

ASOCIACION
COSTARRICENSE
DE SALUD PÚBLICA
ACOSAP



Congreso Nacional de Salud Pública

Dr. Solón Núñez Frutos

CANADIAN
PUBLIC
HEALTH
ASSOCIATION



CANADIAN
INTERNATIONAL
DEVELOPMENT
AGENCY

San José, Costa Rica – 27-28-29 marzo 1985



DR. SOLON NUÑEZ FRUTOS — 1881 - 1975

Benemérito de la Patria

Sub Secretario de Higiene 1922 - 1926

Ministro de Salud 1927 - 1936 — 1943 - 1948

AGRADECIMIENTO

La Asociación Costarricense de Salud Pública (ACOSAP) reconoce y agradece el apoyo económico a las siguientes instituciones y empresas:

Asociación Demográfica Costarricense

Caja Costarricense de Seguro Social

Canadian International Development Agency

Canadian Public Health Association

Colegio de Médicos y Cirujanos

Consejo Técnico Asistencia Médico Social

Cooperativa Productores de Leche Dos Pinos

Instituto Nacional de Seguros

Merck Sharp & Dohme

Miles de Costa Rica S. A.

Ministerio de Salud

Oficina Sanitaria Panamericana

Programa de Adiestramiento en Salud Comunitaria de Centroamérica y Panamá (PASCCAP)

Vicerrectoría Acción Social, Universidad de Costa Rica.

INTRODUCCION

La Asociación Costarricense de Salud Pública ACOSAP, inscrita en el Registro Nacional de Asociaciones el 1 de julio de 1983, bajo el expediente No. 676, contempla dentro de sus objetivos consolidar el prestigio de la salud pública costarricense, - fomentar el espíritu de colaboración de sus asociados y estimular todas aquellas actividades científicas que contribuyan a una mayor competencia y autoridad de los trabajadores de - esta disciplina.

Fue empeño de su Junta Directiva organizar entonces una actividad científica a nivel nacional, que agrupara a diferentes disciplinas de la salud pública, a objeto de enfrentar el reto que representa la consecución del lema SALUD PARA TODOS AL AÑO 2000, ideal dentro del cual nuestro país se ha comprometido.

Para ello y como actividad preliminar, ACOSAP se abocó a la organización de un congreso que ofreciera la oportunidad de un análisis sobre lo realizado hasta ahora en materia de salud y que abordara los aspectos más relevantes de las actuales y futuras necesidades de la salud pública costarricense.

Con este congreso ACOSAP cree haber contribuído al ideal compartido por todos quienes formamos la gran familia de la salud pública y que deseamos contribuir en la medida de nuestras posibilidades, a dejar un país más sano y más próspero al final de nuestro siglo.

Nuestro congreso lleva el nombre venerado del primer sanitarista costarricense, Benemérito de la Patria y gestor de la legislación y las bases en las que se asienta la salud pública nacional: DR. SOLON NUÑEZ FRUTOS.

Ha querido así ACOSAP honrar la figura de este insigne ciudadano, a cuya memoria nuestra asociación dedica sus mejores esfuerzos y capacidades.

San José Marzo de 1985

VSB/cnn

P R O G R A M A

INAUGURACION

Día: 26 marzo 1985
Colegio de Médicos y Cirujanos
Hora: 7 pm.

Himno Nacional

Palabras: Dr. Carlos Díaz Amador
Presidente Asociación Costarricense
Salud Pública

Dr. Guillermo Rodríguez A.
Presidente Colegio Médicos
y Cirujanos

Señor Gerald H. Dafoe
Director Ejecutivo Asociación
Canadiense de Salud Pública

Dr. Hugo Villegas O.
Representante OPS/OMS

Dr. Guido Miranda G.
Presidente Ejecutivo Caja
Costarricense Seguro Social

INAUGURACION

Doctor Juan Jaramillo A. En representación
del Señor Presidente de la República
don Luis Alberto Monge Alvarez

INTERPRETACION CORO UNIVERSITARIO

Develación Placa Conmemorativa
"Dr. Solón Núñez Frutos".

BRINDIS

MIERCOLES 27 MARZO 1985:

7.30 - 8.30 am. Inscripción

8.30 - 10:30 am. Presentación Trabajos Libres

10.30 - 11:00 am. REFRIGERIO

11.00 - 12:00 md. Conferencia:

"Factores Determinantes de Mortalidad
Infantil en Costa Rica"
Lic. Luis Rosero, Jefe Depto.
Investigaciones, Asociación Demográfica
Costarricense

12:00 - 1:30 pm. ALMUERZO

1:30 - 3:30 pm. Presentación Trabajos Libres

3:30 - 4:00 pm. REFRIGERIO

4:00 - 6:00 pm. Simposio

"Perspectivas de Salud al Año 2000"
Dr. Juan Jaramillo,
Ministro de Salud

Dr. Guido Miranda,
Presidente Ejecutivo CCSS

Dr. Miguel Angel Chavarría,
Presidente Ejecutivo
Instituto Costarricense Acueductos
y Alcantarillados.

MODERADOR:

Dr. Oscar Ricardo Fallas C.
Gerente Médico CCSS.

JUEVES 28 MARZO 1985:

8:00 - 10:30 am. Presentación Trabajos Libres

10:30 - 11:00 am. REFRIGERIO

11:00 - 12:00 md. Conferencia

"Enfoque de Riesgo en la Atención de Salud"

Dr. Solum Donas, Consultor
Materno Infantil, OPS.

12:00 - 1:30 pm. ALMUERZO

1:30 - 3:30 pm. Presentación Trabajos Libres

3:30 - 4:00 pm. REFRIGERIO

4:00 - 6:00 pm. Mesa Redonda:

"Recursos Humanos en Salud"

Dr. Guido Alvarez C.,
Director Centro Nacional de
Docencia e Investigación en Salud
y Seguridad Social

Dr. Guillermo Rodríguez A.
Presidente Colegio Médicos y Cirujanos

Dr. Carlos Arguedas Ch.
Decano Facultad de Medicina

Dr. Jorge Haddad Q,
Director Programa Adiestramiento
Salud Comunitaria de Centro América
y Panamá (PASCCAP)

Lic. Rodrigo Alvarez F.
Director Departamento Formación
y Capacitación Recursos Humanos
Ministerio de Salud

MODERADOR:

Dr. Leonardo Marranghello B.
Directivo de ACOSAP

VIERNES 29 MARZO 1985:

8:00 - 9:30 am. Presentación Trabajos Libres

9:30 - 10:00 am. REFRIGERIO

10:00 - 12.00 md. Mesa Redonda:

"Es la Adolescencia un Problema de Salud Pública?".

Lic. Dina Krauskopf

Lic. Clarybeth González

Dr. William Brenes

Lic. Nuria Monge

Dr. Freddy Ulate

MODERADOR:

Dr. Guido Miranda, Presidente Ejecutivo CCSS.

12:00 - 1:30 pm. ALMUERZO

1:30 - 2:30 pm. Conferencia

"Situación de la Salud de los Ancianos en América Latina: Propuestas de Acción".

Dr. René González
Consultor Salud Mental OPS/OMS

2:30 - 3:00 pm. REFRIGERIO

3:00 - 5:00 pm. Mesa Redonda:

"Problemática de la Tercera Edad en Costa Rica".

Dr. Luis Asís B., Presidente
Secretaría Técnica de la Tercera Edad.

Dr. Alfonso Trejos Willis,
Coordinador Comisión Tercera Edad,
Universidad de Costa Rica

Dr. Antonio Rodríguez A.
Director Hospital Raúl Blanco C.

Ing. Arturo Lizano R.
Presidente Asociación Gerontológica

Lic. Enrique Vargas S.
Director Ejecutivo Junta de Pensiones
y Jubilaciones del Magisterio Nacional

MODERADOR:

Dr. Enrique Freer M.
Directivo de ACOSAP

5:00 pm.

Clausura

Entrega de certificados

Palabras:

Dr. Carlos Díaz Amador,
Presidente Asociación Costarricense
de Salud Pública

COMITE ORGANIZADOR:

Dr. Carlos Díaz Amador, Presidente
Lic. Carmen C. Arroyo González
Dr. Oscar Dobles García
Dr. Enrique Freer Miranda
Enf. Cristina Garita Vargas
Dr. Hernán Ulloa González

COORDINADORES DE COMISIONES DE TRABAJO:

Apoyo Administrativo
Asuntos Sociales
Divulgación y -
Publicaciones
Mesas Redondas y
Conferencias

Lic. Julio Quirós
Dr. Miguel Asís Beirute

Lic. Vilma Solano Brenes

Dr. Leonardo Marranghello
Bonifati

Temas Libres
Finanzas

Lic. Haydeé Brenes Cordero
Dr. Oscar Dobles García

MESA PRINCIPAL DEL ACTO INAUGURAL DEL I CONGRESO NACIONAL
DE SALUD PUBLICA "DR. SOLON NUÑEZ FRUTOS"



De izquierda a derecha:

Dr. Carlos Díaz Amador Presidente ACOSAP
Dr. Guillermo Rodríguez A. Presidente Colegio Médicos y Cirujanos
Dr. Guido Miranda G. Presidente Ejecutivo, Caja Costarricense de Seguro Social
Dr. Juan Jaramillo A. Ministro de Salud
Dr. Hugo Villegas O. Representante OPS/OMS
Sr. Gerald H. Dafoe. Director Ejecutivo, Asociación Canadiense de Salud Pública

INAUGURACION OFICIAL



El Dr. Juan Jaramillo A., Ministro de Salud en representación del Señor Presidente de la República, inaugurando oficialmente el I Congreso Nacional de Salud Pública "Dr. Solón Nuñez Frutos".

DISTINGUIDO VISITANTE

DR. SOLÓN NÚÑEZ FRUTOS



Señor Gerald H. Dafoe, presentando el saludo de la Asociación Canadiense de Salud Pública durante la inauguración del Congreso.

CLAUSURA CONGRESO NACIONAL DE SALUD PUBLICA



Dr. Carlos Díaz Amador, Presidente de la Asociación Costarricense de Salud Pública ACOSAP, clausurando el Congreso Nacional de Salud Pública. A su lado la señora Cynthia Núñez de Villafranca, hija del Dr. Solón Núñez Frutos.

Palabras del Dr. Carlos Díaz Amador, Presidente de la Junta Directiva de la Asociación Costarricense de Salud Pública, ACOSAP.

Dr. Juan Jaramillo, Ministro de Salud.

Dr. Guido Miranda, Presidente de la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Dr. Guillermo Rodríguez, Presidente de la Junta de Gobierno del Colegio de Médicos y Cirujanos.

Dr. Hugo Villegas, Representante de la Oficina Sanitaria Panamericana.

Sr. Gerald H. Dafoe, Director Ejecutivo de la Asociación Canadiense de Salud Pública.

Distinguidos descendientes del Dr. Solón Núñez Frutos.

Señores invitados especiales.

Señores y Señoras:

La Asociación Costarricense de Salud Pública (ACOSAP) los saluda y les da cordial bienvenida al Congreso Nacional de Salud Pública "DR. SOLON NUÑEZ FRUTOS".

Este evento constituye uno de los primeros anhelos surgidos al fundarse la ASOCIACION COSTARRICENSE DE SALUD PUBLICA, cuando se fijaron entre sus objetivos: "Contribuir a la conservación y constante mejoramiento de la salud del pueblo costarricense".

"Colaborar en todas aquellas medidas que tiendan al mejoramiento de la salud individual y colectiva" y "pugnar por el mejoramiento de la preparación de todos los trabajadores de la salud pública".

Establecidos los objetivos mencionados y considerada la importancia y conveniencia de instaurar en el campo de la salud pública un evento de alta

jerarquía y de trascendencia nacional, ACOSAP decide aunar esfuerzos, solicitar colaboración y trabajar hasta la culminación del Congreso.

Nos inspira un hermoso lema que es aliento y reto a la vez: "SALUD PARA TODOS AL AÑO 2,000", de la Organización Mundial de la Salud.

Nos alientan los logros alcanzados y tener un nivel de salud con indicadores que han llegado, algunos hasta las metas fijadas para el año 2,000.

Es alentador para los que asistimos a este Congreso, saber que hemos combatido con éxito las enfermedades transmisibles, unas totalmente erradicadas, como la poliomielitis, la difteria y la fiebre amarilla, y otras bajo control cercano a la erradicación, como el sarampión y el tétanos.

Alentadora es también la mejoría de la situación alimentaria nutricional de nuestra población, así como el progreso logrado en dos de los componentes del saneamiento básico (provisión de agua y disposición de excretas).

La salud pública nacional presenta con satisfacción y orgullo un perfil que traduce la conciencia ciudadana, la decisión política y la aplicación técnica y científica por mejorar la salud individual y colectiva de la sociedad costarricense.

Por los logros obtenidos, ACOSAP desea expresar, en esta brillante oportunidad, su reconocimiento y congratulación a la ciudadanía costarricense en general, a las personas que tienen en sus manos la toma de decisiones políticas y a todos los trabajadores de la salud, participantes en una labor de resultados tan meritorios y exitosos.

A ACOSAP le regocija la salud pública de que gozamos en el momento actual,

pero advierte la presencia de nuevos problemas y, con perspectiva futura, avizora los que en los años por venir, dificultarán el logro de la SALUD PARA TODOS AL AÑO 2,000.

En reconocimiento de su importancia y trascendencia, debemos mencionarlos y reiterar la necesidad de tomar medidas que prevengan el deterioro de la salud pública y propicien el bienestar de los costarricenses.

La contaminación atmosférica por los vehículos automotores, la de ríos y demás vertientes por los desechos industriales, y la de los alimentos por el uso indiscriminado y excesivo de sustancias químicas, deben ocupar lugar prioritario entre las preocupaciones de la salud pública nacional.

Los cambios demográficos determinarán al año 2,000 que el 7.3% de la población tenga 60 y más años. A este grupo de conciudadanos se le debe dar la atención requerida para que se mantengan activos, y participen en el proceso productivo, totalmente integrados a la sociedad.

La participación cada vez mayor de la mujer en el mercado de trabajo, demanda su permanencia extradomiciliar buena parte de su tiempo. Resulta, entonces, la necesidad de dar atención integral a los hijos preescolares de esas madres y a todos los niños desprovistos en el ambiente familiar de los componentes del bienestar básico.

Los accidentes de tránsito, de trabajo y hogareños constituyen también un problema que es preciso estudiar para poner en práctica medidas eficaces que prevengan tan lamentables sucesos.

Asimismo, el fumado, el consumo excesivo de alcohol y la drogadicción merecen ser contrarrestados mediante la educación para la salud. Esta debe

iniciarse con carácter permanente desde la más temprana edad e impartirse tanto en el hogar, como en la escuela, en el colegio y en el sitio de trabajo.

ACOSAP rinde sus parabienes a la política que impulsa la atención primaria de salud y la integración de los servicios preventivos y curativos.

Ofrece su modesta colaboración en pro de tales políticas y en defensa de la salud pública amenazada por los problemas mencionados y por todos los que atentan contra el bienestar físico, mental y social de los costarricenses.

Inspirados en la frase de Shakespeare "el pasado es prólogo" y conscientes de la imperecedera obra del Dr. Solón Núñez Frutos, quien hace 50 y más años inició el buen camino por el cual debía transitar la salud pública costarricense, nosotros, los directores de ACOSAP, decidimos, en justo homenaje a tan egregia personalidad, bautizar este Congreso con su nombre.

Muchos han sido los honores rendidos a la memoria del ilustre Benemérito de la Patria "Dr. Solón Núñez Frutos". Entre ellos, no puede faltar el modesto pero lleno de sincera admiración que ACOSAP le tributa por medio del presente Congreso Nacional de Salud Pública.

En numerosos artículos que publicó, el Dr. Solón Núñez dió a conocer sus pensamientos de esclarecido salubrista y de ciudadano atento a los problemas que afectaban a la sociedad costarricense. De esos artículos, me permito escoger uno, publicado en 1955 bajo el título "Insinceridad", que es expresión de la rectitud, la lealtad y la honestidad, que fueron principios que adornaron siempre su ejemplar vida.

Algunos conceptos de tal publicación son los siguientes:

"Insinceridad es la lacra de los nuevos tiempos es nuestra propia lacra: insinceridad religiosa, insinceridad social ... insinceridad política. Disparidad entre el pensamiento y la acción; entre la palabra y los hechos. La boca dice y la mano describe lo que la conciencia no quiere que se escriba ni diga; el pensamiento ordena, pero los labios callan y la pluma se niega a obedecer Encontramos bueno, hoy, lo que ayer no más juzgábamos malo; juzgamos malo, hoy, lo que ayer no más encontramos bueno. Con la misma vehemencia con que combatíamos o defendemos a una persona, o una opinión, o un hecho, los defendemos o combatimos mañana sin que hayan cambiado los factores que inspiraron nuestra actitud primera".

Así se expresaba el hombre probo que fue el Dr. Solón Núñez, a quien los salubristas de ayer, de hoy y de siempre, hemos de tener como esclarecido mentor.

Para terminar, nuestro agradecimiento al Dr. Juan Jaramillo, al Dr. Guido Miranda, al Dr. Hugo Villegas, al Dr. Guillermo Rodríguez, por su participación en este acto inaugural y por su valiosa ayuda para el éxito del Congreso.

Especial mención de reconocimiento y de gratitud para los señores Gerald Dafoe y Gordon Wells, quienes han venido especialmente para acompañarnos con motivo del Congreso y para ratificar el apoyo económico, moral y técnico de la Asociación Canadiense de Salud Pública a la Asociación Costarricense de Salud Pública.

ACOSAP agradece a la Lic. Mireya Hernández de Jaén, Vicerrectora de Acción Social de la Universidad de Costa Rica, la participación del Coro Universitario, que nos amenizará este acto inaugural. A los conferencistas, a los panelistas y a los expositores de trabajos libres, a la vez que se les agradece, se les desea éxito en sus intervenciones, para que el Congreso depare de verdad provecho, por la motivación, ilustración y docencia que ha de producir. Así lo deseamos con fervor.

A las instituciones públicas y privadas que nos han brindado apoyo económico, les reconocemos su valiosa colaboración y les expresamos nuestra gratitud.

Hacemos votos porque, de ahora en adelante, se celebren periódicamente Congresos de Salud Pública.

Para el mejor desarrollo de la disciplina en el ámbito nacional, para la mayor competencia y autoridad de los que en ella laboran y para la población que, en última instancia, es la beneficiaria, conviene la celebración de congresos como el que esta noche se inaugura.

Así lo creemos de verdad y así honraremos a los que en el pasado nos antecedieron con inquietudes similares.

Palabras del Dr. Guillermo Rodríguez Aguilar, Presidente de la Junta de Gobierno del Colegio de Médicos y Cirujanos.

La escena memorable que estamos presenciando en este Auditorio donde muchas mentes venidas de todo el país se reúnen animadas del mismo espíritu, en el que se conjugan la ciencia y la fraternidad, es un motivo de orgullo para el Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica como Institución, al par que de gratitud.

A nombre de la Junta de Gobierno del Colegio de Médicos y Cirujanos y del mío propio con gran júbilo doy a ustedes señores congresistas la más cordial bienvenida.

En este minuto han venido a confluír su voluntad amiga y nuestro deseo de tenerlos como huéspedes.

Sabemos que los organizadores, todos de la Asociación de Salud Pública, con el Dr. Díaz Amador presidiendo, han trabajado arduamente elaborando los mil detalles de este importante evento por lo que es el momento de ofrecerles públicamente el agradecimiento del Colegio.

La Salud Pública en Costa Rica tiene una historia breve, es cierto, pero de la que podemos ufanarnos. Es una historia que apenas se remonta a 1922, para citar una fecha simbólica cuando el Dr. Solón Núñez Frutos es nombrado Sub-Secretario de Estado en el Despacho de Higiene; no debemos olvidar los trabajos de los doctores Carlos Durán, del Dr. Lachner, del Dr. Ulloa, del Dr. Cortés y del Dr. Jiménez Nuñez; esos hechos también fueron apenas

ayer y en los siguientes años varias generaciones de costarricenses, enfermeras profesionales, enfermeras auxiliares, trabajadoras sociales, microbiólogos y farmacéuticos, técnicos en Saneamiento Ambiental, técnicos en Salud Pública, veterinarios, personal administrativo y por supuesto médicos observadores y protagonistas, constituyen un equipo humano que vacunó, explicó técnicas de higiene, construyó cañerías, drenó aguas, en fin todos trabajadores, de tal manera que en 1980 estábamos disfrutando de indicadores de esperanza de vida al nacer digna de reconocimiento mundial y la mortalidad infantil había descendido hasta cifras envidiables por grupos humanos de gran desarrollo.

Paralelo a estas actividades se han estado construyendo clínicas y hospitales y surgieron agencias gubernamentales para combatir la miseria; dentro de nuestras posibilidades sociales, económicas y geográficas podemos estar muy orgullosos de nuestro país y de los costarricenses que trabajan en las áreas de salud, todavía más por haber contribuido de alguna manera a mantener la paz social que disfrutamos.

Sin embargo, la crisis económica mundial no nos es ajena y aquellos índices que mencioné corren el peligro de ser por lo menos estables y no mejorados.

El Colegio de Médicos y Cirujanos ha venido preocupándose de estas realidades urgiendo cambios en los sistemas que nos gobiernan, requeridos para el logro de la salud para todos, alentando modificaciones en la forma y en el fondo de algunas de las estrategias llevadas a cabo hasta el presente

en el área de salud por las instituciones involucradas sobre la base de la realidad económica del país, lo cual requiere una racionalización -no racionamiento- al máximo de los gastos y sobre todo una política clara y concisa de nuestras prioridades.

Una reunión como esta es una buena ocasión para afinar lo aceptado, y también para hacer rectificaciones; yo invito a todos los congresistas de este evento de salud pública y a los dirigentes políticos que nos acompañan a que mirando el problema de salud, en su conjunto, mediten y propongan soluciones en los campos de cuidado de la salud, de tratamiento de la enfermedad, de rehabilitación de ella y de la enseñanza de la medicina en nuestro país que amenaza con desarticularse. De no hacerlo pronto, seguiremos levantando una Torre de Babel.

Termino diciendo a los aquí reunidos en este Congreso, que los colegiados del Sector Salud, que los trabajadores manuales del mismo no somos mentalidades abstractas, ni ideas puras, ni ciencia en marcha. Somos hombres de carne y hueso, de dolor y de esperanza que nos reunimos para hacer avanzar a nuestro país por el camino de la paz y de la libertad con un fin supremo, el ayudar al hombre.

Sean bienvenidos a este Colegio.

Palabras del señor Gerald H. Dafoe, M.H.A. Director Ejecutivo de la
Asociación Canadiense de Salud Pública, CPHA.

De parte de la Señora Karen Mills, Presidenta de la Asociación Canadiense de Salud Pública y todos los miembros que la componen, quiero saludar los y presentarles los mejores deseos para que este congreso tenga mucho éxito.

Personalmente, estoy muy complacido de encontrarme aquí con mis amigos de siempre, Drs. Carlos Díaz Amador y Oscar Ricardo Fallas Camacho, en la inauguración de este Congreso y muy particularmente para poner en marcha nuestro nuevo proyecto, INTEGRACION DEL ANCIANO URBANO A LA COMUNIDAD, auspiciado por la Agencia Canadiense Internacional de Desarrollo. Costa Rica es un país acogedor y bonito y espero establecer muchas nuevas amistades durante esta semana.

De nuevo muchas gracias al Dr. Díaz por su amable invitación.

Palabras del Dr. Hugo Villegas, Representante de OPS/OMS en Costa Rica

- Dr. Juan Jaramillo Antillón, Ministro de Salud.
- Dr. Guido Miranda Gutiérrez, Presidente Ejecutivo de la C.C.S.S.
- Dr. Guillermo Rodríguez, Presidente del Colegio de Médicos y Cirujanos
- Sr. Gerald H. Dafoe, Director Ejecutivo de la Asociación Canadiense de Salud Pública.
- Dr. Carlos Díaz Amador, Presidente de la Asociación Costarricense de Salud Pública.
- Señoras y Señores.

Participar en un evento dedicado a la salud es siempre una tarea plena de satisfacción, no sólo por la oportunidad de compartir experiencias sino fundamentalmente por la renovación de las ideas y de las esperanzas en alcanzar mejores niveles de salud y de bienestar para todas las personas, cualquiera que sea su condición social, económica o política. Con entusiasmo vamos a participar en este Congreso porque sabemos que reunirá a lo mejor del esfuerzo de los trabajadores de la salud en la búsqueda incesante del equilibrio y de la armonía que producen el bienestar y la ausencia de enfermedades. Sabemos que aquí se renovará el compromiso por la equidad en la entrega de los servicios de salud, sin distinciones de ninguna clase, dentro del marco de la justicia social, de la libertad y del respeto a los derechos fundamentales de todos los hombres. Así hemos entendido y así hemos aprendido la Salud Pública, como un servicio y un compromiso con toda la población, como una forma de velar por el bienestar, como una manera de ser útil a los demás.

A principios del siglo un ilustre costarricense, el Dr. Solón Núñez Frutos, junto con otros pioneros crearon la Oficina Sanitaria Internacional, que hoy constituye la base del sistema interamericano y el organismo de salud más antiguo a nivel mundial. Ha cabido pues, a un costarricense la iniciativa de creación de un foro internacional para la "Promoción y Coordinación de los esfuerzos del Hemisferio Occidental para combatir las enfermedades, prolongar la vida y estimular el mejoramiento físico y mental de sus habitantes".

Quienes tuvimos la suerte de disfrutar de la presencia del Dr. Solón Núñez en la década pasada, recibimos de él las lecciones profundas de su fe en Costa Rica y de que no estaría lejano el día en que en esta región del continente se sentaran las bases de nuevas formas de entrega de servicios a la población. Los avances logrados en salud en el país no tienen paralelo en ninguna otra región en el corto tiempo de una década, menos aún en la movilización de todas las instituciones del sector salud en la búsqueda del bienestar. Lo extraordinario de todo esto radica en que es a la misma generación de trabajadores de la salud que le corresponde la tarea de controlar las principales enfermedades transmisibles y enfrentarse a nuevos retos en el control de enfermedades crónicas y degenerativas y el proceso del envejecimiento. Queda aún mucho camino por recorrer. Falta todavía desarrollar plenamente formas de prestación equitativa para todos los grupos sociales en las distintas regiones del país, convirtiendo en realidad la democracia social, política y económica que los costarricenses ansían como forma permanente de vida. En ese camino queremos los

funcionarios de Agencias Internacionales cooperar con entusiasmo y decisión, porque es el camino que conduce a la comprensión entre los hombres por la igualdad ante la justicia social y los derechos humanos. Los esfuerzos conjuntos de los países centroamericanos en el desarrollo de programas prioritarios en salud están teniendo un enorme consenso valorativo, y se están moviendo miles de trabajadores de la salud para tender todos los puentes que sean necesarios para preservar la paz y el entendimiento entre todos los hombres. Esta es la respuesta de un ejército de hombres de blanco dedicados a la construcción de la vida, a la exaltación de los mejores valores del espíritu. Ese es nuestro mensaje de paz, y de esta manera deseamos contribuir al gran esfuerzo que realizan los dirigentes de nuestros países. La salud como sinónimo de armonía y de paz deberá siempre conducirnos por los mejores senderos de superación y de desarrollo.

A los organizadores del Congreso de Salud Pública debemos agradecerles esta oportunidad de diálogo científico y fraterno. A las autoridades de salud del país deseamos reiterarles que OPS y OMS estarán siempre alentando los mejores esfuerzos por la salud del pueblo costarricense, por el convencimiento y por la admiración que sentimos los que desde fuera hemos visto lo que Costa Rica ha hecho en evitar y reducir lo posible, y por mantener un nivel de excelencia científico-técnica en sus hospitales, en sus centros de salud, y en aquellas otras dimensiones del esfuerzo permanente que está constituido por los puestos de salud y los centros de educación nutricional en toda la geografía nacional. Lo que se ha logrado debe llenar de orgullo a todos los trabajadores de la salud en todos los niveles de atención. Lo que aún resta por hacer debe servirnos a todos de reto y de compromiso.

Señor representante del Presidente de la República: Esta es una visión esperanzada de lo que los esforzados hombres de la salud han hecho en Costa Rica y es también la aceptación del futuro con entereza y entusiasmo.

Deseamos sumar nuestro aporte en el trabajo diario junto a los que busquen nuevos caminos y nuevas formas de producir salud para todos los costarricenses.

