estadística, Ministerio de Salud

fmtder

MORTALIDAD ACCIDENTAL SEGUN CAUSA EXTERNA DE LA LESION
COSTA RICA, 1970 - 1982
(Tasas por 10.000)

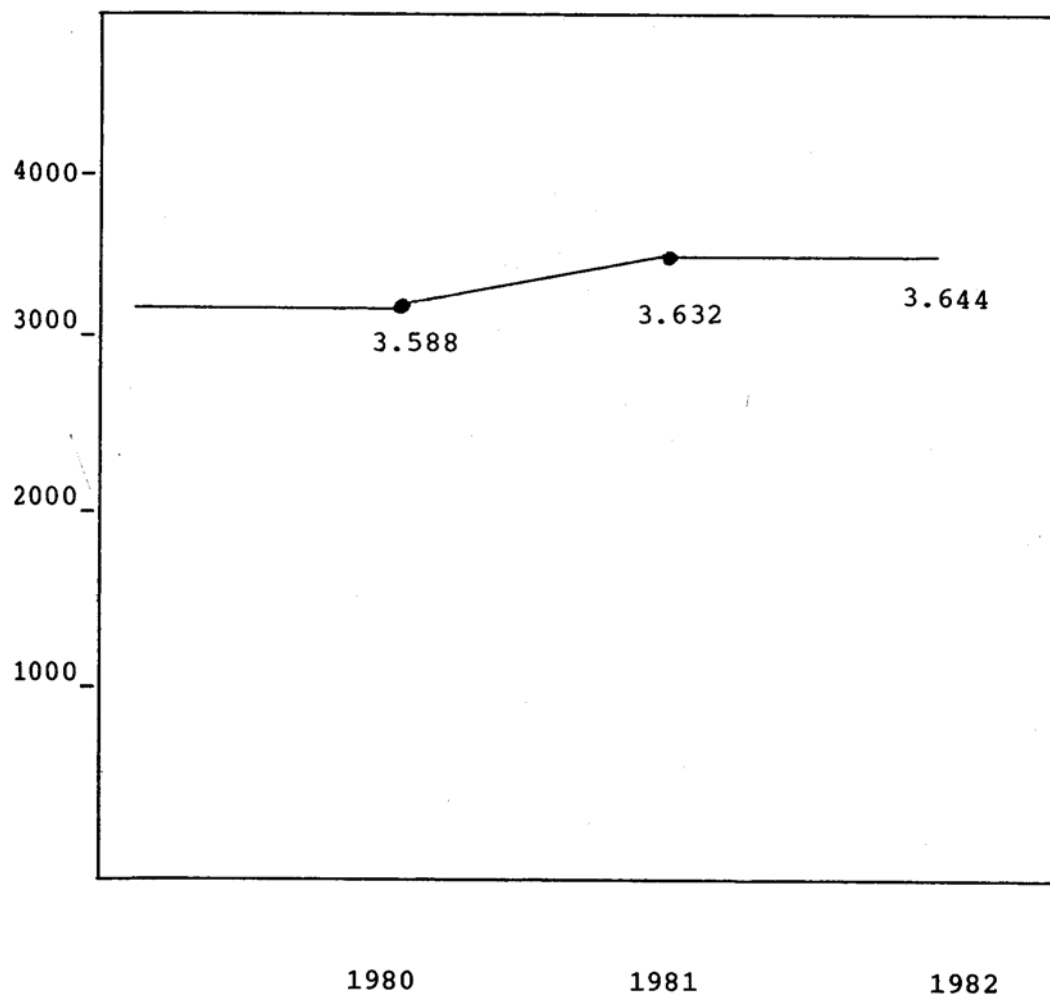
CAUSA EXTERNA DE LA LESION	1970		1979		1980		1981		1982	
	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa
<u>TOTAL</u>	<u>763</u>	<u>4,39</u>	<u>1,125</u>	<u>5,13</u>	<u>1.237</u>	<u>5,5</u>	<u>980</u>	<u>4,2</u>	<u>971</u>	<u>4,1</u>
Accidentes de vehículos de motor	241	1,39	434	1,98	419	1,9	292	1,3	285	1,2
Otro accidente de transporte	41	0,24	43	0,20	45	0,2	37	0,2	41	0,2
Envenenamientos accidentales	39	0,22	4	0,02	8	0,04	15	0,07	31	0,1
Caídas accidentales	47	0,27	89	0,41	155	0,7	113	0,5	132	0,6
Accidentes causados por fuego	10	0,06	22	0,10	13	0,06	14	0,06	5	0,02
Ahogamientos y sumersión accidental	143	0,82	154	0,70	168	0,7	179	0,8	151	0,6
Accidentes por arma de fuego	15	0,09	12	0,05	7	0,03	9	0,04	5	0,02
Accidentes de carácter industrial	42	0,24	60	0,27	10	0,04	-	-	-	-
Las demás causas accidentales	75	0,43	118	0,54	132	0,6	25	0,1	96	0,4
Suicidio y lesiones autoinfligidas	41	0,24	74	0,34	122	0,5	97	0,4	90	0,4
Homicidio	65	0,37	81	0,37	130	0,6	106	0,5	100	0,4
Lesiones sin especificar	4	0,02	31	0,14	28	0,1	93	0,4	35	0,1
Lesiones por operaciones de guerra	-	-	3	0,01	-	-	-	-	-	-

FUENTE: Dirección General de Estadística y Censos
Unidad Sectorial de Planificación-Departamento de Estadística del Ministerio de Salud

TUMORES MALIGNOS1982

LOCALIZACION DEL TUMOR	LUGAR	N° DE CASOS
CUELLO DEL UTERO	1	620
in situ		382
invasor		238
PIEL	2	611
ESTOMAGO	3	508
GLANDULA MAMARIA	4	232
SISTEMA HEMATOPOYETICO Y RETICULO ENDOTELIO	5	191
PROSTATA	6	159
PULMON (Traquea y bronquios)	7	144
COLON Y RECTO	9	141
PRIMARIO DESCONOCIDO		117
GANGLIOS LINFATICOS	10	115
PANCREAS	11	71
GLANDULA TIROIDES	12	67
ENCEFALO	13	63
VEJIGA URINARIA	14	62
HIGADO	15	57

FUENTE: Registro Nacional de Tumores 1983. M.S.

REGISTRO DE TUMORES

FUENTE: Registro Nacional de Tumores. M. S.

10 ENFERMEDADES INFECCIOSAS DE DECLARACION OBLIGATORIA MAS
FRECIENTES* COSTA RICA - 1983

(Tasas por 10.000)

CAUSAS DE MORBILIDAD	TASA	CASOS REPORTADOS
Influenza Epidémica	83,5	20.383
Blenorragia	39,8	9.715
Hepatitis	22,9	5.599
Parotiditis	12,3	2.999
Sífilis	10,0	2.443
Leishmaniasis	10,2	2.497
Varicela	8,5	2.077
Chancro Blando	2,7	663
Meningitis	1,8	427
Tuberculosis	1,5	363

FUENTE: Departamento de Estadística - Ministerio de Salud.

* Datos preliminares sin depurar

**INFORMACION DE CASOS DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS
DE DECLARACION OBLIGATORIA EN COSTA RICA
(Incluye todo 1983 incluso Semana 53)**

C A S O S	ACUMULADOS POR AÑO		
	1983	1982	1981
Brucelosis	9	14	18
Difteria	-	-	-
Encefalitis vírica	22	11	2
Escarlatina	339	529	282
Fiebre reumática	143	117	46
Fiebre tifoidea	7	6	9
Fiebre paratifoidea	1	1	1
Hepatitis: Total	5.599	4.179	2.562
a) Hepatitis viral	2.650	2.401	2.562
b) Otras	189	47	-
c) Hepatitis sin especificar	2.760	1.731	-
Influenza epidémica	20.383	16.195	20.289
Leishmaniasis	2.497	1.608	1.248
Lepra	32	22	71
Meningitis bacteriana: Total	233	302	316
a) Mening. e infec. por N. Mening.	2	4	-
b) Mening. por otras bact. especif.	108	205	105
c) Mening. no especificada	123	93	211
Meningitis viral	194	208	273
Paludismo	245	111	189
Parotiditis epidémica	226	398	1.528
Parotiditis sin especificar	2.773	1.139	-
Poliomielitis	-	-	-
Rubéola	202	351	248
Salmonelosis	34	29	18
Sarampión	39	167	170
Shigelosis (Disentería bacilar)	25	49	21
Tétanos	7	16	11
Tosferina	74	63	168
Tuberculosis, todas formas	363	409	388
Varicela	2.077	3.365	2.882
Conjuntivitis hemorrágica epidémica	52	1.518	15.203
Tifus murino	2	-	-
Venéreas:			
Blenorragia	9.715	10.186	9.085
Chancro blando	663	472	390
Chancro sin etiol. especificada	18	29	31
Sífilis: Total	2.443	1.928	1.894
a) Sífilis congénita	27	17	35
b) Sífilis adquirida reciente	1.220	741	644
c) Sífilis tardía	669	706	601
d) Sífilis sin especificar	527	464	614
Rabia en animales	-	-	1

Fuente : Departamento de Estadística.

TASAS DE INCIDENCIA DE ALGUNAS ENFERMEDADES DE DECLARACION OBLIGATORIA POR AÑO
Y PORCENTAJE DE REDUCCION. COSTA RICA 1970, 1973, 1980, 1983
(-tasas X 100.000 hab-)

ENFERMEDAD	AÑO						% Reducción respecto a 1970		
	1970		1973		1980			1983	
	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa			
Sarampión	4.627	267.9	2.241	120.0	1.002	44.6	39	1.6	99.4
Tétanos	87	5.0	81	4.3	14	0.6	7	0.3	94.0
Tosferina	1.241	71.8	1.059	56.5	963	42.9	74	3.0	95.8
Tuberculosis	401	23.2	416	22.2	573	25.5	363	14.9	35.8
Difteria	57	3.3	25	1.3	-	0.0	-	0.0	100.0
Poliomielitis	22	1.3	3	0.2	-	0.0	-	0.0	100.0

FUENTE: Departamento de Estadística - Ministerio de Salud.

MORBILIDAD POR ENFERMEDADES
REDUCIBLES MEDIANTE VACUNACION
COSTA RICA 1970 - 1983
(Tasas por 100.000)

TIPO DE ENFERMEDAD	TASAS		REDUCCION % CON RESPECTO A 1970
	1970	1983	
Tuberculosis	23.2	14.9	35.8
Tosferina	71.8	3.0	95.8
Sarampión	267.9	1.6	99.4
Tétano	5.0	0.3	94.0
Difteria	3.3	-	100,0
Poliomielitis	1,3	-	100,0

FUENTE: Unidad Sectorial de Planificación.
Departamento de Estadística - Ministerio de Salud.

MORBILIDAD POR LAS PRINCIPALES
ENFERMEDADES DE TRANSMISION HIDRICA
COSTA RICA, 1970, 1979 y 1983
(Tasas por 10.000)

TIPO DE ENFERMEDAD	Tasas		Reducción % con respecto a 1970	Tasa 1983 *	Reducción % con respecto a 1970
	1970	1979			
Paratifoidea	0,05	0,01	80,0	0,00	100,0
Salmonelosis	1,34	0,25	81,3	0,12	91,0
Disentería sin etiología específica	1,91	0,13	93,2	...	
Disentería amibiana	2,56	0,05	98,0	...	
Shigelosis (Disentería Bacilar)	...	0,10		0,09	

Fuente: Departamento de Estadística, Ministerio de Salud.

Notas: ... Información no disponible

* Cifras Preliminares

TASAS DE INCIDENCIA DE ALGUNAS ENFERMEDADES
DE TRASMISION SEXUAL
COSTA RICA, 1970- 1983
(Tasas por 100.000)

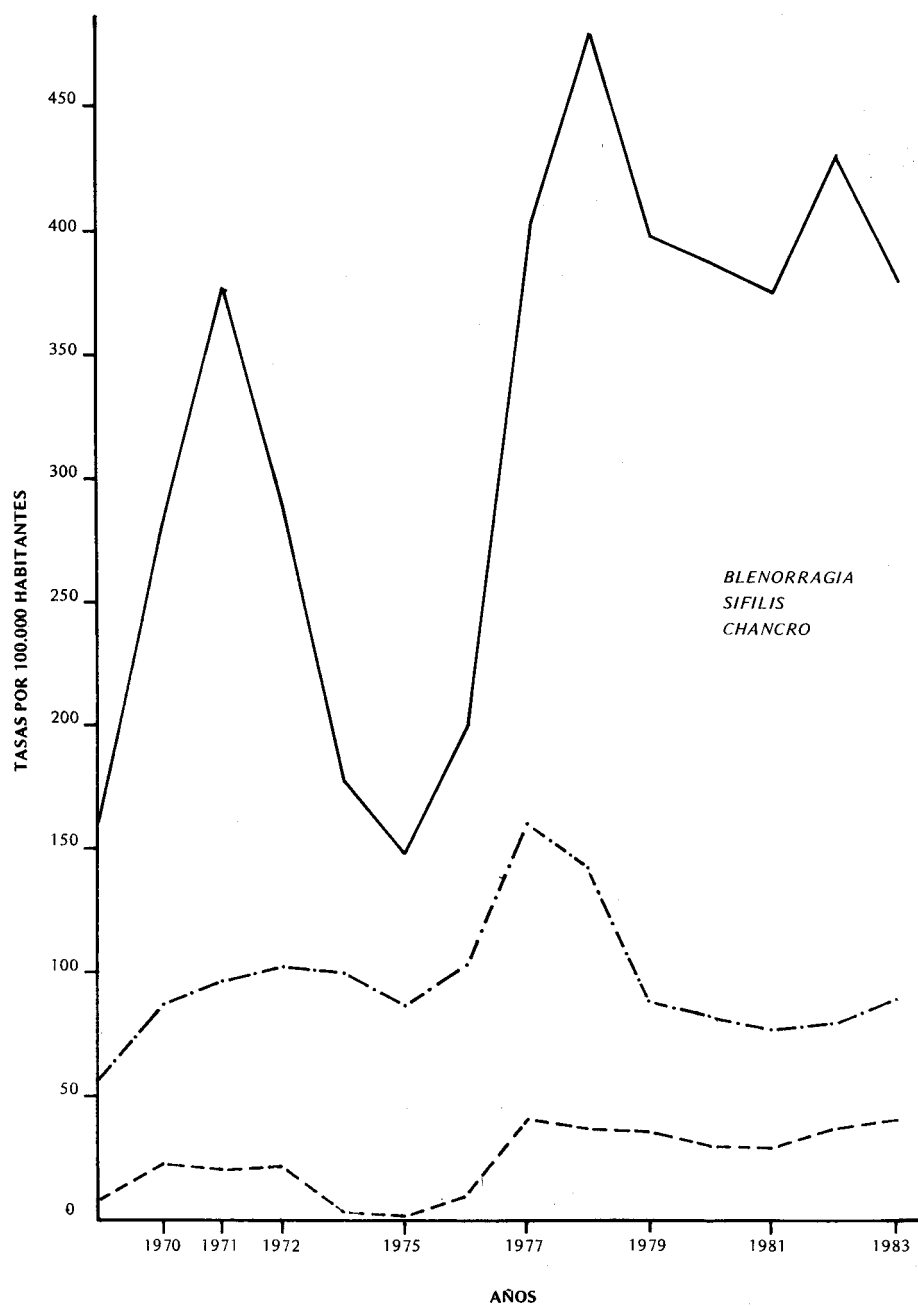
AÑOS	TIPO DE ENFERMEDAD		
	Sífilis	Blenorragia	Chancro
1970	56,10	161,50	8,50
1971	83,22	281,80	18,42
1972	95,83	376,21	14,87
1973	102,20	284,93	15,16
1974	101,27	181,21	9,11
1975	83,16	149,05	3,86
1976	107,83	201,59	13,88
1977	165,0	405,0	43,0
1978	135,30	485,97	44,92
1979	92,10	396,20	38,40
1980	85,37	393,35	26,17
1981	77,93	377,00	17,08
1982*	81,24	429,24	21,11
1983*	100,12	398,16	27,91

FUENTE:

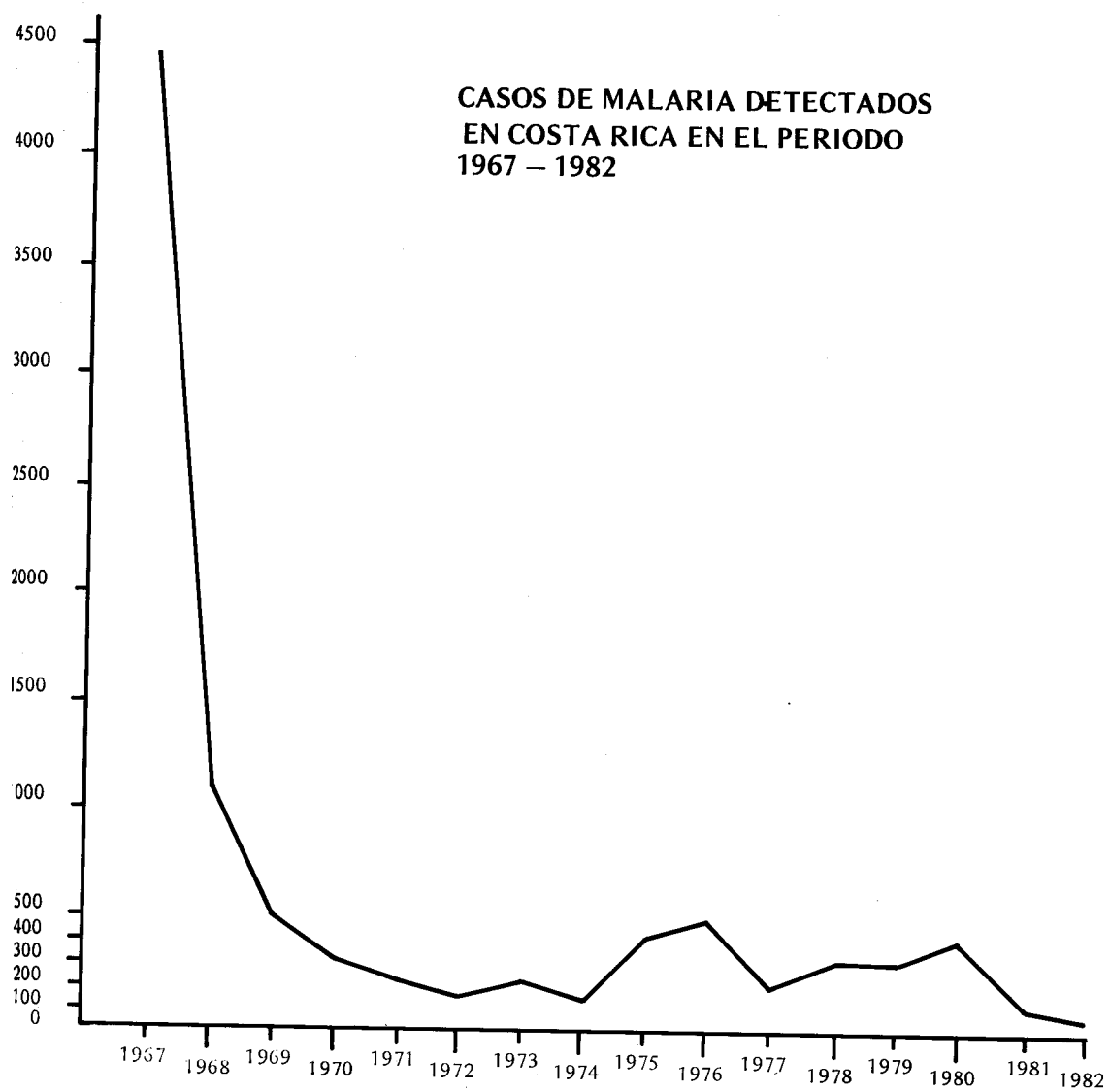
Departamento de Estadística - Ministerio de Salud.