Deseamos concluir con nuestros fervientes votos porque el Congreso de Salud Pública, aparte de finalizar con éxito, señale pautas para continuar avanzando en salud. La historia de quienes están aquí esta noche es la de quienes han hecho posible los avances en salud que todos admiramos, y de quienes sabemos que saldrán las mejores ideas y los mayores esfuerzos para las tareas del futuro.

Que en Costa Rica Vivan Siempre el Trabajo y la Paz como expresión de la justicia social, de la libertad y del bienestar de todos los hombres.

Palabras del Doctor Juan Jaramillo Antillón, Ministro de Salud.

Dr. Guido Miranda, Presidente Ejecutivo C.C.S.S.

Dr. Guillermo Rodríguez Aguilar, Presidente del Colegio de Médicos y Cirujanos.

Dr. Hugo Villegas, Representante OPS/OMS

Señor Gerald H. Dafoe, Director Ejecutivo de la Asociación Canadiense de Salud Pública.

Dr. Carlos Díaz Amador, Presidente Asociación Costarricense de Salud Pública.

Estimable familia del Dr. Solón Núñez Frutos.

Señores invitados, Señoras y Señores.

En nombre del Señor Presidente de la República Don Luis Alberto Monge y en el mío propio, deseo agradecer el honor que se nos brinda de inaugurar este CONGRESO NACIONAL DE SALUD PUBLICA, dedicado al eminente sanitarista Dr. Solón Núñez Frutos.

Al mismo tiempo extendiendo una felicitación muy especial al Comité Organizador del Congreso. Sé de sus problemas y de sus temores por aspectos económicos y de organización, pero felizmente hoy todo se ha superado y estoy seguro será un Congreso de alta calidad científica y que redundará en gran beneficio para la Medicina y la Salud del país.

No quisiera dejar pasar la oportunidad de decir algunas palabras sobre el homenajead, el cual fué ejemplo de lucha y tenacidad para poder convertirse primero en maestro de la escuela, luego inspector escolar y finalmente médico. Esa asociación de Maestro y Médico le dió una amplia experien-

Palabras Dr. Juan Jaramillo A.
Página 2

cia sobre los principales problemas que aquejaban a nuestra población des
de el punto de vista educativo y de salud.

Primer higienista del país impulsó la creación del Ministerio de Salubri-
dad y llegó a ser también primer Ministro de Salud de Costa Rica, siendo
Ministro en 4 administraciones, sólo este último hecho; es suficiente pa-
ra que nos demos cuenta del prestigio y la capacidad del Dr. Núñez y de
el sendero que abrió a los especialistas en Salud Pública en nuestro país,
cuando nadie o muy pocos pensaban y actuaban en estos campos.

Como estoy seguro, alguien con más conocimiento y experiencia hará un de-
talle histórico del Dr. Núñez, no creo pertinente extenderme más con él.

Al mismo tiempo y abusando de ustedes, quisiera decir algo respecto a la
Salud Pública, pues desde mi puesto como Ministro he aprendido a conocer,
valorar y respetar a los profesionales de los diversos campos que se han
dedicado a esta dura especialidad.

En realidad a uno le cuesta entender en cierto modo, por qué los programas
y los especialistas en Salud Pública no han logrado sino hasta reciente-
mente el reconocimiento a nivel mundial de la importancia de las acciones
en este campo y de el valor del profesional que se dedica a esta especia-
lidad.

Se me ha dicho, que desde hace muchos siglos el diagnóstico y el tratamieno

to de las enfermedades ha sido considerado el objetivo fundamental de la medicina y por eso se marginó el conocimiento de la salud, -- sin embargo; esto en principio no fue cierto y posteriormente fue un error.

Yo creo que todos coincidirán conmigo en que la medicina científica comenzó con los griegos y si bien antes de esta civilización hubo muchas otras que practicaban y tenían conocimientos médicos, como la civilización sumérica, babilónica y la egipcia.

Pero hasta que apareció Grecia como pueblo organizado fue que se hicieron presentes los elementos básicos del conocimiento anatómico, fisiológico, patológico y de sanidad.

Por lo que voy a decir, es difícil comprender cómo es posible que habiendo obtenido Grecia un saber médico como el que poseía -- éste más tarde y por cientos de años, se haya dejado morir en manos de las generaciones posteriores -- por lo menos en cuanto a muchas de sus geniales concepciones.

Por supuesto que HIPOCRATES, su descendencia y la colección de libros llamados CORPUS HIPOCRATICUM -- fueron el centro de este conocimiento --

No importa que el Padre de la Medicina escribiera alguno o algunos o que únicamente haya aportado ideas y experiencias que luego fueron recopiladas con la ayuda de otros autores en el Corpus.

En realidad la medicina debe a los griegos dos grandes contribuciones. Primero: la figura de un hombre, símbolo del médico ideal. Sereno, capaz, sencillo, humano, observador, prudente, deseoso de aprender y ávido por enseñar. Su recuerdo y su ejemplo ha sido de un valor espiritual incalculable para la profesión médica.

A partir de él, las enfermedades dejaron de ser castigo de los dioses y se explicaban en razón del medio y de fallas en el organismo del enfermo.

El otro hecho, es, El Método de la Medicina Hipocrática, que se apoyaba en la experiencia real y la observación exacta y si revisamos los tratados hipocráticos, encontraremos en ellos (escritos hace más de 2000 mil años) la anotación cuidadosa de datos, la relación de la Patología a partir de los mismos, el empleo de la casuística, la relación de hábitos y costumbres con la enfermedad y el enfermo, etc.

La inspección y la exploración aparte del interrogatorio ocupaban lugar prominente en los estudios de pacientes y la calidad del médico griego se basaba en ese entonces en su capacidad para predecir clínica y epidemiológicamente los sucesos, más que en su capacidad para controlarlos (fenómeno que aún persiste con algunos tipos de enfermedades).

Fue Hipócrates y su grupo los primeros que señalaron la importancia de un buen estado físico para evitar enfermarse, recomendaban deportes y dietas adecuadas.

El tratado sobre el Aire - Las Aguas y Los Lugares, es el primer libro escrito acerca de el medio ambiente, los climas y la antropología, en relación a las enfermedades y sus probables causas y se hablaba de las fiebres Maláricas como relacionadas con ambientes insalubres.

La educación para mantener la salud tuvo sus principales pioneros en estos griegos. Como respetaban profundamente a la naturaleza de cada individuo, -- por eso aconsejaban sobre hábitos y costumbres -- para que estos no fueran dañinos y alteraran a esa naturaleza de los organismos. Los libros sobre las epidemias y las dietas tenían caracteres de tipo preventivo.

Lo anterior, nos hace ver, que el papel de la medicina actual en realidad ha retrocedido desde Hipócrates, ya que sabiendo que la medicina Helénica nunca fue exclusivamente curativa y que la conservación de la salud mediante higiene individual y ambiental ocupaba parte importante de su acción, los médicos olvidaron la historia y despreciaron los textos médicos griegos y sus enseñanzas.

Eso probablemente detuvo el conocimiento de la salud e hizo que predominara el de la enfermedad.

Este Congreso será el inicio de una reivindicación nacional sobre la importancia de la salud.

Debemos hacer conciencia que la salud no es simplemente la ausencia de enfermedad, sino tener un estado físico y psíquico que nos permita la oportunidad de disfrutar de las facultades que poseemos.

La salud ha sido erróneamente interpretada como problema de medicina y hospitales, cuando esto se refiere más bien a recuperación de la salud perdida.

Debemos enseñar que la salud es principalmente cuestión de autocuidado y que para tener esta salud es en realidad necesario mantener una cierta forma de vida. Que para lograr la salud y para prevenir la enfermedad debemos primero aprender a cuidarnos nosotros mismos y cuidar a nuestros hijos.

Y que esto no se logra únicamente por poseer servicios médicos, sino por tener oportunidad de recibir y aceptar educación para la salud. Y de contar con el apoyo no sólo de nuestras familias, sino de la comunidad y de las Instituciones del estado encargadas de velar por la salud, la educación y el desarrollo.

Finalmente deseo repetir lo anotado al inicio de mi libro sobre salud:
" LA MEDICINA DEL FUTURO, EN SU ATENCION PARA CONSERVAR LA SALUD, NO DEBERA ESTAR EN SU INICIO EN EL HOSPITAL SINO EN EL HOGAR. NO DEBE SER EL MEDICO SINO LA MADRE, QUIEN IMPARTA LOS PRIMEROS CUIDADOS.

NO DEBE CONSISTIR PRIMORDIALMENTE EN CURAR SINO EN PREVENIR Y, FINALMENTE NO ES IMPORTANDO TECNOLOGIA MEDICA, SINO EDUCANDO PARA LA SALUD COMO LOGRAREMOS MEJORAR RACIONALMENTE EN UN PAIS CON UNA ECONOMIA EN CRISIS".

Palabras del Dr. Jorge Edgardo Villafranca Núñez

Dr. Juan Jaramillo Antillón, Ministro de Salud.

Dr. Guido Miranda, Presidente Ejecutivo de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Dr. Guillermo Rodríguez, Presidente del Colegio de Médicos y Cirujanos.

Sr. Gerald H. Dafoe, Director Ejecutivo de la Asociación Canadiense de Salud Pública.

Dr. Carlos Díaz Amador, Presidente de la Asociación Costarricense de Salud Pública.

Señoras y Señores.

En representación de nuestra familia, deseo agradecer profundamente este sentido homenaje a la memoria, aún viva en la mente de todos nosotros, de nuestro querido "abuelo Solón".

Es para sus descendientes y en particular para mi primo el Dr. Marco Aurelio Núñez Cañas y para mí, como herederos de la profesión que nuestro abuelo escogió, un honor el hecho que este Congreso haya sido dedicado a la memoria del pionero de la Salud Pública de nuestro país.

En momentos difíciles para nuestra patria, donde tanto el gobierno de la República, como la gran mayoría de nuestros conciudadanos, realizan conjuntamente ingentes esfuerzos para fortalecer la paz y la justicia social, sin volver la cara a nuestro pueblo en conflictos ajenos a nuestra idiosincracia, es que debemos reflexionar del legado que hombres como Solón Núñez Frutos nos dejaron. Fue a través de su trabajo y su dedicación que se sentaron las bases de la Salud Pública de una nación joven que se abría

campo por la vía del desarrollo en la construcción de una sociedad más justa y productiva. Y así queremos seguir: de cara al futuro formando un país más sano y más próspero.

Hacemos votos para que este Congreso inicie y culmine con el mayor de los éxitos.

DETERMINANTES SOCIOECONÓMICOS Y SANITARIOS

DEL DESCENSO DE LA MORTALIDAD INFANTIL

Lic. Luis Rosero Bixby

RESUMEN

Costa Rica ha reducido notablemente su tasa de mortalidad infantil, de 68 por mil en 1970 a 20 por mil en 1980. Con el propósito de identificar los posibles determinantes de esta reducción, se analizan los cambios ocurridos en el presente siglo, los diferenciales de la mortalidad, las causas de defunción y, mediante técnicas de regresión múltiple, la reducción ocurrida en los 79 cantones del país. Se concluye que el desarrollo socioeconómico, acompañado de una reducción sustancial de la fecundidad, es indudablemente un factor explicativo del fenómeno; pero que la explicación mayoritaria (probablemente las tres cuartas partes) proviene de los programas de salud ejecutados en la década de los 70. De entre ellos destacan los de atención primaria (salud rural y comunitaria especialmente); responsables al parecer de un 40 por ciento del descenso. Estos últimos tienen el mérito adicional de haber hecho que disminuyan sustancialmente los diferenciales socioeconómicos en los riesgos de muerte del niño. Todo esto se ha enmarcado en un peculiar estilo del desarrollo costarricense, en el que el Estado ha mostrado un alto grado de sensibilidad social.

I. ANTECEDENTES

Durante la década de los 70 la mortalidad de Costa Rica prácticamente ha cerrado la brecha que le separaba de los países más desarrollados. Se estima que en 1980 la expectativa de vida de un costarricense es de casi 73 años (2). Esta cifra es superior a la de la U.R.S.S. (70 años) y Europa del Este (71 años), semejante a la de Europa Occidental (73 años) y Estados Unidos (74 años) y cercana a la marca mundial que actualmente ostenta el Japón con 76 años (3).

Costa Rica ha roto, pues el determinismo que su condición de subdesarrollo ejercía sobre las oportunidades de sobrevivencia de sus habitantes. Al inicio de las acciones en el campo de la salud pública -en la década de los 20- el país tenía una esperanza de vida 23 años menor que las naciones más desarrolladas (35 vs. 58 años en 1920). Desde entonces las distancias se han venido acortando. La época más fructífera en este aspecto fue en las décadas de los 40 y 50. En ellas la irrupción de nueva tecnología sanitaria de bajo costo y alta eficacia (DDT y antibióticos especialmente), permitió que el país pase de una esperanza de vida de 47 años en 1940 a una de 63 años en 1960, sin que se hayan registrado al mismo tiempo grandes mejoras en el nivel de vida de la población. El progreso de años recientes no es, por lo tanto, el mayor de la historia de la mortalidad costarricense. Sin embargo, tiene un carácter excepcional, porque ha ocurrido en niveles en los que el avance es mucho más difícil -y costoso- y en una época en que muchos países muestran signos de estancamiento o de desaceleración del descenso de la mortalidad (en Costa Rica mismo, durante

los años 60 los logros fueron muy modestos).

El gran salto de la década de los 70 se sustentó fundamentalmente en la reducción de la mortalidad infantil, que pasó de 69 por mil en 1970 a 20 por mil diez años después. Esto es muy significativo, porque en el pasado ella se había mantenido a la zaga de la reducción de la mortalidad en las otras edades; quizá debido a que era más sensible a las condiciones económicas y sociales de vida. Mientras en la mortalidad general se acortaban las distancias con respecto a los países más desarrollados, en la infantil estas se acrecentaban. Por ejemplo, a principios de siglo la mortalidad infantil costarricense era el doble que la de los países desarrollados (200 vs. 100 por mil aproximadamente); diferencia que se amplió hasta representar el cuádruple en 1970 (68 vs. 16 por mil). Hacia 1960 la tasa costarricense (80 por mil) no sólo era mayor que la de, por ejemplo, Suecia y Holanda (17 por mil) sino que era más alta de lo que había sido en estos países en los años 30 (50 ó 60 por mil) cuando tenían una esperanza de vida como la de Costa Rica en 1960 (63 años). Si a ello se suma la estructura etárea extraordinariamente joven existente antes de que se reduzca la natalidad, se comprende que las muertes infantiles eran el mayor problema epidemiológico del país en los años 60 (el 40% de las defunciones registradas en 1960 fueron de menores de un año y hoy estas representan el 15 por ciento).

¿Qué factores o circunstancias hicieron posible que Costa Rica superara este tremendo problema sanitario en la década de los 70? Esta es la pregunta que intenta responder el presente documento.

II. LOS DETERMINANTES SOCIOECONOMICOS

Existe amplia evidencia de que las condiciones económicas y sociales en que el niño nace y se desenvuelve influyen decisivamente en sus riesgos de muerte. Esto ha hecho que la tasa de mortalidad infantil sea con frecuencia utilizada como un indicador del nivel de vida. La pobreza, la ignorancia, la falta de servicios básicos, el aislamiento o la fecundidad excesiva, unas veces le hacen al niño más vulnerable y otras veces impiden el acceso, o le restan eficacia a la tecnología médica ya disponible para prevenir o tratar la mayoría de enfermedades infantiles.

El gráfico 1 recoge información sobre la evolución económica, social y demográfica de Costa Rica en el presente siglo. Se corrobora en él que la década de los 70 ha sido, claramente, la de reducción más pronunciada de la mortalidad infantil (IMI) y las de los 40 y 50 de los adultos (IMA). También se aprecia con claridad que estos dos períodos coinciden con las dos únicas épocas del siglo en las que el indicador económico (comercio exterior per cápita a precios constantes, (Cx\$) registra un importante y sostenido aumento: de 1945 a 1954 y de 1965 a 1979, aproximadamente. Este indicador y otros elementos de juicio han permitido identificar, por otra parte, las frecuentes crisis económicas que han afectado al país (partes sombreadas del gráfico). En estos períodos de crisis se nota que el ritmo de reducción de las tasas de mortalidad ha tendido a moderarse. Se ha calculado que en ellos la reducción de la mortalidad infantil y adulta ha sido, en promedio, de 1.4 y 2.0 por ciento anual, respectivamente; valores que son menores que los correspondientes a períodos normales (3.8% y 3.6%). Todo

esto es evidencia del efecto favorable del crecimiento económico en la reducción de los riesgos de muerte y, a la inversa, del efecto desfavorable de las crisis económicas. Estas últimas, por estar muy ligadas a factores externos que son incontrolables (precios de los productos de exportación), ponen de manifiesto uno de los aspectos más dramáticos de la dependencia económica de los países del tercer mundo. Esto es muy pertinente en la actualidad, ya que desde 1980 un nuevo período de recesión se ha abatido sobre Costa Rica. No es de extrañar, por lo tanto, que desde entonces hayan cesado las mejoras en la mortalidad infantil.

No obstante, sería equivocado asociar la evolución de la mortalidad al comportamiento de la economía exclusivamente. En el ámbito internacional, por ejemplo, se observan numerosos casos de países de gran crecimiento económico pero cuya mortalidad es elevada, así como de países económicamente débiles que han logrado reducir sustancialmente su mortalidad. Los casos de Brasil y Sri Lanka ilustran estas dos situaciones. El primero tiene una TMI de 76 por mil y un ingreso per cápita de US\$ 2,200, en tanto que el segundo ha logrado reducir su TMI a 37 por mil, a pesar de que su ingreso es de tan sólo US\$ 300 por habitante (3). En el ámbito nacional, el descenso de la mortalidad durante la primera mitad del siglo no puede explicarse por la evolución económica del país. La crisis del modelo oligárquico-liberal, que se prolonga de la década de los 10 hasta la de los 40, constituyó un período de más de 30 años en los que Costa Rica parece haber permanecido ajena al progreso económico. Esto se refleja con claridad en el indicador económico (Cxs) del gráfico 1. El muestra que en esos años se alternaron períodos de contracción y de expansión económica, pero que la tendencia ge-

neral fue de estancamiento (recién en 1949 el comercio exterior del país recuperó el nivel que tenía en 1919: cerca de 200 dólares de 1970 por habitante). Pese a ello, en este período las tasas de mortalidad se redujeron sustancialmente. El mejoramiento en materia social (que se refleja en, por ejemplo, la educación), la salud pública y la importación del progreso tecnológico son factores que pueden actuar en la mortalidad independientemente de lo económico y producir situaciones como la descrita en Costa Rica o como la ejemplificada por Sri Lanka.

Por otra parte, el gráfico 1 muestra con claridad que los mayores cambios en la economía (Cx\$), la educación (EDUC), la fecundidad (EM) y el gasto público en salud (SA\$) han ocurrido en el país con posterioridad a 1960 (véase también la tabla A-1 del anexo). Vale decir que la aceleración del descenso de la mortalidad infantil, responde a la concurrencia de múltiples factores. Parece ser el resultado de la cooperación e interacción de una serie de circunstancias favorables, sin que sea posible atribuirlo a una sola en particular.

La educación de la madre es uno de los factores mejor identificados como determinante de la mortalidad infantil. Como consecuencia de grandes mejoras en la escolaridad de los niños de los años 40 y 50, la proporción de mujeres con primaria completa se incrementó notablemente, de 17 por ciento en 1960 a 65 por ciento en 1980 (gráfico 1 y tabla A-1). Esto, sin duda, contribuyó a acelerar la caída de la mortalidad infantil costarricense. Behr (4) ha documentado ampliamente la fuerte correlación negativa entre educación y mortalidad de la niñez en los países latinoamericanos alrededor

de 1970. Ha encontrado que, por lo general, los hijos de mujeres sin instrucción tenían cuatro veces más probabilidades de morir que los de madres con estudios secundarios. Como puede apreciarse en el gráfico 2, en Costa Rica este diferencial es semejante, lo que constituye evidencia de que podrían alcanzarse importantes reducciones de la mortalidad con mejoras en la educación de la mujer (puede verse que aproximadamente la mitad de la ventaja del promedio de mortalidad costarricense respecto al latinoamericano, es atribuible al mayor nivel educativo del país). Sin embargo, hay evidencia de que en años recientes este diferencial ha disminuido sustancialmente en Costa Rica (5). Esto quiere decir que ha sido neutralizada, por lo menos en parte, la relación educación -mortalidad infantil; por lo que el efecto de las mejoras educativas no debe ser sobreestimado.

La reducción de la fecundidad es otro de los notables fenómenos ocurridos en Costa Rica. Ella se inició alrededor de 1960. Entre este año y 1980 la fecundidad matrimonial total (descendencia final teórica de un matrimonio sujeto a las tasas del año en estudio) pasó de 7.6 a 3.3 hijos (gráfico 1 y tabla A-1): reducción muy pocas veces observada en un período tan corto. La influencia de esto en la mortalidad infantil se atribuye a que disminuyen preferentemente los embarazos de alto riesgo para la salud de la madre y del niño: a saber, los muy seguidos, los de edades extremas del período reproductivo y los de grandes múltiparas. A la derecha del gráfico 2 se aprecian con claridad estos factores de riesgo. Por ejemplo, los nacimientos muy seguidos (a intervalos de 1 año) aparecen con cuatro veces más probabilidades de fallecer que aquellos precedidos de un intervalo de por lo menos 2.5 años; a los hijos de orden décimo o superior constan con el doble de riesgos de muerte que los primeros hijos. Este tipo de diferenciales son semejantes a los observados en otras poblaciones y persisten en todos los estratos socioeconómicos (6). Aunque la baja de la fecundidad no redujo los peligrosos embarazos de las adolescentes, sí incrementó los intervalos genésicos y produjo una notable disminución de los nacimientos de orden elevado. Sosa (7). Ha estimado que esto último puede ser responsable del 24 por ciento de la disminución de la mortalidad infantil costarricense entre 1960 y 1977.

La reducción de la fecundidad es en parte una manifestación más de los cambios socioeconómicos y sociales ocurridos en Costa Rica, pero también es un fenómeno independiente de aquellos. En él ha tenido mucho que ver la implantación, a través de los servicios de salud, de un vigoroso programa de planificación familiar a partir de 1968. Este sirvió sobre todo para que el fenómeno irradiesse hacia los sectores campesinos y estratos populares de las ciudades. Se ha estimado que las dos terceras partes de quienes planificaban su familia en 1981, lo hacían utilizando los servicios estatales; proporción que se acerca al 90 por ciento entre el "subproletariado" agrícola (8). La adopción de la planificación familiar, además de reducir los factores de riesgo arriba citados, produce efectos indirectos no cuantificables sobre la salud del niño. Entre ellos pueden mencionarse el valor que adquiere la vida y la "calidad" del hijo entre las madres que planifican su familia, la adopción de una actitud "no fatalista" ante la existencia o el hecho de que los niños al ser menos numerosos pueden recibir más cuidados de sus padres y de parte de los servicios del Estado. Todo esto hace de la caída de la fecundidad un factor que indudablemente debe ser contabilizado entre los determinantes de la gran reducción reciente de la mortalidad infantil costarricense.

Por otra parte, en un intento por evaluar en qué medida el fenómeno en estudio es producto de los cambios socioeconómicos, en el gráfico 3 se compara la evolución de las tasas de mortalidad infantil observadas con las "esperadas" de acuerdo con el nivel de desarrollo del país. Se han estimado las tasas esperadas según siete indicadores del desarrollo económico y las esperadas según tres indicadores de tipo social (educación básicamente). Esta estimación se ha realizado con base en relaciones de correspondencia derivadas de la observación de la observación de la variabilidad entre países (9). El gráfico muestra el hecho conocido de que Costa Rica es un país más avanzado en lo social que en lo económico (las tasas de mortalidad esperadas según el primer tipo de desarrollo son menores que las correspondientes al segundo). La mortalidad infantil observada hasta 1970 responde a esta realidad, al ubicarse en una posición intermedia entre ambos valores

esperados. Sin embargo, después de 1970 se aparta claramente de ellos. Aparentemente rompe el condicionamiento que lo socioeconómico ejercía sobre ella. Antes de 1970 había seguido una tendencia acorde con el desarrollo general del país. Pero entre 1970 y 1980 la reducción de la mortalidad infantil (69%) es aproximadamente tres veces mayor que lo esperado (20 ó 25%). Con base en esta evidencia -basada en la observación de un sinnúmero de países- puede concluirse, que el fenómeno en estudio no encuentra una cabal explicación en las transformaciones socioeconómicas ocurridas en Costa Rica. Quizás las dos terceras partes de la caída de la mortalidad infantil se deben a otro tipo de factores. En vista de que no hay evidencia de que hayan ocurrido cambios fundamentales no incluidos en el modelo (por ejemplo, una modificación de la distribución del ingreso), el corolario lógico es que las políticas sectoriales de salud pasaron en la década de los 70 a ocupar una posición de liderazgo en el desarrollo del país y fueron así las principales responsables del gran salto dado por la mortalidad infantil costarricense en estos años.

Debe advertirse, empero, que estos logros de la salud pública costarricense, aunque tienen cierto grado de autonomía, no pueden ser considerados como hechos aislados o ajenos a las condiciones políticas, económicas y sociales del país. En lo político contó con el apoyo de un sistema de gobierno con alto grado de sensibilidad social, que desde la década de los 40 ha procurado redistribuir por medio de servicios estatales los beneficios del progreso. Fue económicamente viable por la relativa bonanza y el sustancial crecimiento de la economía durante un período prolongado (de 1964 a 1979 el producto per cápita creció a un ritmo del 4% anual y el gasto público en sa-

lud lo hizo a uno del 8% anual). Tuvo lugar en una población relativamente homogénea y bien educada y con un alto grado de integración socio-espacial.

III. COMPONENTES DEL DESCENSO DE LA TMI

A partir de 1955 se dispone de una serie de tasas de mortalidad infantil calculadas como probabilidad de morir y en las que se han corregido ciertas deficiencias de las estadísticas de nacimientos y defunciones (tabla A-2 del anexo). Esta serie permite apreciar con claridad que fue alrededor de 1972-73 cuando se inició la aceleración de su descenso, fenómeno que parece haber concluido en 1981 (gráfico 4).

Las tasas de 1955 a 1972 se ajustan bastante bien a una tendencia de 2.3 por ciento de reducción anual, en tanto que las de 1972-80 lo hacen a una de 12.9 por ciento. Vale decir que en este último período el descenso relativo se volvió casi 6 veces más intenso. Resulta muy significativo que el inicio de este fenómeno coincidió con el primer Plan Nacional de Salud (publicado en 1971), la promulgación de la Ley de Universalización del Seguro Social (1971), la Ley de Traspaso de hospitales al Seguro Social (1973), la Ley General de Salud (1973) y el nacimiento de los programas de Salud Rural (1973) y Salud Comunitaria (1976).

Un aspecto importante del cambio en la tendencia, ocurrido alrededor de 1972 se pone de manifiesto al hacer la distinción entre la mortalidad neonatal (primer mes de vida) y la residual o tardía (1 a 11 meses). Ambas modifican

sustancialmente su tendencia en 1972, pero la neonatal lo hace en forma más marcada, pasando de una situación en la que casi no se reducía (0.3% anual) a una en que disminuye a un ritmo del 9 por ciento anual. Pese a que este último valor es menor que el de la mortalidad residual (17%), es excepcional frente al estancamiento anterior y debido a la conocida dificultad para evitar las muertes neonatales, que son principalmente de origen endógeno. Como resultado de estos cambios la reducción de los riesgos de muerte en el primer mes fue responsable de la tercera parte del descenso de la mortalidad infantil entre 1972 y 1980 (tabla A-2): lo que contrasta con el aporte prácticamente nulo (5%) registrado en el período 1955-72.

La distinción de las causas de defunción ofrece nuevas luces acerca de la naturaleza del fenómeno en estudio y, particularmente, acerca del contraste entre la época anterior y la posterior a 1972. Las causas de defunción fueron agrupadas adaptando una clasificación propuesta por Taucher (10) y las tasas correspondientes se presentan en el gráfico 5. La aceleración de la baja se presenta en todos los grupos, excepto en dos: complicaciones del embarazo y parto (EYPA) y las anomalías congénitas (IEVI). Estas incluso insinúan un ligero incremento en la década de los 70. El acentuamiento de la tendencia es notable en los riesgos de muerte por inmadurez, prevenibles por vacunación y en los evitables con diagnóstico y tratamiento precoz. Es más modesto en las tasas causadas directamente por desnutrición, por infecciones en vías respiratorias o por las diarreas. Esta última causa de defunción era, con mucho, la más importante y también la que más rápidamente se estaba reduciendo. Estas características las pierde con posterioridad a 1972. Es superada en importancia por las complicaciones del embarazo y parto, por las anomalías congénitas y por las respiratorias; y es superada

en cuanto a rapidez del descenso por las enfermedades prevenibles por vacunación (éstas son prácticamente erradicadas en 1978). Todo esto establece una diferencia importante en la naturaleza del descenso reciente de la mortalidad infantil. Aparte de que este es mucho más rápido que en el pasado, proviene del control de un conjunto más complejo de enfermedades. Así, las diarreas y las enfermedades respiratorias, aunque siguen siendo los dos grupos que más aportan a la baja (alrededor del 50%), su participación en ésta se ha reducido con respecto a antes de 1972, cuando eran protagonistas de alrededor de las tres cuartas partes de ella. Como contraparte, la inmadurez y las enfermedades evitables con diagnóstico y tratamiento precoz (septicemia especialmente) se convierten en la década de los 70 en importantes elementos explicativos del descenso, con un aporte a él del orden del 25 por ciento.

La descripción anterior y lo comentado acerca de la mortalidad neonatal y tardía, muestra que el progreso en los 70 se fundamentó en una intensificación de las acciones sobre la mortalidad exógena de origen infeccioso, mediante saneamiento, inmunización y mejores cuidados del niño en su hogar o con atención médica sencilla. Pero también parece haber sido el resultado del aprovechamiento de nuevas áreas en las que los logros con anterioridad fueron prácticamente nulos, por tratarse de patologías más difíciles y costosas de combatir. Tal es el caso de la mortalidad neonatal o, más concretamente, de la causada por inmadurez. En ello las acciones claves debieron haber sido las mejoras del control prenatal y, en general, de la salud de la embarazada, las de la atención del parto y, también, de la neonatología.

Para el futuro, aunque todavía hay un margen de reducción en las patologías tradicionales (diarreas, y respiratorias), es claro que los logros tendrán que provenir del control de las complicaciones del embarazo y parto. Al respecto, es elocuente que el ligero aumento de la mortalidad infantil registrado en 1982 (que podría estar asociado con la crisis económica) se debe, precisamente, a un aumento de esta causa de mortalidad y no de las tradicionales.

IV. LAS INTERVENCIONES EN SALUD

Como Telón de fondo de la caída de la mortalidad infantil de la década de los 70 tuvo lugar una importante transformación de los programas sanitarios costarricenses, con la formulación y ejecución del Primer Plan Nacional de Salud. Se incrementaron los recursos destinados al sector, pero, sobre todo, puede afirmarse que hubo un gran esfuerzo para utilizarlos más racionalmente. Dos líneas de acción sobresalen en los programas de la década:

- 1) Adopción de la estrategia de atención primaria, con el objeto de extender la cobertura de los servicios de salud -de tipo preventivo, básicamente- hacia la población que tradicionalmente había permanecido al margen de ellos. El instrumento básico para ello fueron los programas de Salud Rural (iniciado en 1973) y de Salud Comunitaria (1976), que en 1980 alcanzaron una cobertura del 60 por ciento de la población (que es visitada en su domicilio) tanto del área rural como de la urbana (11). Se intensificaron las campañas de inmunización; entre las que merecen destacarse por su impacto en la mortalidad infantil, las del sarampión y Toxide Te tánico (iniciadas en los 70) y las de Difteria, Pertusis, Tétanos (inicia

das en los 60). Se procuró la participación de las comunidades, en estos programas. Se intensificaron las acciones de saneamiento (agua potable y disposición de excretas) en las áreas rurales.

- 2) Ampliación de cobertura, racionalización y mejora cualitativa en los servicios médicos tradicionales (algunos de ellos altamente especializados), a cargo fundamentalmente del Seguro Social. Se traspasaron a él los hospitales del Ministerio de Salud (pobres en recursos y que con frecuencia ofrecían una atención deficiente). Se "universalizó" el seguro de enfermedad y maternidad, alcanzando una cobertura en 1980 del 78 por ciento de la población (tabla A-1). En la década el Seguro Social duplicó el número de unidades de atención que ofrecen servicios de consulta externa y triplicó la cantidad de horas-médico contratadas.

Debe aclararse, sin embargo, que muchos de los logros de la década se asentaron en alrededor de 40 años de desarrollo de la salud pública en el país. Por ejemplo, los programas de salud rural utilizaron la importante infraestructura desarrollada por la lucha contra la malaria, iniciada en 1928. En particular, la década de los 60 preparó el terreno para el despegue posterior. Fue en ella cuando los recursos asignados al sector crecieron más aceleradamente (véase el gasto en salud del gráfico 1). En ella también fueron acontecimientos importantes el establecimiento de la Facultad de Medicina en 1961 (el número de médicos por 10,000 habitantes pasa de 2.8 en 1960 a 5.6 en 1970 y a 7.8 en 1980); la creación del Instituto Nacional de Acueductos y Alcantarillados (1961); la del Hospital Nacional de Niños (1964) y el inicio de los programas de planificación familiar (1968)

En la tabla A-1 del anexo, puede observarse la evolución de la salud pública en Costa Rica, mediante varios indicadores. De entre ellos vale la pena destacar que la relación camas hospitalarias-población ha venido disminuyendo desde 1940 y que la tasa de egresos hospitalarios muestra sólo modestos incrementos. También conviene subrayar que en 1970 ya el 75 por ciento de la población estaba abastecido por agua de cañería, el 86 por ciento contaba con servicio sanitario o letrina y el 70 por ciento de los partos ocurría en instituciones de salud; vale decir que el mayor desarrollo de estos indicadores ocurrió con anterioridad a la época de interés. Por lo tanto, todos estos factores difícilmente pudieron haber sido los decisivos para el gran salto de la mortalidad infantil en la década de los 70.

Con el objeto de evaluar si existe asociación estadística entre las intervenciones sanitarias y el fenómeno en estudio, a continuación se analiza lo sucedido en los 79 cantones del país; la gran cantidad de información que este análisis requiere, y la gran variedad de relaciones que él implica, obliga a hacer uso de las técnicas de correlación y regresión múltiple.

En primer lugar conviene examinar la situación que prevalecía a principios de los 70. La tasa de mortalidad infantil (estimada con técnicas indirectas, a partir de la información del censo de 1973) estaba fuertemente correlacionada con casi cualquier indicador de nivel de desarrollo del cantón (tabla A-5 del anexo); reflejando así la influencia decisiva que las condiciones de vida ejercían sobre los riesgos de muerte del niño. Un índice general del "ambiente socioeconómico" del cantón resultó correlacionado con la TMI en -74 por ciento y el nivel de la fecundidad resultó en 79 por ciento. Los indicadores de los servicios de salud del cantón también mostraban

una fuerte correlación con la TMI: destacando de entre ellos la proporción de partos en instituciones (-83%), y la proporción con abastecimiento de agua (-75%). Sin embargo, la asociación de los indicadores sanitarios pierden significado estadístico cuando, en un análisis de correlación múltiple, son controlados los efectos del desarrollo socioeconómico y de la fecundidad. Esto último no quiere decir que las intervenciones sanitarias hayan carecido de importancia como determinantes de la mortalidad infantil. Significa, únicamente, que su efecto hasta 1970 no parece haber sido independiente de los otros condicionantes, sino que marchaban de la mano con ellos. Aparentemente no tuvieron una acción autónoma; es decir que no pudieron o no se propusieron neutralizar el determinismo que lo económico y social ejercía tanto sobre los propios programas sanitarios como sobre la mortalidad de los niños. Como excepción destaca la regulación de la fecundidad (que en parte es producto de las acciones del sector salud) que sí muestra una correlación independiente con la TMI.

Pero al analizar, como variable independiente, no el nivel, sino el descenso relativo de la TMI que tuvo lugar de 1972 a 1980, las observaciones anteriores pierden validez. Este se correlaciona negativamente con el índice del grado de bienestar o los de la situación sanitaria del cantón al principio del período (tabla A-6). Vale decir que los privilegiados cantones que en el pasado acumularon las mejores condiciones para que la mortalidad sea baja, son los que presentan avances más moderados en la década de los 70. Esto significa que han sido neutralizados muchos de los diferenciales socioeconómicos de la mortalidad. Así lo demuestra por ejemplo, el gráfico 6, en el cual se aprecia que hacia 1980 la TMI de la capital ha de-

jalo de ser menor que la de todo el país.

¿Qué cambios o nuevos elementos entraron en juego en los 70 para alterar así el "orden" anterior? En búsqueda de una respuesta se han hecho mediciones de los cambios socioeconómicos y sanitarios ocurridos en los cantones en esta década del 70, con el objeto de correlacionarlos con el descenso relativo de su TMI en el mismo período. El resultado general es que existe una correlación positiva entre ambos (tabla A-6). En particular, la asociación resulta más alta para los indicadores del cambio sanitario que para los del socioeconómico, destacándose la correspondiente a los programas de salud rural y comunitaria (39%) y el incremento en el uso de los servicios de consulta externa del Seguro Social y del Ministerio de Salud (37%). También llama la atención que para dos factores a veces mencionados como causantes del descenso de la mortalidad infantil, la información cantonal de los cambios en la década no ofrece evidencia empírica de una asociación significativa en ese sentido. Estas son las mejoras educativas ($r=2\%$) y las del abastecimiento de agua ($r=13\%$).

En el gráfico 7 se resumen los resultados del análisis de correlación bivariado y multivariado de los índices que sintetizan la situación inicial y los cambios ocurridos en el cantón en los años 70. En él se muestra el coeficiente de correlación simple, que se lo ha denominado "aparente", porque puede estar distorsionado por la influencia de terceras variables. Se muestra además la asociación independiente o fina, medida por el coeficiente estándar de regresión "Beta". Para el cálculo de éste coeficiente se eliminaron las variables que en la regresión múltiple no mostraban una aso-

ciación significativa. El coeficiente Beta indica el número de desviaciones estándar en que se modificaría la variable dependiente (porcentaje de descenso de la TMI) al incrementar la variable independiente en una desviación estándar, permaneciendo todas las demás constantes. Mide, por lo tanto, la importancia de las distintas variables explicativas bajo la condición teórica del "Ceteris paribus". El poder explicativo (coeficiente de determinación) del modelo en su conjunto fue de 64 por ciento.

El signo negativo de los coeficientes de correlación simple de la situación socioeconómica y del control de la fecundidad iniciales, se invierte cuando se contrala el efecto de los cambios en la década. Esa asociación era espuria, lo mismo que la observada para los indicadores de la situación sanitaria de partida. Se debía a la intencionalidad de los programas de salud ejecutados en la década de los 70, que produjo una reducción mayor de la TMI en los cantones que menos condiciones reunían inicialmente para ello. En realidad, si por ejemplo, se toman dos cantones con cambios semejantes, aquél que tenía mayor nivel de bienestar al inicio del período sería el que más ha reducido su mortalidad. Esto es lo que muestra el signo positivo de Beta. Además su magnitud considerable para la variable "ambiente socioeconómico inicial" (67%), indica que el desarrollo pasado ha sido un importante factor para que la mortalidad del cantón disminuya. Se intuía que algo de ello había sucedido en Costa Rica, pero no había sido posible demostrarlo con la fuerza de esta evidencia.

De entre los cambios ocurridos en la década, el índice de atención primaria emerge como el más influyente en la reducción de la mortalidad infantil

(Beta=52%). El agrupa, en este orden de importancia, a la cobertura de los programas de salud rural y comunitaria, la intensidad de las campañas de vacunación, el grado de participación de la comunidad (existencia de un comité cantonal de salud) y el incremento del abastecimiento de agua. Los otros cambios que, según este modelo, han tenido una influencia autónoma sobre el fenómeno en estudio son, en este orden, el incremento de la atención médica secundaria (consulta externa, básicamente), el control de la fecundidad y el progreso socioeconómico del cantón. En cambio, el mejoramiento de la atención hospitalaria, que en el análisis bivariado aparentaba ser importante, no resultó finalmente con un poder explicativo independiente de las demás.

Con los coeficientes de regresión del modelo se ha calculado el descenso esperado de la TMI del país, en función de los promedios nacionales de cambio de las distintas variables explicativas. Los resultados se muestran en el gráfico 8. La recta inferior del gráfico indica la evolución esperada de la mortalidad infantil según el modelo, la cual aproximadamente debería seguir -como efectivamente lo hace- el curso de las tasas reales. Las rectas que se ubican por encima de ésta van indicando el curso esperado de la mortalidad en ausencia de los factores determinantes que allí se señalan. Se consideran únicamente las variables que describen los cambios ocurridos en la década. Para incluir las variables que describen las condiciones de partida, habría hecho falta un modelo multiecuacional que, lógicamente, permitiera modificar la tasa de mortalidad inicial. La diferencia entre las dos rectas extremas indica el descenso total esperado, en función de los cambios observados en la década; el cual se descompone en los aportes de las

distintas variables en la parte inferior del gráfico.

El aporte mayor al descenso de la mortalidad infantil explicado por el modelo, le corresponde a los programas agrupados como de atención primaria (41%). El incremento de la atención médica a nivel intermedio también muestra una contribución importante (32%). En cambio, la reducción contemporánea de la fecundidad presenta un aporte modesto (5%), debido a que en muchos cantones esta fue moderada y a que en 31 de ellos más bien aumentó la natalidad. Agregando estos tres aportes, el modelo se atribuye hasta las tres cuartas partes del descenso explicado de la TMI a las intervenciones de salud efectuadas en la década. La cuarta parte restante estaría constituida por el aporte del progreso económico y social contemporáneo a este período. Esta estimación no toma en cuenta el progreso acumulado por Costa Rica en el pasado; el cual, como se ha visto, resultó asociado significativamente con el descenso de la mortalidad cantonal. Cuantificar lo que hubiera sucedido si en el pasado Costa Rica hubiese transitado por otras sendas del desarrollo es caer en un terreno especulativo. Lo único que se puede afirmar es que el desarrollo acumulado por el país, aparece como una condición necesaria pero insuficiente para la gran reducción de la mortalidad infantil de los años 70.

La descomposición anterior, que es un promedio nacional, puede ser distinta en determinadas subcohlaciones. Para explicar este punto se han formado cuatro grupos de cantones según el nivel de su mortalidad a principios de los 70 y según la intensidad con que ésta se redujo posteriormente. Para

cada uno de estos grupos se ha replicado la estimación realizada con los promedios nacionales, obteniéndose los resultados que se muestran en el gráfico 9.

Se observa que el aporte de la atención primaria en los cantones donde la mortalidad era elevada (44%) es claramente el más importante, pero no así en aquellos donde era moderada (aporte de alrededor de 30%). En estos últimos la reducción de la mortalidad parece haber sido causada principalmente (alrededor de un 50%) por la denominada atención secundaria. El Progreso económico y social presenta un aporte semejante (de entre 21 y 28%) en los cuatro tipos de cantones. En cambio, la reducción de la fecundidad ha actuado solamente en los que tenían una alta mortalidad infantil.

Estos resultados ratifican desde otro ángulo la singular importancia que han tenido los programas sanitarios de tipo primario ejecutados en Costa Rica en la década de los 70. Más allá de su contribución cualitativa emerge su mérito cualitativo. Fueron ellos los que sirvieron a la población que más lo necesitaba e hicieron posible que en Costa Rica sea neutralizada en buena parte una de las formas más graves de injusticia social: la desigualdad de los niños ante la muerte. Es, por ejemplo, muy elocuente que aquellos cantones en los que la cobertura de salud rural y comunitaria fue del 75 por ciento y más, han pasado en la década de los 70 de una tasa de mortalidad infantil de 80 a una de 17 por mil, en tanto que aquellos en los que la cobertura fue prácticamente nula lo han hecho de una tasa de 49 a una de 21 por mil en el mismo período (12).

V. CONCLUSION

En la década de los 60 el principal problema epidemiológico de Costa Rica era la relativamente elevada mortalidad infantil. En el pasado ésta se había mantenido a la zaga de la reducción de la mortalidad en las otras edades. No había logrado romper o atenuar el fuerte condicionamiento que la pobreza y la ignorancia ejercen sobre las oportunidades de sobrevivencia de los niños. Alrededor del 8 por ciento de los niños fallecían en el primer año de edad, estas muertes representaban cerca del 40 por ciento de todas las que ocurrían en el país y los contrastes entre estratos socioeconómicos eran enormes.

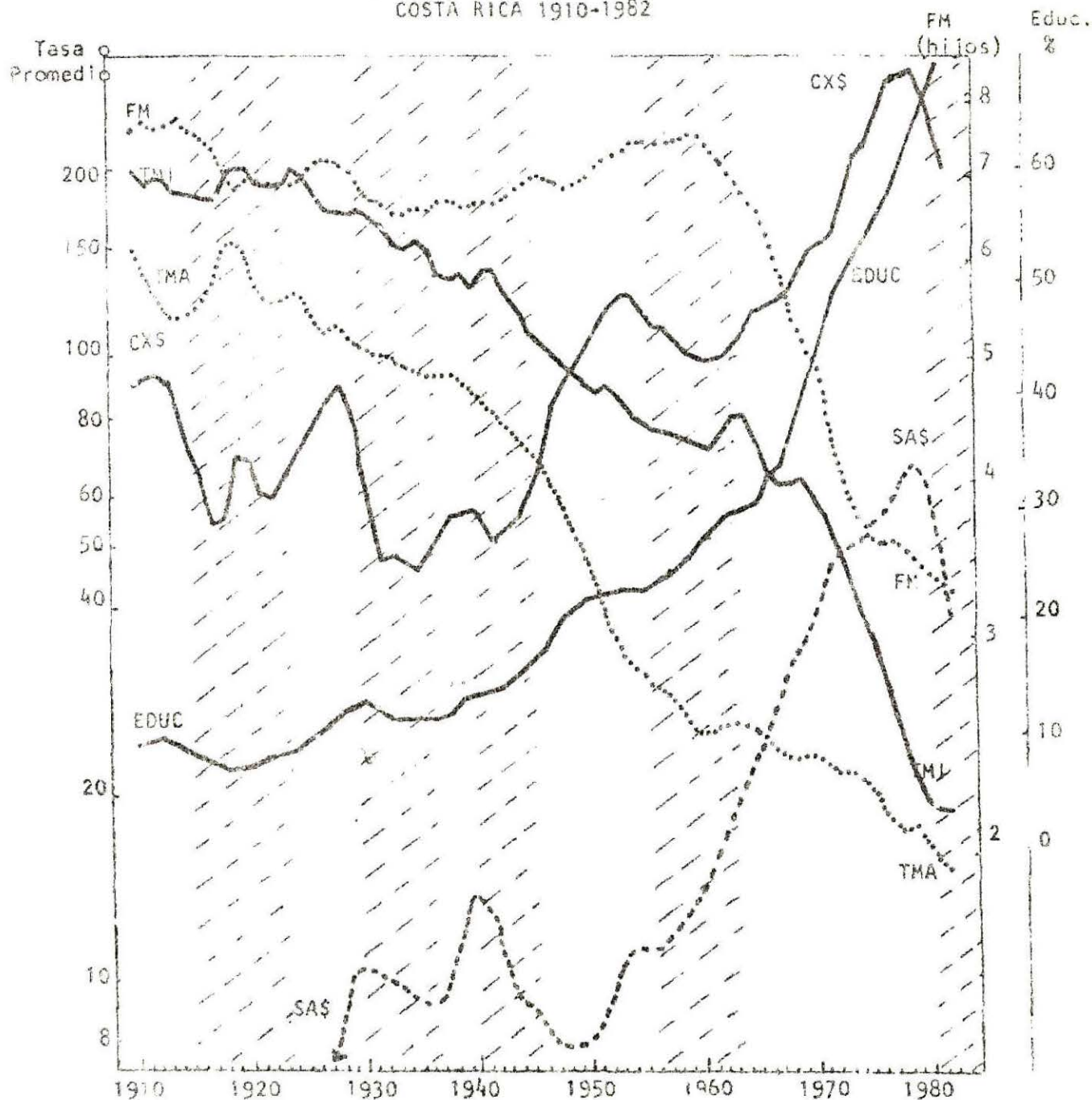
Pero en la década de los 70 Costa Rica da el gran salto en materia de mortalidad infantil. En los breves 8 años transcurridos entre 1972 y 1980 la tasa se reduce espectacularmente de 60 a 20 por mil. Este fenómeno singular ocurre en un contexto de grandes mejoras económicas y sociales, de una notable caída de la fecundidad y de una radical transformación de los programas y organización del sector salud. Hay, pues, una coincidencia de elementos favorables. El fenómeno es, definitivamente, de origen multifactorial.

No obstante, la evidencia estadística disponible señala a las intervenciones del sector salud como el principal determinante de la notable caída de la mortalidad infantil, destacándose de entre ellas las intervenciones de tipo primario: salud rural y comunitaria, vacunación, participación de la

comunidad y saneamiento ambiental (esta última en menor grado, porque ya se había desarrollado sustancialmente con anterioridad). Con todo y lo riesgoso que es cuantificar los componentes de un fenómeno tan complejo, la observación de los cantones del país sugiere que quizás las tres cuartas partes de la caída de la mortalidad se deben a los programas de salud, contabilizándose dentro de ellas un aporte de alrededor del 40 por ciento de los de atención primaria. Estos últimos, más allá de su importancia cuantitativa, tuvieron un singular mérito cualitativo: atendieron preferentemente a las sub-poblaciones menos privilegiadas y contribuyeron así a que se atenúan los lacerantes contrastes que prevalecían en los riesgos de muerte de los niños.

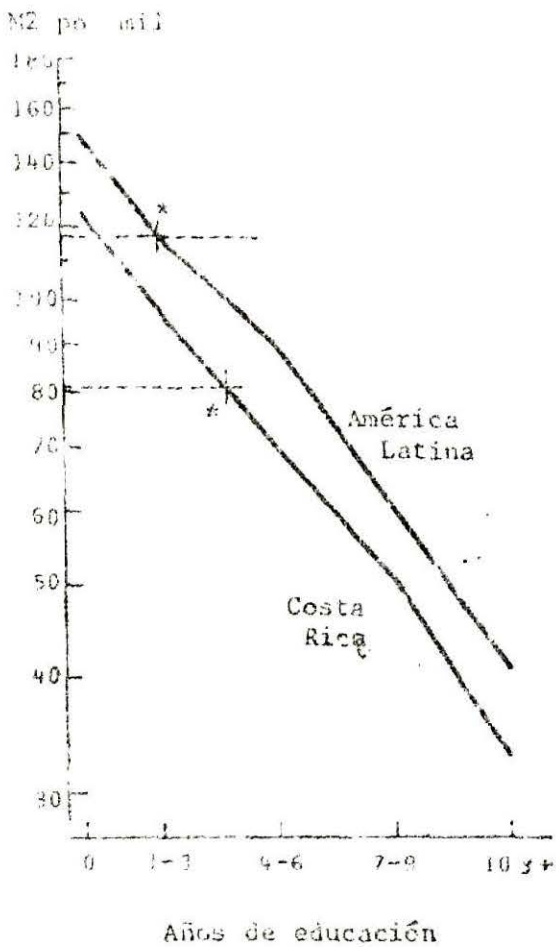
Este éxito de la salud pública en Costa Rica tiene profundas raíces históricas y ocurre en una realidad socio-política muy particular. Forma parte de un estilo de desarrollo con fuerte acento en lo social, tiene lugar en una época de sostenido crecimiento económico y en una sociedad relativamente homogénea, con alto grado de integración socio-espacial, que había avanzado bastante en materia educativa y que no malgasta sus recursos en el sostenimiento de un ejército.

EVOLUCION DE LA MORTALIDAD INFANTIL Y ADULTA, LA FECUNDIDAD, EL
COMERCIO EXTERIOR, LA EDUCACION Y EL GASTO EN SALUD
COSTA RICA 1910-1982



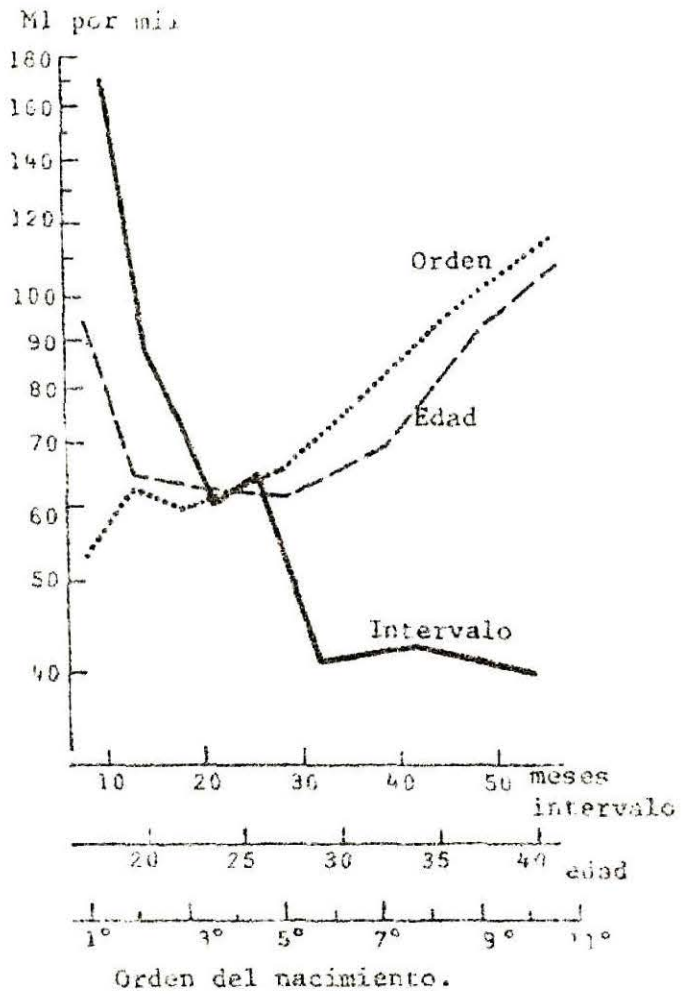
- Las áreas sombreadas indican aproximadamente los períodos de crisis
- TMI = tasa de mortalidad infantil por mil (escala de izquierda)
- TMA = Tasa de mortalidad de los adultos por 10 000 (escala izquierda)
- FM = Tasa de fecundidad matrimonial total (hijos)
- CXS = Comercio exterior per cápita en US\$ de 1970 (exportaciones más importaciones dividido entre 2) (escala de izquierda)
- EDUC = Porcentaje de mujeres de 20 a 34 años con educación primaria completa
- SAS = Gasto público en salud per cápita en US\$ de 1970 (escala de la izquierda)

Gráfico 2
MORTALIDAD DEL MENOR DE DOS AÑOS (M2) SEGUN EDUCACION DE LA MADRE.
EN COSTA RICA Y AMERICA LATINA ALREDEDOR DE 1970. MORTALIDAD
INFANTIL (MI) SEGUN INTERVALO DESDE EL NACIMIENTO ANTERIOR,
EDAD DE LA MADRE Y ORDEN DE NACIMIENTO EN COSTA RICA 1961-75



* M2 de toda la población

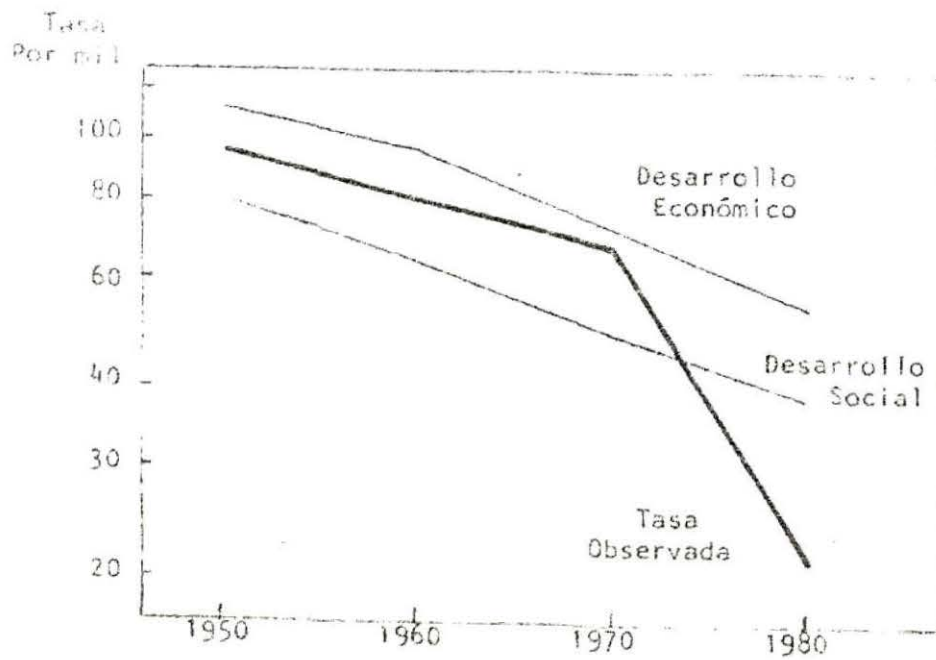
Fuente: Rosero (1), cuadros 1 y 3.