* Cifras preliminares sin depurar.

TASAS DE INCIDENCIA DE LAS PRINCIPALES ENFERMEDADES VENEREAS
COSTA RICA, 1970, 1983



FUENTE: Unidad Sectorial de Planificación de la Salud.-



**INCIDENCIA DE MALARIA EN CENTRO AMERICA
Y PANAMA
1982**

PAIS	TOTAL DE CASOS	TASA POR MIL
GUATEMALA	77.375	26.6
EL SALVADOR	86.202	18.6
HONDURAS	57.482	15.8
NICARAGUA	15.525	5.4
COSTA RICA	110	0.2
PANAMA	326	0.2

Nº de casos de malaria confirmados, población en el área malárica y tasa / 1000 habitantes
(1970, 1982)

Centro América y Panamá

PAIS	1970			1982		
	N° CASOS	POBLACION *	TASA / 1000 H.	N° CASOS	POBLACION *	TASA / 1000 H.
GUATEMALA	11.044	2.362.838	4.6	77.375	2.905.000	26.6
HONDURAS	34.537	2.196.144	15.7	57.482	3.628.000	15.8
EL SALVADOR	45.436	3.063.932	14.8	86.202	4.558.000	18.9
NICARAGUA	27.260	1.927.761	14.1	15.601	2.852.000	5.4
COSTA RICA	351	549.575	0.64	110	667.000	0.16
PANAMA	4.584	1.404.977	3.3	334	1.882.000	0.18
TOTAL	123.212	11.505.227	10.7	237.104	16.492.000	14.38

* En el área malárica

Fuente: OPS.

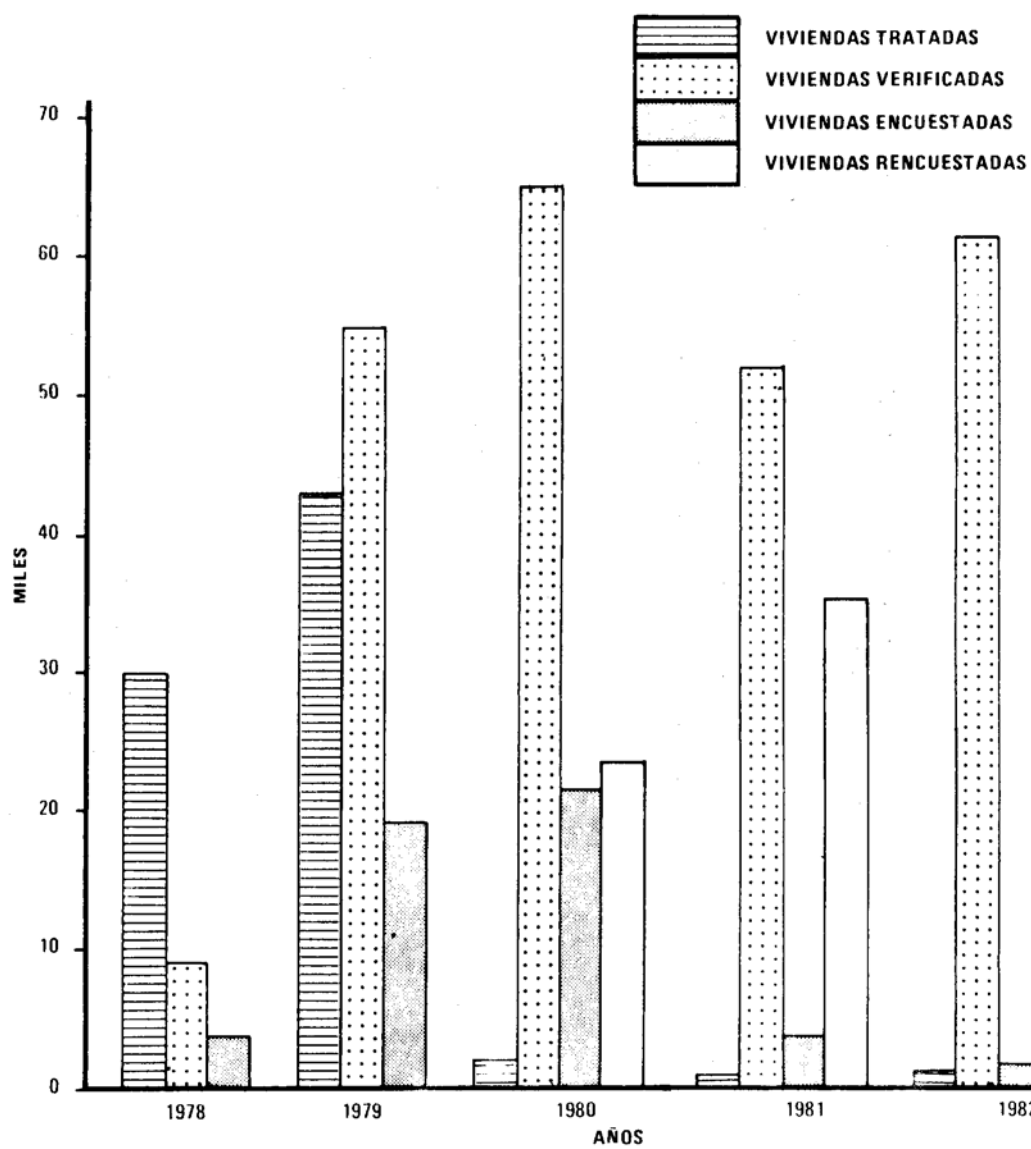
OPERACIONES DE ROCIADO

AÑO 1982

CONCEPTO	LOCALIDADES		ROCIAMIENTOS		HABITANTES PROTEGIDOS	CONSUMO DE INSECTICIDAS (KGS)		
	PROGRAM.	TRABAJ.	PROGRAM.	REALIZ.		DDT 75 %	DDT 100 %	BAY. 50 %
DDT SEMESTRAL	242	222	20.742	18.789	43.618	12.120	1.011	-
DDT PROTECTIVO	14	19	978	1.079	4.296	626	54	-
TOTAL DDT	256	241	21.720	19.868	47.914	12.746	1.065	-
PROTECTIVO CON BAYGON OMS-33	29	31	1.869	1.953	8.848	-	-	864
TOTALES	279	272	23.589	21.821	56.762	12.746	1.065	864

CAMPAÑA AEDES AEGYPTI
VIVIENDAS TRATADAS, VERIFICADAS, ENCUESTADAS Y PEENCUESTADAS

1978 -- 1982



CASOS DE ENFERMEDAD DE HANSEN
EN CONTROL DISTRIBUCION Y TASA
POR PROVINCIA SEGUN LUGAR DE RESIDENCIA

AL 31 DE DICIEMBRE DE 1982

PROVINCIAS	TOTAL	TASA X 1.000
SAN JOSE	223	0,25
ALAJUELA	56	0,13
PUNTARENAS	97	0,34
CARTAGO	55	0,21
LIMON	46	0,30
GUANACASTE	109	0,48
HEREDIA	20	0,12
TOTAL	606	0,26

FUENTE: Departamento de Dermatología Sanitaria Ministerio de Salud.

LUCHA ANTITUBERCULOSA

COEFICIENTES POR 100.000 HABITANTES DE CASOS NUEVOS
DE TUBERCULOSIS PULMONAR ACTIVA

COSTA RICA

1975 1982

AÑOS	No. CASOS	COEFICIENTES POR 100.000 HABIT
1975	410	20,8
1976	344	17,0
1977	335	16,2
1978	349	16,3
1979	433	19,8
1980	352	15,9
1981	497	20,0
1982*	339	13,7

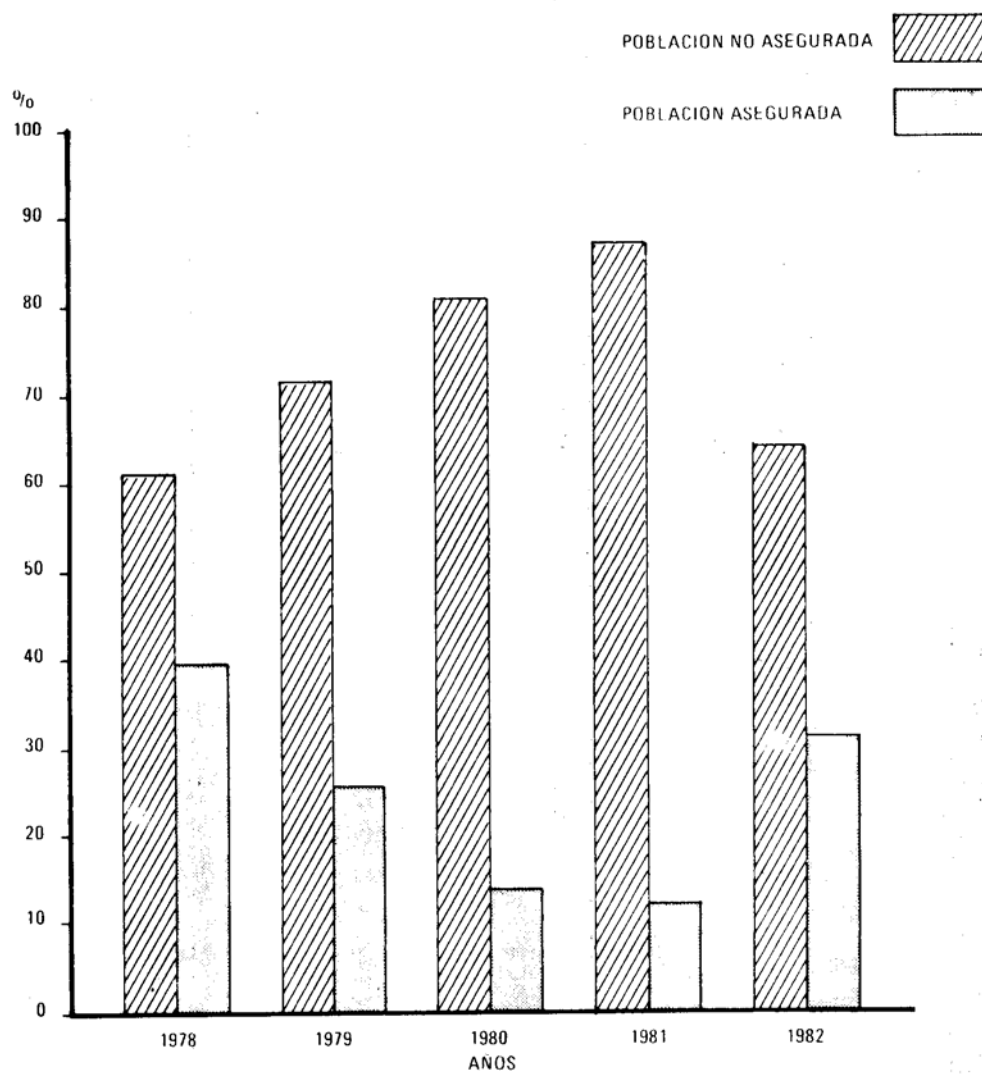
* FALTAN INFORMES.

FUENTE Sección Estadística, Lucha Antituberculosa

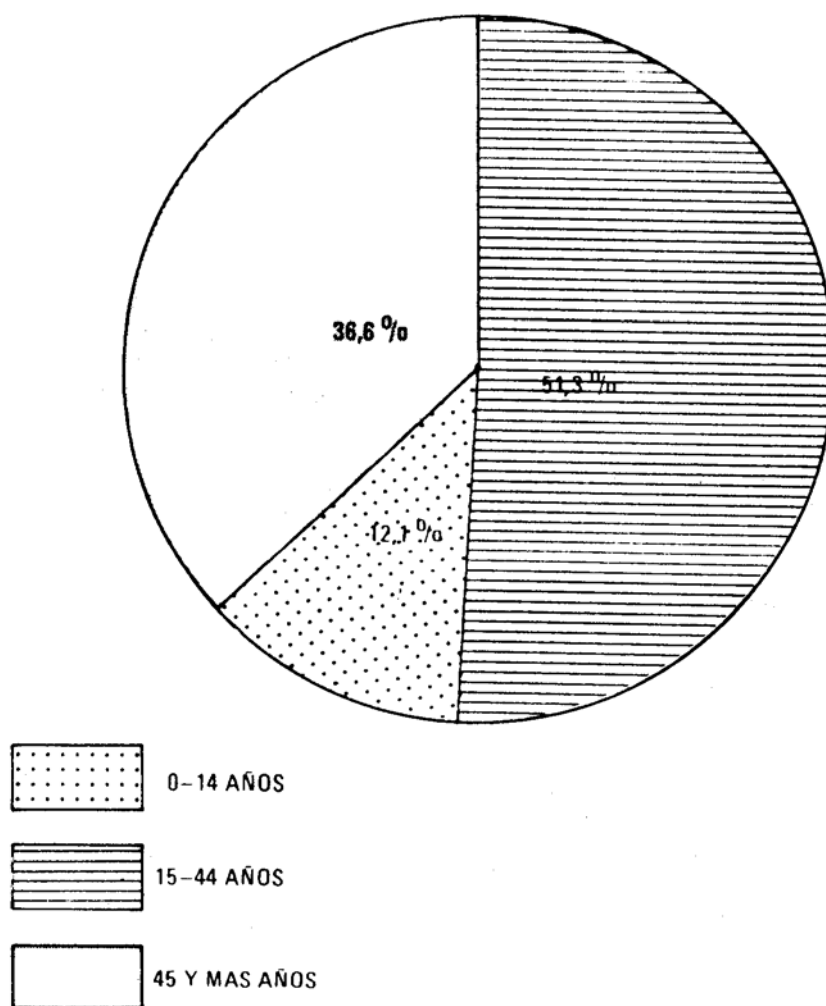
Se observa que la tasa ha disminuido; a pesar de que durante los años 1979 y 1981 aumenta el número de casos, lo que debe atribuirse a la situación socio-política de Centro América que tuvo su mayor deterioro durante esos años, lo cual se refleja en el incremento de la tuberculosis pulmonar.