BINASSS

Gráfico 3

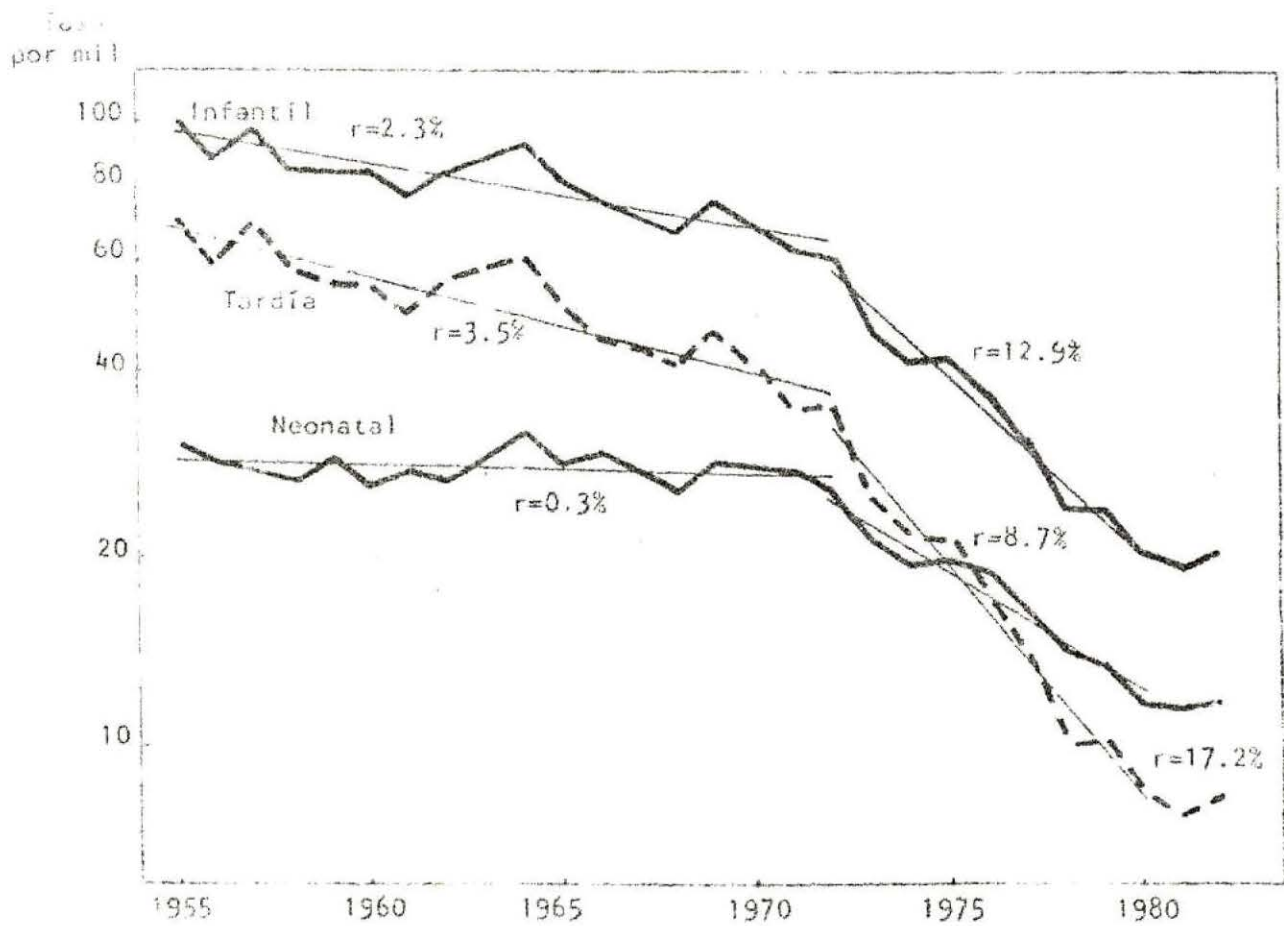
EVOLUCION DE LA TASA DE MORTALIDAD INFANTIL OBSERVADA Y ESPERADA EN CORRESPONDENCIA AL DESARROLLO ECONOMICO Y AL SOCIAL. COSTA RICA 1950-80



Fuente: Rosero (1), Gráfico 6

Gráfico 4

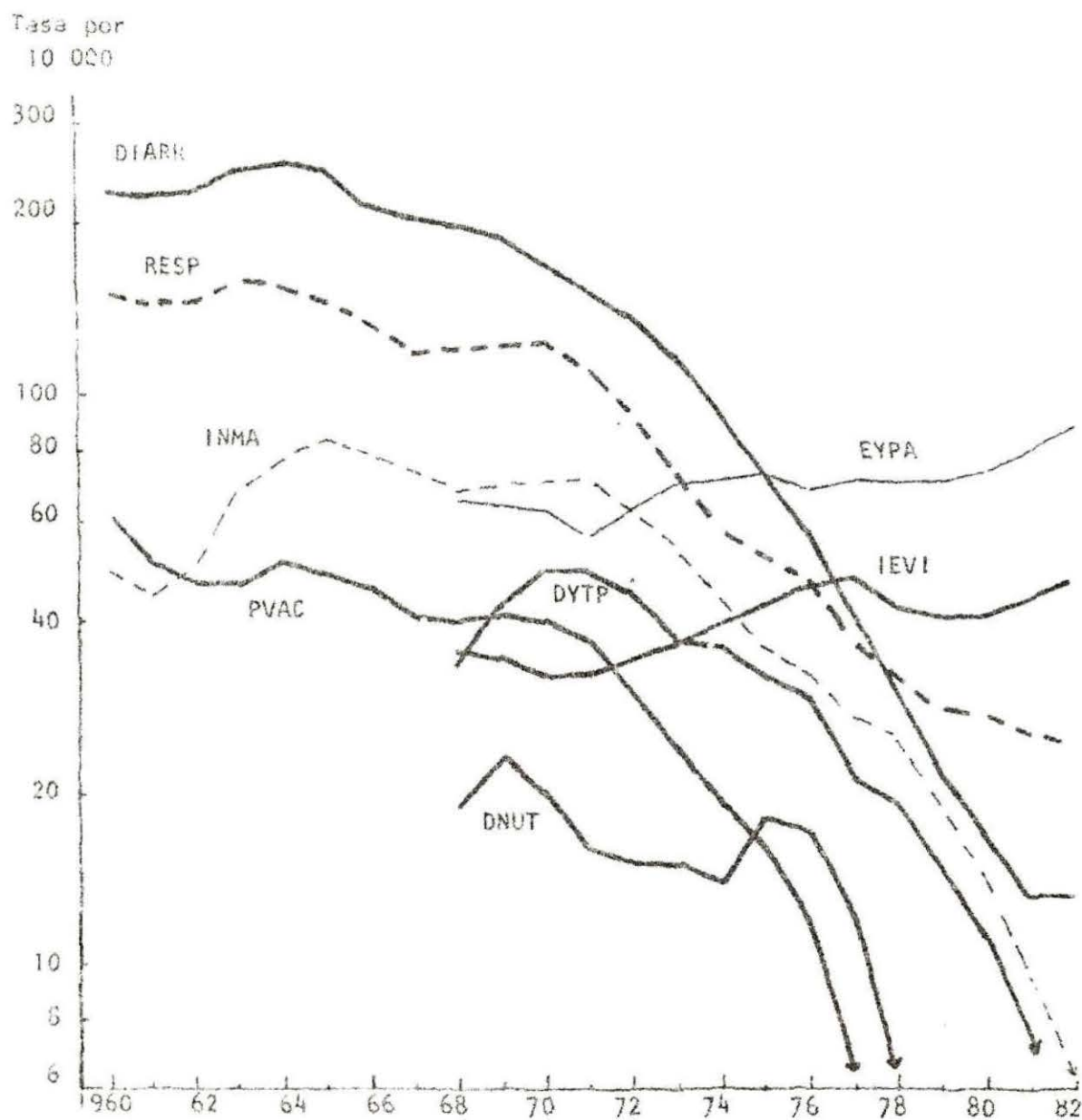
TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL, NEONATAL Y TARDIA
COSTA RICA 1955-1982



r = disminución anual relativa en porcentaje

Fuente: Tabla A-2 del anexo

TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL SEGUN CAUSA DE DEFUNCION
COSTA RICA 1960-1982

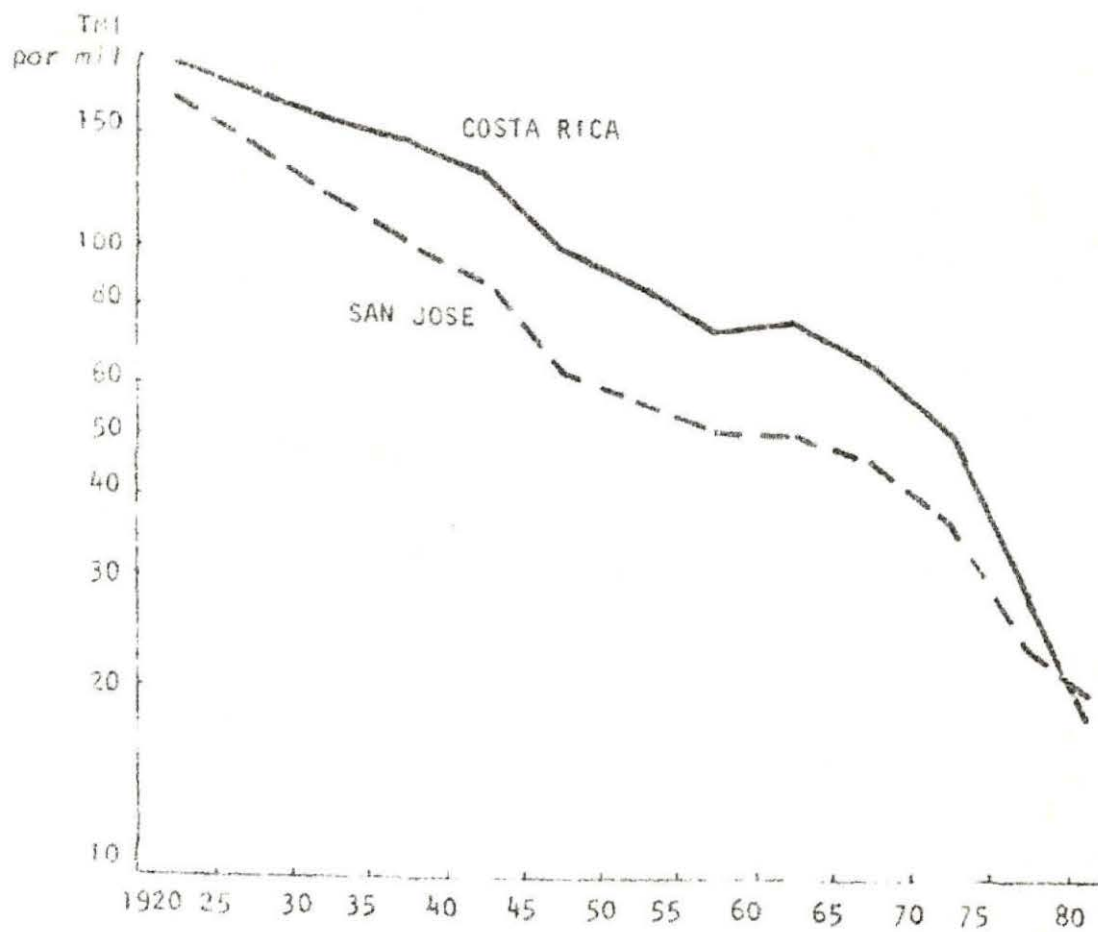


DIARR= diarreas, RESP=respiratorias, INMA= inmaduridad, EYPA= compli-
caciones del embarazo y parto, PVAC=prevenibles por vacunación, DNUT=
desnutrición, DYTP= prevenibles con diagnóstico y tratamiento precoz,
IEVI= inevitables (congénitas)

FUENTE: Tabla A-4 del anexo (promedios móviles de tres años)

Gráfico 6

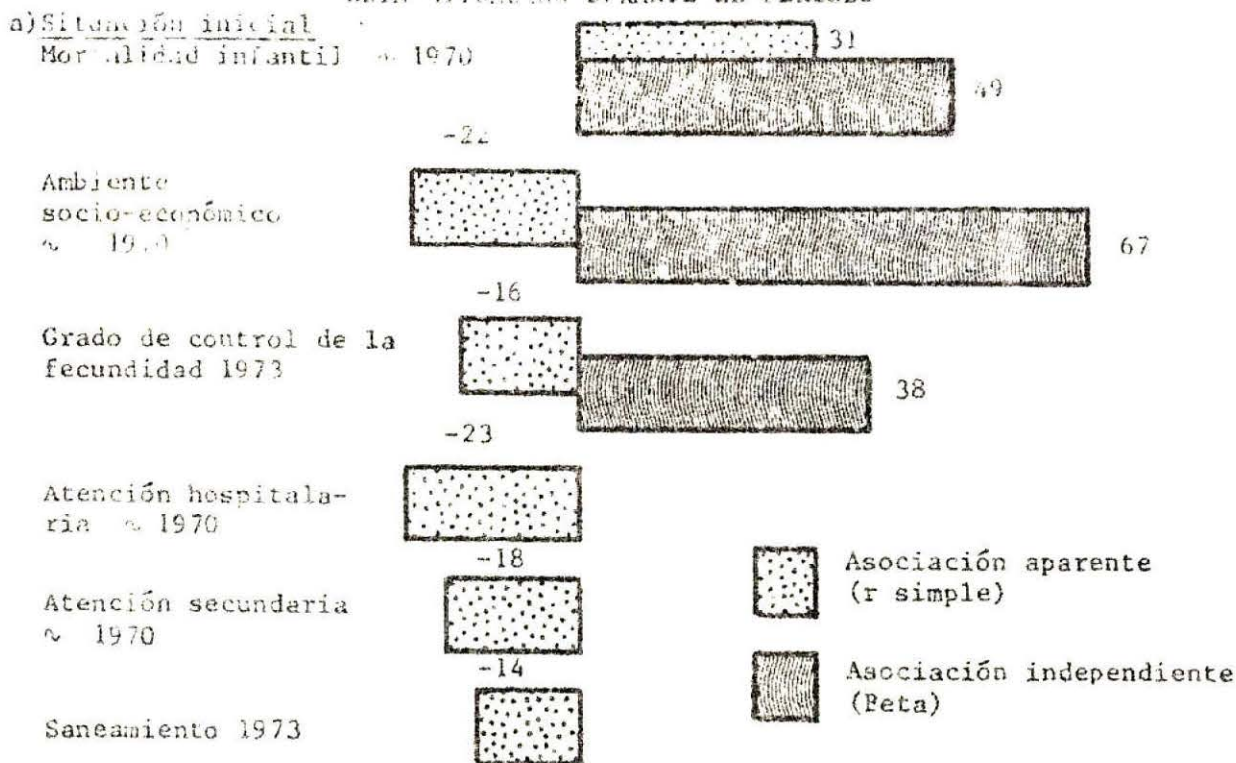
TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL DE COSTA RICA
Y DE LA CIUDAD DE SAN JOSE 1920-82



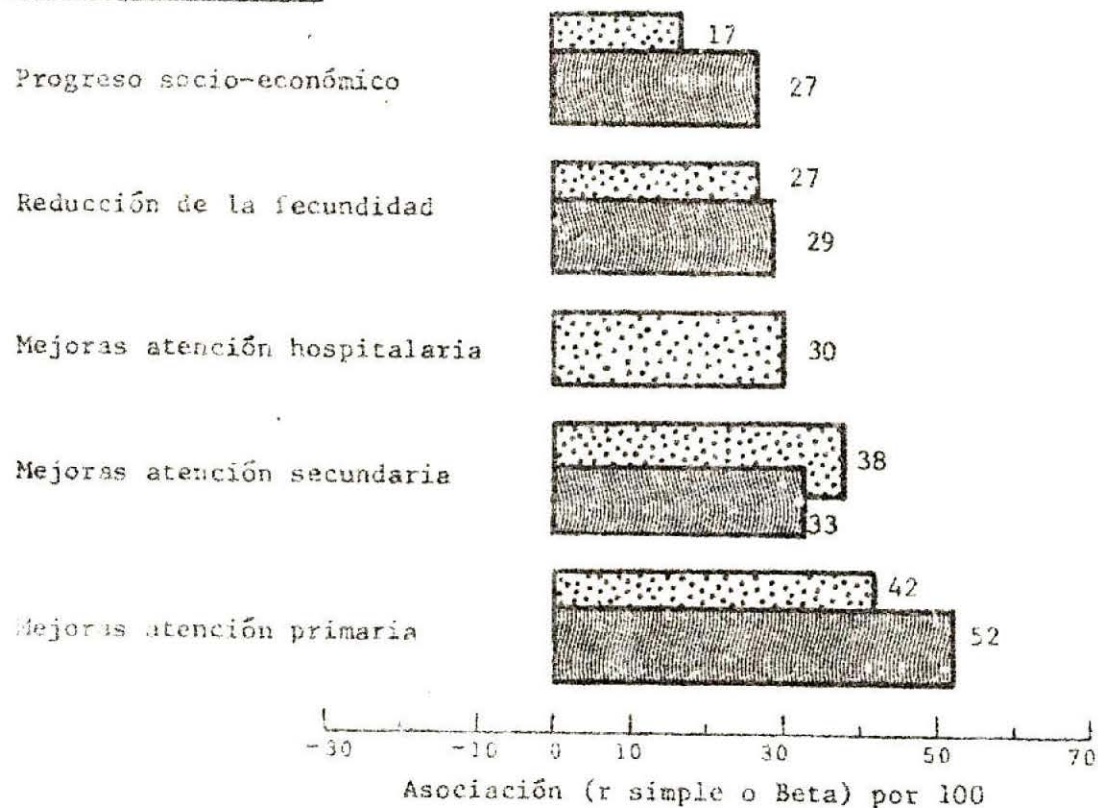
Fuente: Rosero, (12), cuadro 7

Gráfico 7

COEFICIENTES DE ASOCIACION (r SIMPLE Y BETA) ENTRE EL DESCENSO RELATIVO DE LA TASA DE MORTALIDAD INFANTIL DE 1972 A 1980 COMO VARIABLE DEPENDIENTE Y LA SITUACION INICIAL DE LOS CANTONES Y LOS CAMBIOS EN ESTA SITUACION DURANTE EL PERIODO



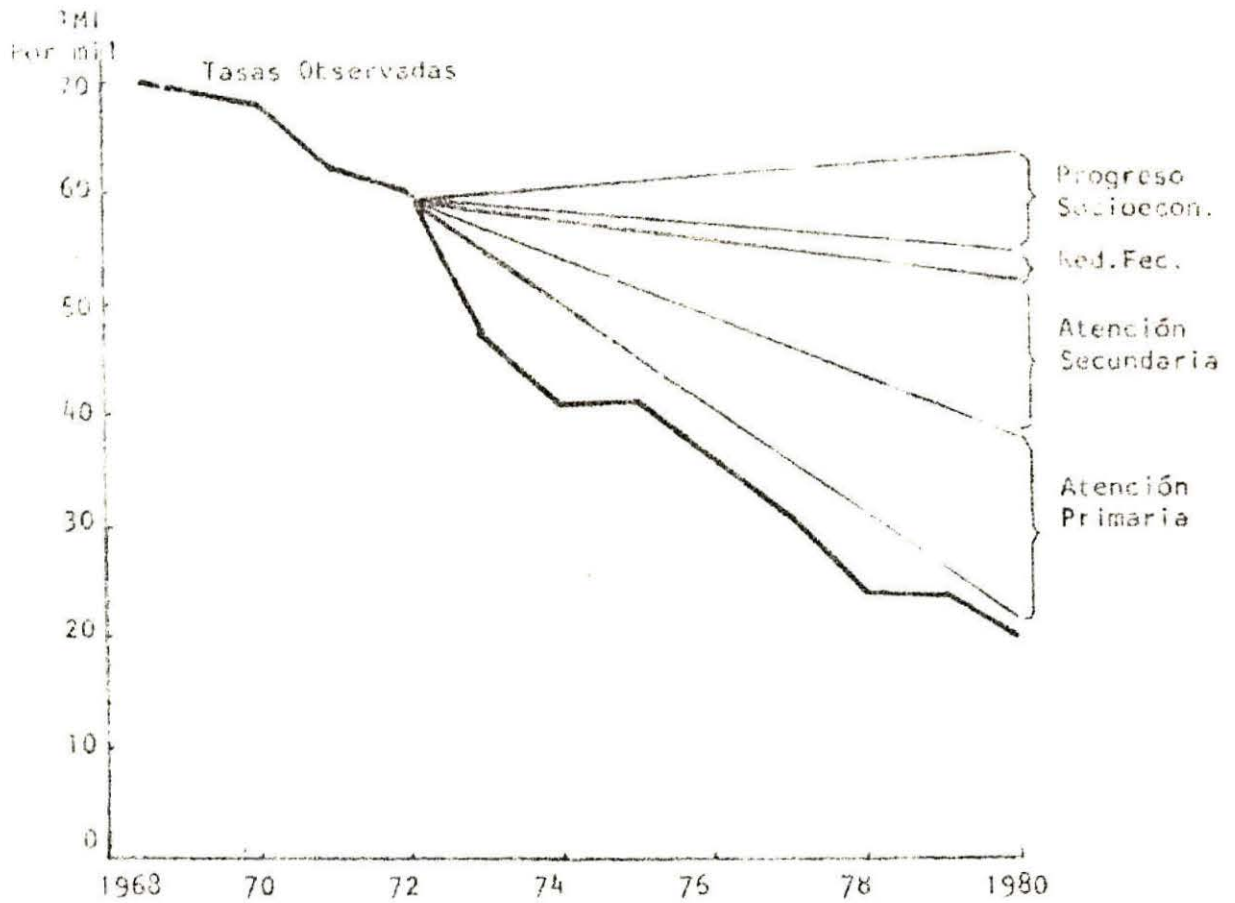
b) Cambio en la década



Fuente: Rosero (1), pags. 39 v 40.

Gráfico 8

EFFECTO DE LAS DISTINTAS VARIABLES EN LA EVOLUCION ESPERADA DE LA TASA DE MORTALIDAD INFANTIL DE ACUERDO CON EL MODELO EXPLICATIVO DE ESTA



COMPONENTES DEL DESCENSO ESPERADO

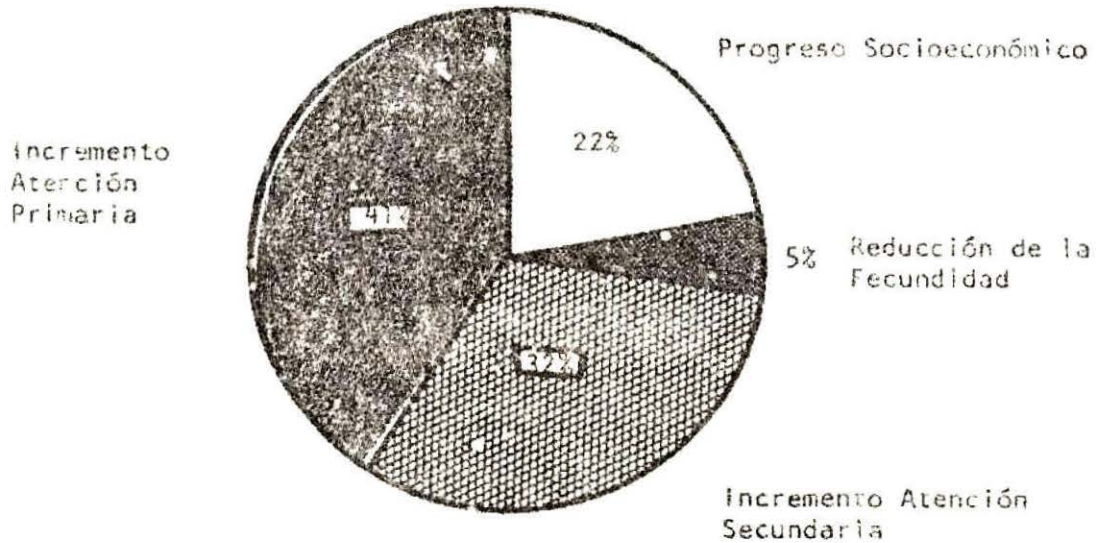
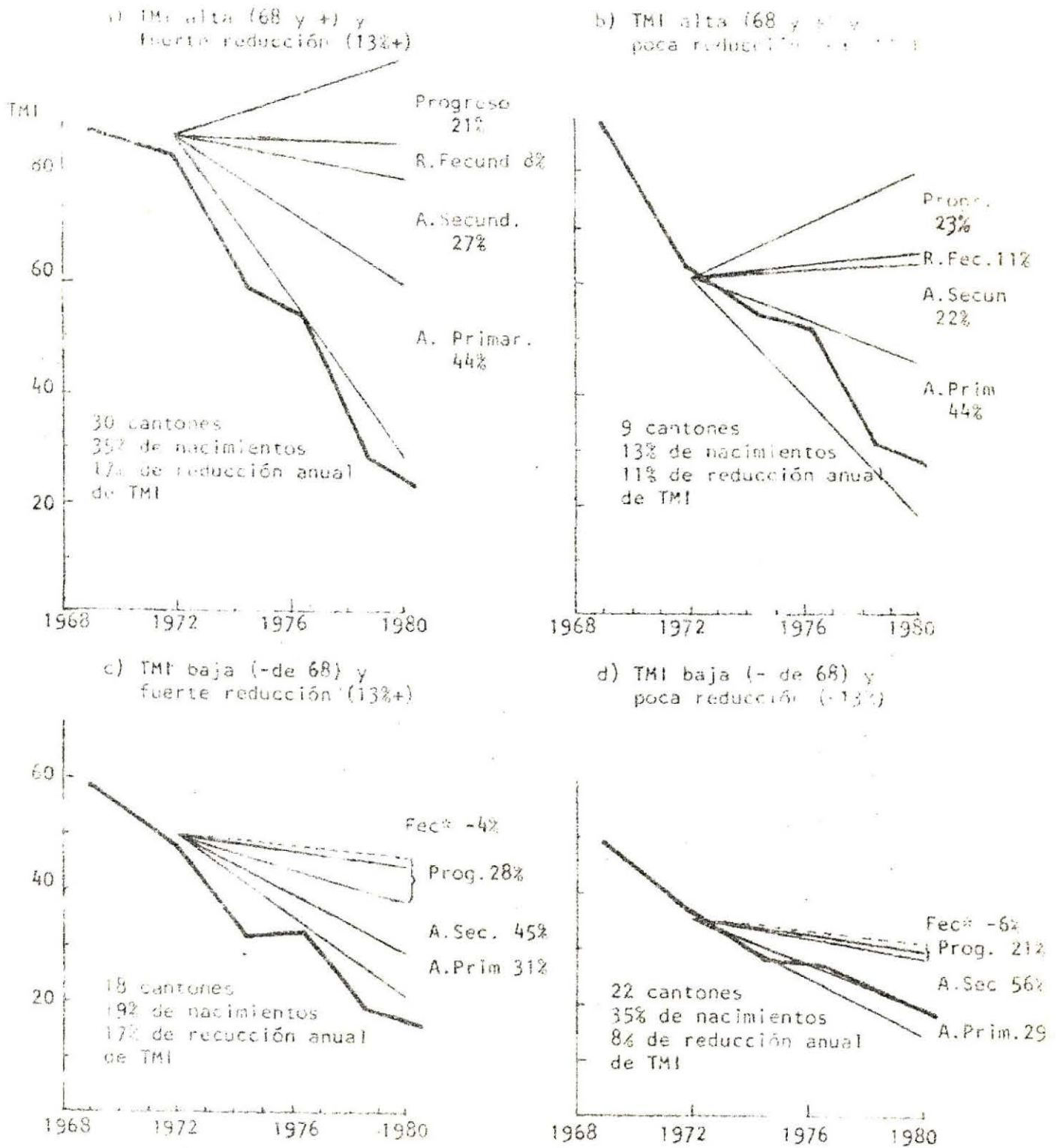


Gráfico 9

EFFECTO DE LAS DISTINTAS VARIABLES EN LA EVOLUCION DE LA TASA DE MORTALIDAD INFANTIL DE ACUERDO AL MODELO EXPLICATIVO DE ESTA



* La línea punteada indica que era de esperarse mayor mortalidad infantil debido a que aumentó la fecundidad.