CASOS NUEVOS DE TUBERCULOSIS PULMONAR ACTIVA EN POBLACION NO ASEGURADA Y ASEGURADA

COSTA RICA, 1978-1982



CASOS NUEVOS DE TUBERCULOSIS PULMONAR ACTIVA POR GRUPOS DE EDAD
COSTA RICA 1982



PROGRAMA DE SALUD RURAL
COSTA RICA, 1973 - 1983

AÑOS	POBLACION RURAL	POBLACION AREAS DE SALUD RURAL	% DE COBERTURA	COMUNIDADES ATENDIDAS	VIVIENDAS ATENDIDAS	AREAS DE TRABAJO
1973	1.112.412	115.000	10,3	800	30.000	50
1974	1.141.412	200.000	17,5	1.250	46.800	78
1975	1.169.252	360.000	30,8	2.240	84.000	140
1976	1.160.342	490.000	42,2	3.104	116.400	194
1977	1.159.514	650.000	56,1	3.750	144.000	251
1978	1.169.090	690.000	59,0	3.880	152.500	268
1979	1.201.440	717.500	59,7**	4.018	160.976	287
1980	1.226.000	717.500	58,5	4.018	160.976	293
1981	1.259.780	640.934	50,9	3.050	156.758	294
1982	1.270.000	722.778	56,9	3.888	174.658	294
1983	1.342.000	777.099	57,9	3.889	185.423	301

FUENTE: Departamento de Salud Rural y Memorias del Ministerio de Salud

* Inicio de Operación del Programa

** Corresponde al 95% de la población rural dispersa (menos de 500 hab.)

1983: datos preliminares

TIPO DE PERSONAL DEL PROGRAMA DE SALUD RURAL
COSTA RICA, 1978 - 1983

PERSONAL	1978	1979	1980	1981	1982	1983
<u>TOTAL</u>	<u>436</u>	<u>447</u>	<u>505</u>	<u>443</u>	<u>455</u>	<u>454</u>
Aux. de Enfermería	175	193	203	162	161	160
Asist. de Salud Rural	222	233	250	231	243	241
Supervisores de Campo	20	36	36	34	35	36
Supervisores Regionales	5	5	5	5	5	5
Encuestadores	5	5	5	4	4	3
Promotores Indígenas	9	5	6	7	7	9

FUENTE: Departamento de Salud Rural

PERSONAL DE SALUD RURAL POR CADA
MIL HABITANTES CUBIERTOS POR EL PROGRAMA
COSTA RICA, 1978 - 1983

AÑOS	PERSONAL P/1.000 HAB.
1978	0,63
1979	0,66
1980	0,70
1981	0,69
1982	0,63
1983	0,58

FUENTE: Departamento Salud Rural

PROGRAMA DE SALUD COMUNITARIA
COSTA RICA, 1976 - 1983

AÑOS	POBLACION URBANA	POBLACION AREAS DE SALUD COMUNITARIA	% DE COBERTURA	Nº AREAS DE TRABAJO	VIVIENDAS ATENDIDAS
1976*	857.644	84.018	9,8	18	15.030
1977	911.146	195.000	21,4	78	35.100
1978	956.530	512.500	53,6	205	98.600
1979	990.970	557.343	56,6	235	124.154
1980	1.020.000	551.437	54,1	240	104.854
1981	1.047.510	527.651	50,4	247	120.245
1982	1.055.000	462.012	43,8	247	111.094
1983	1.098.000	439.505	40,0	224	106.629

FUENTE: Departamento Salud Comunitaria y Memorias del Ministerio de Salud

* Inicio de operación del Programa

1983: Datos preliminares

TIPO DE PERSONAL Y COBERTURA
DEL PROGRAMA DE SALUD COMUNITARIA
COSTA RICA, 1977 - 1983

AÑO	TOTAL PERSONAL	ASISTENTES SALUD COMUN.	AUXILIAR ENFERMERIA	COBERTURA PROGRAMA	PERSONAL P/ 1000 HABITANTES
1977	78	78	0	195.000	0,4
1978	205	205	0	512.500	0,4
1979	240	240	0	600.000	0,4
1980	240	240	0	600.000	0,4
1981	224	216	8	527.651	0,4
1982	219	210	9	462.012	0,47
1983	224	217	7	439.505	0,5

FUENTE: Departamento de Salud Comunitaria

PROGRAMA DE INMUNIZACIONES

NUMERO DE DOSIS Y TIPO DE VACUNAS APLICADAS EN LAS REGIONES DE SALUD

COSTA RICA - 1982

	TOTAL	REGIONES DE SALUD			
		CENTRAL	H. NORTE	CHOROTEGA	H. ATLANT.
D.P.T.	317.968	104.488	73.334	53.379	56.331
3a. dosis	73.130	24.032	16.866	12.277	12.956
Refuerzos	89.028	29.256	20.533	14.946	15.773
POLIO	316.853	101.280	74.731	54.324	55.041
3a. Dosis	72.876	23.294	17.188	12.494	12.659
Refuerzos	88.718	28.358	20.924	15.210	15.412
ANTISARAMPION.	33.777	12.706	8.011	4.972	5.904
SARAMPION/RUBEOLA ..	57.257	19.797	13.051	9.287	10.385
D.T.	63.103	8.801	13.916	14.894	15.294
2a. dosis	15.776	2.200	3.479	3.723	3.823
Refuerzos	29.658	4.136	6.540	7.001	7.188
TOXOIDE TETANICO.	241.247	54.878	62.752	48.638	47.735
2a. dosis	72.389	16.463	18.825	14.591	14.320
Refuerzos	86.867	19.756	22.617	17.509	17.184
B.C.G.	92.016	33.664	18.416	14.967	14.207
ANTIRRABICA.	29	22	-	7	-
OTRAS.	2.219	864	759	521	37
					38

FUENTE: Departamento de Estadística, Departamento de Salud Rural, Departamento Medicina Comunitaria.
Datos provisionales recopilados por el Programa de Inmunizaciones.

**NACIDOS VIVOS, NACIMIENTOS INSTITUCIONALES Y RECIEN NACIDOS
VACUNADOS CON BCG**

COSTA RICA, 1978-1982

AÑOS	NACIDOS VIVOS	NACIMIENTOS EN INSTITUCIONES (*)		RECIEN NACIDOS VACUNADOS CON BCG	
	No.	No.	%	No.	%
1978	67.659	57.240	84,6	50.146	74,1
1979	69.248	59.974	86,6	52.932	76,4
1980	69.992	62.331	89,1	56.159	80,2
1981	72.260	64.477	89,2	58.424	80,9
1982*	74.173	67.669	91,2	61.568	83,0

(*) NO SE INCLUYEN LOS NACIDOS EN INSTITUCIONES PRIVADAS.

* FALTAN INFORMES.

FUENTE: Dirección General Estadística y Censos.
Sección Estadística, Lucha Antituberculosa.

VACUNACION ESCOLAR

COBERTURA DE VACUNACION BCG EN POBLACION ESCOLAR DE I Y VI GRADOS

COSTA RICA, 1978-1982

AÑOS	SUCEPTIBLES		VACUNADOS		NO VACUNADOS	
	No.	%	No.	%	No.	%
1978	5.464	100,0	4.975	91,0	489	9,0
1979	25.471	100,0	21.975	86,3	3.496	13,7
1980	32.508	100,0	28.992	89,2	3.516	10,8
1981	23.586	100,0	19.566	83,0	4.020	17,0
1982*	16.229	100,0	15.078	92,9	1.151	7,1

* FALTAN INFORMES.

FUENTE: Sección Estadística, Lucha Antituberculosa.

*DATOS ESTADISTICOS SOBRE
INGRESOS - EGRESOS - ESTANCIAS Y CONSULTAS
ASI COMO DE OTRAS VARIABLES*

EGRESOS HOSPITALARIOS

En este cuadro se da cuenta de los egresos hospitalarios y del número de habitantes; así como se indica la relación entre esas variables.

El egreso es el retiro del paciente de los servicios de internamiento ya sea por ser dado de alta o por defunción.

A nivel nacional y a partir de 1978, la tasa de variación de esta estadística tiende a ser descendente, según se aprecia seguidamente.

AÑO	TASAS DE VARIACION		NIVEL NACIONAL
	EGRESOS	POBLACION	RELACION EGRESO/MIL HAB
1977	7.3	2.6	4.5
1978	4.0	2.6	1.0
1979	5.5	3.1	2.6
1980	3.0	2.5	0
1981	1.0	2.7	- 1.5
1982	1.6	2.8	- 1.2

Estudio sobre producción Nacional de Algunos Servicios de Salud.
(Asís L., Prendas R. , y Arias G., : Feb. 1984)

EGRESOS HOSPITALARIOS Y POBLACION A NIVEL NACIONAL
(CIFRAS EN MILES) Y TASAS DE VARIACION SERIE

HISTORICO 1976-1982. COSTA RICA 1983

AÑO	EGRESOS HOSPITALARIOS Y POBLACION A NIVEL NACIONAL				TASAS VARIACION RELACION DE EGRESOS POR MIL HABITANTES
	EGRESOS		POBLACION		
	TASA VARIACION		TASA VARIACION		
	TOTAL	TOTAL	TOTAL	TOTAL	
1976	221.3	4.2	2.018.0	2.5	-
1977	237.4	7.3	2.070.6	2.6	4.5
1978	246.8	4.0	2.125.6	2.7	1.0
1979	260.4	5.5	2.183.6	2.7	2.6
1980	267.6	3.0	2,245.4	2.8	0
1981	270.5	1.0	2,307.3	2.8	- 1.5
1982	274.9	1.6	2.371.5	2.8	- 1.2

ESTANCIAS POR HABITANTE Y ESTANCIAS PROMEDIOS* A NIVEL NACIONAL
SERIE HISTORICA 1976 - 1982
COSTA RICA 1983

AÑOS	TOTAL NACIONAL	
	ESTANC. HABIT.	ESTANC. PROMED.
1976	0.98	8.9
1977	0.99	8.6
1978	0.94	8.4
1979	0.96	8.1
1980	0.94	7.9
1981	0.84	7.2
1982	0.82	7.1

* Promedio de permanencia.

FUENTE: Anuarios estadísticos 1976-77-78-79 Ministerio de Salud
 Anuarios estadísticos 1978-79-80-81 C.C.S.S.
 Tabulaciones 1982 C.C.S.S.

GIRO DE CAMA* Y PORCENTAJE DE OCUPACION EN ESTABLECIMIENTOS DEL
 SISTEMA HOSPITALARIO A NIVEL NACIONAL
 SERIE HISTORICA 1976-1982
 Costa Rica 1983

AÑOS	TOTAL NACIONAL	
	GIRO DE CAMA	PORCENT. DE OCUPAC.
1976	30	74.0
1977	33	78.4
1978	33	75.6
1979	35	77.2
1980	35	76.4
1981	36	69.9
1982	36	69.2

* Coeficiente de renovación.

FUENTE: Anuarios Estadísticos 1976-77-78-79 Ministerio de Salud
 Anuarios Estadísticos 1978-79-80-81 C.C.S.S.
 Tabulaciones 1982 C.C.S.S.

GASTO ABSOLUTO Y PORCENTUAL EN SALUD
SEGUN INSTITUCION 1970 - 1982
(Millones)

AÑOS	GASTO TOTAL	MINISTERIO DE SALUD		C.C.S.S.		I.C.A.A.		I.N.S.	
		MONTO	%	MONTO	%	MONTO	%	MONTO	%
1970	332,3	152,6	46	143,5	43	36,1	11		
1971	414,3	207,0	50	158,1	38	49,1	12		
1972	509,4	236,5	46	212,4	42	60,6	12		
1973	616,1	261,4	42	282,5	46	72,2	12		
1974	739,4	320,4	43	321,6	44	97,3	13		
1975	998,7	383,9	38	472,0	47	142,8	14		
1976	1.230,4	396,9	32	636,6	52	196,9	16		
1977	1.508,4	362,6	24	953,2	63	192,6	13		
1978	1.726,2	315,5	18	1.216,4	71	194,3	11		
1979	2.365,7	411,3	17	1.675,4	71	279,0	12		
1980	2.993,4	519,5	17	2.099,9	70	318,4	10	55,6	3
1981	3.849,5	624,0	16	2.782,4	72	401,9	10	41,2	2
1982	5.968,0	918,4	16	4.542,6	77	407,0	7	No dispon.	

FUENTE: Unidad Sectorial de Planificación-Ministerio de Salud

INGRESO ANUAL ABSOLUTO Y RELATIVO EN SALUD
SEGUN INSTITUCION 1970 – 1982
(millones de colones)

AÑOS	INGRESO TOTAL	MINISTERIO DE SALUD		C.C.S.S.		I.C.A.A.	
		MONTO	%	MONTO	%	MONTO	%
1970	386,0	176,4	46	169,2	44	40,5	10
1971	475,6	215,3	45	206,1	43	54,2	12
1972	578,5	251,7	44	261,5	45	65,3	11
1973	690,8	279,2	41	326,5	47	85,1	12
1974	885,5	334,2	38	424,9	48	126,4	14
1975	1.229,6	376,4	31	597,5	48	255,7	21
1976	1.473,7	421,1	29	814,9	55	237,7	16
1977	1.533,3	378,0	25	952,0	62	203,3	13
1978	2.228,0	450,4	20	1.467,6	66	310,6	14
1979	2.383,6	446,0	19	1.647,4	69	290,2	12
1980	2.616,8	520,5	20	1.788,8	68	307,5	12
1981	3.487,6	629,3	18	2.166,6	62	437,1	12
1982	5.479,7	930,1	17	4.193,0	77	356,6	6

FUENTE: Unidad Sectorial de Planificación-Ministerio de Salud

RESUMEN DE VARIABLES TOTALIZADOS A NIVEL NACIONAL Y DESAGREGADOS
ENTRE VALORES ABSOLUTOS Y RELATIVOS
SERIE HISTORICA 1976-82
Costa Rica 1983

A Ñ O S	VARIABLES TOTALIZADAS A NIVEL NACIONAL										
	VALORES ABSOLUTOS (cifras en miles)					INDICADORES SEGUN ESPECIFICACION					
	POBLAC.	ESTANC.	CAMAS	EGRESOS	CONSULTAS	EGRESOS POR C/MIL HABITANTES	ESTANC. POR HAB.	ESTANCIA PROMED.	GIRO POR CAMA	PORCEN TAJE OCUPAC.	CONSUL TAS POR HABIT.
1976	2.018.0	1.976.9	7.4	221.3	5.326.5	110.0	0.98	8.9	30.0	74.0	2.6
1977	2.070.7	2.049.6	7.2	237.4	5.736.8	115.0	0.99	8.6	33.0	78.4	2.8
1978	2.125.6	2.072.8	7.5	246.8	6.023.1	116.0	0.94	8.4	33.0	75.6	2.8
1979	2.192.4	2.116.3	7.5	260.4	5.801.1	119.0	0.96	8.1	35.0	77.2	2.6
1980	2.246.6	2.112.6	7.6	267.6	6.029.4	119.0	0.94	7.9	35.0	76.4	2.7
1981	2.307.3	1.935.1	7.6	270.5	5.849.5	117.2	0.84	7.2	36.0	69.9	2.5
1982	2.373.0	1.946.8	7.7	274.9	6.195.1	115.8	0.82	7.1	36.0	69.2	2.6

FUENTE. Anuarios Estadísticos 1976-77-78-79 Ministerio de Salud
Anuarios Estadísticos 1978-79-80-81 C.C.S.S.
Tabulaciones 1982 C.C.S.S.

*
Estancias y camas generadas en el Sistema Hospitalario a nivel nacional y por
Regiones Programáticas de Salud según Regionalización del Ministerio
Serie Histórica 1976-1982
Costa Rica 1983

AÑOS	REGIONES PROGRAMATICAS DE SALUD											
	TOTAL NACIONAL		CENTRAL		HUEJAR NORTE		CHOROTEGA		HUEJAR ATLANT.		BRUNCA	
	Estancias	camas	Estancias	camas	Estancias	camas	Estancias	camas	Estancias	camas	Estancias	camas
1976	1.976.896	7358	1.410.056	4988	172.931	673	118.698	510	194.291	782	80.920	405
1977	2.049.579	7163	1.448.875	4849	176.540	639	127.200	520	205.213	769	91.751	386
1978	2.072.806	7516	1.490.208	5193	167.956	651	130.579	525	186.580	753	97.483	394
1979	2.116.320	7505	1.504.318	5203	178.077	665	144.201	515	182.226	743	107.498	379
1980	2.112.559	7570	1.568.030	5204	172.064	678	153.549	522	105.558	773	113.358	393
1981	1.935.102	7583	1.315.760	5171	163.902	658	148.728	542	197.934	800	108.778	412
1982	1.946.796	7710	1.308.922	5181	175.764	717	146.101	588	193.361	810	122.648	414

* Incluye las clínicas privadas ubicadas en San José.

Fuente: Anuarios Estadísticos 1976-77-78-79 Ministerio de Salud
Anuarios Estadísticos 1978-79-80-81 C. C. S. S.
Tabulaciones 1982 C. C. S. S.

NUMERO DE CAMAS, DIAS PACIENTES, INDICES OCUPACIONALES, EGRESOS, ESTANCIAS PROMEDIOS
COSTOS DE ESTANCIA Y CONSULTA Y PRESUPUESTOS ASIGNADOS. HOSPITALES MEXICO, DR. CALDERON GUARDIA
SAN JUAN DE DIOS Y NACIONAL DE NIÑOS, AÑO 1983

Hospital	Nº de Camas	Días Paciente	Indice Ocupac.	Egresos	Estan. Prom.	C O S T O S			Presupuesto Asignado
						Consultas	Estancias	Consultas	
México	635	177.159	76.4	27.495	6.4	207.879	2.164.59	355.53	522.336.968
Calder. Guardia	580	161.661	76.4	23.182	6.8	309.571	1.726.65	266.65	423.440.836
S.J. de Dios	1.014	292.137	78.9	41.030	7.1	280.206	1.833.66	175.25	726.762.108
Nl. de Niños	451	116.230	70.6	16.916	6.9	219.726	2.172.30	198.57	306.334.060
Promedios Generales.			76.4		6.8		1.974.30	248.84	

FUENTE: Dirección Técnica Actuarial y de Planificación Institucional
 Unidad de Costos Hospitalarios.
 Depto de Presupuesto.

RECURSOS HUMANOS Y OTROS EN LOS HOSPITALES ESPECIALIZADOS

	HOSPITAL S.J.D.	HOSPITAL MEXICO	HOSPITAL CALDERON GUARDIA	HOSPITAL NACIONAL NIÑOS
Prof. Ciencias Médicas	313	290	285	195
Paramédicos (incluye enfermeras)	1.245	913	678	476
Servicios Generales	883	502	280	299
Administrativos	358	256	215	208
TOTAL	2.799	1.961	1.458	1.178
N° de Camas	1.007	631	588	439
Empleados / Cama	2.78	3.10	2.48	2.67

ESTANCIAS HOSPITALARIAS (*)
COSTO TOTAL Y COSTO PROMEDIO POR ESTANCIAS
1972 - 1982

AÑOS	NUMERO DE ESTANCIAS	COSTOS	
		TOTAL	POR ESTANCIA
1972	1.421.626	158.117.481	111,2
1973	1.337.336	184.927.670	138,3
1974	1.296.672	248.305.064	191,5
1975	1.346.747	341.939.667	253,9
1976	1.354.469	413.172.174	305,0
1977	2.019.851	582.036.969	288,2
1978	1.897.593	691.956.633	364,7
1979	1.828.337	956.525.026	523,2
1980	1.979.160	1.267.167.106	640,25
1981	2.008.129	1.552.630.845	773,17
1982	1.952.667	2.196.902.019	1.125,08

FUENTE: Dirección Técnica de Planificación Institucional,
CCSS
Depto de Estadística-Ministerio de Salud

(*) Estancias hospitalarias de los centros de la CCSS y del Ministerio de Salud que disponen de registros de costos; la C.C.S.S. lleva costos en todos sus establecimientos, el Ministerio de Salud únicamente en los Centros Rurales de Asistencia de Abangares, Tilarán y el Hospital Dr. Carlos Luis Valverde Vega. Este cuadro no incluye las estancias en clínicas privadas.

ESTANCIAS Y CAMAS GENERADAS EN EL
SISTEMA HOSPITALARIO A NIVEL NACIONAL*

AÑOS	TOTAL NACIONAL	
	Estancias	camas
1976	1.976.896	7358
1977	2.049.579	7163
1978	2.072.806	7516
1979	2.116.320	7505
1980	2.112.559	7570
1981	1.935.102	7583
1982	1.946.796	7710

* Incluye las clínicas privadas ubicadas en San José.

FUENTE: Anuarios Estadísticos 1976-77-78-79 Ministerio de Salud
Anuarios Estadísticos 1978-79-80-81 C.C.S.S.
Tabulaciones 1982 C.C.S.S.

Las diferencias que se observan entre el anterior y el presente cuadro, se deben a diversos factores (en casos privados, etc.).

CONSULTAS EXTERNAS (*)
COSTO TOTAL Y COSTO PROMEDIO POR CONSULTA
1972 - 1982

AÑOS	NUMERO CONSULTAS EXTERNAS	COSTOS	
		TOTAL	POR CONSULTA
1972	2.472.962	71.416.126	28,9
1973	2.607.889	87.369.515	33,5
1974	2.768.629	116.747.880	42,1
1975	3.936.169	216.449.585	55,0
1976	4.565.136	245.263.307	53,7
1977	4.871.979	358.144.590	73,5
1978	4.931.511	412.879.177	83,72
1979	5.071.831	460.487.545	90,79
1980	5.249.730	564.156.441	107,46
1981	5.239.329	711.967.844	135,89
1982	5.144.656	934.591.233	181,66

FUENTE: Dirección Técnica de Planificación Institucional,
CCSS.
Depto de Estadística-Ministerio de Salud

(*) Consultas externas de los centros de la CCSS y del Ministerio de Salud que disponen de registros de costos; la C.C.S.S. lleva costos en todos sus establecimientos; Ministerio de Salud únicamente en los Centros Rurales de Asistencia de Abangares, Tilarán, y el Hospital Doctor Carlos Luis Valverde Vega. Este cuadro no incluye las consultas en clínicas privadas.

CONSULTAS MEDICAS ATENDIDAS EN ESTABLECIMIENTOS DEL
SISTEMA HOSPITALARIO A NIVEL NACIONAL
(CIFRAS EN MILES)*

AÑOS	TOTAL NACIONAL	
	CONSULTAS	CONSULTAS HABIT.
1976	5.326.5	2.6
1977	5.736.8	2.8
1978	6.023.1	2.8
1979	5.081.1	2.6
1980	6.029.4	2.7
1981	5.849.5	2.5
1982	6.195.1	2.6

* Las cifras para los años 1980-81 y 82 son estimadas en los establecimientos del Ministerio.

FUENTE: Anuarios estadísticos 1976-77-78-79 Ministerio de Salud
Anuarios estadísticos 1976-77-78-79-80-81 C.C.S.S.
Tabulaciones 1982 C.C.S.S.

Las diferencias en el número de consultas entre el anterior cuadro y el presente se debe a un mecanismo diferente seguido en el Ministerio de Salud para cuantificar sus consultas, lo cual aumentó el número de ellas.

*INGRESOS Y EGRESOS
EN EL SECTOR PUBLICO
SECTOR SOCIAL Y SECTOR SALUD*

DIAS PACIENTES E INDICES DE OCUPACION
TOTAL Y POR INSTITUCION
COSTA RICA
1970-1973-1976-1979 y 1982

AÑOS	DIAS PACIENTES			INDICES DE OCUPACION			
	TOTAL	M. SALUD	C.C.S.S.	ENTIDAD PRIVADA	TOTAL MS	CCSS	ENT. PRIV.
1970	2.053.696	1.713.162	291.243	49.291	80,3	82,9	76,1 45,0
1973	1.978.135	1.527.291	393.849	56.995	73,6	75,6	71,4 50,5
1976	1.976.896	958.215	965.020	53.661	73,6	77,2	72,6 46,5
1979	2.116.320	128.204	1.960.254	27.862	77,3	69,6	78,3 54,1
1982	2.054.668	110.190	1.921.437	23.041	77,1	59,9	74,4 52,2

Fuente: Anuarios Estadísticos, Ministerio de Salud y Caja Costarricense de Seguro Social.

NOTA: Los días pacientes fueron prorrateados en cada año con base en las fechas de traspaso de los establecimientos a la Caja Costarricense de Seguro Social.

DISTRIBUCION SECTORIAL DE LOS EGRESOS CORRIENTES DEL SECTOR PUBLICO
DURANTE EL PERIODO 1978 A 1982
(En miles de Colones Corrientes y Dólares de los EE.UU. de A.)

AÑOS	SECTOR PUBLICO (*)			SECTORES SOCIALES			SECTORES ECONOMICOS			SECTORES INFRAESTRUCTURA		
	N° ABSOLUTO ¢	TIPO CAMB	N° ABSOLUTO US\$	N° ABSOLUTO ¢	N° ABSOL. US\$	%	N° ABSOLUTO ¢	N° ABSOL. US\$	%	N° ABSOLUTO ¢	N° ABSOL. US\$	%
1978	7,025,147.0	8.57	819,737.1	4,497,222.0	524,763.4	64.0	1,057,310.4	123,373.4	15.0	1,470,614.5	171,600.3	21.0
1979	9,311,713.8	8.57	1,086,547.7	6,626,842.5	773,260.5	71.2	942,090.7	109,928.9	10.1	1,742,780.6	203,358.3	18.7
1980	11,026,364.6	9.24	1,193,329.5	7,855,763.6	850,190.9	71.3	1,065,152.1	115,276.2	9.7	2,105,448.6	227,862.4	19.0
1981	17,536,521.1	21.18	827,975.5	8,819,127.5	416,389.4	50.3	1,579,142.7	74,558.2	9.0	7,138,250.9	337,027.9	40.7
1982	22,534,992.0	39.95	564,079.9	11,458,015.5	286,808.9	50.8	3,657,858.0	91,560.9	16.2	7,419,118.5	185,710.1	33.0

FUENTE: Contraloría General de la República de Costa Rica, Memorias Años 1978 a 1982.-

Datos no consolidados (incluye transferencias entre instituciones).-

GASTOS CORRIENTES DE LOS SECTORES SOCIALES: SALUD,
EDUCACION, VIVIENDA, TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL
AÑOS 1978-1982

(En Miles de Dólares de los EE. UU. de A.)

AÑOS	SECTORES SOCIALES		SECTOR VIVIENDA		SECTOR SALUD		SECTOR EDUCACION		SECTOR TRABAJO Y S.S.	
	MONTO	TOTAL %	MONTO	%	MONTO	%	MONTO	%	MONTO	%
1978	524.763.4	100	7.123.1	1.4	174.549.8	33.3	267.356.5	50.9	75.733.9	14.4
1979	773.260.5	100	7.502.2	0.9	414.073.2	53.5	258.920.2	33.5	92.764.8	12.0
1980	850.190.9	100	8.947.9	1.0	449.038.2	52.8	287.524.6	33.8	104.680.1	12.3
1981	416.389.4	100	5.062.8	1.2	192.354.1	46.2	153.388.1	36.8	65.584.2	15.7
1982	286.808.9	100	3.779.1	1.3	153.901.5	53.6	83.226.8	29.0	45.901.5	16.0

FUENTE: Contraloría General de la República de Costa Rica. Memorias Anuales 1978-1982

Notas: En el Sector Vivienda sólo se incluyen los presupuestos del I.N.V.U. El Sector Salud incluye la CCSS en sus dos regímenes (Enfermedad y Maternidad, Invalidez, Vejez y Muerte).

PRESUPUESTO PUBLICO ASIGNADO A OTROS SECTORES SOCIALES POR OBJETO DEL GASTO
AÑO 1983*
(EN MILES DE COLONES CORRIENTES)

CLASIFICACION POR OBJETO DEL GASTO	SECTOR SOCIAL: EDUCACION			SECTOR SOCIAL: VIVIENDA		SECTOR SOCIAL: TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL					C.C.S.S. (I.V.M.) 3
	Total	M.E.P.	I.N.A.	Educ. Sup.	Total	INVU	Total	M.T.S.S.	P.A.N.I.	I.M.A.S.	
Servicios Personales	4,511,051.2	3,199,684.9	96,399.0	1,214,967.3	109,690.6	109,690.6	192,749.7	54,234.5	23,550.2	112,500.0	2,465.0
Servicios No Personales	171,944.7	25,417.9	26,273.8	120,253.0	22,422.2	22,422.2	54,495.9	8,691.9	6,079.0	31,900.0	7,825.0
Materiales y Suministros	202,567.4	16,191.2	71,011.4	115,364.8	23,212.9	23,212.9	108,244.7	2,807.6	3,929.1	96,700.0	4,808.0
Transferencias corrientes	1,814,806.4	1,717,710.6	20,906.0	76,189.8	55,465.5	55,465.5	2,759,454.5	1,494,728.5	4,656.7	4,300.0	1,255,769.3
Adquisición de Activos 1/	412,508.9	23,309.8	16,346.9	372,852.2	423,425.2	423,425.2	54,355.0	810.0	325.0	40,700.0	12,500.0
Transferencias de Capital	397,778.9	397,778.9	—	—	—	—	129,200.0	31,600.0	—	97,600.0	—
Deuda Pública 2/	71,428.8	265.0	5,838.1	65,325.7	162,357.0	162,357.0	1,451.6	351.6	—	1,100.0	—
Desembolsos Financieros	—	—	—	—	—	—	742,277.4	—	—	—	742,277.4
Otros Gastos	20,378.3	331.5	8,305.8	11,741.0	27,610.3	27,610.3	23,862.3	—	914.3	21,000.0	1,948.0
T O T A L E S:	7,602,464.6	5,380,689.8	245,081.0	1,976,693.8	824,183.7	824,283.7	4,066,071.1	1,693,224.1	39,454.3	405,800.0	2,027,592.7

1/ INCLUYE: Maquinaria y Equipo, Adquisición de Inmuebles, Construcciones, Adiciones y Mejoras.-

2/ INCLUYE: Interna y Externa.-

3/ Presupuesto Asignado al régimen de Invalidez, Vejez y Muerte.

* Incluye Recursos Extraordinarios Internos y Externos.

FUENTE: Ley de Presupuestos Ordinario y Extraordinario de la República, Fiscal y por programas para el ejercicio fiscal de 1983.
Proyecto de Ley de Presupuesto Nacional Fiscal y por Programas para el año 1984 (Recursos Ordinarios y Extraordinarios).-

COMPARACION DE PRESUPUESTOS ORDINARIOS
DE LAS PRINCIPALES INSTITUCIONES AUTONOMAS

ORGANISMO	1983	1984
C.C.S.S.	Ø 6.407.738.000	Ø 9.669.779.000
I.C.E.	9.641.329.000	9.549.135.000
C.N.P.	5.981.754.200	6.933.706.000
Banco Nacional	2.173.900.000	4.163.200.000
I.N.S.	2.488.107.358	3.610.543.000
Banco de Costa Rica	1.304.800.000	2.165.800.000
A y A	1.056.853.300	1.839.872.000
TOTAL	Ø 33.578.906.828	Ø 41.587.686.300

FUENTE: Contraloría General de la República. Se advierte que no se incluyeron los gastos extraordinarios de las entidades durante 1983.

SECTOR SALUD
GASTO ANUAL ABSOLUTO Y PORCENTUAL SEGUN INSTITUCION
PERIODO 1978 A 1982

(en millones de colones)

AÑOS	GASTO TOTAL		M. SALUD (1)		C.C.S.S.(2)		I.C.A.A. (3)		I.N.S. (4)	
	MONTO	%	MONTO	%	MONTO	%	MONTO	%	MONTO	%
1978	2.207.4	100.00	315.5	14.3	1.571.6	71.2	194.3	8.8	126.0	5.7
1979	2.842.4	100.00	411.3	14.5	1.984.9	69.8	279.0	9.8	167.2	5.9
1980	3.510.8	100.00	519.5	14.8	2.453.4	69.9	318.4	9.1	219.5	6.2
1981	4.506.7	100.00	728.0	16.2	3.106.4	68.9	401.9	8.9	270.4	6.0
1982	6.074.1	100.00	914.5	15.0	4.366.6	71.9	459.5	7.6	333.5	5.5
1983*	7.318.3	100.00	974.8	13.3	4.584.2	62.6	1.342.4	18.4	416.9	5.7

FUENTE: Ministerio de Salud, Unidad Financiera (liquidaciones de presupuesto) y " Salud en Costa Rica" (evaluación de la década de los años 1970), Unidad Sectorial de Planificación, 1981. C.C.S.S. , Departamento de Presupuesto, Liquidaciones Anuales. ICAA, Departamento de Planificación. INS, Departamento de Seguros Solidarios.

- NOTAS:
- (1) Incluye gastos cubiertos con presupuestos del Gobierno Central, del Consejo Técnico de Asistencia Médica Social y de la Oficina de Cooperación Internacional de la Salud.
 - (2) Incluye sólo el Régimen de Enfermedad y Maternidad, excluyendo de éste los gastos por concepto de "Prestaciones Dinero" , según detalle al calce del cuadro N° 29.
 - (3) Incluye todo el gasto efectivo del Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados
 - (4) Incluye el presupuesto asignado al Programa de Riesgos del Trabajo, Seguro Obligatorio de Vehículos y Prestaciones Sanitarias.

* Las cifras corresponden al presupuesto asignado.

SISTEMA DE SALUD: PUBLICO Y PRIVADO
GASTOS CORRIENTES, PERIODO 1978 - 1982
CLASIFICADOS POR INSTITUCION
(En Miles de Colones Corrientes)

A Ñ O S	TOT. SISTEMA		ENTES PUBLICOS								ENTES PRIVAD. 1/	
	NUMEROS ABSOLUTOS	%	MINISTERIO DE SALUD	%	CAJA COST. SEGURO SOC.	%	ACUEDUC. Y ALCANT.	%	INSTITUTO NAC. SEG.	%	CLIN.-HOSP PARTICULAR	%
1978	2.042.731.6	100	275.099.5	13.46	1.520.356.0	74.43	95.624.9	4.68	126.011.7	6.17	25.639.5	1.26
1979	2.522.774.6	100	318.313.3	12.62	1.869.811.5	74.11	133.770.4	5.30	167.188.0	6.63	33.691.4	1.34
1980	3.107.045.3	100	393.227.1	12.66	2.316.364.1	74.55	138.187.3	4.45	219.498.2	7.06	39.768.6	1.28
1981	3.956.627.2	100	636.980.8	16.10	2.813.261.2	71.10	187.194.7	4.73	270.367.8	6.83	48.867.7	1.24
1982	5.952.063.8	100	831.228.7	13.97	4.419.365.5	74.25	282.153.4	4.74	333.492.3	5.60	85.823.9	1.44

FUENTE: Presupuestos Institucionales y Privados

1/ Incluye las Clínicas: Católica, Santa Rita y Bflica.