Tabla A-1
INDICADORES DE LA EVOLUCION DE COSTA RICA 1930-1980

INDICADOR	1930	1940	1950	1960	1970	1980
<u>Económicos</u>						
-Producto Interno Bruto (PIB) per cápita (US\$1970) .....	...	...	347	474	756	878
-Comercio exterior (importaciones más exportaciones) per cápita (US\$1970)	132	110	204	202	316	553
-Hombres activos en agricultura (%)	69	66	63	59	49	35
-Viviendas con electricidad (%) .....	...	...	40	51	65	79
<u>Comunicaciones</u>						
-Teléfonos (por mil habitantes) .....	...	...	11	12	23	70
-Automóviles (por mil habitantes) .....	...	5	8	22	43	63
-Viviendas con radio receptor (%) .....	...	...	...	47	70	85
-Viviendas con televisor (%)	0	0	0	0	20	79
<u>Sociales</u>						
-Gasto per cápita en educación (US\$1970).....	6.9	7.1	6.3	19.3	35.1	73.4
-Matriculados en primaria y secundaria (% edad 5-19)	29	31	33	52	61	70
-Analfabetismo (% edades 15 y +)	53	27	21	16	13	10
-Mujeres con primaria completa (% edades 20-34)	13	14	22	28	43	66
-Población activa asegurada (%)	0	0	25	25	32	68
<u>Sanitario</u>						
-Población con agua de cañería (%).....	...	...	53	65	73	84
-Población con servicio sanitario o letrina(%)	...	...	48	69	86	92
<u>Salud</u>						
-Esperanza de vida al nacimiento (años)	42.2	46.9	55.6	62.6	65.4	72.6
-Tasa de mortalidad infantil (por mil)	172	137	99	80	67	21
-Tasa de mortalidad en edades 10-49 (por 10000)	102	86	47	25	24	12
-Gasto público en salud per cápita (US\$1970) ..	11	15	8	14	37	65
-Gasto público en salud respecto al PIB(%) ..	...	...	2.2	3.0	5.6	7.4
-Camas de hospital (por mil habitantes) .....	...	5.6	5.1	4.6	4.1	3.3
-Egresos hospitalarios (por mil habitantes)..	...	...	95	101	111	117
-Consultas en los servicios de salud(per cápita)	...	...	...	1.1	2.0	2.9
-Médicos (por 10 000 habitantes).....	2.7	2.7	3.1	2.8	5.6	7.8
-Defunciones con certificación médica (%) ..	44	55	60	65	71	84
-Partos institucionales (%) .....	...	...	20	49	70	91
-Población con seguro de enfermedad (%)	0	0	8	15	39	78
<u>Demográficos</u>						
-Densidad de la población(por Km. cuadrado)..	10.2	12.9	16.4	24.3	34.0	44.6
-Tasa de natalidad (por mil habitantes)	47	44	45	42	33	31
-Desempeño en hijos por matrimonio (hijos) ..	6.8	6.6	7.0	7.6	5.0	3.4
-Población menor de 15 años (%)	41.4	42.1	43.5	47.4	46.1	38.5

... dato no disponible

Fuente Rosero (1), cuadro 1.

Tabla A-2
 TENDENCIA DE LA MORTALIDAD INFANTIL, NEONATAL Y
 TARDÍA. (COSTA RICA 1956-1982)
 (Tasas por mil nacidos vivos)

AÑO	Infantil	Neonatal	Tardía
1956	99.2	30.5	68.7
1957	87.4	28.5	58.9
1958	95.6	27.3	68.3
1959	83.8	26.2	57.8
1960	83.4	28.5	54.9
1961	82.4	28.0	54.4
1962	76.1	27.0	49.1
1963	81.6	26.5	55.1
1964	85.7	28.7	57.0
1965	91.4	31.6	59.8
1966	79.9	28.5	51.4
1967	74.3	29.2	45.1
1968	70.5	27.5	43.0
1969	65.2	25.6	40.6
1970	74.1	28.1	46.0
1971	68.2	27.9	40.3
1972	62.1	27.6	34.5
1973	60.3	25.2	35.1
1974	46.8	21.7	25.1
1975	41.3	19.5	21.8
1976	41.5	19.8	21.7
1977	37.3	19.1	17.3
1978	30.7	16.4	14.3
1979	24.3	14.2	10.1
1980	23.9	13.6	10.3
1981	20.4	11.9	8.5
1982	19.5	11.7	7.8
1982	20.3	11.9	8.4
Disminución media anual relativa (%)			
1956-72	2.3	0.3	3.5
1973-80	12.9	8.7	17.2
1981-82	0.2	0	0.6
Aporte a la disminución (%)			
1956-72	100	5	95
1973-80	100	34	66
1981-82	100	0	100

Fuentes: Rosero (1), Tabla A-3.

Tabla A-3
DESCRIPCION DEL AGRUPAMIENTO DE LAS CAUSAS DE MUERTE INFANTILES

Grupo	Descripción	Causa Principal en 1972	Códigos según revisión * de		
			1955	1965	1975
1.DIAR	Enfermedades diarreicas	Diarrea	40-48, 571, 764	1-9	1-9
2.RESP	Infecciones aparato respiratorio	Bronconeumonía	470-529,763	460-519	460-519
3.INMA	Inmadurez no calificada	Inmadurez	776	777	765
4.EYPA	Complicaciones del embarazo y parto	Asfixia, Membrana hialina	-	760-776, 778-779	740-64, 766-769
5.PVAC	Prevenibles por vacunación (Difteria, Pertusis, tétanos, sarampión)	Tétanos	55,56,61,85	32,33,37,55	32,33,37,55
6.DNUT	Desnutrición	Desnutrición	-	260- 69	260- 69
7.DYTP	Prevenibles con diagnóstico y tratamiento precoz	Septicemia Meningitis	-	38, 320, 345 380-84,520-77 680-709	38,320-22,34 380-85,520-7 680, 709
8.MVI	Inevitables anomalías congénitas	Anomalías del corazón	-	52, 140-239, 343, 740-59	52,140-239 743,740-59
9.RYD	Resto y desconocidas	-	-	Residual	Residual

* La revisión de 1965 se empezó a aplicar en Costa Rica en 1968 y la de 1975 en 1980.

Tabla A-4
 TASA DE MORTALIDAD INFANTIL POR GRUPOS DE CAUSAS DE DEFUNCIÓN, COSTA RICA 1960-1982

AÑO	Causa de defunción									
	TOTAL	DIP	RESP	INFA	EYPA	PVAC	DRUT	DYTF	IEVI	RYE
Tasas por 10 000										
1960	816	227	151	49	..	61	..	..	..	..
1961	756	228	130	37	..	49	..	..	..	..
1962	745	209	152	50	..	43	..	..	..	..
1963	606	241	155	66	..	49	..	..	..	..
1964	519	276	165	87	..	50	..	..	..	..
1965	753	228	144	91	..	53	..	..	..	..
1966	743	217	123	82	..	43	..	..	..	..
1967	707	189	130	73	..	43	..	..	..	..
1968	668	202	103	63	65	36	19	34	35	111
1969	744	200	131	66	79	42	35	45	34	110
1970	682	162	126	75	47	46	14	48	34	130
1971	624	145	112	66	62	32	11	52	29	115
1972	599	148	96	72	59	32	24	44	32	92
1973	469	119	64	48	68	22	11	35	40	62
1974	412	79	53	42	80	18	11	33	37	59
1975	412	77	58	40	62	18	21	39	38	59
1976	366	55	46	26	75	12	21	25	51	49
1977	302	39	37	31	69	6	10	23	46	41
1978	246	26	28	23	67	1	6	15	43	31
1979	237	21	30	21	70	3	3	19	37	33
1980	202	15	26	13	70	1	2	9	40	26
1981	195	12	24	8	77	2	2	5	42	23
1982	202	13	24	6	86	0	5	6	46	16
Disminución media anual relativa (%)										
1960-72	2.3	4.0	3.2	-3.4	...	3.9	...	...	...	...
1968-72	3.9	9.4	3.0	-2.4	4.4	5.1	6.9	-6.6	3.4	3.3
1973-81	12.5	26.7	14.6	20.5	-1.3	39.3	27.4	21.1	-1.6	14.3
Aporte a la disminución (%)										
1960-72	100	47	25	-11	-	10				
1968-72	100	63	13	-6	11	7	5	-10	4	13
1973-81	100	35	16	14	-2	8	5	10	-1	16

Nota: la clasificación por causas de defunción se explica en la Tabla A-3.

Fuentes: -Distribución según causas: DCEC, Anuarios Estadísticos.
 -Tasa de mortalidad infantil: Tabla A-2

Tabla A-5
 DIVIERSOS INDICADORES DE LOS CANTONES DE COSTA RICA AGRUPADOS SEGUN
 SU NIVEL DE MORTALIDAD INFANTIL (IMI) ALREDEDOR DE 1970

Indicadores alrededor de 1970	Mortalidad infantil 1970				(R x 100)
	Total	Baja	Media	Alta	
Range de la IMI por mil	30-100	39-59	60-79	80-100	
IMI per mil	68	48	69	89	
% de nacimientos	100	33	36	31	
Número de cantones	79	21	31	25	
<u>Socioeconómicos y ambientales</u>					
Índice general	58	86	50	39	(-74)
% PEA agrícola	34	6	40	57	(-66)
% familias pobres	24	15	29	27	(-32)
Consumo de electricidad per cápita (KW)	376	888	178	62	(-54)
Gasto en construcción per cápita (¢)	139	307	66	45	(-52)
Densidad (hab. por km. cuadrado)	37	1022	75	16	(-46)
Distancia a la capital (Km.)	92	12	104	161	(-66)
Educación (% de asistencia 10 años atrás)	51	60	48	45	(-60)
% población asegurada	67	100	37	48	(-24)
<u>Atención hospitalaria</u>					
Índice general	66	86	63	49	-68
Distancia a hospital más cercano	21	5	16	14	(-50)
Egresos hospitalarios por mil personas	124	124	116	132	(-25)
% de partos institucionales	71	93	69	51	(-83)
<u>Atención secundaria</u>					
Índice general	51	71	43	38	(-56)
Horas médico de la CCSS per cápita	16	23	14	11	(-40)
Consultas externas por mil personas	183	262	159	146	(-53)
<u>Saneamiento ambiental</u>					
Índice general	84	97	85	69	(-76)
% con abastecimiento de agua	68	96	69	43	(-75)
% con disposición de excretas	87	98	85	78	(-62)
<u>Índice general de servicios de salud</u>					
Índice general de servicios de salud	67	90	63	48	(-71)
Tasa de fecundidad general (por mil)	142	108	139	181	(-79)
<u>Descenso absoluto de la IMI</u>					
(promedio anual)					
1965-1972	3.2	3.4	3.6	2.5	(-6)
1973-1980	5.3	2.5	5.4	8.2	(-68)
1979-1982	1.2	0.5	1.3	1.9	(-17)

Nota: todos los valores son promedios de los cantones ponderados según el número de nacimientos en 1973. R= coeficiente de correlación.

Fuente: Rosero (1), cuadro 5.

Tabla A-6
 NIVELES INDICADORES DE LA SITUACION Y DE LOS CAMBIOS DE LOS CANTONES
 DE COSTA RICA, AGRUPADOS SEGUN LA REDUCCION PORCENTUAL DE LA TASA
 DE MORTALIDAD INFANTIL (TMI) OCURRIDA ENTRE 1972 Y 1980

Indicadores	Total	Reducción de la TMI			(R = 100)
		Baja	Media	Alta	
Rango de reducción anual de la TMI (%)		-5-10	10-16	17-29	
Reducción anual de la TMI (%)	13	6	13	20	
% de nacimientos (1973-80)	100	28	47	25	
Número de cantones	79	21	33	25	
		Situación alrededor de 1970			
-TMI por mil (1967-70)	68	53	70	77	(31)
-Índice del ambiente socioeconómico	58	81	53	51	(-22)
-Índice de la atención hospitalaria	66	84	62	61	(-23)
-Índice de atención secundaria	51	72	46	42	(-18)
-Índice del saneamiento ambiental	84	94	81	80	(-14)
-Tasa de fecundidad general por mil	142	116	149	149	(16)
		Cambios en la década de los 70			
-Progreso socio-económico relativo					
<u>Índice general</u>	36	21	42	41	(17)
Electricidad (incremento %)	87	33	111	101	(15)
Construcción (incremento %)	73	33	89	89	(10)
Educación (incremento %)	29	28	30	29	(2)
Asegurados (incremento %)	94	62	106	106	(16)
-Atención hospitalaria					
<u>Índice general</u>	31	16	37	38	(30)
Distancia a hospital (disminución kms.)	6	0	7	9	(29)
Egresos hospitalarios (incr. tasa por mil)	-6	-10	-12	-9	(7)
Partos institucionales (incr. abs. del %)	13	5	15	16	(24)
-Atención secundaria					
<u>Índice general</u>	39	31	37	52	(38)
Horas-médico CCSE (incr. tasa por mil)	15	12	12	24	(22)
Consulta externa (incr. tasa por mil)	90	62	94	113	(37)
-Atención primaria					
<u>Índice general</u>	44	17	53	53	(42)
Salud rural y comunitaria (% cobertura)	39	13	48	51	(39)
Índice de vacunación (DPT, Sarampión, Tétano)	28	12	31	40	(23)
Participación comunitaria % con comité 1980)	44	24	44	57	(31)
Abastec. de agua (Incremento %)	29	6	29	23	(13)
-Fecundidad (Reducción de tasa por mil)	6	-3	11	10	(27)
Tasas por mil					
1964-65	78	72	78	85	
1972-73	53	39	56	65	
1980-81	20	23	20	18	

Nota: Todos los valores son promedios de los cantones ponderados según el número de nacimientos en 1973-80. R= coeficiente de correlación.
 Fuente: Rosero (1), cuadro 7.

"PERSPECTIVA DE SALUD AL AÑO 2000"

Dr. Juan Jaramillo
Dr. Guido Miranda
Dr. Miguel Angel Chavarría

La meta "Salud para Todos en el Año 2000" constituye un formal compromiso del gobierno costarricense para con sus ciudadanos, para conseguir una vida social económicamente activa.

El plan de acción señala algunas metas mínimas a alcanzar para el año 2000:

- 1 - Esperanza de vida al nacer no inferior a 70 años.
- 2 - Mortalidad de 1 - 4 años no mayor de 2.4 defunciones por mil niños de éstas edades.
- 3 - Mortalidad infantil no superior a 30 defunciones de cada mil nacimientos vivos.
- 4 - Inmunizaciones a niños menores de un año en un 100% contra difteria, polio, sarampión, tosferina, tétano y tuberculosis.
- 5 - Inmunizaciones a madres embarazadas, donde el tétano tiene carácter endémico.
- 6 - Proporcionar agua potable y disposición de escretas.
- 7 - Incorporar otros programas de vacunaciones, cuando por condiciones epidemiológicas sean necesarias.
- 8 - Necesidad de dar servicios de salud al 100% de la población.

En Costa Rica la esperanza de vida al nacer en el año 1960 era de 64.4 años; en 1983 subió a un 73.7 años.

La mortalidad infantil de 1 a 4 años fue de 1/1000 en ese mismo año.

Las inmunizaciones de niños menores de un año, cubrió un 85 - 95% de los niños.

Las madres embarazadas fueron vacunadas contra tétanos en un 98%.

En el campo de la salud no hay servicio público más importante que la producción de un sistema de agua potable. Algunas de las enfermedades relacionadas directamente con el agua son: Tifoidea, Paratifoidea, Disentería bacilar, Cólera, Diarrea, Hepatitis, Parasitosis. Razón por la cual, el 99% de la población se abastece con agua potable, y sólo 1% no está cubierto.

Logros Alcanzados por Acueductos y Alcantarillados

1 - En el año 1961 se contaba con 797 lts/seg de agua para una población de 290.000 habitantes.

En el año 1984 el promedio anual es de 2988 lts/seg para una población de 647.940 habitantes.

Se está realizando un proyecto inmediato, como es la construcción de 6 pozos en el este de San José que es la zona más afectada.

2 - En el área metropolitana se cuenta ya con 1800 lts/seg, lo cual abastece las necesidades de agua hasta 1990 o 1994.

A mediados de abril de 1985 se ponen en operación 3 pozos más, y a finales del mismo mes, uno en el este del área metropolitana; con esto se aumenta más el caudal de agua potable.

Con programas de Asignaciones Familiares, se están construyendo además 138 conductos rurales.

El proyecto con el B.I.D., contiene un paquete cuya meta es la creación de acueductos en 34 localidades urbanas y 32 rurales.

Se considera que estas mejoras cubrirán, en calidad y cantidad, las necesidades de agua potable y alcantarillado hasta el año 2025.

En un estudio realizado se observó que en 1965 en el Hospital de Niños el

3.6% de muertes fueron ocasionadas por diarreas. Pero en 1980 bajó a 0.5%.

La morbilidad causada por enfermedades de transmisión hídrica han sido:

- a) Tifoidea 12 casos en 1960. En 1983 ninguna
- b) Salmonelosis 3 casos en 1960. En 1983 0.12
- c) Gastroenteritis, en 1960 ocupó el primer lugar como causa de muerte.

En 1983 ocupó el décimo lugar.

El agua potable, es uno de los factores que junto con la medicina preventiva del Ministerio de Salud y la Medicina Social es fundamental para bajar los índices de morbilidad, indirectamente causados por el agua.

Es impresionante el aumento de ganancia de vida ocurrido en los años 60 - 83, esto repercute en un mejor bienestar de la población, e indica también las mejoras del indicador agua potable.

El concepto de universalidad del servicio médico debe hacerse vigente sin discusión, geográfica y demográficamente, en todo el país.

La relación que existe entre la distancia del centro de atención de salud y la del usuario debe ser lo más pequeña posible, ya que hoy día el transporte es caro, y toda la población debe tener acceso a ellos.

Es fundamental seguir utilizando la regionalización por razones de programas específicos y facilidad administrativa. Brindar una cadena ascendente de servicios, dentro de la cual el paciente se incorpore a ella y se atienda bajo un nivel de complejidad de acuerdo con su patología.

El programa de atención primaria establecido para cada nivel de atención, debe contar con la facilidad de ingreso para todos estos niveles, dependiendo del sitio donde se otorgue la atención.

Política Materno Infantil

En este momento el promedio de edad del país es de 39 años, para el 2 025 será de 40 años. El proceso de reproducción sigue siendo un determinante fundamental en las características del país, de ahí que nuestro programa materno infantil es el más importante de todos y se señalan los siguientes aspectos:

a) Programa de Planificación Familiar:

Se brinda como un servicio prestado a la comunidad para que la pareja, la familia, quienquiera que sea el determinante de la aparición de los hijos, decida actuar para incorporar sus hijos a la sociedad. No es como política de carácter colectivo sino derecho del individuo a organizar a su familia.

b) Control y Desarrollo del Niño:

Es el inicio de toda política de medicina preventiva.

La estimulación temprana del niño es fundamental para que el mismo desarrolle su personalidad en un período más corto. Prestar especial interés durante el parto, cuyo período prenatal sea hecho hasta los 7 meses por la enfermera; ya que un 15% de niños con parálisis cerebral se dan como resultado de una mal atención durante el mismo.

"Educación para la Salud": una educación individual, es la que debe realizar todo el equipo de educación para la salud, principalmente en relación con la familia, la paciente, el individuo.

Programas Especiales

Los programas especiales deben ser sistematizados para ciertas edades y grupos; identificando los 3 planos: medicina orgánica, medicina preventiva y medicina laboral.

La rehabilitación se está iniciando con algunos trabajadores; a nivel de centros asistenciales. Los hospitales deben sufrir un cambio importante en tratar de hacer que los recursos del hospital se usen lo menos posible, creando programas en los cuales la hospitalización sea lo más corta posible. Se hospitaliza en la mañana y se va en la tarde, de acuerdo con la dolencia respectiva, quedando las camas desocupadas los sábados y domingos que es cuando existe mayor demanda de las mismas. Mediante este sistema se pueden controlar algunas enfermedades a domicilio, por ejemplo: las neumonías, hepatitis, algunas cirugías y otras.

Consulta externa: debe establecerse el nuevo modelo; en donde la comunidad organizada y el equipo de salud formen una relación estrecha y no el servicio distanciado totalmente; como complemento de esto, el régimen de pensiones se debe universalizar. El régimen de invalidez vejez y muerte, en estos momentos cubre un 60% de la población.

Es relativamente fácil, viendo los índices de salud que poseemos, imaginarnos que si en los últimos 10 años hemos mejorado sustancialmente, esto no tiene porque variar y el ascenso o progreso de la salud de nuestro pueblo continuará ocurriendo sin problema.

Pero la verdad es que si bien en la mejoría de la salud intervienen factores de índole médico y sanitario, también es cierto que hay otros, independientes de esto que han influido notablemente, como son:

- a) El disfrute de una década de relativa pseudobonanza económica, con un producto Interno Bruto + 9, en 1977 y que comenzó a declinar a partir de ahí hasta hacerse (-).
- b) Progreso en el campo educativo con expansión de la alfabetización hasta un 92% y que no ha vuelto a crecer.
- c) La estabilidad económica vivida en esa época con buenos mercados internacionales para nuestros productos de exportación, el café, el banano, la carne y el azúcar.
- d) La estabilidad política del país y la relativa calma de Centroamérica por esos años:

PERO HOY DÍA ESTO HA VARIADO SUSTANCIALMENTE:

- 1) Ya no hay bonanza económica sino crisis, una deuda externa de más de 4 mil millones de dólares, una de las más altas del mundo, especialmente en el percapita. Dificultad para obtener préstamos - el dólar en ascenso de 8 a 50.
- 2) Exportaciones en descenso: CAFE sus precios están disminuyendo a nivel mundial. BANANO sobre oferta mundial y pérdida de mercados. CARNE descenso en el valor internacional y caída de las exportaciones. AZUCAR disminución del precio anterior. CACAO, caída absoluta, ahora somos importadores de este producto y no exportadores, el 60% del consumo nacional se importa.

LA INESTABILIDAD POLITICO SOCIAL Y GUERRAS EN CENTROAMERICA: han creado un clima de desconfianza para la inversión, el turismo y la oportunidad de obtener apoyo de inversionistas extranjeros para grandes o pequeñas empresas.

EL COSTARRICENSE por la incertidumbre también se niega a realizar inversiones.

GASTAMOS MAS DE LO QUE GANAMOS, PRODUCIMOS MENOS DE LO QUE IMPORTAMOS. NO HA SIDO POSIBLE CONTENER EL GASTO PUBLICO COMO FENOMENO NO NACIONAL SINO MUNDIAL (en ningún país del mundo se ha logrado).

LAS IMPORTACIONES DE PRODUCTOS INDUSTRIALES-AUTOS Y OTROS se han encarecido sin que nuestros productos hayan seguido esa tendencia.

INFLACION Y RECESION.

Existen prioridades para solucionar problemas que a menor costo nos garanticen un mejor resultado. Ejemplo: Mecanismos preventivos como:

- Mantener los índices de salud y los logros obtenidos en este campo, a la fecha.
- Mantener y mejorar los programas de salud rural y comunitaria. EL PROCESO DE INTEGRACION DE SERVICIOS, tiene como función primordial obtener de la Caja Costarricense de Seguro Social apoyo suficiente para que estas acciones se mantengan y mejoren.
- (Promoción de la Salud-Educación para la Salud-Prevención de las enfermedades Detección Precoz de éstas (IMUNIZACIONES-NUTRICION-CONTROL PRENATAL-LACTANCIA MATERNA).
- Reducir la capacidad para hacer frente a las nuevas enfermedades que nos afectan, como resultado de: a) Disminución de las enfermedades pasadas, b) mayor supervivencia o LONGEVIDAD.

DE HECHO LAS ENFERMEDADES DEL FUTURO EN SU MAYORIA que ya nos afecta (con excepción de los problemas PERINATALES en NIÑOS y LAS PROVOCADAS POR ACCIDENTES) SON PROBLEMAS DE VEJEZ O TERCERA EDAD.

CREAR UN MECANISMO LO MEJOR POSIBLE, PREVENTIVO PARA LOS PROBLEMAS DE CARDIOPATIAS, DEFICCIÓN PRECOZ Y CANCER, FACTORES DE RIFSGO.

Otros problemas que necesitan la aplicación de medidas preventivas son:

- Alcoholismo, Drogas, Tabaco.
- Accidentes, Violencia.
- Enfermedades Congénitas y Perinatales.
- Atención del viejo o problema de la tercera edad.
- Enfermedades Yatrogénicas.
- El alto costo de la Tecnología para diagnóstico y tratamiento de las enfermedades.
- LA CONTAMINACION AMBIENTAL: Probablemente el más severo a relativo corto plazo de 5 años.

El desarrollo tecnológico e industrial de una nación, a la vez que trae progreso o mejoras económicas, generalmente causa como efecto secundario problemas de contaminación ambiental y trastornos ecológicos.

Es paradójico que si lo anterior trae mejor desarrollo económico, disminuye la pobreza y crea mejores condiciones para la salud, pero a su vez trae en sí el germen de la enfermedad.

- CONTAMINACION DEL AGUA, se da por:
 - a) Descargas de aguas negras domésticas, basuras, deshechos industriales.
 - b) Contaminación por las aguas del despulpe y lavado del café, es la mayor fuente de contaminación hídrica del país y lo que es peor - ocurre más en verano.
 - c) INGENIOS DE AZUCAR
 - d) AGROQUIMICOS que se usan en los cultivos de café, arroz, caña, banano, maíz, etc.
- PLAGUICIDAS
- CONTAMINACIÓN DEL AIRE: por los vehículos
- TRANSPORTE Y ELIMINACION DE LAS BASURAS
- CONTROL DE RUIDOS
- Salud Ocupacional y accidentes de trabajo
- Control de alimentos.
- Factor Demográfico: crecimiento de la población sostenido a la fecha, que impondrá nuevas cargas en el campo ALIMENTICIO, LA VIVIENDA, EMPLEO, EDUCACION Y CUIDADOS DE LA SALUD.
- Los refugiados
- Enfermedades venéreas.

ENFOQUE DE RIESGO EN LOS SERVICIOS DE SALUD

Dr. Solum Donas

Marco Conceptual:

El "ENFOQUE DE RIESGO" consiste en un método para medir la necesidad de atención que individuos o grupos necesitan, según sus prioridades. Constituye además una herramienta para el replanteo y reorganización de los servicios de salud, a fin de que respondan a las verdaderas necesidades de los usuarios.

Su objetivo, es mejorar la atención para todos, mediante un aprovechamiento cada vez más racional de los recursos, prestando el tipo de atención que requiera cada individuo o grupo en base a sus necesidades en salud. No es por lo tanto un enfoque igualitario, sino más bien discriminatorio en favor de los más necesitados, en proporción al nivel de riesgo. Es evidente que en toda sociedad hay comunidades e individuos cuyas posibilidades de enfermar, morir o accidentarse son mayores que el promedio: son los especialmente vulnerables.

La posesión por parte de las comunidades, familias o individuos de características que les confieren un riesgo especial para la salud o la enfermedad, implican una especie de cadena causal o secuencia y algunos de estos atributos pueden ser descritos con facilidad y en detalle. Ejemplo de vulnerables son: las mujeres embarazadas, los desnutridos y los ancianos.

La vulnerabilidad especial, es el resultado de la posesión o falta de un número de características interactuantes: biológicas, genéticas, ambientales, psicológicas y otras, las que reunidas, confieren un riesgo particular de disfrutar de salud o sufrir enfermedades en el futuro.

Los riesgos concomitantes que pueden convertirse en puntajes, son de hecho una clase de expresión abreviada de su necesidad de atención. La estrate-

gia de "Enfoque de Riesgo" que comienza con la apreciación estimativa de la necesidad de ayuda, se usa como guía para la acción, a fin de adecuar recursos, mejorar la referencia de pacientes al nivel de atención que le corresponda, según su propio nivel de riesgo.

Nuestra habilidad para medir estos riesgos con exactitud, es relativamente reciente y la organización de los servicios, de acuerdo al nivel de riesgo, es aún más reciente. La hipótesis sobre la cual se basa el Enfoque de Riesgo es: mientras más exacta sea la medida del riesgo, se comprenderá con más claridad la necesidad de ayuda y por tanto la respuesta será más efectiva.

El "Enfoque de Riesgo" al individuo, no constituye un nuevo descubrimiento pero su uso en un servicio de salud, como política y herramienta administrativa, sí lo es. Esta herramienta se ha perfeccionado con la mejora de los métodos para medir el riesgo y con el aumento de la riqueza de la información. Este enfoque tiene algunas características que lo diferencia de las investigaciones epidemiológicas y operativas y más bien asocia a ambas en diferentes etapas de su ejecución.

En el Enfoque de Riesgo, los estudios deben integrarse dentro de la organización de los servicios y las actividades de investigación, no se separen de la provisión de servicios ni del personal que los provee.

Los estudios de riesgo deben ser socialmente relevantes, orientados a la solución del problema y deben ser parte de las actividades de los trabajadores de salud, más que tareas exclusivas de investigadores. Se aplica especialmente a los Programas de Atención Primaria y tiene su mayor evolución en la Atención Materno Infantil y en particular en el Area Perinatal.

En alguna medida, puede decirse que el Enfoque de Riesgo, es un concepto más de Salud Pública, ya que se centra en los Servicios de Salud y el criterio de riesgo es más clínico, toda vez que trata de identificar patología y su mejor forma para tratarla.

Enfoque de Riesgo en los servicios de salud.

Pág. 3

Cuando se mira a la sociedad y a las instituciones de salud; se puede percibir que no se les está brindando la atención que ameritan.

Algunos conceptos importantes por definir son:

Riesgo: En salud, es la medida que refleja la probabilidad de que se produzca un daño a la salud, ya sea por enfermedad, incapacidad o muerte.

Enfoque de Riesgo: Se basa en la medición de esa probabilidad, la cual se usa para estimar las necesidades de atención de salud o de otros servicios.

Daño: Efecto no deseado en salud, incapacidad, enfermedad o muerte.

Factor de Riesgo: Es una característica o circunstancia detectable por un individuo o grupo, asociado por una probabilidad de experimentar un daño en la salud.

Se debe tener cuidado al definirse lo que es un factor de riesgo y lo que es un daño de salud.

Por ejemplo: El daño de muerte perinatal: los factores de riesgo en éste caso son aquellas características que tiene la madre o el medio ambiente en que se desarrolla. Esto va a permitir predecir que esa mujer al tener esas características (factor de riesgo) tendrá mayor probabilidad de presentar muerte perinatal en su hijo.

Por ejemplo: el daño infarto de miocardio. Se puede analizar cuales son las características del hombre o de la mujer factibles de tener ese daño y poder detectarlo precozmente para prevenir o anular el efecto que ese factor de riesgo tiene para que se produzca el daño infarto de miocardio.

Debe tenerse cuidado al definirse factor de riesgo y daño de la salud, porque: en el caso de algunos factores de riesgo, éstos pueden ser a su vez factor de riesgo de otro daño: ejemplo: si preocupa, el daño del bajo peso

al nacer, si es un daño, las características (factor riesgo) que tiene la mujer y que permiten poder llegar a saber cuales mujeres son las que presentan mayor riesgo de que sus hijos tengan bajo peso al nacer, ahí el bajo peso al nacer es considerado daño: pero, si contemplamos otro daño como mortalidad infantil, el bajo peso, pasa a ser un factor de riesgo del niño que puede morir. Así, algunos elementos según la situación pueden ser considerados como daños y otros como factor de riesgo.

Los factores de riesgo al ser conocidos pueden ser erradicados, reducidos, anulados por acción de prevención de la salud, detección precoz, rehabilitación y tratamiento oportuno. Esto permite unir 2 cosas: factores de riesgo y enfoque de riesgo.

El enfoque de riesgo es un método de tipo administrativo gerencial, que se emplea para medir las necesidades de atención de un individuo o grupos y ayuda a determinar prioridades de salud, intenta así mejorar la tención de salud para todos, es un enfoque no igualitario, discrimina en favor de aquellos que requieren mayor necesidad de atención.

El plan a seguir cuando un país o región de salud decide poner en marcha la política sobre Enfoque de Riesgo en atención, es la siguiente:

Elaborar un diagnóstico de la situación, esto:

- a) Permite saber cuales son los daños que se presentan, los problemas de mortalidad, morbilidad, distribución, incapacidad, etc.
- b) Analizar ciertos elementos o características de la sociedad, ya sea cultural, social, demográfico, etc., para establecer así una interrelación entre los daños presentes en el medio ambiente y los hombres que viven en él.

El diagnóstico debe ser regional y cantonal para determinar los daños respectivos de cada asegurado, dando así un análisis más preciso. Ejemplo: dentro de la misma zona de Limón, se dan disparidades, o sea diferentes riesgos de morir, y esto que no es ni siquiera una región de salud, ya que pertenece a la Huetar Atlántica.

Así, la población de Talamanca tiene el doble riesgo de morir que el resto del país.

Mortalidad Infantil: En el país para 1982, la mortalidad infantil era de 18.8% nacidos vivos, mientras que en Limón era de 20.3. Pero dentro de esa misma zona dos cosas llaman la atención: en la parte central de Limón y en Talamanca, la mortalidad infantil es de 28 y 29 respectivamente, esto implica que un niño que nace en el centro o en Talamanca tiene 50 veces mayor prohabilidad de morir que uno que nace en otra zona.

En el momento de tomar medidas, las prioridades generalmente se elijen políticamente, pero las técnicas deben influir en estas decisiones, muchas veces se conseguirá y otra no, pero eso es parte de la misma función administrativa.

La selección de prioridades no sólo implica seleccionar daños, sino dónde; en qué grupo social. Esto nos lleva a considerar dos elementos básicos:

- a) Investigación de los factores de riesgo en la población, según los daños prioritarios, se determina el sistema de notación, con el cual se van a detectar los pacientes con factor de riesgo e inmediatamente se hace necesario determinar los cambios, que se ocupan en la organización y funcionamiento de la atención de salud.

b) Selección de acciones o intervenciones: estas implican que se debe aplicar las normas de acuerdo con el notario, tomado según cada situación, adaptando así los servicios a los cambios necesarios por el enfoque de riesgo.

Por ejemplo en el aspecto de Educación. La educación para la salud, debe ser un acto indiscriminado que alcance el total de la población.

El uso del enfoque de riesgo en la selección de intervenciones, implica que en varios campos se deben establecer las necesidades de acciones que corresponde y hacerlas en relación con los problemas que se plantea.

La realización de cambios necesarios en los servicios de salud implica el cambio de normas que sean comunes en las instituciones de Salud; este es uno de los problemas para usar el enfoque de riesgos.

La programación de los servicios. No programar los servicios en forma general, sino tomar en consideración las diferencias particulares de cada paciente. Ejemplo: unos son de alto riesgo, otros de medio riesgo. Unos requieren mayor número de consultas que otros, etc.

Planificación de los recursos humanos y los tecnológicos.

El Problema del Monitoreo y la Evaluación

Se programan una serie de acciones con una fundamentación teórica y estadística, se debe monitoriar la ejecución de esas acciones en forma cuantitativa y cualitativa a lo largo del tiempo.

Los indicadores necesarios para realizar el monitoreo deben ser establecidos desde el principio que se planean las nuevas intervenciones y el cómo se va a evaluar la investigación.

Se han presentado varios trabajos que han pretendido evaluar acciones concretas específicas en diferentes zonas del país; sin embargo esto sería una acción a nivel nacional, pero se deben seleccionar más indicadores para que el enfoque de riesgo permita abarcar más impactos de los que generalmente se presentan.

La evaluación de las acciones nos lleva a establecer nuevos diagnósticos, siendo un parámetro básico para corregir deficiencias.

El uso de este enfoque permitiría aumentar aún más la cobertura que se tiene actualmente; ya que no puede haber enfoque de riesgo si no se buscan a todas las personas que tienen probabilidades de tener un riesgo; así se permite mejorar los patrones de referencia indispensables en el uso de enfoque de riesgo para emprender la acción necesaria.

Conociendo los factores de riesgo uno puede inducir cambios en esos factores o incidencias. Ejemplo: embarazo en menores de 16 años es alto riesgo de mortalidad perinatal por bajo peso al nacer; se puede reducir por medio de la educación. Se disminuye el factor de riesgo (edad menor de 17 años). Ya que el proceso reproductivo óptimo se da en edades de 20 - 35 años, donde el riesgo es menor. Lo mismo se puede lograr en edades mayores de 35 años; así se reduce la incidencia de un factor.

También se puede reducir el riesgo en casos de: consumo de cigarro - cáncer-pulmón. Agua no potable - diarrea. Si no se logran reducir, se puede anular su acción, con la atención precoz y tratamiento continuo.

Fuera del sistema formal de atención, hay un punto muy importante y es la atención de la familia. En la medida en que los conocimientos sanitarios

sean de cultura popular y que se transmitan de padres a hijos, se cumplirá las metas a alcanzar por la medicina preventiva: tan necesaria dentro del factor de riesgo, pero se carece de una educación formal, y no se puede lograr por falta de una labor intersectorial Ministerio de Salud y Ministerio de Educación Pública, entidades que trabajan aparte, sin ninguna integración. Ambas instituciones pueden lograr una labor de eficientes medidas preventivas a nivel temprano.

Modelo Predictivo de Enfoque de Riesgo

Es un conjunto de indicadores que combinados permiten clasificar individuos o grupos, según categorías de riesgo.

Este modelo debe tener las siguientes características: Ser representativo de la realidad, que pueda llevar a una solución o alivio del daño, que sea modificable según su evaluación, que sea practicable, es decir al alcance de los efectores de salud sin un costo exagerado y también que tengan índices aceptables de sensibilidad, especificidad y predictibilidad.

En el modelo se señalan las 3 grandes etapas (preparatoria, de los estudios epidemiológicos y operativos y de aplicación ampliada) que integran el proceso.

ETAPA PREPARATORIA:

Se recomienda seguir los siguientes pasos:

Análisis de la Información Existente:

Sobre todo de los problemas críticos, definir la decisión de aplicar el Enfoque de Riesgo en el país o una región, para solucionar esos problemas.

Por lo general, es necesario realizar uno o varios estudios de campo.

ETAPA DE ESTUDIOS EPIDEMIOLOGICOS Y OPERATIVOS O DE TERRENO:

Se proveen 6 pasos fundamentales, a saber:

1. Análisis de la Situación de Salud Social, Económica y Demográfica:

De este análisis, se tomará la información para seleccionar los grupos vulnerables y analizar los factores de riesgo e iniciar etapa de planificación de estrategias de intervención.

2. Análisis del Sistema de Salud:

Para conocer el contexto institucional en el que se desarrollan las estrategias actuales, evaluar nuevas estrategias.

3. Sobre la base de la información y el análisis, se llega a la selección de problemas de salud, a los cuales se podrá aplicar el Enfoque de Riesgo.

4. Estudio Epidemiológico:

En éste, se debe plantear una hipótesis cuya comprobación es imprescindible para seguir adelante con el enfoque.

Dicha hipótesis, se expresa así:

- a - Es posible identificar mediante el uso de indicadores de riesgo a los subgrupos de personas con una probabilidad mayor de presentar el daño que otras.
- b - En estos subgrupos, estará la mayor proporción del daño.
- c - Estos subgrupos formarán solamente una pequeña proporción de la población de que se trate.

El estudio epidemiológico comprende los siguientes estudios específicos

- a - El análisis de la cadena causal e identificación de los factores de riesgo.
- b - La ponderación de los factores de riesgo y selección de indicadores
- c - La construcción y prueba del modelo de predicción.

5. Estudio de Prueba de las Nuevas Estrategias de Intervención:

En el cual corresponde verificar su eficacia. Para ello se requiere un estudio prospectivo que establezca áreas de estudio y de control.

6. Aplicación Ampliada de la Estrategia del Enfoque de Riesgo:

Si las etapas anteriores se cumplen positivamente, cabe entonces intentar la aplicación del enfoque de una manera ampliada, para lo cual se requiere una serie de elementos pertenecientes a muy diversas categorías principales:

- a - La decisión política
- b - Definición de niveles de atención
- c - Definición de funciones y actividades para tipo personal
- d - Manuales de normas técnicas y administrativas
- e - Condiciones de eficiencia de los servicios, según nivel de complejidad.
- f - Dotación de recursos según nivel de complejidad.
- g - La coordinación interinstitucional y
- h - la motivación para integrar a la comunidad a la atención, según Enfoque de Riesgo.

ETAPAS DE LA APLICACION:

I. ETAPA PREPARATORIA

II. ETAPA DE ESTUDIOS PREPARATIVOS

ANALISIS DE LA SITUACION DE SALUD SOCIOECONOMICA Y DEMOGRAFICA

ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO

SELECCION DE PROBLEMAS

ESTUDIO DE LA CADENA CAUSAL FACTORES

PONDERACION DE LOS FACTORES DE RIESGO

SELECCION DE INDICADORES

CONSTRUCCION Y PRUEBA DEL MODELO PREDICTIVO

ANALISIS DEL SISTEMA DE SALUD

PLANIFICACION E IMPLEMENTACION DE NUEVAS ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN

ESTUDIO DE EVALUACION DE NUEVAS ESTRATEGIAS

EVALUACION DE NUEVAS ESTRATEGIAS

III. ETAPA DE APLICACION AMPLIADA DEL ENFOQUE DE RIESGO

RECURSOS HUMANOS EN SALUD

Dr. Guido Alvarez C.
Dr. Guillermo Rodríguez
Dr. Carlos Arguedas
Dr. Jorge Haddad
Lic. Rodrigo Alvarez

El problema de la formación del recurso en salud existente a través de muchos años en todas las escuelas médicas de América Latina, reside en:

¿Cuántos son los médicos, enfermeras, y tecnólogos que un país necesita?

En América Latina ha habido muy poca correlación entre el ente formador y el ente empleador del recurso, fomentando una proliferación sin límite de escuelas de medicina que no son necesarias.

¿Cuántos son los médicos que un país necesita?

Costa Rica ha sufrido un cataclismo en 40 años, tan importante, que la mayoría de los costarricenses han hecho poca conciencia del esfuerzo sobrehumano que este país hizo para tener lo que actualmente tiene. Hoy Costa Rica tiene un médico por cada 992,000 habitantes. Esto da conclusiones de interés, lo que amerita reflexionar en lo siguiente:

¿Cómo están distribuidos esos médicos en Costa Rica?

En el Valle Intermontano: con una extensión de 12 mil km². En una provincia como Guanacaste cuya extensión territorial es alrededor de 10 mil km² cuenta con un médico por cada 2,700 habitantes; de manera que uno de los problemas trascendentes importantes es la mala distribución del recurso de salud.

Otro aspecto importante es: los caminos que ha tomado la medicina desde 1946 a la actualidad. Antes de 1946 estábamos habituados a ver un Médico que llegaba a la casa y resolvía prácticamente todos los problemas de salud

de esa familia; este médico integral, comunitario, familiar como ustedes quieran llamarlo, fue totalmente desplazado después de la Segunda Guerra Mundial por la subespecialidad, tanto en este país, como en todos los países del mundo. Actualmente más del 60% de los médicos de este país son especialistas en algo y aquel médico que no ha logrado la especialización se ha visto desplazado y con poco futuro en su profesión.

Debido a que el especialista ha sido el responsable de dos grandes defectos trágicos en la atención médica. Como es la desintegración total del enfermo y segundo la deshumanización de la medicina, lo que es un reto trascendente en estos momentos para las facultades y escuelas médicas de América Latina.

En nuestra situación actual, con sólo tomar un índice por ejemplo: la principal causa de mortalidad desde hace 25 años es la cardiopatía intramuscular y la arteriosclerosis; se nota que no se ha dado el más mínimo movimiento en 25 años, a pesar de que tecnológicamente se ha avanzado mucho, en prótesis buy pass, test complicados, pero en realidad la prevención de la enfermedad no ha sufrido el más mínimo impacto, se sigue fumando igual, se sigue con los niveles de colesterol igual, la hipertensión no se controla como se debiera y menos la diabetes mellitus. En otros países como Estados Unidos e Inglaterra donde estos cuatro factores de riesgo han sido ya controlados, comienza a demostrarse la disminución de la enfermedad, de manera que este es uno de los planteamientos más importantes.

¿Cuántos alumnos de medicina debe tener un país?

El año pasado se tuvo la extraordinaria visita de un grupo de médicos españoles; sin embargo España no escapó en Europa del desorden tan latino de

hacer, hacer y hacer médicos y tenía alrededor de 37,000 alumnos en sus escuelas médicas.

Cuando surgen estos interrogantes se toma como modelo, no a Estados Unidos que también es bastante desordenado en ese aspecto, sino a Inglaterra que aparentemente siempre ha sido muy ordenada y acuerda que debería existir 4 o 5 estudiantes de medicina por cada 10,000 habitantes.

La situación nuestra resulta satisfactoria, al situarnos dentro del rubro inglés de estudiantes de medicina y esto es bastante confortable y concreto. En relación con el número de tecnólogos necesarios, es más difícil planificar, de calcular, en esto no se conoce internacionalmente rubros de necesidad. Cada país va necesitando y trayendo conforme va desarrollando su experiencia. Este país también ha sido ejemplo en el desarrollo de este profesional. Así la sección de tecnología ha formado 434 tecnólogos; no todos para este país, sino ha colaborado con todo el rubro centroamericano y latinoamericano en esa área.

¿Cuántas enfermeras se necesitan?

Es difícil también de calcular, porque hoy la enfermera, como el médico, curricularmente ha tenido que sufrir una serie de transformaciones en su profesión, hoy se quieren más enfermeras en el campo y menos enfermeras en los hospitales, sin embargo la alta tecnología en nuestros servicios médicos, siguen demandando gran cantidad de enfermeras y ello al igual que el médico ha desembocado en el mismo sentido; buscar la manera de especializarse. Hoy tenemos que preferir enfermeras técnicas en áreas muy especiales, de tal manera que esto es un poco más difícil de obtener. Hoy que se da la celebración de 25 aniversario de la facultad de medicina, en este momento

la facultad le ha dado al país 1,368 médicos, la mitad de los médicos actuales en ejercicio han sido producidos en estos 25 años; creo que Costa Rica, está en estos momentos en una situación interesante, compleja, pero que también le da la gran posibilidad de poderle abrir al profesional en ciencias de la salud un nuevo concepto de la medicina.

En estos momentos en nuestro país existe el concepto total de que la prestación de salud, tiene que ser valiente, enérgica, política. Esto debe ser comprendido profundamente por los profesionales en salud, ya que si no dan este aporte en cuanto al recurso; probablemente puede ocurrir un fracaso muy pronto.

Durante muchos años, las actividades de formación y capacitación de la Caja se mantuvieron como programas independientes, impulsados por diferentes dependencias institucionales con políticas y planes de trabajo; que tenían diferentes enfoques, unos médicos y otros administrativos, pero son el aprovechamiento de intercambios y experiencias en la Caja. La práctica de la capacitación respondía a la inquietud individual y especialmente a grupos aislados que con la mejor intención, patrocinaban y realizaban por sí mismos algunas actividades, así se dió la necesidad de crear un centro de Docencia e Investigación que facilitara estas actividades.

La integración de los servicios de salud con la universalización de los servicios sociales, la integración hospitalaria y el crecimiento mismo originaron el crecimiento de la población y por ello la demanda de servicios. Surge la necesidad de que los recursos humanos de Seguridad Social y del Ministerio de Salud, sean capacitados de acuerdo con necesidades y prioridades nacionales, además de la preparación técnica. Es importante que los

recursos humanos se entiendan como una integración de servicios de salud, que motive a ese personal a comprender y a respetar los principios básicos.

El funcionamiento de dos centros de capacitación en forma separada en la Caja, ayudó a que se diera una depresión en la planificación de actividades, carentes de todo sentido integral; lo cual motivó que la institución y el país perdieran valiosas oportunidades de financiamiento, asistencia técnica, donación de equipo y material. No obstante la posición aventajada de nuestro país en el marco de seguridad social latinoamericana, al contar con una red hospitalaria y asistencia médica, dió un alto índice de cobertura y de riesgo.

Algunos de los objetivos específicos son:

Planificar, coordinar, evaluar, desarrollar los proyectos en desarrollo de salud pública y ciencias biomédicas, así como recopilar, sistematizar y definir los documentos de salud y seguridad social en coordinación con otros centros.

Problemas de capacitación de la Caja del Seguro Social:

1. Hay una falla de plan integral y planificación que responde al desarrollo de la institución.
2. Falta de acciones a tomar, no hay políticas para la formación y capacitación.
3. Falta de un estudio de capacitación que defina los deberes y derechos de los funcionarios respectivos.
4. Falta de investigación socioeconómica para inventario de recursos humanos y establecer las prioridades de capacitación.

5. No existe personal técnico necesario para las actividades de evaluación y seguimiento.
6. Hay carencia de profesores de planta para dar una mayor cobertura en todo el país.

Logros dados en este campo.

1. Se implantó un sistema modular de cursos de diferente nivel con grados de dificultad dirigido a jefaturas intermedias.
2. Se intensificó el programa, llevándolo a todas las áreas que no se habían cubierto.
3. Se superó la meta de 2,000 funcionarios capacitados en 1984, disminuyendo el déficit general.
4. Se desarrollaron seminarios y mesas redondas junto con otras instituciones estatales.
5. Se impartieron cursos instrumentales como: técnicas secretariales, recepcionistas, técnicas de limpieza, de administración de la empresa.

A corto plazo están planeando la:

Formación y capacitación de recursos en el sector de la medicina familiar que es una de las metas que hay que aumentar.

El Departamento de Recursos Humanos del Ministerio de Salud, depende administrativamente de la División Administrativa y está dividida en:

- Dirección
- Comité Asesor Multidisciplinario
- Secretaría

- Sección de Investigación y Registro
- Sección Programación y Diseño de Cursos
- Sección Control y Evaluación
- Sección Apoyo Logístico

En cuanto a relaciones de coordinación, se tiene coordinación:

1. Institucional:

1.a. Departamento de Personal

Inducción de Recursos Humanos

Capacitación

Formación

Trámite de becas

Otros.

1.b. Departamento Técnicos Normativos:

Investigación, programación y evaluación de actividades de capacitación-formación de personal.

1.c. Unidad de Planificación:

Nuevas políticas o directrices de los programas de salud.

2. Sectoriales:

Secretaría Ejecutiva del Sector Salud en lo que respecta a políticas sectoriales.

Con programas institucionales sectoriales de capacitación-formación.

3. Extrasectorial:

Dirección General del Servicio Civil

Ministerio de Educación Pública

Universidades

Institutos de Educación Para-universitaria.

4. Otros Organismos:

Organización Panamericana de la Salud (O.P.S.)

Programa de Adiestramiento en Salud Comunitaria para Centro América y Panamá (PASSCAP).

A.I.D.

UNICEF

KELLOGS

Otros.

El número de funcionarios con que contaba el Ministerio de Salud en las diferentes Regiones, en el año 1983 fue de 4,730 y la Caja Costarricense de Seguro Social con un total de 20,390. El Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados tiene un total de 2,442 funcionarios a nivel nacional y el Instituto Nacional de Seguros cuenta con 649.

En cuanto al rendimiento de este personal, no existe a la fecha en la Institución parámetros de indicadores que demuestren el rendimiento de los recursos humanos

Durante el período 79-84 el Departamento de Capacitación y Formación de Recursos Humanos, impartió un total de 22 cursos de Formación.

Los cursos de capacitación en servicio del período 83-84 se dividieron en dos temas; ambos del Programa de Educación Continua.

TEMA 1: Area de Capacitación para un Compromiso

- Salud para Todos en el año 2000

- Salud en Costa Rica 1982-1986

- Capacidad Operativa de apoyo a los Programas
- Atención Primaria de Salud
- Organización y Participación de la Comunidad.
- Planificación y Programación

TEMA 2: Area de Actualización Específica

- Jornadas clínicas-epidemiológicas
- Saneamiento Ambiental
- Administración
- Atención en Situaciones de desastre
- Actualización del personal de campo de Salud Rural y Comunitaria
- Tecnología Educativa en Salud
- Salud Mental
- Integración de Servicios de Salud
- Materno Infantil
- Estadística y Registros Medicos
- Enfermería
- Odontología

El programa de Educación Continua en período 83, capacitó a 4,240 funcionarios del Ministerio de Salud.

En 1984; capacitó a 3,267 funcionarios del Ministerio de Salud y Caja Costarricense de Seguro Social con 115 cursos.

Las consideraciones generales son:

1. El sector salud no cuenta con políticas específicas, ni con una planificación homogénea y adecuada en el área de recursos humanos que se ajuste

a las necesidades de salud de la sociedad costarricense.

2. La organización administrativa en las cuatro instituciones estudiadas, no presentan homogeneidad.
3. En el área de recursos humanos encontramos diferencias muy marcadas en cuanto a los recursos materiales destinados a la formación y capacitación de personal.
4. Las normas que rigen las situaciones de administración de personal son muy heterogéneas en las instituciones estudiadas.
5. Realizar diagnósticos de necesidades de capacitación y formación de recursos humanos para que la programación responda a las necesidades.
6. Modificar la metodología educativa de tal suerte que no sea únicamente presencial y expositiva, sino por ejemplo a través de educación a distancia y lenguaje total.
7. Para la consolidación del Modelo de Investigación del Sector Salud, se hace necesaria la actualización de reglamentos, revisión y elaboración de convenios de tipo intra-sectorial, de organización y funciones, manuales de política y normas de procedimiento correspondientes al área de recursos humanos.
8. Informar e incentivar tanto al personal del sector salud como a las comunidades, sobre lo que es la Integración de Servicios.
9. Evaluar no en forma cuantitativa sino cualitativa.

Punto de vista del Colegio de Médicos y Cirujanos ante la problemática de la salud en Costa Rica.

El Colegio de Médicos está consciente de la urgente necesidad de formular la solución integral de los recursos humanos.

Todo proyecto debe tener 3 aspectos que son: la planificación, la formación y la administración. Según un estudio realizado:

1. Existen muchos médicos que no tendrán trabajo remunerado.
2. No existe una política nacional de formación de pregrado.
3. No existe un organismo con poder político que regule la formación de médicos por parte de universidades públicas como privadas.
4. No existe una idea clara de los modelos médicos que ocupa el país.

RECOMENDACIONES:

1. Existe una alta concentración de recursos médicos en la Región Central, en detrimento de las demás regiones del país.
2. Existen diferentes sistemas de desconcentración administrativa por parte de la Caja, Ministerio de Salud, OFIPLAN, lo que dificulta el análisis y distribución de recursos humanos.
3. La infraestructura actual y los modelos de atención diferentes, imposibilita la adecuada distribución del recurso médico.
4. Los presupuestos son insuficientes para enfrentar las necesidades actuales.
5. No se han definido en forma clara los niveles de atención médica, para el uso eficiente de los recursos.
6. No existe un diagnóstico objetivo y científico de necesidades reales del país en salud.
7. Las zonas rurales tienen un desarrollo económico-social insuficiente.

8. Hay preponderancia de los servicios médicos asistenciales sobre los preventivos.
9. Hay falta de difusión de la función que debe cumplir cada nivel de salud y los recursos con que debe contar.
10. Creación de un organismo superior y permanente que regule el tipo y número de Médicos que requiere el país, presentado por el Ministerio de Salud e integrantes de instituciones cercanas, interviniendo en universidades públicas y privadas.
11. Las instituciones empleadoras se comprometerán a dar trabajo a los médicos, actualmente en formación y que se gradúen hasta 1987 en universidades nacionales a partir de este momento no se dará oportunidad para realizar estudios de medicina en pregrado fuera del país. Son puestos controversiales.
12. Diversificar los programas de especialización en el país, fomentando las especialidades, dando hoy menor número de médicos.
13. Desarrollar mecanismos para buscar elementos de juicio que den uniformidad en la regionalización, técnica, administrativa del país para lograr un sistema único de regionalización para todos los sectores a mediano y largo plazo.
14. Identificar y usar mecanismos participativos que permitan conocer el criterio de las comunidades y sus verdaderas necesidades.
15. Dotar de medios permanentes a los centros de salud que reúnan los requisitos mínimos de estabilidad en prestación de servicios asistenciales y preventivos.
16. Lograr una racional distribución de los recursos humanos.
17. Lograr una redistribución de plazas en el servicio médico social.

Puntos de vista de Centro América e internacional:

1. Problema de recursos humanos:

El año pasado se hizo un movimiento en la región de Centro América en el cual se buscaron áreas positivas de salud para buscar mecanismos que permitan a los países centroamericanos, encontrar caminos de solución a esas áreas problemáticas.