SISTEMAS DE SALUD: PÚBLICO Y PRIVADO
GASTOS DE CAPITAL: 1978 - 1982
 (Cifras en Miles de Colones Corrientes)

AÑOS	TOTAL SISTEMA		E N T E S P U B L I C O S								I.N.S. 1/		ENTES PRIVADOS 2/ CLINICAS	
			Ministerio de Salud		C. C. S. S.		A Y A							
	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absol.	%	Absoluto	%		
1978	235,563.6	100	40,381.6	17.14	133,472.6	56.66	61,647.3	26.17	--	--	62.1*	0.03		
1979	598,369.0	100	92,942.2	15.53	195,153.6	32.61	309,213.9	51.68	--	--	1,057.3	0.18		
1980	455,690.0	100	126,227.5	27.70	237,453.9	52.11	91,458.9	20.07	--	--	550.1	0.12		
1981	622,832.1	100	90,997.2	14.61	412,403.4	66.21	118,616.4	19.04	--	--	815.1	0.14		
1982	342,669.9	100	83,220.3	24.28	123,246.1	35.97	134,246.1	39.18	--	--	1,957.9	0.57		

FUENTE: Presupuestos Entes Públicos y Privados.

1/ Los gastos de capital no se encuentran detallados para el Programa de Riesgos Profesionales. Se encuentran englobados en el presupuesto general del I.N.S.

2/ Incluye las Clínicas: Católica, Santa Rita y Bíblica.

* Dato referido sólo a la Clínica Católica.

PRESUPUESTO PUBLICO DE EGRESOS ASIGNADO AL SECTOR SALUD
DETALLADO POR INSTITUCION Y POR OBJETO DEL GASTO
AÑO 1983

(En Miles de Colones Corrientes)

CLASIFICACION DE LAS CATEGORIAS POR OBJETO DEL GASTO	TOTAL	I N S T I T U C I O N E S			
		M. SALUD (1)	C.C.S.S. (2)	A. Y. A.	I. N. S. (3)
Servicios Personales	3,431,451.2	685,804.9	2,376,505.8	318,401.7	50,738.8
Servicios No Personales	371,223.4	68,461.6	202,454.4	95,564.1	4,743.3
Materiales y Suministros	1,377,316.3	123,471.6	1,106,080.5	136,971.2	10,793.0
Transferencias Ctes. y de Capital	773,365.1	69,678.7	615,501.3	61,595.1	26,590.0
Adquisición Activos y Construc- ciones (*)	802,369.8	21,851.4	108,500.0	672,018.4	--
Deuda Pública	3,505.3	3,505.3	--	--	--
Gastos Financieros	250,912.6	--	213,817.0	37,095.6	--
Desembolsos Financieros	5,745.5	--	3,295.5	2,450.0	--
Amortizaciones	178,891.0	--	160,569.2	18,321.8	--
Obligaciones por Contrato	324,000.0	--	--	--	324,000.0
Otros Gastos	1,981.4	1,981.4	--	--	--
TOTAL DE GASTOS:	7,520,761.6	974,754.9	4,786,723.7	1,342,417.9	416,865.1

FUENTE: Presupuestos Institucionales.-

- (1) Incluye el Presupuesto del Gobierno Central, del Consejo Técnico de Asistencia Médico Social y de la Oficina de Cooperación Interamericana de la Salud (Detalle en Cuadro 2).
- (2) Se refiere al Presupuesto asignado al Seguro de Enfermedad y Maternidad (No incluye los gastos asignados al Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte), cuyo monto asciende a ₡2,027,592.693,00
- (3) Incluye el Presupuesto asignado al Programa de Riesgos del Trabajo, Seguro Obligatorio de Vehículos y Prestaciones Sanitarias.
- (*) Incluye maquinaria y equipo, adquisición de inmuebles, construcciones, adiciones y mejoras.-

PRESUPUESTO DE INGRESOS ASIGNADO AL SECTOR SALUD
CLASIFICADO POR INSTITUCION Y CON DETALLE DE
INGRESOS CORRIENTES Y DE CAPITAL.
AÑO 1983

(En miles de colones corrientes)

INSTITUCIONES	TOTAL INGRESOS	INGRESOS CORRIENTES	INGRESOS DE CAPITAL
Ministerio de Salud <u>1/</u>	974.754.9	973.754.9	1.000.0
Caja Costarricense de Seguro Social. <u>2/</u>	4,938.402,2	4,938.402,2	*
Acueductos y Alcantarillados.	1,408.417,9	675.130.0	733.287.9
Instituto Nac. de Seguros. <u>3/</u>	801.000,0	801.000,0	*
TOTALES	8,122.575.0	7,388.287.1	734.287.9

FUENTE: Presupuestos Institucionales.

NOTAS:

- 1/ Incluye el presupuesto de ingresos del Gobierno Central, del C.T.A., del MS y de O.C.I.S. (detalle en cuadro 4).
 - 2/ Se refiere al presupuesto de ingresos del Seguro de Enfermedad y Maternidad (No incluye los ingresos asignados al Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte).
 - 3/ Incluye el presupuesto de ingresos asignado al Programa de Riesgos del trabajo, Seguro Obligatorio de Vehículos y Prestaciones Sanitarias.
- * No se anotan ingresos de capital por cuanto éstos están registrados con cargo a otros seguros.

GASTO TOTAL, GASTO HOSPITALARIO Y SU RELACION PORCENTUAL
EN HOSPITALES PERTENECIENTES AL MINISTERIO DE SALUD Y A LA
CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL. 1978-1982

(En Miles de Colones Corrientes)

AÑOS	GASTO TOTAL <u>1/</u> C.C.S.S. y MI- NISTERIO DE SA- LUD	GASTO EN <u>2/</u> HOSPITALIZACION C.C.S.S. Y MINIS- TERIO	RELACION POR- CENTUAL DEL GASTO HOSPITA- LARIO
1978	1.969.309.7	707.837.8	35.9
1979	2.476.222.6	1.031.292.5	41.6
1980	3.073.272.6	1.298.412.0	42.2
1981	3.953.597.6	1.570.682.2	39.7
1982	5.457.120.1	2.229.876.0	40.9

FUENTE: 1/ Gasto total, Cuadros del Gasto efectivo clasificados
por objeto del Gasto (Cuadros Nos. 10 y 12).

2/ Gasto hospitalario, Cuadro No.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
 SEGURO DE MATERNIDAD Y ENFERMEDAD
 GASTO TOTAL, GASTO HOSPITALARIO Y SU RELACION PORCENTUAL

1978- 1982

(Cifras en miles de colones corrientes)

AÑOS	GASTO TOTAL S. ENF. Y MATER.		GASTO TOTAL EN HOSPITA- LES.	RELACION PORCENTUAL DEL GASTO HOSPITALA RIO	
	(1)	(2)		(3)	(4)
1978	1.653.828.5	1.571.581.6	685.762.2	41.5	43.6
1979	2.064.965.3	1.984.873.3	1.003.631.1	48.6	50.6
1980	2.553.818.0	2.453.399.5	1.261.314.0	49.4	51.4
1981	3.225.619.5	3.106.370.0	1.522.660.6	47.2	49.0
1982	4.542.611.6	4.366.646.6	2.162.779.0	47.6	49.5

FUENTE: Gasto total Cuadro No. 29; gasto en hospitalización Cuadro No. 43

NOTAS: (1): Incluye los gastos de "Prestaciones en Dinero".

(2): Excluye los gastos de "Prestaciones en Dinero".

(3): Relación del gasto hospitalario con el gasto total de enfermedad y maternidad, incluyendo las "Prestaciones en Dinero".

(4): Relación del gasto hospitalario con el gasto total de enfermedad y maternidad, excluyendo las "Prestaciones en Dinero".

MINISTERIO DE SALUD

PORCENTAJE DE CRECIMIENTO DE LOS GASTOS TOTALES,
DE LOS CORRIENTES Y DE LOS DE CAPITAL, CON RELACION AL
AÑO 1978 = 100

AÑOS	GASTOS TOTALES	GASTOS CO RRIENTES	GASTOS DE CAPITAL
	% DE CRECIMIENTO	% DE CRECIMIENTO	% DE CRECIMIENTO
1978	100.0	100.0	100.0
1979	30.4	15.7	130.2
1980	64.7	42.9	212.5
1981	130.8	131.5	125.3
1982	189.9	202.2	106.1

FUENTE: CUADRO NO. 10

PRESUPUESTO DE EGRESOS ASIGNADO AL MINISTERIO DE SALUD
DETALLADO POR FUENTE PRESUPUESTARIA Y POR OBJETO DEL GASTO
AÑO: 1983
(En Colones Corrientes)

Clasificación de las categorías por objeto del gasto	Total		Fuentes de Presupuesto		Gov. Central
	Ministerio de Salud		Ctams y Afines	OCIS	
Servicios Personales	685.804.903.55		190.600.643.55	346.816.460.00	148.387.800.00
Servicios no personales	68.461.571.35		17.292.388.35	43.457.983.00	7.711.200.00
Materiales y Suministros	123.471.598.48		60.473.559.48	45.953.539.00	17.044.500.00
Maquinaria y Equipo	1.851.400.00		851.400.00	1.000.000.00	-----
Desembolsos Financieros	-----		-----	-----	-----
Construcciones adiciones y mejoras	20.000.000.00		20.000.000.00	-----	-----
Transferencias corrientes	44.292.194.50		5.016.614.50	39.050.580.00	225.000.00
Transferencias de Capital	25.386.521.00		386.521.00	25.000.000.00	-----
Servicios de la deuda pública	3.505.296.50		2.262.296.50	-----	1.243.000.00
Asignaciones Globales	1.981.438.00		-----	1.721.438.00	260.000.00
Total de Gastos	974.754.923.38		296.883.423.38	503.000.000.00	174.871.500.00

Fuente: Ministerio de Salud. Presupuestos aprobados por cada institución, según información de las respectivas Contabilidades.

INGRESOS EFECTIVOS DEL MINISTERIO DE SALUD (1)
Y PORCENTAJES DE VARIACION ANUALES Y CON
RESPECTO AL AÑO BASE: 1978
1978 -1983

AÑOS	Ingresos en miles de ¢			Ingresos en miles de \$ (EE.UU. A.)			Tipo de cambio promedio anual de cada \$ EE.UU. A.)
	Monto	Porcentaje de variación		Monto	Porcentaje de variación		
		Base: 1978	Anual		Base: 1978	Anual	
1978	360.420.3	-	-	42.056.0	-	-	8.57
1979	573.066.9	+ 59.0	+ 59.0	66.868.9	+59.0	+59.0	8.57
1980	523.494.8	+ 45.2	- 8.7	56.655.3	+34.7	-15.3	9.24
1981	637.955.4	+ 77.0	+ 21.9	30.120.7	-28.4	-46.8	21.18
1982	933.181.9	+158.9	+ 46.3	23.358.7	-44.5	-22.4	39.95
1983*	974.754.9	+170.4	+ 4.5	23.544.8	-44.0	+ 0.8	41.40

Fuente: Ministerio de Salud, liquidaciones presupuestarias, según cada contabilidad.

NOTAS: 1) Incluye Gobierno Central, Consejo Técnico de Asistencia Médico-Social e

Instituciones Afines, O.C.I.S. y Asignaciones Familiares.

* Ingresos asignados a principios de año.

PRESUPUESTO DE INGRESOS DEL MINISTERIO DE SALUD
DETALLADO POR FUENTE DE FINANCIAMIENTO Y TIPO DE INGRESO
AÑO: 1983
(En Colones Corrientes)

Tipo de Ingreso	Total		Fuente de Financiamiento		
	Ministerio de Salud	Ctams y Afines	OCIS	Gov. Central	
A. Ingresos Corrientes	973.754.923.38	296.883.423.38	502.000.000.00	174.871.500.00	174.871.500.00
— Ingresos Tributarios	a) 241.820.089.00	a) 66.948.589.00	a) 502.000.000.00	a) 174.871.500.00	a) 174.871.500.00
Impuesto a la propiedad	481.000.00	481.000.00	-----	-----	-----
Impuesto sobre bienes y servicios	6.108.000.00	6.108.000.00	-----	-----	-----
Impuesto general sobre ventas	48.870.474.00	48.870.474.00	-----	-----	-----
Impuesto selectivo sobre productos	8.690.000.00	8.690.000.00	-----	-----	-----
Otros Impuestos	174.871.500.00	-----	-----	-----	174.871.500.00
Timbre hospitalario	1.899.115.00	1.899.115.00	-----	-----	-----
Timbre Patronato Nacional	900.000.00	900.000.00	-----	-----	-----
Rehabilitación	27.585.800.00	b) 27.585.800.00	b) 502.000.000.00	-----	-----
— Ingresos No Tributarios:	b) 27.585.800.00	b) 27.585.800.00	b) 502.000.000.00	b) 174.871.500.00	b) 174.871.500.00
Venta de bienes	10.536.000.00	10.536.000.00	-----	-----	-----
Venta de servicios	13.474.180.00	13.474.180.00	-----	-----	-----
Renta de Fact. Prod. y Financ.	1.070.620.00	1.070.620.00	-----	-----	-----
Derechos y tasas administrativas	2.505.000.00	2.505.000.00	-----	-----	-----
— Transferencias Corrientes:	c) 704.349.034.38	c) 202.349.034.38	c) 502.000.000.00	c) 174.871.500.00	c) 174.871.500.00
Del ejercicio	50.471.640.00	50.471.640.00	-----	-----	-----
De Instituciones Públicas de Servicio	530.122.634.38	150.122.634.38	380.000.000.00	-----	-----
Del Sector Privado	1.754.760.00	1.754.760.00	-----	-----	-----
Del Gobierno Central	122.000.000.00	-----	122.000.000.00	-----	-----
B. Ingresos de Capital:	1.000.000.00	-----	1.000.000.00	-----	-----
De Inst. Públ. de Serv.	1.000.000.00	-----	1.000.000.00	-----	-----
Total Ingresos	974.754.923.38	296.883.423.38	503.000.000.00	174.871.500.00	174.871.500.00

Fuente: Ministerio de Salud, Presupuestos Institucionales, según cada Contabilidad.

INGRESOS EFECTIVOS DEL MINISTERIO DE SALUD*
POR PRINCIPALES FUENTES DE FINANCIAMIENTO
 1978 - 1982
 (Cifras en Miles de Colones Corrientes)

Fuente de Financiamiento	1978	1979	1980	1981	1982
Ingresos Corrientes:	313.164.4	520.653.8	448.760.0	549.418.7	861.594.5
Impuesto sobre bienes y servicios.	27.707.9	31.414.6	38.541.9	40.783.8	58.468.0
Otros impuestos	74.863.3	95.353.4	91.205.8	106.355.5	150.495.8
Venta de bienes y servicios	9.637.7	17.667.2	13.543.3	21.366.1	94.720.0
Ingresos de la propiedad	4.535.9	11.718.4	10.136.6	13.471.1	—
Transferencias Corrientes	196.419.6	364.500.2	295.332.4	367.442.2	557.910.7
Ingresos de Capital:	47.255.8	52.413.2	74.734.8	88.536.6	71.587.4
De Inst. Publ. de Servicio	—	—	385.8	—	—
Recursos de Vig. Anterior	6.308.7	7.472.0	5.143.1	8.834.3	6.176.1
Fondo de Remodelación y Ampliación	16.590.0	12.656.9	40.193.0	25.000.0	46.800.0
Fondo de Emergencias	—	—	—	20.500.0	—
Superavit de Operación	20.255.8	29.077.2	28.278.7	26.228.8	18.611.3
Otros	3.571.3	2.001.7	497.9	5.990.2	—
Total Ingresos	360.420.2	573.067.0	523.494.8	637.955.3	933.181.9

Fuente: Ministerio de Salud, Liquidaciones Presupuestarias, según cada Contabilidad.

* Ministerio de Salud: Incluye Consejo Técnico de Asistencia Médico Social, Gobierno Central, Oficina de Cooperación Internacional de la Salud y Asignaciones Familiares.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
TOTAL DE EGRESOS APLICADOS DE 1978 A 1984
DESGLOSADOS EN CORRIENTES Y DE CAPITAL EN
NUMEROS ABSOLUTOS Y PORCENTAJE DE VARIACION

AÑO BASE 1978 = 100%

(En miles de colones corrientes)

AÑOS	TOTAL		CORRIENTES		DE CAPITAL	
	ABSOLUTO	%	ABSOLUTO	%	ABSOLUTO	%
1978	1.653.828.6	100	1.520.356.0	100	133.472.6	100
1979	2.054.965.1	24.86	1.869.811.5	22.99	195.153.6	46.21
1980	2.553.818.0	54.42	2.316.364.1	52.36	237.453.9	77.90
1981	3.225.619.6	95.04	2.813.216.2	85.04	412.403.2	208.98
1982	4.542.611.1	174.67	4.419.365.5	190.68	123.246.1	(7.66)
1983	4.488.617.2 <u>1/</u>	171.41	4.072.866.5	167.89	415.750.7	211.49
1984	6.794.725.9 <u>2/</u>	310.85	6.557.324.9	331.30	237.401.0	77.86

FUENTE: Caja Costarricense de Seguro Social, Seguro de Enfermedad y Maternidad.

1/ Corresponden a los egresos aplicados a setiembre de 1983; el presupuesto asignado para el año 1983 asciende a ₡4.786.723.828,11.

2/ Corresponde al presupuesto asignado para el año 1984 y se rebajan ₡47.449.620,00, asignados como depreciación.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
COSTO DE LAS MEDICINAS EN HOSPITALES, DISPENSARIOS Y CLINICAS
PERIODO: ENERO A DIC. 1982

AGRUPACION DE HOSPITALES POR RENGLON DE CLINICAS Y DISPENSARIOS.	COSTO ANUAL DE MEDICINAS 1982 (En Míles de ₡)				COSTO PROM. MENSUAL (En Míles de ₡)	NUMERO RECEPTAS DESPACHADAS A DIC. 1982	COSTO PROMEDIO POR RECETA (En colones)	
	HOSPITALIZACION	CONSULTA EXTERNA	COMPRA A FARMACIAS PARTICUL.	COSTO TOTAL	A DIC. 1982	A DIC. 1981	A DIC. 1982	A DIC. 1981
R. CENTRAL ESTE	20,653.3	59,005.3	8,942.3	88,600.9	7,383.4	7,369.9		
- Costo Promedio							16.02	14.98
R. CENTRAL OESTE	14,346.2	24,196.1	7,963.8	46,506.1	3,875.5	4,099.1		
- Costo Promedio							13.48	13.49
R. HUETAR NORTE	4,532.0	16,889.1	2,240.0	23,661.1	1,971.8	2,194.9		
- Costo Promedio							13.26	13.75
R. CHOROTEGA	4,019.6	9,023.7	1,992.1	14,965.5	1,247.1	1,227.8		
- Costo Promedio							12.47	11.48
R. HUETAR ATLANTICA	2,353.7	5,215.1	1,121.6	8,690.4	724.2	598.9		
- Costo Promedio							12.34	9.91
R. BRUNCA	3,324.9	6,270.1	1,552.7	11,147.7	928.9	804.6		
- Costo Promedio							9.62	7.78
TOTAL HOSPITALES	49,229.7	120,599.4	23,742.5	193,571.6	16,131.0	16,295.4		
- Costo Promedio							14.00	13.30
CLINICAS MENORES Y DISPENSARIOS	--	27,088.7	--	27,088.9	2,257.4	2,278.8		
- Costo Promedio							12.80	13.09
TOTAL HOSP., DISP. Y CLINICAS	49,229.7	147,688.1	23,742.5	220,660.3	18,388.4	18,574.2		
- Costo Promedio							13.84	13.27
RELACION PORCENTUAL	22.31	66.93	10.76	100.0				

FUENTE: Caja Costarricense de Seguro Social, Dirección Financiero-Contable: Programa de Servicios Médicos, Anuario 1982.

**IMPORTACION NACIONAL DE MEDICINAS Y DROGAS
POR GRUPOS DE PRODUCTOS SEGUN VALOR CIF
(En Miles de Dólares de los EE.UU. A. y Colones Corrientes)**

1978 - 1982

GRUPOS DE PRODUCTOS	1 US\$ = 08.60 1978		1 US\$ = 08.60 1979		1 US\$ = 08.76 1980		1 US\$ = 08.76 1981		1 US\$ = 08.12 1982	
	US \$	0	US \$	0	US \$	0	US \$	0	US \$	0
-Vitaminas y Preparados exclusivos de Vitaminas	1,141.4	9,816.2	1,988.2	17,098.1	1,587.0	13,902.3	1,639.0	14,358.0	1,319.1	50,284.9
-Productos Bacteriológicos, Sueros, Vacunas es- tén o no preparados co- mo Medicamentos.	1,254.1	10,785.0	1,730.1	14,879.1	1,397.1	12,238.9	1,053.3	9,226.9	841.6	32,079.7
-Penicilina, Streptomina, Tirocidina y otros Antibióticos.	2,177.4	18,725.4	3,728.8	32,068.0	1,757.0	15,391.5	2,627.9	23,020.6	1,771.8	67,540.1
-Alcaloides Opiáceos, Cocaína, Cafeína, Qui- nina y otros Alcaloi- des Sales.	430.8	3,705.0	756.1	6,502.4	1,167.0	10,222.7	257.5	2,255.4	123.3	4,699.2
-Productos Medicinales y Farmacéuticos No Especificados.	34,189.2	294,027.2	39,279.2	337,801.3	40,711.9	356,636.6	30,988.1	271,455.8	23,733.3	904,714.7
-TOTAL MEDICINAS Y DROGAS	39,192.9	337,058.8	47,482.4	408,348.9	46,620.0	408,392.0	36,565.8	320,316.7	27,789.1	1,059,318.6

FUENTE: Dirección General de Estadística y Censos, Comercio Exterior, Tabulaciones sobre Importaciones Anuales.

MINISTERIO DE SALUD*
MONTO DEL GASTO SEGUN SU OBJETO
1978 - 1982
(Cifras en Miles de Colones Corrientes)

CLASIFICACION POR OBJETO DEL GASTO	1978	1979	1980	1981	1982	1983
Servicios Personales	173.590.5	241.594.8	307.330.3	372.168.5	575.977.6	685.804.9
Servicios No Personales	33.055.2	32.637.5	33.791.1	41.993.2	68.509.6	68.461.6
Materiales y Suministros	47.413.7	57.721.1	63.235.7	90.775.7	137.833.1	123.471.6
Adquisición de Activos	41.540.8	33.600.0	61.062.1	45.827.8	34.972.4	21.851.4
Deuda Pública	2.894.9	10.444.6	13.573.8	9.196.1	10.645.7	3.505.3
Transferencias	8.280.8	35.259.5	40.461.6	164.464.4	86.570.6	69.678.7
Otros Gastos	8.705.2	-----	-----	3.552.3	-----	1.981.4
TOTAL GASTOS	315.481.1	411.257.5	519.454.6	727.978.0	914.509.0	974.754.9

FUENTE: Liquidaciones de Presupuesto Ministerio de Salud y "Salud en Costa Rica" (Evaluación de la década de los años 70). Unidad Sectorial de Planificación. Ministerio de Salud. 1981.

* INCLUYE: Gastos cubiertos con presupuesto del Gobierno Central, del Consejo Técnico de Asistencia Médica Social y de la Oficina de Cooperación Internacional de la Salud.

GASTOS DEL SECTOR PRIVADO DEDICADOS A SALUD

CLASIFICADOS POR OBJETO E INSTITUCION

AÑO 1983*

(En miles de colones corrientes)

CLASIFICACION DEL GASTO POR OBJETO	TOTAL DEL GASTO	HOSPITALES Y CLINICAS		
		CATOLICA	BIBLICA	SANTA RITA
SERVICIOS PERSONALES	45.927.5	8.257.0	33.957.7	3.712.8
SERVICIOS NO PERSONALES	42.316.0	2.473.9	39.842.1	-
MATERIALES Y SUMINISTROS	25.056.8	15.748.0	7.040.7	2.268.1
ADQUISICION DE ACTIVOS	4.646.3	555.6	4.090.7	-
TRANSFERENCIAS CORRIENTES	1.734.0	1.734.0	-	-
DEPRECIACIONES	3.332.5	2.631.5	650.4	50.6
OTROS GASTOS	13.571.9	-	12.531.1	1.040.8
TOTAL GENERAL	136.585.0	31.400.0	98.112.7	7.072.3

FUENTE: Departamentos de Contabilidad de cada Institución.

NOTA: Los datos consignados para la Clínica Santa Rita S.A., corresponden al año 1982, por no estar disponibles los del año 1983.

* No incluye gastos consultas externas privadas en Costa Rica.

INGRESOS DEL SECTOR PRIVADO DEDICADOS A SALUD

AÑO 1983

(En miles de colones corrientes)

CONCEPTO DEL INGRESO	TOTAL	HOSPITALES Y CLINICAS		
		CATOLICA	BIBLICA	SANTA RITA
VENTA DE SERVICIOS	141.771.8	31.400.00	102.905.4	7.466.4

FUENTE: Departamento de Contabilidad de cada Institución.

NOTA: Los datos consignados para la CLINICA SANTA RITA S.A., corresponden al año 1982, por no estar disponibles los del año 1983.

POBLACION, CAMAS TOTALES Y POR INSTITUCION
CAMAS POR MIL HABITANTES Y VARIACIONES PORCENTUALES RESPECTO AÑO 1970
COSTA RICA, 1970-1982

AÑOS	POBLACION	C A M A S **				CAMAS POR MIL HABITANTES				VARIACION PORCENTUAL DE CAMAS			
		TOTAL		M.S.		C.C.S.S.		ENTID. PARTIC.*		TOTAL	M.S.	CCSS	Entid Part.
		No.	%	No.	%	No.	%	No.	%				
1970	1.737.367	7.008	100,0	5.659	80,8	1.049	15,0	300	4,2	-	-	-	-
1971	1.785.691	7.249	100,0	5.690	78,5	1.265	17,4	294	4,1	3,4	0,5	20,6	-2,0
1972	1.842.831	7.356	100,0	5.692	77,4	1.362	18,5	302	4,1	5,0	0,6	29,8	0,7
1973	1.872.747	7.359	100,0	5.538	75,3	1.512	20,5	309	4,2	5,0	-2,1	44,1	3,0
1974	1.921.572	7.384	100,0	5.394	73,1	1.678	22,7	312	4,2	5,4	-4,7	60,0	4,0
1975	1.968.438	7.549	100,0	4.895	64,9	2.335	30,9	319	4,2	7,7	-13,5	122,6	6,3
1976	2.017.986	7.358	100,0	3.401	46,2	3.641	49,5	316	4,3	5,0	-39,9	247,1	5,3
1977	2.070.560	7.162	100,0	2.042	28,5	4.980	69,5	140	2,0	2,2	-63,9	374,7	-53,3
1978	2.125.620	7.516	100,0	531	7,1	6.845	91,1	140	1,8	7,2	-90,6	552,5	-53,3
1979	2.192.410	7.505	100,0	505	6,7	6.859	91,4	141	1,9	7,1	-91,1	553,9	-53,0
1980	2.246.600	7.570	100,0	503	6,6	6.926	91,5	141	1,9	8,0	-91,1	560,2	-53,0
1981	2.307.290	7.583	100,0	518	6,8	6.924	91,3	141	1,9	8,2	-90,8	560,1	-53,0
1982	2.373.000	7.702	100,0	504	6,5	7.077	91,9	121	1,6	9,9	-91,1	574,6	-59,7

Fuente: Anuarios Estadísticas, Ministerio de Salud y Caja Costarricense de Seguro Social.

* Clínicas Privadas y Establecimientos de la Compañía Bananera.

** Las camas de los establecimientos traspasados a la C.C.S.S., se prorrataron en cada año, de acuerdo a la fecha en que se hizo efectivo el traspaso.

mgv.

POBLACION, CONSULTAS MEDICAS, CONSULTAS POR HABITANTE / AÑO Y VARIACIONES
PORCENTUALES RESPECTO AL AÑO 1970
COSTA RICA 1970 - 1982

AÑOS	POBLACION (A lo. de Julio)	C O N S U L T A S						CONSULTAS POR HAB./ AÑO	VARIACION PORCENTUAL DE CONSULTAS					
		TOTAL		C.C.S.S.		MINISTERIO SALUD			TOTAL	C.C.S.S. SALUD PRIV.				
		NUMERO	%	NUMERO	%	NUMERO	%							
											ENT. PRIVAD.*			
1970	1.737.367	3.536.293	100,0	2.279.629	64,5	1.160.396	32,8	96.268	2,7	2,0	-	-	-	-
1971	1.785.691	3.627.284	100,0	2.463.068	67,9	1.072.305	29,6	91.911	2,5	2,0	2,6	8,0	-7,6	-4,5
1972	1.842.831	3.982.533	100,0	2.888.853	72,5	1.047.397	26,3	46.283	1,2	2,2	12,6	26,7	-9,7	-51,9
1973	1.872.747	4.199.238	100,0	3.244.655	77,3	903.424	21,5	51.159	1,2	2,2	18,7	42,3	-22,1	-46,9
1974	1.921.572	4.528.626	100,0	3.522.449	77,8	892.501	19,7	113.676	2,5	2,4	28,1	54,5	-23,1	18,1
1975	1.968.438	4.833.417	100,0	3.976.516	82,3	740.122	15,3	116.779	2,4	2,5	36,7	74,4	-36,2	21,3
1976	2.017.986	5.253.892	100,0	4.766.586	90,7	396.732	7,6	90.574	1,7	2,6	48,6	109,1	-65,8	-5,9
1977	2.070.560	6.086.664	100,0	5.581.570	91,7	487.364	8,0	17.730	0,3	2,9	72,1	144,8	-58,0	-81,6
1978	2.125.620	6.565.749	100,0	6.069.557	92,4	478.531	7,3	17.661	0,3	3,1	85,7	166,3	-58,8	-81,7
1979	2.192.410	6.475.891	100,0	5.955.400	91,9	502.069	7,8	18.422	0,3	3,0	83,1	161,2	-56,7	-80,9
1980	2.246.600	5.947.660	100,0	5.429.380	91,3	501.740	8,4	16.540	0,3	2,6	68,2	138,2	-56,8	-82,8
1981	2.307.290	5.802.733	100,0	5.274.419	90,9	509.390	8,8	18.924	0,3	2,5	64,1	131,4	-56,1	-80,3
1982	2.373.000	5.981.608	100,0	5.205.903	87,0	752.507**	12,6	23.198	0,4	2,5	69,1	128,4	-35,2	-75,9

Fuente: Anuarios Estadísticos : Caja Costarricense de Seguro Social y Ministerio de Salud.

* Clínicas Privadas y Establecimientos de la Compañía Bananera.

** Estimación hecha con base en las consultas de 9 meses.

mgv.

*INDICADORES ECONOMICOS DE COSTA RICA
QUE INCIDEN EN LA CAPACIDAD DE DAR
SERVICIOS EN EL SECTOR SALUD*

**TIPO DE CAMBIO CON RELACION AL DOLAR DE LOS EE.UU. A.
COLONES COSTARRICENSES**

AÑOS	TIPO DE CAMBIO 1/
1978	8.57
1979	8.57
1980	9.24
1981	21.18
1982	39.95
1983	41.40
1984**	44.25

1/ Corresponde a un promedio de los tipos de cambio efectivos entre los ingresos y egresos corrientes de la balanza de pagos

FUENTE: B.C.C.R. Cuentas Nacionales 1980 - 1982.

** : Cambio actual Julio/84

EVOLUCION PRODUCTO INTERNO BRUTO

1978-1983

PROYECCION 1984-1986

AÑO 1978, BASE 100%

(En colones corrientes)

AÑOS	PRODUCTO INTERNO BRUTO	
	TOTAL EN MILLONES	% DE VARIACION
1978	30.193.3	-
1979	34.584.4	14.54
1980	41.405.5	37.13
1981	57.176.2	89.36
1982	97.916.2	224.29
1983 *	126.966.1	320.50
1984	146.680.6	385.80
1985	170.460.7	464.55
1986	193.453.1	540.70

FUENTE: Banco Central de Costa Rica y Autoridad Presupuestaria.

* Cifras preliminares.

PRODUCTO INTERNO BRUTO
 POR PRINCIPALES
 SECTORES PRODUCTIVOS
 (P.I.B.)

	1982	1983	1984
Agricultura	-4.9	4.4	2.2
Industria	-14.9	-1.8	3.8
Comercio	-16.8	1.0	2.3
Construcc.	-32.6	6.0	5.0
Gob. Gral.	-2.2	-0.3	-1.0
Otros	0.8	0.8	2.3
Promedios	-9.1	0.8	2.3

FUENTE: BANCO CENTRAL DE COSTA RICA

COSTA RICA:VALOR DE LAS EXPORTACIONES DE PRINCIPALES PRODUCTOS 1980-1983

(Período: enero a setiembre de cada año)

-valores en miles de \$ FOB-

PRODUCTO	1980	1981	1982	1983
CAFE	182.273	183.795	183.608	172.878
BANANO	143.703	171.484	173.590	174.354
CARNE	44.854	47.733	34.257	15.732
AZUCAR	38.395	42.007	12.070	19.751
CACAO	3.355	1.038	1.802	366
FERTILIZANTES	8.524	12.441	6.592	4.200
OTROS	314.255	314.592	240.825	242.314
T O T A L	735.349	773.090	652.744	629.595

FUENTE: Dirección General de Estadística y Censos.

COSTA RICA: PRINCIPALES RUBROS DE EXPORTACION, 1982 y 1983

(valores en miles de dólares FOB)

PRODUCTO	1982		1983 ^{1/}	
	valor	%	valor	%
CAFE	236.786	27.5	146.400	26.5
BANANO	236.394	27.4	255.053	28.1
CARNE	52.199	6.1	14.977	2.7
AZUCAR	14.599	1.7	14.283	2.6
CACAO	2.431	0.3	354	
FERTILIZANTES	7.898	0.9	3.061	0.6
OTROS	311.633	36.1	218.476	39.5
	^{2/}			
T O T A L E S	<u>861.900</u>	<u>100</u>	<u>552.604</u>	<u>100</u>

1/ Período enero a agosto

2/ Cifras corregidas

FUENTE: Dirección General de Estadística y Censos.

COSTA RICA: DISTRIBUCION DEL VALOR DE LAS EXPORTACIONES

Por principales productos 1980-1983

(% de los valores del cuadro 4)

-Período enero a setiembre de cada año-

PRODUCTO	1980	1981	1982	1983
CAFE	24.8	23.9	28.1	27.5
BANANO	19.5	22.3	26.6	27.7
CARNE	6.1	6.2	5.3	2.5
AZUCAR	5.2	5.4	1.9	3.1
CACAO	0.4	0.1	0.3	n.d
FERTILIZANTES	1.2	1.6	1.0	0.7
OTROS	42.8	40.8	36.8	38.5
T O T A L	100	100	100	100

FUENTE: Cuadro No.