Se tomaron cinco áreas problemáticas fundamentales:

- a) La mayoría de los países, incluso Costa Rica, identificaron el área de planificación de recursos humanos y su inadecuada distribución.
- b) Formación insuficiente en salud pública, no sólo cuantitativamente sino cualitativamente.
- c) Área de formación de técnicos medios y auxiliares.
- d) Ausencia de programas de capacitación constante, permanente del personal de salud.
- e) Ausencia de investigación por parte del personal de salud que promueva la búsqueda de alternativas y manejos de recursos humanos.

PROBLEMA DE SALUD PUBLICA:

No existe en Centro América, un país que haya programado la formación, la capacitación y mucho menos la utilización de esos recursos humanos.

Para el año 2000 en Centro América, se debe formar 160 epidemiólogos, 120 planeadores, o sea 2,780 profesionales. En personal auxiliar se debe capacitar 14,800 individuos. Hoy día el promedio de personal en salud en Centro América, está dado por el número de becas, un promedio de 6 becas por año, por país.

La organización en Costa Rica ha presentado a las autoridades una propuesta para motivar el interés personal costarricense y promover así la formación de salubristas costarricenses.

La mayoría de recursos están en Costa Rica, así como las mayores posibilidades de capacitación y adiestramiento.

EDUCACION CONTINUA:

Recomendar la posibilidad de que la Educación Continua sea un proceso permanente, ya que la demanda por parte del Ministerio de Salud, Caja Costarricense del Seguro Social, y el mismo pueblo es constante.

Existen diferentes posibilidades metodológicas, que pueden permitir el trabajo continuado permanente que no sea de alto costo, lo importante es lo que se demanda del personal de salud, para buscar en eso el proceso educativo y formar nuevos perfiles.

Costa Rica, es el único país centroamericano que tiene algunas instituciones formadoras, supervisión del proceso y ha desarrollado la investigación como base del trabajo en salud. Cuenta con buenas experiencias de investigación del aprendizaje en el trabajo, ejemplo: Programas de Salud Rural.

ES LA ADOLESCENCIA UN PROBLEMA DE

SALUD PUBLICA?

Lic. Dina Krauskopf
Lic. Clarybeth González
Dr. William Brenes
Lic. Nuria Menge
Dr. Freddy Ulate

"Características biológicas e indicadores de salud en el adolescente"

La problemática de la madre adolescente, no tiene como única culpable a la adolescente en sí, sino que éstas edades son muy vulnerables a las condiciones socio-económicas resistentes, y a otra serie de indicadores.

Las consecuencias que se pueden presentar en la madre adolescente, pueden enfocarse en varios aspectos:

1 - FALTA DE MADUREZ INTEGRAL:

En países desarrollados se ha ido disminuyendo la edad de la menarquia y en Costa Rica queda en un 12.1 años: a partir de esta edad la mujer puede ser fértil. Desde el punto de vista pediátrico la adolescente en sí no es problema, sino que las complicaciones vienen después, dado que la madurez fisiológica integral se alcanza hasta la edad de 18 años. Así en un estudio realizado en el Hospital de Niños, sobre niños agredidos, se encontró que el 39% eran provenientes de madres agresivas adolescentes, como consecuencia de su trato con el niño. La madre adolescente está en período de formación, por lo tanto no puede ser capaz de formar íntegramente al niño.

2 - LA SIFILIS CONGENITA:

El 21.2% de los casos son provenientes de madres adolescentes. Esto da

idea de que la vida sexual vital empieza desde temprana edad y no existe ningún control ginecológico a esa edad, los problemas en ese momento se detectan hasta la vida adulta. La adolescencia ha pasado diluida entre esos grupos de edades conceptual y estadísticamente. Y los intervalos de clase que se usan para clasificar edades no indican nada (15-44 años), desde el punto de vista de la adolescencia ya que se toman intervalos contaminados, esto es importante porque se aconsejan tomar los intervalos de clase en forma concreta.

3 - MALFORMACIONES CONGENITAS:

Un 84% del total de malformaciones congénitas son provenientes de madres menores de 18 años de edad. Ejemplo: Síndrome de Down, se creía que era específico en madres mayores de 35 años, y cada vez aparecen artículos demostrando que no es cierto.

4 - LACTANCIA MATERNA:

De todas las madres que presentaron destete precoz, el 56.9% eran adolescentes. Presentan una mayor probabilidad de tener un destete precoz, esto implica que la morbilidad va en aumento.

5 - ENDOMETRITIS POR CESAREA:

El 20% de madres que presentaron esta anomalía son menores de 20 años, según investigación realizada en el Hospital San Juan de Dios.

6 - EMBARAZO DE ALTO RIESGO:

El 30% de casos considerados como de alto riesgo, lo presentaron madres adolescentes.

La obesidad, el fumado, el alcohol, son otros factores que aumentan la probabilidad de los problemas cardiovasculares, pero no se puede detectar con certeza quienes lo practican.

7 - LA RUBEOLA:

En la Región Central se detectó que en una población de 15-19 años, el 28% está susceptible de tener rubeola, esto es importante por ser una región tan densa.

En general, la población de la cual se está hablando, está entre los 7-19 años y comprende unos 850 mil jóvenes, lo que viene a ser un 32% del total de la población.

Respecto a la salud bucal de los adolescentes, es necesario hacer énfasis en dos de las características biológicas presentes en las caries de individuos cuyas edades oscilan de 10-19 años; como son:

- a) El período en que se inicia la fertilidad de la mujer y la actividad sexual coital.
- b) Los únicos dos períodos en la vida del ser humano, en que se da aceleración del crecimiento psíquico: (la vida intrauterina y la primera etapa de la adolescencia).

No obstante en Costa Rica, la salud bucal de la población adolescente no cuenta con medidas preventivas; está abandonada, ya que los programas del Ministerio de Salud van dirigidos hacia la población escolar y pre-escolar.

"IMPACTO DE LA SITUACION EDUCATIVA EN LA ADOLESCENCIA"

El sistema educativo costarricense juega un papel fundamental en el contexto del adolescente.

Algunos de los aspectos importantes a considerar son:

LA DESNUTRICION: Es alarmante, principalmente en zonas rurales donde el estudiante debe viajar largas distancias, no cuenta con una buena alimentación y lo que les ofrecen algunos colegios, no cumplen con una dieta balanceada. Las Asignaciones Familiares; cubren sólo una parte de la población y en paupérrimas condiciones de alimentación.

Existen a nivel nacional sólo 2 nutricionistas dirigiendo los programas de los centros educativos, cubren los centros de enseñanza escolar y pre-escolar, dejando fuera de nivel la secundaria.

El Ministerio carece de programas en educación para la salud, donde no se puede tener en cuenta el joven dentro del contexto mismo educativo, además no tiene un sistema de atención integral al joven. No existe una responsabilidad dentro del mismo sistema para que las personas preparadas (Educadores en Salud) se proyecten a los centros educativos a nivel nacional y enfoquen medidas preventivas para disminuir la frecuencia de enfermedades como la Parasitosis, la cual es ya un problema bastante agravante, principalmente en zonas rurales, por falta de coordinación a nivel institucional.

EDUCACION EN SALUD OCUPACIONAL:

Respecto a índices de salud, no hay ninguna institución educativa que le exija al joven un historial como requisito de ingreso y así llevar un record de salud del estudiante.

El sistema de educación técnica aún no cumple con lo cometido; no existen

estudios que puedan ofrecer al joven que se gradúa, diferentes alternativas, esto lleva a que se sienta impotente de no encontrar trabajo, crea inseguridad, neurosis. Todo esto es una cadena detectada en la prostitución, la drogadicción, en general la pérdida de valores.

Cada día más adolescentes en edades de 15 a 18 años se incorporan tempranamente al proceso productivo. En 1984 se dieron 20 000 permisos estudiantiles relacionados con la deserción escolar, al no contar con ninguna especialización se les dificulta su entrada al mercado laboral y por ello aumentan las tasas de subempleo. Ocupando un 55.9% de desocupados y un 27.43% ocupados en el área rural; situación contraria en el área urbana. Un alto porcentaje de la zona rural no goza de las garantías laborales, quedan descubiertos por el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte, riesgos laborales.

DELINCUENCIA JUVENIL

En estudios realizados en 1983 se encontró que sólo una tercera parte de la población de delincuentes juveniles vivían con sus padres. Respecto a escolaridad, sólo un 22% de menores están aún estudiando.

Entre los hechos denunciados, los más frecuentes son los delitos contra la propiedad, que forman el 62%, le siguen los casos contra el orden público.

DROGADICCION-ALCOHOLISMO:

El alcoholismo, la desintegración familiar, la criminalidad, la incertidumbre de una crisis económica, la inestabilidad de una situación política cambiante, son los antecedentes por los cuales los adolescentes toman la ruta alterna. Además el consumismo, ante el cual el adolescente es un objeto frente a los medios de propaganda,

PROSTITUCION:

Existen muy pocos estudios científicos, son las víctimas más afectadas, en común son procedentes de familias de bajos recursos económicos. La pobreza es el campo de una de las patologías sociales (la prostitución).

La adolescencia es un problema de salud pública porque: la adolescencia es una fase crítica de crecimiento, durante ella la personalidad sufre una profunda transformación y de esos cambios surge la estructura final de la personalidad adulta.

En esa búsqueda de encontrarse a sí mismo, el patrón social y cultural juega un papel importante en contacto con el medio puede definirse a una serie cada vez más amplia de grupos por intereses comunes.

En toda sociedad el adolescente recibe nuevos privilegios, pero a la vez debe definir nuevas responsabilidades, debe demostrarse capaz, sexual, social y económicamente y desenvolverse por normas aceptadas, de ahí la importancia con contar con el estímulo de su familia.

Si la población adolescente es un 49.3% de la población total económicamente activa del país, se puede inferir que el 100% de ese grupo etario no llega a transformarse en fuerza productiva de trabajo por fuerzas opresoras contra la familia y no tienen los mecanismos de defensa necesarios, causan las patologías ya citadas.

"PATOLOGIA QUE AFECTA LA SALUD MENTAL EN EL ADOLESCENTE"

- 1) Ansiedad patológica: se manifiesta por alteración, preocupación dominante, conducta de miedo sin causa específica, preocupación por el aspecto académico, deportivo, social.

Algunas veces presenta cefaleas, disnea, vértigos, insomnio, trastornos gastrointestinales.

- 2) En episodios depresivos severos, existe alteración del apetito, pérdida de interés por el quehacer, en casi todas sus actividades diarias, sentido de culpa.

El intento de suicidio implica una represalia contra quienes lo rodean una llamada de protesta, de venganza, se siente abandonado, pérdida de la esperanza. También se presenta la anorexia y la obesidad.

En casos extremos, se da la psicosis esquizofrenia por comportamiento irresponsable, dicen insultos, hacen muecas, ideas delirantes, todo esto conlleva al fracaso escolar y al aislamiento social.

Producto de las ponencias anteriores, la Caja va a tomar otra clasificación de grupo etario diferente de la actual:

Nacimiento a 1 mes	=	recién nacido
1 mes a 1 año	=	lactante
1 año a 7 años	=	infante
7 años a 12 años	=	escolar
12 años a 20 años	=	adolescente

" SITUACION DE LA SALUD DE LOS ANCIANOS EN AMERICA
LATINA PROPUESTAS EN ACCION "

Dr. René González

Uno de los cambios más ilustrativos, es el que está ocurriendo en el campo demográfico y dentro de él, el fenómeno más relevante es la expansión del grupo de individuos mayores de 70 años. De ahí que la población de América Latina ha entrado en los últimos años en un proceso evidente de envejecimiento.

La evolución científico tecnológico, la mortalidad, la duración de la vida y otros indicadores, dan una concepción sobre el bienestar de la población. No obstante, existe poca información fidedigna en aspectos referentes al envejecimiento. Por eso en los últimos 30 años se ha revisado un aumento en el interés por problemas de este tipo, por parte de especialistas en la materia, y aplicación de políticas responsables.

Análisis de la Situación en América Latina :

En 1980, América Latina contaba con 363.7 millones de habitantes; de los cuales 23 millones correspondían a personas mayores de 60 años.

En el año 2000, se tienen aproximaciones de 565.7 millones de habitantes, 41 millones de ancianos, o sea un 7.2% del total de la población.

En el año 2025, América Latina tendrá 875.2 millones de habitantes, correspondiendo a 93.3 millones de ancianos en América Latina, o sea el 10.8% de la población total.

La población va aumentando más o menos la mitad de su volumen cada 20 años. Los datos aportados permiten inferir que en el período de los 40 años futuros va a haber una reducción de la población de América Latina, con tendencia a una disminución de la población en general y un aumento sostenido en la población mayor de 60 años.

Estado de Salud en ancianos de América Latina :

En una investigación realizada por la U.N.A. en 1979, en Costa Rica de 952 personas encuestadas, el 85.23% presentó problemas visuales, 76.1% artritis reumática, 38.12% hipertensión arterial, 6.7% con mediana salud, 25.9% buena salud y 46% salud regular.

En el año 1980, se realizó otra encuesta en México, a nivel de función física del anciano, más del 90% de los 1000 interrogados, tenían realizadas las actividades de la vida diaria independiente de sus hogares. El resul-

tado parece alentador, pero no se tomaron en cuenta otros parámetros.

En el año 84 se realizó en Cuba otra encuesta, encontrándose cerca de 3000 personas mayores de 65 años, así en Cuba, se dice que un anciano es el que tiene más de 65 años, mientras que en América Latina y países en desarrollo en general, se dice que anciano es el que tiene más de 60 años.

En Argentina para el año 2000, los ancianos serán el 14.2% de la población total y para el año 2025 será el 17.7%.

En Chile para el año 2000, habrá un 16.2% de ancianos de la población total.

En la subregión del Caribe, se encontraron las regiones más envejecidas para el año 2025. Así en Barbados habrá un 22% de ancianos, en Cuba un 20.3%, en Trinidad y Tobago un 20.6%, en Guadalupe 21.1%.

La región subtropical es la más joven, con las más altas tasas de natalidad, así Brasil un 10.9%, Venezuela un 10.7%, Colombia un 12.2%.

En la situación de América Central, Costa Rica será el país con mayor porcentaje de personas de edad para el año 2025.

Actualmente se da énfasis especial al examen de recursos existentes, el deterioro del medio ambiente, disponibilidad, adquisición y consumo de alimentos; este interés se ha manifestado en países desarrollados, donde ya se han dado cambios evidentes.

Después de los 80 años, se calcula que la posibilidad de cualquiera de nosotros de presentar algún grado de elemento senil llega al 20% porque de cada 5 personas que llegan a 80 años, una va a tener problemas graves en memoria, orientación y en el desempeño social.

Los problemas de vivienda, de alcoholismo, los cambios de roles, la dependencia, los cambios en la estructura de la familia, sobre los cambios de actitud de la población, la migración, el paso de familia extendida a familia nuclear y lo que es peor donde ya no hay familia nuclear sino solo un grupo de personas donde no existe una estructura bien consolidada y el papel del anciano es mucho más deplorable.

El anciano puede desempeñar acciones positivas e importantes, por ejemplo: jugar el papel de madre sustituta; sin embargo ésto no se ha tomado en cuenta a la hora de elaborar los programas.

Se piensa que en los estados más avanzados, una gran can ti dad de ancianos, se encuentran en hogares sustitutos o casas, pero no pasa de un 16%.

Los especialistas en el campo gerontológico, han llegado a un consenso sobre los principios generales que contribuyen a la definición de metas y medios necesarios para satisfacer las necesidades básicas de los ancianos; ante todo se concuerda en que los servicios brindados no deben fomentar el desaislamiento, sino orientarlos para asegurar el nivel aceptable de la competencia y funcionamiento del anciano, dentro de su contexto social. Estos ser vi ci os para ser eficaces, requieren de un alto grado de aceptabilidad y flexibilidad que permitan desprender rápidamente necesidades de situaciones de cambio. Para es to es necesario crear una política coordinada con los otros sistemas de servicios y asegurar que las necesidades sean satisfechas de manera integral.

Las diferentes necesidades se traducen en demandas relativas, por ello se clasifican en:

- a) Servicios para ancianos relativamente sanos.
- b) Servicios que brindan al anciano alternativas para pre ven ir la institucionalización, o sea apoyo para la familia, a fin de que sea medida sea pospuesta hasta don de sea posible y se debe fomentar el uso de la familia y la comunidad como alternativas más humanitarias y afectivas.

En general, en América Latina los servicios para los ancianos son escasos y están fragmentados, falta coordinación y están concentrados en las ciudades, sin políticas definidas ni programas coherentes.

Ante esto siempre ha existido indiferencia, pero recientemente las políticas y administradores de los sistemas, han iniciado algunas opciones orientadas a planificar las políticas y programas, ante los cambios en la composición de la población y el temor de que el número de an cianos pueda comprometer el funcionamiento de los sistemas.

La brecha existente entre las necesidades de los ancianos y la disponibilidad de servicios necesarios para satisfacerles, es en buena medida la resultante de los factores económicos, epidemiológicos, sociales y otros, que a través del tiempo han influido en las decisiones políticas.

En aquellos países donde fue reconocida la importancia de los problemas del anciano, los intentos por formular polí ticas han sido afectadas por opiniones que cuestionan la racionalidad económica de medidas que asignen recursos pa ra solucionar problemas de una minoría no productiva.

Existe un programa regional de Salud de los Ancianos, que elaboró un plan general con las siguientes estrategias:

Fomentar en los países la toma de conciencia, sobre la asistencia para un grupo de personas de edad.

Estudio e investigación tanto clínicos como epidemiológicos en favorecimiento de la deseminación de la educación técnica, el suministro de información acelerada a niveles políticos, sobre este grupo de edad.

Alrededor del anciano, se agrupa casi todas las actividades del quehacer humano: vivienda, ingreso, educación, transporte, alimentación, comportamiento social, enfermedad riesgos, esto conlleva a que los programas nacionales deben coordinarse, relacionarse íntimamente con varias dependencias que tienen que ver con el anciano, tanto nacionales como internacionales.

A nivel regional se ha establecido contactos con: a) Asociación Internacional de Gerontología.

b) Centro Internacional de Gerontología Social.

c) La Federación Mundial Internacional de A.B.C. y algunas nacionales como: Sociedades de Gerontología de Argentina, Perú, México, Uruguay y Venezuela, en un intento por homogenizar el abordaje de la condición del anciano e intercambiar conocimientos.

Podemos concluir, que los problemas médicos , sicosociales y administrativos en relación con la salud y bienestar del anciano, son considerables y aumentarán en forma notable en los próximos 40 años. Los recursos son reducidos y la prioridad asignada no es tan alta como debería ser. Nos corresponde modificar estas condiciones adversas como compromiso de Técnicos y nuestro deber como se res humanos.

"PROBLEMATICA DE LA TERCERA EDAD EN COSTA RICA"

Dr. Luis Asís
Dr. Alfonso Trejos
Dr. Antonio Rodríguez
Ing. Arturo Lizano
Lic. Enrique Vargas

Todas las proyecciones que han elaborado las Naciones Unidas van más allá del año 2000, siendo para las poblaciones que ya han salido de la transición demográfica perfectamente satisfactorias. En 1983 se solicitó al CELADE (Centro Latinoamericano de Demografía) que hicieran proyecciones hasta que Costa Rica saliera de su transición demográfica, referente a que todas las proporciones de los diferentes grupos de edad van cambiando continuamente.

En Costa Rica la expectativa de vida para el año 2000 va a ser mayor de 65 años. La edad promedio de la población varía; en 1950 era de 18 años, con el aumento de la natalidad de los años 50, disminuyó a 16 años en 1985 y más o menos en el año 2070 la edad promedio de vida será de 38 años. El porcentaje de viejos mayores de 60 años en 1985 es de un 5.84% de la población total.

Desde el punto de vista de Salud Pública, en vez de tener una población dependiente, se va a tener en el año 2050 un 20% de niños y habrá una población mayor de viejos que de niños, lo cual requiere hospitalizaciones largas y tratamientos caros ya que generalmente son enfermedades agudas; ésto influye en una forma importante en los aspectos de vida de nuestra sociedad.

"Aspectos Relativos a la Secretaría Técnica de la Tercera Edad"

Es necesario contar con políticas orientadas para las personas mayores de 60 años; de ahí la importancia de las ejecuciones de la Secretaría Técnica de la Tercera Edad; del Consejo Nacional de la Tercera Edad y de los planes de acción presentados ante el Ministerio de Salud.

En enero de 1984 se creó el decreto que originó el Consejo para la Tercera Edad, formado por 5 ministros y 2 presidentes ejecutivos. Los Ministros de: Ministerio de Educación Pública, Ministerio de Salud, Ministerio de Cultura Juventud y Deportes, Ministerio de Trabajo, Ministerio de Seguridad Social; además las dos presidencias del Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS) y de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Además del Consejo para la Tercera Edad, se cuenta dentro del mismo con la Comisión Social, la cual tiene a su cargo toda la condición de los programas que el presidente y los asesores proponen.

Existe también la Secretaría Técnica para la Tercera Edad, la cual coordina con las acciones de las instituciones que forman el Consejo Nacional, integrando un grupo dinámico, que se reúne dos veces al mes, produciendo ya un documento de plan de acción.

La participación del Ministerio de Salud, como ente rector en aspectos relacionados con la tercera edad, es el mecanismo que está permitiendo la integración de todos los aspectos dentro de las acciones en materia de desarrollo, en este grupo etario, a su vez cabe destacar la participación de instituciones privadas.

El Ministerio de Educación Pública y el Ministerio de Cultura Juventud y Deporte se han interesado en los programas para dar una participación más activa al anciano.

El problema de la tercera edad no sólo debe verse en cuanto al número, sino como grupo vulnerable que requiere acción conjunta de una labor social integrada.

- Respecto a los patrones de mortalidad y esperanza de vida, el grupo etario mayor de 60 años está cada día ocupando mayormente los servicios hospitalarios, principalmente la medicina interna, politraumatología y cardiovascular.
- El desarrollo socio-económico ha influido notablemente, hay una serie de actividades remunerables que dan protección al anciano cuando éste se retira de la misma. Esta protección varía según la institución respectiva.
- El anciano debe ser más partícipe con su comunidad de acuerdo con su condición física.

El plan de acción intersectorial está formado por las siguientes estrategias:

- a) Desarrollo de estudios demográficos y epidemiológicos a nivel nacional que defina la magnitud de los problemas externos y permitan establecer sus proyecciones.
- b) Evaluación de la situación y acción de las políticas de la población de la tercera edad.
- c) Determinación de las características de la población de edad avanzada.
- d) Adopción de políticas para atender problemas de salud de los grupos de edad avanzada.
- e) Desarrollo de la atención integral de los ancianos en los servicios generales de salud.
- f) Desarrollo de la acción comunitaria que tienda a programas educativos y de material informativo para orientar la atención no institucionalizada del anciano, ya que su internamiento no soluciona sus problemas, sino

que debe integrarse en todos los aspectos de su medio.

La Asociación Gerontológica de la Tercera Edad, se fundó en 1980. Entre sus funciones principales están:

- 1) Apoyo a programas de la Tercera Edad.
- 2) Formación de un banco de recursos de materiales para instituciones que lo ameriten. Ej: sillas de rueda, equipo de sala y otros.
- 3) Ayudar a comunidades para que cuenten con su equipo técnico propio.
- 4) La terapia ocupacional es un método rehabilitador en los centros diurnos y se ha variado con actividades recreativas, culturales, y manuales.
- 5) Desde el punto de vista fisioterapéutico, se da clasificación del manejo de personal de acuerdo con sus respectivas dolencias.
- 6) Se asesora a las familias, con un acercamiento a los hogares de los ancianos, trabajando en forma integrada.

Además se construyó un mini-gimnasio para la recreación de los ancianos de Ahjuela.

El proceso de envejecimiento es acelerado, pero a partir de 1980 existe un despertar de la población ante tal situación. Algunos de los objetivos que presentó la UNESCO en la Asamblea Mundial sobre Envejecimiento, en agosto de 1982 fueron:

- 1 - La preparación de los ancianos para el empleo creador del tiempo libre.
- 2 - La preparación de los adultos para una jubilación profesional y productiva socialmente.
- 3 - Alfabetización para todas las edades
- 4 - La extensión de la educación de adultos dentro del marco de una educación permanente.
- 5 - El establecimiento y la proyección de la importancia del papel que los

ancianos pueden desempeñar en la sociedad.

6 - Integración de los ancianos en la sociedad y particularmente en las instituciones educacionales junto a los miembros de otros grupos de edad.

La Universidad de Costa Rica se está proyectando con el grupo etario de la Tercera Edad visto notablemente en el Hospital Blanco Cervantes en:

- a) 1979 en un proyecto de trabajo comunal.
- b) En 1980 la U.C.R. dió un proyecto de cursos libres, con duración de 2 semanas para personas de cualquier edad y sin ningún requisito previo.
- c) En el año 1985 se introdujo dentro de los mismos; siete cursos respecto a como relacionarse con el envejecimiento, en los cuales se contó con un 40% de individuos mayores de 60 años. Estos cursos ya se evaluaron dando óptimos resultados.

El Hospital Blanco Cervantes ha venido trabajando en la problemática de la tercera edad, para tratar de resolver el problema de salud; dado que se cuenta con 123 300 personas ancianas en el año 1985 y se calcula que a final de siglo habrá 150 000. La problemática de la tercera edad no se resuelve con la medicina ni los médicos porque es una solución multifactorial; pero si con el factor salud. Es necesario una modificación a la ley general de salud, para que se crea un departamento de la tercera edad, dependiendo directamente del Ministerio de Salud y del despacho del Ministro. La propuesta citada anteriormente comprende 5 niveles de atención, y se basa sobre la misma infraestructura de salud, entre sus metas tenemos:

- 1) El anciano debe vivir y convivir todo el tiempo que sea posible en el hogar y no facilitar la fuga.

2) Toda población urbana debe contar con un centro diurno de cuidados, para ancianos, que sea dinámico de reintegración social y mental a través de la terapia ocupacional y recreativa, especialmente para ancianos con problemas en su casa, de relación, orgánicos y otros. No sólo se trabaja con el anciano sino con su familia, para mantener un ambiente de amor y cariño en ambos lugares.

Actualmente ya existen 2 centro de este tipo en el país, uno urbano en Ciudad Quesada y otro rural en la colonia de Aguantafilo, fundado por las damas israelitas y el otro por la Asociación Gerontológica, independiente de las políticas del gobierno para resolver el problema, debe ser la sociedad en sí que en forma integrada les de solución.

- Con relación a los Hogares de Ancianos, en el país existen 25 hogares de ancianos; con una capacidad de 1 704 camas. Pero existe una concentración mayor en la provincia de Alajuela, mientras que Guanacaste y Puntarenas cuentan con 2 hogares cada uno; se da una distribución desproporcional. Además se debe reestructurar los hogares respecto a la atención y criterio de admisión, contar con las terapias recreativas y ocupacional en forma constante, ya que existe experiencia sobre ancianos que en término de 6 - 9 meses de estar internados han perdido el 30% del vocabulario, el 25 - 30% de audición y el 30% de movilidad de extremidades inferiores, se acelera el proceso de envejecimiento y muerte.

El problema del anciano inválido es notorio, requiere de cuidados básicos de enfermería, incluso en algunos hospitales no son recibidos por ser un paciente de larga estancia, de ahí la necesidad de la existencia de centros de hospitalización de larga estancia por parte de la Caja. San Carlos va a contar ya con este tipo de atención.

Los programas de salud rural y comunitaria del Ministerio de Salud necesitan buscarles nuevas acciones, están un poco estancados porque ya las expectativas están superadas. Debe proyectarse y capacitarse para que se enseñe en el hogar todos los cuidados necesarios para el anciano, como bañarlo, alimentarlo, pasearlo; ésta es una política preventiva del adulto. A nivel de atención primaria es cuando se deben dar esas acciones de labor educativa tan necesarios en la atención de la medicina preventiva del adulto. En el segundo nivel es la atención ambulatoria, hay que rescatar a los ancianos de la calle y llevarlos a los hogares. Existe el personal necesario pero no pueden desplazarse en busca de ellos. Estos son los dos niveles más importantes y de los cuales se parten para lograr un eficiente bienestar del anciano.

Debido a la limitación económica en los hogares de ancianos, la alimentación brindada es de temporada o sea de acuerdo con la época del determinado producto y se da en forma pareja, sin contar con las dolencias individuales.

La planta física para los centros diurnos existen, ya que se pueden aprovechar las iglesias que se ocupan generalmente sólo en las noches, las plantas físicas desocupadas de los mataderos de carne. Se cuenta con la planta física y los ancianos, lo que falta es la acción política.

La jubilación no debe ser comprensiva, en este momento ya que de acuerdo con la ley de equilibrio financiero, la jubilación es comprensiva a partir de los 65 años, la cual adolece de inconstitucionalidad por el artículo de ley, que dice que no debe haber discriminación laboral, por sexo, religión, raza, edad, y esto es discriminación a los 65 años.