COMPORTAMIENTO DEL VOLUMEN DE EXPORTACIONES

(porcentajes)

	1970-1975	1975-1980
CAFE	4.0	3.2
BANANO	4.9	- 2.2
CACAO	7.9	- 11.8
CARNE DE VACUNO	10.8	- 1.4
AZUCAR	0.2	- 0.3

Fuente: Academia de Centromérica, Costa Rica: Una Economía en Crisis

PROYECCION DE LOS PRECIOS EN DOLARES
(porcentajes)

	1981-1985	1985-1990
CAFE	-1.9	-0.2
AZUCAR	-1.6	0
CACAO	-8.4	- 0.2
BANANO	-3.5	- 1.5

Fuente: Banco Mundial: Examen de las políticas agropecuarias" 1983.

COSTA RICA: BALANZA COMERCIAL DE LOS AÑOS 1980 - 83
(Valores en miles de dólares)

AÑO	EXPORTACION (FOB)	IMPORTACION (CIF)	SALDO
1980	1.001.742	1.540.445	- 538.703
1981	1.008.103	1.208.529	- 200.426
1982	883.946	855.593	+ 28.353
1983(*)	803.200	930.000	- 126.800

(*) estimación

FUENTE: Dirección General de Estadística y Censos (D.G.E.C.)

COSTA RICA: BALANZA COMERCIAL DE LOS AÑOS 1980 A 1983
(Período enero a setiembre de cada año)
— Valores en miles de dólares —

AÑO	EXPORTACION (FOB)	IMPORTACION (CIF)	SALDO
1980	735.349	1.170.698	- 435.349
1981	773.090	967.328	- 194.238
1982	652.744 <u>1/</u>	663.493	- 10.749
1983 <u>1/</u>	629.595	721.631	- 92.036

1/ Cifras preliminares

FUENTE: Dirección General de Estadística y Censos.

COSTA RICA: IMPORTACIONES POR CATEGORIAS ECONOMICAS 1981 a 1983

(Período: enero a julio de cada año)

-valores en miles de \$ (CIF)-

CATEGORIAS ECONOMICAS

Materia prima para industria y minería	<u>332.387</u>	<u>228.753</u>	<u>238.291</u>	<u>43.8</u>	<u>44.8</u>	<u>43.8</u>
Petróleo parcialmente refinado	78.608	58.806	42.134	10.3	11.5	7.7
Otros	253.779	169.947	196.157	33.5	33.3	36.0
Materia prima para agricultura	28.380	26.924	31.902	3.7	5.3	5.9
<u>Bienes de consumo no duraderos</u>	<u>100.532</u>	<u>74.814</u>	<u>91.259</u>	<u>13.3</u>	<u>14.6</u>	<u>16.8</u>
Granos básicos	3.277	5.540	16.146	0.4	1.1	3.0
Otros	97.255	69.274	75.113	12.8	13.5	13.8
Bienes de consumo duraderos	51.964	17.766	21.960	6.9	3.5	4.0
Bienes de Capital para industria y minería	55.301	23.227	26.308	7.3	4.6	4.8
Bienes de Capital para agricultura	8.703	5.804	6.759	1.1	1.1	1.2
Bienes de Capital para construcción	12.164	4.987	10.239	1.6	1.0	1.9
Bienes de Capital para transporte	34.661	19.479	16.930	4.6	3.8	3.1
Otros Bienes de Capital	54.971	31.226	18.239	7.3	6.1	3.4
Material de Construcción	33.202	17.237	20.546	4.4	3.4	3.8
<u>Combustible y Lubricantes</u>	<u>40.370</u>	<u>55.126</u>	<u>57.824</u>	<u>5.3</u>	<u>10.8</u>	<u>10.6</u>
Gasolina, diesel, gas LPG	31.788	44.143	41.772	4.2	8.6	7.7
Otros	8.582	10.983	16.052	1.1	2.2	2.9
Otros	5.572	4.929	4.056	0.7	1.0	0.7
T O T A L	<u>758.207</u>	<u>510.272</u>	<u>544.313</u>	<u>100.0</u>	<u>100.0</u>	<u>100.0</u>

1/ Cifras preliminares

FUENTE: Dirección General de Estadística y Censos.

INDICES DE PRECIOS AL POR MENOR

(PROMEDIO ANUAL)

BASE: 1975 = 100

AÑOS	1978	1979	1980	1981	1982	1983 *
Indice	114,29	124,79	147,41	202,03	384,04	461,62
Crec. Anual (%)	-	9,19	18,10	37,05	90,09	20,20
Crec. Acum. (%)	-	9,19	28,98	76,77	236,02	303,90

FUENTE: MIDEPLAN

* Estimado.

EGRESOS TOTALES DEL SECTOR PUBLICO
 DESGLOSADOS EN CORRIENTES Y DE CAPITAL EN NUMEROS
 ABSOLUTOS Y PORCENTAJES DE VARIACION

AÑO 1978 = 100%
 EVOLUCION 1978-1982

(En millones de colones corrientes)

AÑOS	EGRESOS		SECTOR		PUBLICO	
	TOTAL		CORRIENTES 1/		DE CAPITAL 2/	
	ABSOLUTO	%	ABSOLUTO	%	ABSOLUTO	%
1978	16.734.4	-	12.535.5	-	4.198.9	-
1979	20.079.2	19.99	16.298.9	30.02	3.780.3	(9.97)
1980	25.972.3	55.20	20.157.0	60.80	5.815.3	38.50
1981	34.381.2	105.45	27.928.1	122.79	6.453.1	53.69
1982	58.362.1	248.76	47.510.8	279.01	10.851.3	158.43

FUENTE: Autoridad Presupuestaria, Ministerio de Hacienda.

1/ INCLUYE: Sueldos y Salarios. Contribuciones a la Seguridad Social (cuotas patronales al IMAS, INAS, BPDC, AF y la CCSS) Intereses transferencias corrientes.

2/ INCLUYE: Inversión real. Inversión financiera. Transferencias de capital. Concesión neta de préstamos. Amortización Interna y Externa y Ajustes en las Cifras Efectivas.

3/ INCLUYE: Gobierno Central, Organismos Descentralizados y Gobiernos Locales.

***DATOS BASICOS SOBRE SALUD Y
VARIABLES EN CENTROAMERICA Y PANAMA***

DATOS BÁSICOS DE CENTROAMÉRICA Y PANAMÁ

INFORMACION BÁSICA	Costa Rica		El Salvador		Guatemala		Honduras		Nicaragua		Panamá	
	Año	Índice	Año	Índice	Año	Índice	Año	Índice	Año	Índice	Año	Índice
<u>Indicadores Demográficos</u>												
Población estimada (en miles)	1983	2.435,5	1983	5.229,1	1983	7.610,4	1983	4.092,2	1983	3.015,0	1983	2.048,9
Extensión en Km ²	1983	51.100	1983	21.041	1983	108.889	1983	112.088	1983	127.358	1983	77.082
Densidad (habitantes por Km ²)	1983	47,7	1983	248,5	1983	69,8	1983	36,5	1983	23,7	1983	26,6
Porcentaje población menor 15 años	1981	37,7	1981	45,2	1980	44,1	1983	47,8	1981	47,9	1981	39,8
Porcentaje población 65 años y más	1981	3,6	1981	3,4	1980	2,9	1983	2,8	1981	2,4	1980	4,2
Porcentaje población en localidades de 20,000 habitantes y más	-	...	1980	24,1	1980	2,5	1980	26,7	1981	37,4	1981	39,1
Porcentaje población rural	1980	56,6	1980	58,9	1980	61,1	1980	64,0	1980	47,0	1980	45,7
Tasa natalidad por 1.000 habitantes	1981	31,1	1980	37,7	1980	41,4	1980	46,0	1981	45,1	1981	27,7
Tasa de crecimiento vegetativo	1981	27,4	1980	29,1	1980	31,0	1980	35,2	1981	34,0	1981	23,5
Tasa fecundidad por 1,000 mujeres de 15 a 49 años	1981	132,8	1979	174,4	1980	181,1	1980	220,9	1981	200,8	1981	118,4

FUENTE: Necesidades prioritarias de salud en Centroamérica y Panamá. OPS. 1983.

DATOS BÁSICOS DE CENTROAMÉRICA Y PANAMÁ

INFORMACION BÁSICA	Costa Rica		El Salvador		Guatemala		Honduras		Nicaragua		Panamá	
	Año	Índice	Año	Índice	Año	Índice	Año	Índice	Año	Índice	Año	Índice
<u>Indicadores del Estado de Salud</u>												
Esperanza de vida al nacer	1981	73,2	1980	64,5	1980	57,8	1980	58,8	1982	57,6	1981	70,2
Tasa bruta de mortalidad	1981	3,9	1980	8,6	1980	10,4	1980	10,8	1981	11,1	1981	4,2
Tasa mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos	1981	18,0	1980	84,8	1980	85,9	1981	87,0	1981	88,2	1981	21,2
Tasa mortalidad materna por 1.000 nacidos vivos	1981	0,3	1980	1,2	1980	1,0	1979	0,8	1978	0,7	1981	0,7
Tasa de mortalidad de 1 a 4 años por 1.000	1981	1,1	1980	6,9	1980	12,4	1979	4,3	1978	10,4	1981	2,1
Porcentaje defunciones por:												
- enfermedades infecciosas y parasitarias (001-138)	1981	3,9	1980	10,7	1980	33,2	1980	26,8	1978	20,8	1980	7,9
- tumores (140-239)	1981	17,5	1980	2,5	1980	3,2	1980	5,5	1978	5,4	1980	16,2
- enferm. del corazón (390-429)	1981	18,2	1980	2,4	1980	3,9	1980	13,1	1978	20,8	1980	16,2
- accid. tráfico vehículos motor (E 810-812)	1981	4,9	1980	3,7	1980	2,1	1980	...	1978	4,3	1980	4,9
- signos, síntomas y estados morbosos mal definidos	1981	9,7	1980	28,0	1980	14,3	1980	36,5	1978	28,5	1980	9,9

FUENTE: Necesidades prioritarias de salud en Centroamérica y Panamá. OPS. 1983.

DATOS BÁSICOS DE CENTROAMÉRICA Y PANAMÁ

INFORMACIÓN BÁSICA	Costa Rica		El Salvador		Guatemala		Honduras		Nicaragua		Panamá	
	Año	Índice	Año	Índice	Año	Índice	Año	Índice	Año	Índice	Año	Índice
Indicadores de Cobertura de Servicios												
Porcentaje de niños menores de un año inmunizados contra:												
- difteria	1981	83,2	1981	52,2	...	...	1981	36,0	1981	61,5	1981	48,5
- poliomielitis	1981	85,4	1981	47,1	...	...	1981	37,0	1981	83,1	1981	49,7
- sarampión	1981	52,0	1981	57,8	...	...	1981	35,0	1981	20,0	1981	52,2
- tétanos	1981	83,2	1981	52,2	...	...	1981	36,0	1981	61,5	1981	48,5
- tos ferina	1981	83,2	1981	52,2	...	...	1981	36,0	1981	61,5	1981	48,5
- tuberculosis	1981	81,2	1981	54,6	1981	30,3	1981	42,0	1981	65,2	1981	76,2
Porcentaje de población servida con agua potable	1981	87,5	1981	53,0	1979	42,0	1980	55,0	1981	42,2	1980	100,0
Porcentaje de población servida con eliminación sanitaria excretas	1981	91,4	1979	20,0	1980	29,0	1980	15,0	1981	21,9	1980	33,0
Número atenciones por 100 habit.	1981	260	1978	51,0	1980	40,0	1981	90,0	1981	190	1977	171,0
Número de camas por 1.000 habit.	1981	3,0	1980	1,7	1980	1,1	1981	1,1	1981	1,7	1981	3,9
Número de egresos por 100 habit.	1981	11,7	1980	5,9	1980	2,6	1982	3,0	1981	7,0	1981	8,3

FUENTE: Necesidades prioritarias de salud en Centroamérica y Panamá. OPS. 1983.

DATOS BÁSICOS DE CENTROAMÉRICA Y PANAMÁ

INFORMACION BÁSICA	Costa Rica		El Salvador		Guatemala		Honduras		Nicaragua		Panamá	
	Año	Índice	Año	Índice	Año	Índice	Año	Índice	Año	Índice	Año	Índice
<u>Indicadores de Recursos Humanos</u>												
Médicos por 10.000 habitantes	1983	9,3	1983	5,0	1982	5,1	1983	3,2	1983	5,1	1983	8,0
Dentistas por 10.000 habitantes	1983	3,5	1983	1,3	1982	1,0	1983	1,0	1983	0,6	1983	1,4
Veterinarios por 10.000 habitantes	1983	1,5	1983	0,3	1980	0,5	1979	0,0	1983	...	1980	1,2
Enfermeras por 10.000 habitantes	1983	9,6	1983	4,1	1982	1,1	1983	1,9	1983	3,4	1983	10,5
Auxiliares enfermería por 10.000 habitantes	1983	22,8	1983	8,2	1982	6,1	1983	8,4	1983	14,2	1983	16,5
<u>Indicadores Económicos</u>												
P.I.B. per cápita en \$ EE.UU. A.	1980	1535,9	1980	688,2	1980	1205,1	1982	700,5	1981	902,2	1980	1958,4
Porcentaje del gasto de salud del total de gastos del Gobierno Central	1981	*4,2	1980	7,5	1982	10,0	1980	11,0	1981	12,0	1979	6,3
Gasto en salud per cápita	1981	295,7	1980	14,4	1982	151,9	1982	35,4	1981	39,5	1982	128,25
* No incluye instituciones descentralizadas.-												

FUENTE: Necesidades prioritarias de salud en Centroamérica y Panamá. OPS. 1983.

DATOS BASICOS DE CENTROAMERICA Y PANAMA

INFORMACION BASICA	Costa Rica		El Salvador		Guatemala		Honduras		Nicaragua		Panamá	
	Año	Indice	Año	Indice	Año	Indice	Año	Indice	Año	Indice	Año	Indice
<u>Otros Indicadores</u>												
Porcentaje de recién nacidos con peso menor de 2,500 gramos	1980	6,8	1980	6,7	1980	10,0	1981	9,8	1982	15,0	1980	9,7
Disponibilidad de calorías per cápita por día	1978	2.267	1977	1.890	1978	1.936	1978	1.800	1974	2,141	1978	2,425
Porcentaje de población alfabetizada	1982	92,5	1981	40,0	1981	50,0	1980	40,5	1982	87,0	1980	79,0
Porcentaje de niños 0-4 años desnutridos	1982	38,6	1978	52,9	1980	73,0	1980	80,0	1976	56,8	1978	50,0

FUENTE: Necesidades prioritarias de salud en Centroamérica y Panamá. OPS. 1983.

PORCENTAJE DE ADULTOS ALFABETIZADOS
SEGUN SEXO POR PAIS, ALREDEDOR DE 1980

	Costa Rica (1980)	El Salvador (1978)	Guatemala (1982)	Honduras (1982)	Nicaragua (1981)	Panamá (1981)
Ambos Sexos	92	65.2	57	63	88	87
Masculino	92	--	63	64	--	87
Femenino	92	--	50	62	--	86

FUENTE: UNICEF Informe Anual, Oficina de Area de Guatemala, 1983, y
 Perfiles de los Programas por Países, 1984.

MORTALIDAD POR INFECCIONES RESPIRATORIAS
AGUDAS EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS, POR PAIS Y AÑO

	<u>Mortalidad por IRA</u> <u>(por 1.000 niños)</u>	<u>Mortalidad por IRA</u> <u>(porcentaje de todas las causas)</u>
Costa Rica, 1979	0.8	12.1
El Salvador, 1974	2.3	13.7
Guatemala, 1978	5.6	20.7
Honduras, 1978	1.1	11.4
Nicaragua, 1968	2.1	10.3
Panamá, 1974	2.1	20.0

FUENTE: OPS, Infecciones Respiratorias Agudas en los Niños, 1983, Cuadro 6º.

PORCENTAJE DE NIÑOS DE 0-5 AÑOS
INMUNIZADOS EN CENTROAMERICA, POR TIPO DE VACUNA Y PAIS

	<u>Costa Rica</u>	<u>El Salvador</u>	<u>Guatemala</u>	<u>Honduras</u>	<u>Nicaragua</u>	<u>Panamá</u>
Difteria Tos Ferina Tétanos (DPT)	89	40	58	51	23	62
Polio	81	38	58	52	64	63
Sarampión	78	40	45	63	37	69
Tuberculosis (BCG)	76	42	44	51	38	77

FUENTE: Informe Anual de la Oficina Regional de UNICEF en Guatemala 1983, basado en las estadísticas suministradas por los Ministerios de Salud. En algunos casos no fue posible determinar si las cifras se referían a la inmunización completa o parcial. Las cifras para Honduras, Nicaragua y Panamá son del año 1982, las otras datan de 1980.

COMPARACION ENTRE PRACTICAS DE LACTANCIA MATERNA
EN COSTA RICA EN 1976 Y 1981

1. Porcentaje de niños siendo amamantados según edad y año de observación

<u>Edad en meses</u>	<u>1976</u>	<u>1981</u>
0-1	67	90
2-3	32	61
4-5	32	40
6-7	37	35
8-9	28	26
10-11	21	22
12-17	9	15
18-23	8	9
24-29	2	4
30-35	3	1

CENTROAMERICA Y PANAMA, 1981: POBLACION TOTAL
 POBLACION MENOR DE 5 AÑOS; TASA CRUDA DE NACIMIENTOS
 TASA DE MORTALIDAD DE NIÑOS DE 1-4 AÑOS
 TASA DE MORTALIDAD INFANTIL POR 1,000 NACIDOS VIVOS, POR PAIS

País	Población total (millones)	Población Infantil de 0 a 4 años		Tasa cruda nacimientos	Tasa de mortalidad de niños 1-4 años	Tasa de mortalidad infantil
		millones	%			
Costa Rica	2.3	0.3	8	30	1	18*
Guatemala	7.5	1.3	32	39	5	70
Honduras	3.8	0.7	18	44	9	90
Nicaragua	2.8	0.5	12	44	10	90
Panamá	1.9	0.3	8	30	2	29
El Salvador	4.9	0.9	22	40	7	80
TOTAL	23.2	4.0	100			

FUENTE: UNICEF, Estado Mundial de la Infancia, 1984

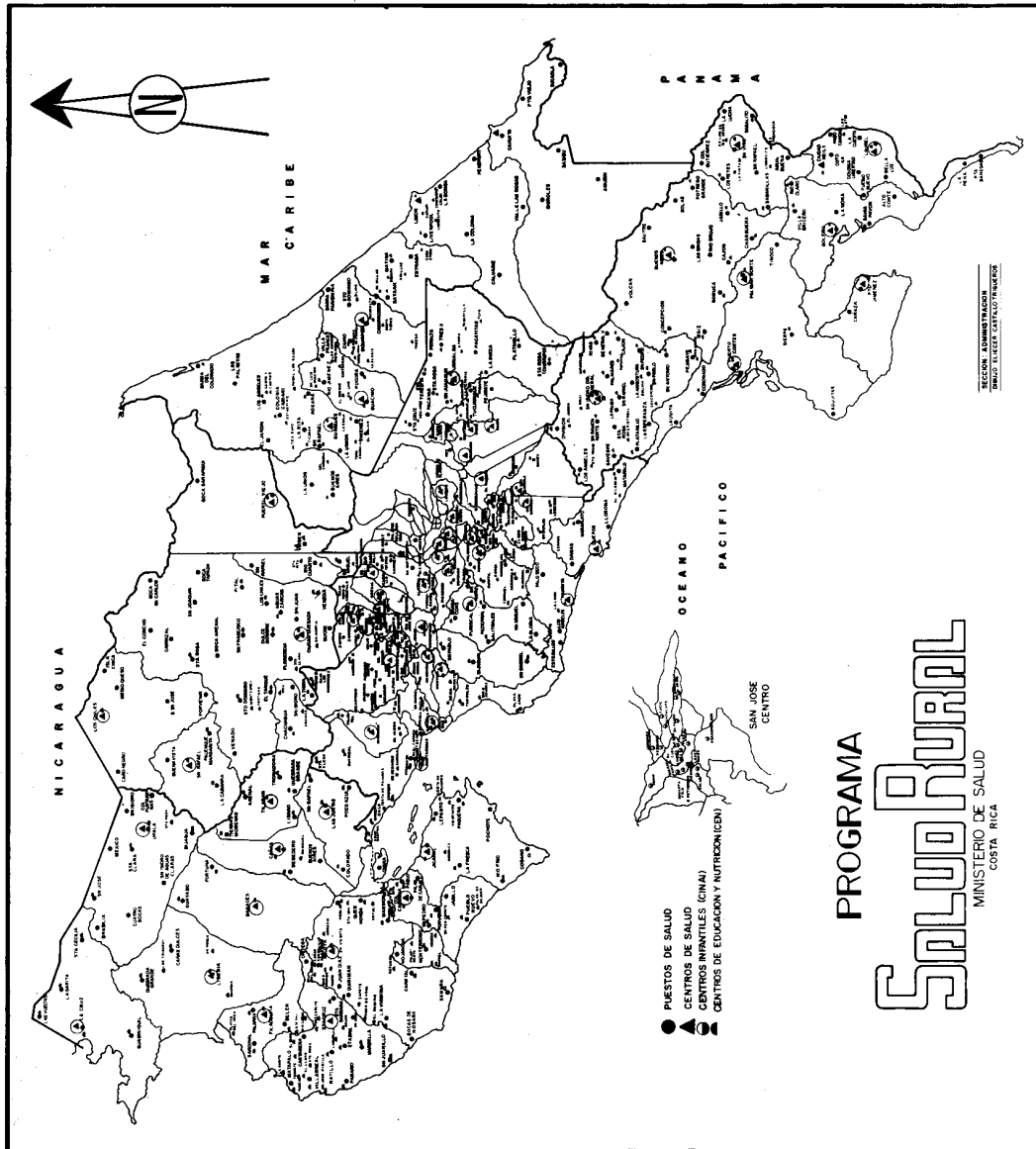
Con base en cifras suministradas por la División de Población de las Naciones Unidas, la cual se corrigió por tener equivocada la tasa de mortalidad infantil en Costa Rica de 0-1 año.

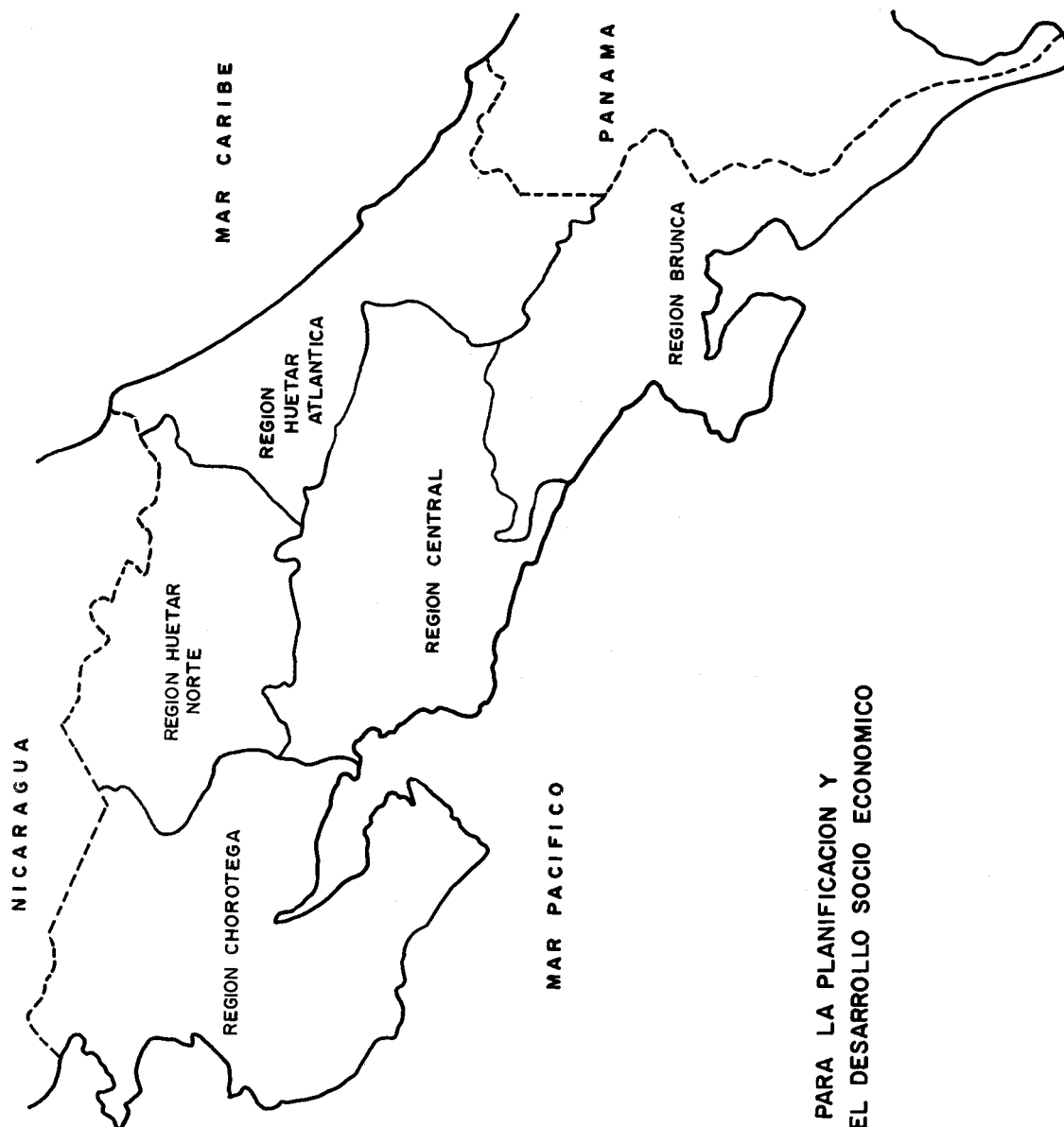
PAISES MIEMBROS DEL AISCCAP
(Seguro Social Centro América y Panamá)
(Datos estadísticos) 1981 - 1982

PAIS	POBLACION TOTAL	ORGANIZACION ADMINISTRATIVA	CONTINGENCIAS CUBIERTAS	POBLACION CUBIER TA
Costa Rica	2.319.733	Caja Costarricense de Seguro Social Financiamiento: Tripartito	Enfermedad, Maternidad, Vejez, Invalidez y Muerte. Programa adicional la Ley de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares (1974)	1,811,711.4 78.1%
El Salvador	4.939.354	Instituto Salvadoreño del Seguro Social Financiamiento: Tripartito	Enfermedad, Accidentes de trabajo, Maternidad Invalidez, Vejez, Muerte y Cesantía Involuntaria	Por el régimen de salud: 311.946 6.3% Por el régimen de invalidez, vejez y muerte: 389.671 7.8%
Guatemala	7.604.757	Instituto Guatemalteco de Seguridad Social Financiamiento: Tripartito	Accidentes en general Invalidez, Vejez y Sobrevivencia (en toda la República), Enfermedad y Maternidad (en varios Departamentos)	1,034.289 13.60%
Honduras	3.900.000	Instituto Hondureño de Seguridad Social Financiamiento: Tripartito	Enfermedad, Maternidad Accidentes de Trabajo y Enfermedad Profesional, Invalidez, Vejez, Muerte y Cesantía Involuntaria	259.601 8.7%
Nicaragua	2.732.520	Instituto Nicaragüense de Seguridad Social Financiamiento: Tripartito	Invalidez, Vejez, Muerte, Riesgos Profesionales y Asignaciones Familiares	241.336 8.8%
Panamá	1.837.000	Caja de Seguro Social de Panamá	Invalidez, Vejez, Muerte, Maternidad, Enfermedad, Riesgos de Trabajo	1.063.000 56.5%
República Dominicana	5.431.000	Instituto Dominicano de Seguros Sociales Financiamiento: Tripartito	Enfermedad, Maternidad, Invalidez, Vejez y Muerte. (El seguro de Accidentes de Trabajo se reguló por el Decreto No. 1807 de 1944).	534.000 5.3%

(*) Cifras aproximadas
FUENTE: AISCCAP

EyM (Enfermedad y Maternidad)
IVM (Invalidez, Vejez y Muerte)





COSTA RICA

REGIONALIZACION PARA LA PLANIFICACION Y
PROGRAMACION DEL DESARROLLO SOCIO ECONOMICO

BIBLIOGRAFIA

1. Acuña. R. H: *Informe del Director, Organización Panamericana de la Salud.* Washington. No. 183. 1982.
2. Asís, B. L.: *Programa de Asistencia Médica para la población rural en la Seguridad Social.* VII Congreso Americano de Mediana de Seguridad Social. Quito, Ecuador. (CCSS) 1981.
3. Arias, S. O.: *Estado benefactor y Seguro Social.* La Nación. 15-A. 16 junio. 1982.
4. *Análisis Integral de la CCSS: Caja Costarricense de Seguro Social/OPS.*
5. Avila, A y Wouters, M.: *Problemas de Salud en los Cantones.* OFIPLAN. 1982.
6. Becerra, J. G., Cubillo. C. R., Robles, G. A, Serrato, G. Ch. Undriego, J.: *Una experiencia en salud comunitaria.* CCSS. 1976 - 1977.
7. Burenkov, S. y Glasunov, L. S.: *URSS, el criterio preventivo en Salud Pública.* Foro Mundial de la Salud. 3 (1): 60. 1982.
8. CCSS: *Regionalización de los Servicios de Salud.* CCSS. 1978.
9. Elmendorf, M. L.: *Women - the underused human resource.* Educación Médica y Salud. Vol. 16, No. 4.1982.
10. *Encuesta Nacional de Nutrición: Ministerio de Salud.* 1978.
11. *Evaluación de la Situación de Salud en la Década 1971.* 1980. Ministerio de Salud (Meneses-Martínez-Hilje y Prendas). 1980.
12. Fox, J. P. Hall, C. E. y Evelback, L. R.: *Epidemiología.* La prensa Médica Mexicana. 1975.
13. Fonseca, J. : R. y otros. *Una experiencia en la Integración de Servicios de Salud en una Area Rural.* C.C.S.S. 1980.
14. Garrison, H F.: *Historia de la Medicina.* Ed. Interamericana, 4 ed. 1966.
15. Hidalgo. H. H, Castro, C. A., Rivera, v: R.: *Hogares sustitutos en Costa Rica.* Med. Cut. I.L.A Vol X/ 385. 1982.
16. Jaramillo, A J.: *Informe Anual de C. R. ante la Organización Panamericana de la Salud.* Washington, septiembre 1982.
17. Jaramillo. A. J.: *XXVII Reunión de Ministros de Salud Pública.* Costa Rica. Agosto 1982.
18. Jaramillo, A. J.: *Formación de Médicos en Costa Rica, Foro de la Nación,* 23 diciembre 1982.
19. Jaramillo, A. J.: *Discurso en el 125 Aniversario del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica.* 1982.
20. King, M.: *Medical Care in developing countries.* Oxford University Press. 1970.
21. Lenin, S. J., Meneses, R. C., Martínez, H, Hilje, C. Q., Murillo, M. M: *Salud en Costa Rica.* Ministerio de Salud. 1981.
22. Lenin, S. J.: *Hacia un Sistema Nacional de Salud en Costa Rica.* 1982.
23. Mailon, M. F.: *Política de Salud en Canadá.* SINTESIS. I.M.S.S. 38 - octubre

- 1982.
24. Martí Bufill, C.: *La Seguridad Social y la Salud. Serie Estudios de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social.* Madrid. Nov. 1974.
25. Mahler, H.: *Discurso Organización Panamericana de la Salud, Washington septiembre 1982.*
26. Mahler, H.: *El sentido de la Salud para Todos en el Año 2000. Foro Mundial de la Salud. 2(1): 5 -15.1981.*
27. Miranda, G. G.: *La Caja y' su Situación: Médico. Vol. 11 - 12. 69. 1982.*
28. Miranda, G. G.: *Problemas de Salud. Comunicación personal 1983.*
29. Miranda, G. G.: *Caro, poco productivo y de baja eficiencia. El Seguro 14, No. 44. Octubre 1982.*
30. *Ministry of Public Health Thailand: Evaluation of the lampagn integrated rural health service and primarjl health care system. 1981.*
31. Mohs, V. E.: *Las Ciencias Médicas Hoy. CONICIT. 67. 1978.*
32. Mohs, Edgar: *Infectious Diseases and Health in Costa Rica. The Development of a new paradigm. University of Texas. 1982.*
33. Monge, L. A.: *Volvamos a la Tierra. Partido Liberación Nacional. Programa de Gobierno. 1982-1986.*
34. *Organización Panamericana de la Salud: Plan de Acción. OPS. 1982.*
35. *Organización Mundial de la Salud: Sexto informe sobre la situación sanitaria mundial, primera y segunda partes. OMS. 1981.*
36. *Organización Panamericana de la Salud: Salud para Todos en el Año 2000 Estrategias. Documento oficial No. 173. OPS. 1980.*
37. *Organización Mundial de la Salud: Sexto informe sobre la situación sanitaria mundial. Primera y Segunda parte. Organización Mundial de la Salud. Ginebra 1981.*
38. Ortíz, Guier J. y otros: *Hospital Sin Paredes. Programa de Medicina Comunitaria. PASCAP, OPS/OMS. Agosto 1981.*
39. *Organización Panamericana de la Salud: Las Condiciones de Salud en las Américas. OPS. 1977-1980.*
40. *Presidencia de la República: La dimensión de la pobreza. OFIPLAN. 1981.*
41. Rodríguez, H. C.: *El Hospital en la década del 80. Buenos Aires 1982.*
42. Salas, R. C. y Martínez, H.: *Plan Nacional de Salud, primera y segunda partes.*
43. *Ministerio de Salud. 1979-1982.*
44. Schwartz William and Joskow Paul: *Medical efficacy versus economic efficiency: A conflict in values. The New England Journal of Medicine.*
45. Singer, Ch. y Underwood E. A.: *Breve Historia de la Medicina. Ed. Guadarrama. Madriz. 1966.*
46. *Health Protection in the U.S.S.R. London. 1934. Seemashko, N. A.*
47. Terris, Milton: *Tendencias y perspectivas de los tres sistemas mundiales de atención médica. Foro Mundial de la Salud. 1(1,2): 93.1980. OMS.*
48. Terris, Milton: *La Revolución Epidemiológica y la Medicina Social. Ed. Siglo veintiuno de España, 1980.*

“LA SALUD NO ES UNA META SOCIAL POR SI MISMA,
SINO QUE ES UN MEDIO INDISPENSABLE Y CASI UN
REQUISITO PREVIO PARA MEJORAR EL DESARROLLO
ECONOMICO Y SOCIAL DE UN PUEBLO”.