INTEGRACION DEL ANCIANO A LA COMUNIDAD EN COSTA RICA

Gerald H. Dafoe

A. ANTECEDENTES:

En mayo de 1984 la Asociación Canadiense de Salud Pública (CPHA) y la Organización Panamericana de la Salud (PAHO) patrocinaron un Seminario sobre Salud con el apoyo de la Agencia Canadiense Internacional de Desarrollo (CIDA).

En esa ocasión Costa Rica estuvo representada por dos miembros de ACOSAP, los Drs. Díaz Arador y Fallas Camacho y fue precisamente durante las sesiones de trabajo que surgieron dos temas de salud muy importantes: el aislamiento social del anciano, sobre todo en las áreas urbanas, y la necesidad de preparar administradores en el campo de la salud para Costa Rica. Entonces fue cuando se consideró que una aventura conjunta entre CPHA y ACOSAP sería una excelente vía para tratar estos temas y a la vez fortalecer la Asociación Costarricense de Salud Pública.

B. EQUIPO DE ESTUDIO DE LA CPHA E INFORMACION DE EXPERIENCIA:

El profesor Bill Mindell de la División de Organización y Administración de Servicios de Salud de la CPHA y el Dr. Jack Lee de la División de Gerontología de la CPHA fueron nombrados para constituir el equipo de estudio y en enero de 1984 visitaron Costa Rica durante dos semanas para efectuar un estudio de factibilidad y conjuntamente con ACOSAP, llevaron a cabo una evaluación de la situación existente en el país.

C. CONSULTAS Y REUNIONES:

Gracias al entusiasmo y apoyo de ACOGAP, el equipo de estudio pudo conocer y visitar todos los niveles del sector salud relacionados con los aspectos de preparación de administradores y la atención del anciano.

También se hizo posible reunirse con varios grupos importantes del sector privado y voluntarios interesados.

La reunión cumbre fue con la Junta Directiva de ACOGAP ya que por su carácter multidisciplinario y multiinstitucional se ha entregado de lleno al mejoramiento de la salud de los costarricenses y por lo tanto ocupa una posición privilegiada tal que le permite servir de catalizador para llevar a cabo proyectos dirigidos hacia las necesidades de salud ya identificados.

Una reunión con miembros de la Cruz Roja resultó muy provechosa así como también las visitas efectuadas a otras instituciones: Universidad de Costa Rica, la Asociación Demográfica, el INISA y el CENDEFISSS donde se pudo apreciar gran apoyo para este proyecto.

Asimismo, el grupo de estudio visitó varios centros de atención diurna y también asilos de ancianos en el país, lo cual facilitó al grupo la valoración de los diferentes tipos de programas que ponen en práctica a nivel local, al igual que el nivel de capacitación de los administradores, del personal y de los voluntarios de esos centros.

Igualmente importantes fueron las reuniones sostenidas con los representantes de CIDA en la Embajada de Canadá en San José - con el Dr. Hugo Villagas, representante de OPS para Costa Rica, quien manifestó acuerdo

mutuo con respecto a la necesidad de un programa coordinado para la atención del anciano y la capacitación de administradores para los mismos.

El Dr. Villegas también reconoció y elogió el papel tan decisivo que juega en el desarrollo de este proyecto las relaciones tan estrechas que existen entre ACOSAP y CPFA, y ofreció todo su apoyo para hacer este programa una realidad.

También es necesario destacar la reunión que tuvo el grupo de estudio con el Sr. Ministro de Salud, Dr. Juan Jaramillo, a quien se le presentó un resumen de la evaluación hecha por el Profesor Mindell y el Dr. Lee.

El Sr. Ministro y el Viceministro, Dr. Nissman, manifestaron estar totalmente de acuerdo y prometieron dar todo el apoyo necesario, tanto personal como a nivel ministerial, para que ACOSAP y CPFA puedan llevar a cabo el proyecto que se proponen.

Otras reuniones que se llevaron a cabo con el Dr. Oscar Ricardo Fallas, Director Médico de la Caja Costarricense del Seguro Social, giraron en torno a las necesidades de la parte administrativa como componente ponderado de este programa. El Dr. Alvarez, Director del CINDEISSS, también participó en estas reuniones y ambos ofrecieron dar todo el apoyo al proyecto a través de ACOSAP.

Costa Rica está presenciando día con día un aumento similar al de Canadá en cuanto al desarrollo: urbanización masiva, más mujeres engrosan la fuerza laboral, esperanza de vida mayor, las mujeres alcanzan mayor longevidad; esto hace que el impacto sobre los ancianos también sea similar al de Canadá: aislamiento aumentado del anciano en las áreas urbanas

y sobre todo para las mujeres. Estos cambios demográficos presentan un gran reto para Costa Rica lo mismo que para Canadá y su importancia se hace aún más evidente cuando se observa que el ingreso per cápita en Costa Rica es aproximadamente la quinta parte del correspondiente a Canadá. No obstante, Costa Rica todavía posee muy buenos indicadores que apuntan a la capacidad del país para enfrentar el reto, como son la larga tradición de una conciencia social y el sentido de igualdad, lo cual ha dado por resultado una sociedad altamente educada y capaz de movilizar todos sus recursos cuando se presenta el reto. Testigo de estas condiciones fueron los enormes esfuerzos hechos durante la década de los setenta para cambiar las políticas de salud existentes por los programas de salud preventiva. Esta infraestructura tan efectiva aún disponible puede ser refinada de manera que incluya atención a los mayores. Desde ya comienzan a percibirse los primeros deseos a nivel político y social para este efecto, cuando con sólo un 5.5% de población mayor de 60 años, el Ministerio de Salud, la CCSS y ACOSAP comienzan a enfocar el problema. Por lo tanto, no sería estar soñando despierto, si para el año 2000 Costa Rica habrá consolidado una red de apoyo social y de salud que serviría de modelo para el resto de América Latina y hasta para gran parte del mundo.

ASOCIACION COSTARRICENSE DE SALUD PUBLICA

Valga decir unas cuantas palabras con respecto a nuestra organización hermana, ACOSAP. La Asociación cuenta con más de 100 miembros, representantes de varias disciplinas y tan sólo con dos años de existencia ya

demuestra su dinamismo en varias actividades. El primer boletín publicado por la Asociación pone de manifiesto el amplio enfoque y compromiso de parte de ACOSAP con la salud pública. Además el Primer Congreso Nacional de Salud Pública que ACOSAP está auspiciando es una tarea muy ambiciosa. Por lo tanto, se pone en evidencia que ACOSAP ha ganado durante su corta vida un gran respeto y mucho prestigio entre los costarricenses y se encuentra en una situación óptima para actuar como catalizador y poner en marcha este proyecto.

EL PROYECTO

Este proyecto tiene 2 fases, la primera involucra:

I. Desarrollo del programa que contempla reintegrar al anciano en Costa Rica.

A. Propósito y Criterios

La población de 60 y más años posee gran cantidad de conocimiento, habilidad y un sinnúmero de experiencias que son de gran importancia para el proceso productivo del país. Por otra parte, la población de 60 y más años pueda trabajar (manualidades) con lo cual no solamente pueden proveerse de algunos fondos sino también contribuir a la producción en general y hasta proveer al país de divisas adicionales.

A pesar de que en el aspecto cultural el país está experimentando cambios muy grandes de sus valores, sus creencias y sus hábitos, particularmente evidente en las áreas urbanas, se hace necesario poner énfasis en el hecho de que entre la población de 60 y más años se encuentran las buenas y refinadas virtudes de los costarricenses auténticos.

B. Objetivos

¿Cuáles son los objetivos del proyecto?

1. Promover entre las autoridades de los diferentes niveles de salud, tanto a nivel técnico como administrativo, un estado conciente de alerta con respecto a los problemas del anciano.
2. Ayudar en la capacitación y guía del personal de salud para contar con una participación dinámica de las comunidades en el establecimiento y funcionamiento de centros de atención diurna y clubes para el anciano.
3. Motivar la familia para la atención integral del anciano.
4. Coordinar a través de ACOSAP, los grupos del Ministerio de Salud, CCSS, Universidad de Costa Rica, Asociación de Gerontología, Cruz Roja, PAMO y cualquier otro interesado, para llevar a cabo el trabajo contemplado en este proyecto.
5. Obtener apoyo de la Secretaría Técnica del Consejo Nacional para la Atención de la Tercera Edad, a fin de poder llevar a cabo este proyecto.
6. Apoyar el trabajo a ejecutar por la Sección de Enfermedades Crónicas del Programa para la Atención del Anciano, orientado a una investigación completa de su estado de salud y de sus problemas culturales y socioeconómicos.

La segunda fase del proyecto involucra:

II. Evaluación de las necesidades para capacitación y Educación

- i. para administradores en el campo de la salud
- ii. para trabajadores en el campo de atención al anciano

A. Propósitos y Criterios

Se planea una valoración de las necesidades de capacitación y educación para cada uno de los dos grupos identificados en Costa Rica:

- i. administradores en el campo de la salud, y
- ii. Trabajadores dedicados a la atención de la tercera edad.

Esta actividad proveerá una fuente detallada de datos con respecto a los antecedentes educacionales, capacitación y experiencia de personal valioso en el sistema de salud de Costa Rica, sus autoidentificadas necesidades de capacitación, la valoración de la función de su puesto así como sus problemas y la dirección hacia la cual se consolidan sus puestos.

Toda esta información tomada en cuenta conjuntamente con los planes futuros del Ministerio de Salud y de la CCSS y las opiniones de los educadores en Costa Rica, Canadá y I/WHO, permitirán planificar programas de capacitación efectivos para atender las necesidades presentes y futuras del país. Además de esta encuesta, el encargado de evaluaciones llevará a cabo también un avalúo de los recursos de programas y facilidades ya disponibles, así como las capacidades potenciales que pueden desarrollarse y aprovecharse.

B. Objetivos

¿Cuáles son los objetivos de esta fase?

1. Establecer una fuente de datos sobre las necesidades de capacitación para los administradores en el campo de la salud y trabajadores dedicados a la atención de la tercera edad y que servirá para planificación a corto y largo plazo.
2. Determinar en forma precisa las áreas problema que necesitan ser atendidas ahora y el contexto educativo dentro del cual debe darse capacitación.
3. Identificar las perspectivas de algunos individuos con respecto a la forma de evolución que ellos esperan de sus puestos durante los próximos 5 años.
4. Identificar los recursos locales que están disponibles, los potencialmente disponibles y aquellos que necesitan ser desarrollados para atender las necesidades identificadas.
5. Presentar recomendaciones y objetivos para programas encaminados a satisfacer las necesidades ya identificadas de capacitación y educación.

SUMARIO

En resumen, Costa Rica le presenta una excelente oportunidad a la CPHA para trabajar con la asociación hermana local, ACOSAP, y fortalecer así

su magnífico desempeño en salud pública para Costa Rica. Considerando el compromiso de todos los involucrados es muy seguro que este proyecto se convertirá en un éxito asombroso.

Estamos muy agradecidos con el Ministerio de Salud, ACOSAP, y las muchas otras instituciones y asociaciones de Costa Rica que nos han brindado su apoyo, y desde luego, a la Agencia Canadiense Internacional de Desarrollo, la cual no solamente ha contribuido con su aporte económico a este proyecto, sino que también, a través de su personal en Ottawa y aquí en la Misión Canadiense nos ha brindado apoyo técnico y una muy bienvenida motivación.

ENVEJECIMIENTO Y PLANIFICACION

Dra. Adelina Brenes Blanco (*)

INTRODUCCION:

El desarrollo mundial de la ciencia y la tecnología, y la adopción en el país de las más modernas técnicas médicas, han sido los fenómenos más importantes que han provocado el aumento de la esperanza de vida al nacer en Costa Rica.

La transformación que ha ocurrido en la estructura de la pirámide poblacional del país, se puede apreciar en el rápido crecimiento de la población mayor de sesenta años. En 1983 se estimó en 141.000 personas (5.7% de la población total). Para el año 2000 y 2.026 se calcula en 262.000 y 719.000 personas que corresponden respectivamente, a un 7.3% y un 14.1% de la población total.

Los cambios en la estructura por edades de la población tiene muchas implicaciones en el desarrollo económico y social de un país. El diseño de estrategias y políticas adecuadas para responder a esos cambios presupone el conocimiento de las interrelaciones entre el desarrollo económico y social y los cambios en las variables demográficas.

Lo anteriormente expuesto, ha ocasionado que al igual que en otros países del mundo nos preocupemos por el fenómeno del envejecimiento, así como de su planificación.

Para atender las necesidades de la población anciana, el Estado y la Sociedad costarricense han creado y desarrollado diferentes instituciones y programas, los que han intervenido en ese campo de una manera poco articulada y con enfoques y criterios parciales del problema.

OBJETIVOS:

Presentar una información demográfica actualizada, que nos permita analizar claramente la magnitud de los problemas y de la situación en que se encuentran los ancianos, así como sus implicaciones presente y futuras.

Secretaría Técnica de la Tercera Edad. (*)

- Exponer los cambios de enfoque, que se han producido en la formulación de políticas, para atender a este grupo etario.
- Conocer el modelo nacional, así como la fase en que se encuentra.

METODOLOGIA:

La metodología utilizada en esta primera fase ha consistido, en la integración y especialización de un grupo de técnicos multidisciplinarios que trabajen en el campo; y la elaboración y puesta en marcha de un plan intersectorial, que básicamente se apoya, en la integración de los planes, proyectos y programas, que las instituciones del Sector Público dirigen a los ancianos.

RESULTADOS:

El grupo de técnicos tiene un año de haberse instalado y de trabajar conjuntamente, los resultados han sido muy alentadores. En el Plan intersectorial se coordinarán los programas dirigidos a los senescentes de los Ministerios de Educación, Trabajo y Seguridad Social, Cultura, Juventud y Deportes, Salud, Planificación y Política Económica, y las Presidencias Ejecutivas del Instituto Mixto de Ayuda Social y la Caja Costarricense de Seguro Social, por medio del Consejo Nacional de Tercera Edad y su Secretaría Técnica, establecidos según el Decreto Ejecutivo 15076 PLAN-S del 5 de enero de 1984, y cuya función principal es la de dictar políticas y hacer que se cumpla lo estipulado en el campo, en el Plan Nacional de Desarrollo. "Volvamos a la Tierra" 1982-1986.

CONCLUSION:

El envejecimiento es un fenómeno humano que exige una inmediata atención. Hasta hace muy poco, las personas tenían la posibilidad de llegar a envejecer, hay cada vez más gente que llega a vieja.

Los cambios de orden demográfico, social, cultural, económico y político han impuesto la obligación de desarrollar nuevas maneras de atender a los ancianos y de prever algunos otros.

RECOMENDACIONES

La solución a estos problemas exige entre otros, muchos e importantes casos, una nueva planificación que contemple cambios en las estructuras humanas de nuestra sociedad, mucho más allá de las líneas políticas actuales, los cuales han estado ausentes desde el principio en nuestros programas.

GENESIS Y EVOLUCION DE LA TEORIA
IMUNOLOGICA DEL ENVEJECIMIENTO

Dr. Alfonso Trejos W (*)

En 1928, el Dr. Clodomiro Picado Twidth, a los 41 años de edad, publica un artículo en Repertorio Americano que titula Inmunización contra la Vejez; es el primero de una serie de trabajos experimentales sobre aspectos del envejecimiento: Propiedades Anticénicas de la Sangre de Viejo, Efectos diferentes producidos por Suero de Joven y Suero de Viejo, Prolongación de la vida de la Mariposa de Seda, Isoprecipitina Experimentalés de Joven contra Viejo y otros más que son el origen de su hipótesis sobre los mecanismos que intervienen en el proceso de envejecimiento.

En la publicación Titres et Travaux Scientifique (1910-1933) de Clodomiro Picado editada en París en 1934, refiere que todos los autores que han hecho investigaciones con el propósito de combatir la senectud se han esfizerado en rejuvenecer. Y continúa: "Yo me he planteado el problema de otra manera: Si consideramos la senectud como una enfermedad en su conjunto, ¿no podríamos vacunar los animales jóvenes contra la senectud?. Luego señala cómo, en sus investigaciones que datan ya de seis años, ha podido probar que los sueros de niño y de hombre viejo se comportan como antígenos heterólogos e inmunizando con ellos animales ha obtenido hetero precipitinas anti hombre electivas para la salud del donador del suero. Refiere también que ha podido poner en evidencia la formación de isoanticuerpos de vejez.

Así, sus estudios de los sueros de animales de diversas edades lo llevan a la demostración, por primera vez en la historia de la inmunología, de la existencia de anticuerpos anti-glándulas endocrinas y a considerar, entre las causas del envejecimiento de esas glándulas, a los fenómenos de inmunidad. Es decir que los "antígenos de origen endógeno" provocan la formación de anticuerpos por "auto-inmunización tisular". Esto aparece en una comunicación de Picado presentada por Weinberg en la Sesión del 11 de enero de 1936 de la Societé de Biologie de París y publicada en la página 121 del tomo CXXI de ese mismo año. Esta es, que sepamos, la primera vez que aparece en la literatura científica mundial el concepto de autoanticuerpos. En otra comunicación a la sesión del 8 de febrero de 1936 y publicada en el mismo tomo en la página 528, se refiere ya a "Autoprecipitina" y anuncia que los estudios serológicos e histológicos comparativos que está llevando a cabo en colaboración con el patólogo Rotter sobre las disfunciones y el envejecimiento de las glándulas endócrinas, plantean el estudio de la senectud en el terreno de la inmunología experimental.

Luego, Picado continuó con una serie de trabajos en los cuales fue desarrollando su teoría inmunológica del envejecimiento debida a la

(*) Universidad de Costa Rica

producción de autoanticuerpos lo que culminó con la publicación, en 1937, de su Libro Vacunación contra la Senectud Precoz, editado en París en lengua francesa.

En una síntesis de gran envergadura titulada la Repulsión Suprema Ley y que Picado llama "Ensayo de Biología Comparada" pero que realmente es la exposición de su credo filosófico, aparecido en la Revista Médica de Costa Rica, en Febrero de 1939, refiere "nuevas adquisiciones" que vienen a reforzar su "...concepción general de nuestra inmunización por antígenos endógenos que conduce al debilitamiento y atrofia de nuestros principales sistemas", y que él concibe "...la formación de autoanticuerpos extendiéndose también a los tejidos no hormonales y dando así cabida en el concepto de endoantígenos a los órganos más diversos"

Tres lustros más tarde, a propósito del Congreso Francés de Medicina de 1955, Voisin publica un estudio crítico, clínico y experimental de los autoanticuerpos citotóxicos con 146 referencias bibliográficas entre las cuales no aparece ninguno de los trabajos de Picado.

Los años pasan y se van perfilando nuevos conocimientos sobre la etiopatogenia de las enfermedades autoinmunes hasta que nuevamente se habla de la posible influencia de los autoanticuerpos en el proceso de envejecimiento. En un trabajo que publica en Lancet en 1970, y que titula "Un enfoque inmunológico del envejecimiento", Bournet relata: "La posibilidad de que el envejecimiento estuviera directamente relacionado a procesos de autoinmunidad fue, creo yo, planteado por primera vez en una discusión sobre autoinmunidad publicada hace como diez años". Da la referencia bibliográfica de su trabajo aparecido en el British Medical Journal de octubre de 1959, titulado "Auto Immune disease. II Pathology of the immune response". En la década de 1960 se incrementa la hoy muy voluminosa bibliografía sobre el envejecimiento y el sistema inmunocompetente y en 1969 sale el libro de Roy Walford, Profesor de patología de la Escuela de Medicina de la Universidad de California en Los Angeles, titulado "La teoría inmunológica del envejecimiento". En esta obra propone que el envejecimiento no es primariamente un proceso de desgaste pasivo de los sistemas, sino un proceso activo de autodestrucción mediado por el sistema inmune y que se parece a la reacción crónica injerto versus huésped.

Hoy sabemos que durante el envejecimiento hay un severo declinio de las respuestas del sistema inmunocompetente a las agresiones externas, acompañado de un aumento de las respuestas contra antígenos del propio ser o sea, incremento de la producción de autoanticuerpos. Los estudios recientes ponen de manifiesto que el deterioro de la función de los linfocitos T es, probablemente, el cambio más importante del sistema inmune, relacionado con el envejecimiento.

Picado no vivió suficiente para ver sus hipótesis redescubiertas y sus experiencias reconfirmadas muchos años más tarde. Pero aún hay más. Sus experiencias de vacunación contra la senectud precoz mediante la inyección de suero de viejo, rico en autoanticuerpos, a individuos jóvenes para provocar en ellos la formación de ANTI-AUTO-ANTICUERPOS, aún no ha sido repetidas. Estas son algunas de las experiencias que nos proponemos realizar en el futuro próximo, con el fin de saber si se puede cumplir aquella situación que vislumbra Clorito de que los más viejos podrían asflegar, en favor de las generaciones jóvenes, no sólo el fruto de su experiencia traducida en buenos consejos, sino en forma de un poco de su sangre, otra experiencia ignorada por nosotros: la experiencia que ha ganado nuestro cuerpo al superar los diversos ciclos endocrinológicos y su regulación por nuestro soma.

Dr. Porfirio Valverde M (*)

OBJETIVO

Al presentar el porcentaje de muestras fecales humanas positivas por Parasitismo Intestinal, detectado por el Sistema de Laboratorio de Salud, del Ministerio de Salud en Costa Rica, desde 1974 a 1984, desglosado por cada uno de las cinco Regiones de Salud y a Nivel Nacional, contribuimos a establecer, como objetivo, la evolución de la prevalencia del Parasitismo Intestinal y Humano en el país, así como en cada Región de Salud, anualmente, durante el período 1974-1984, con una casuística de más de 100.000 muestras fecales, promedio anuales.

MÉTODOS:

El Parasitismo Intestinal Humano, se detecta, usual y diariamente, en la gran mayoría de los casos por Métodos Coproparasitológicos Directos con tres muestras: Una gruesa, para investigar Helminthos; una Diluida en Solución Salina para investigar Protozoarios y una muestra en Solución Lugol, para diferenciación. Pocos laboratorios han sustituido la muestra gruesa por el Método de Kato. Las muestras negativas en un altísimo porcentaje, son sometidas a Métodos de Concentración de Eter-Formol de Richtie y/o Método de Concentración de Faust, ambos incluyen la centrifugación de la muestra.

RESULTADOS:

Tabulados, sumados y analizados los informes mensuales de cada uno de los cincuenta laboratorios distribuidos en las cinco Regiones de Salud, nos muestran los porcentajes que se presentan en cuadros por aparte.

La Región Central pasa de un 84,37% de muestras positivas en 1974 a un 64,12% en 1984, con una mejoría de un 20,25%.

La Región Huetar Norte pasa de un 84,30% de muestras positivas en 1974 a un 57,37% en 1984, con una mejoría del 26,93%.

La Región Chorotega de un 84,92% en 1974 a un 54,20% en 1984, con una mejoría del 30,72%.

La Región Huetar Atlántica de un 87,95% en 1974 a un 70,97% en 1984, con una mejoría de 16,98%.

La Región Brunca de un 93,74% en 1974 a un 55,21% en 1984, con una mejoría del 38,53%.

(*) Ministerio de Salud

PRIORIDADES ESTABLECIDAS DURANTE EL PERIODO 1974-1984

PRIORIDAD I: Parasitismo Intestinal

PARASITISMO INTESTINAL - COSTA RICA - 1974-1984

PORCENTAJE DE MUESTRAS POSITIVAS POR REGIONES DE SALUD Y TODO EL PAIS

<u>AÑOS</u>	<u>R E G I O N E S D E S A L U D</u>					
	<u>CENTRAL</u>	<u>HUETAR NORTE</u>	<u>CHOROTEGA</u>	<u>HUETAR ATLANTICA</u>	<u>BRUNCA</u>	<u>TODO EL PAIS</u>
1974	84,37	84,30	84,92	87,95	93,74	85,13
1975	83,41	88,04	82,78	91,91	88,85	85,91
1976	82,80	86,70	83,60	88,80	82,60	84,90
1977	83,30	83,20	85,40	83,60	74,00	82,80
1978	78,00	78,00	89,40	75,90	75,50	78,60
1979	75,40	79,10	72,80	82,60	70,90	76,60
1980	69,90	67,60	64,50	78,10	57,80	68,80
1981	68,55	62,79	68,17	72,55	52,68	66,51
1982	65,48	60,97	65,66	67,21	53,72	63,98
1983	65,96	59,51	63,73	71,06	58,58	64,38
1984	64,12	57,37	54,20	70,97	55,21	60,67

A Nivel Nacional el Parasitismo Intestinal, pasa de 85,18% a un 60,67%, con una mejora del 24,51%. O sea que disminuimos el Parasitismo en 145.100 por cada millón de habitantes.

PERSPECTIVAS ACTUALES Y FUTURAS

Si bien, en la actualidad, las mejoras obtenidas con la Vigilancia Epidemiológica del Parasitismo Intestinal, incrementando las acciones de prevención y control en Salud Pública, con medidas de Saneamiento Ambiental como: Aumento de los Sistemas de Agua Potable, Alcantarillados Sanitarios y otros métodos de disposición de excretas y de basura, Control de Alimentos, etc. acompañados de acciones como Educación para la Salud, Desparasitación, Atención Primaria, etc., queda un promedio Nacional de un 60,67% de muestras fecales positivas. Si en 1974 cabía esperar 851.800 parasitados en cada millón de habitantes, ahora en 1984, cabe esperar 606,700 parasitados en cada millón, entre niños, escolares, estudiantes y trabajadores adultos, que ven disminuidas su salud y su rendimiento intelectual y laboral, que aún deben merecer nuestra máxima atención, para disminuir tales tasas de infestación a porcentajes menores. La meta podría ser: Disminuir en un 30% el porcentaje actual de 60,67% para llegar a niveles de 30% de muestras en los próximos 10 años, y esperar solo 300.000 parasitados por cada millón de habitantes.

II PARASITOSIS INTESTINALES EN COSTA RICA 1974 -1984

Dr. Porfirio Valverde M (*)

OBJETIVO:

Al presentar el porcentaje de positividad por cada una de las siete parasitosis intestinales patógenas, detectadas por el Sistema de Laboratorios de Salud del Ministerio de Salud en Costa Rica, desde 1974 a 1984 a Nivel Nacional, contribuimos a establecer como objetivo, la evolución de la prevalencia Nacional de la Trichocephalosis, la Ascariasis, la Necatoriasis o Ancylostomiasis, la Strongyloidiasis, la Lambliasis o Giardiasis, la Entamoebiasis histolytica y la Hymenolepiasos nana, durante el período señalado, con una casuística de más de 100.000 muestras promedio anuales.

METODOS:

Las anteriores parasitosis se detectan, usual y diariamente, por Métodos Coproparasitológicos Directos: Muestra gruesa para Helminthos, Diluida en Solución Salina para Protozoarios y en Solución Lugol, para diferenciación. Pocos laboratorios utilizan el Kato. Las muestras negativas se investigan por Métodos de Concentración de Eter-Formol de Richtie y/o Concentración de Daust, ambos con centrifugación

RESULTADOS:

El porcentaje de prevalencia de cada una de las siete parasitosis intestinales señaladas se dan en cuadro aparte, así como su evolución de 1974 a 1984.

La mayor de ellas, durante años, era la Trichocephalosis que pasó, espectacularmente, de 39,66% en 1974 a sólo 7,58% en 1984, con una mejoría de un 31,08%, disminuyendo en más de 5 veces.

La que ocupaba el segundo lugar, era la Ascariasis que pasó, también en forma espectacular, de un 21,57% a sólo un 6,97%, con una mejora de un 14,60%, de 1974 a 1984, disminuyendo tres veces.

La Necatoriasis o Ancylostomiasis, pasó de un 8,49% en 1974 a un 1,33% en 1984, con una mejoría de un 7,16%, que también es espectacular; disminuyendo en más de seis veces.

La Strongyloidiasis pasa de un 1,43% en 1974 a un 0,36% en 1984, mejorando en un 1,07%, con una disminución de cuatro (4) veces.

(*) Ministerio de Salud

La Lambliasis o Giardiasis, pasa a ocupar desde 1980 hasta ahora el primer lugar de las parasitosis intestinales, con un 19,77% en 1974, sube a un 26,23% para bajar luego, a un 21,24%. En realidad se establece una meseta de prevalencia entre el 20 y el 26% dentro del período, y es uno de los problemas de Salud para resolver.

La Entamoebiasis hystolítica pasa de un 11,03% en 1974 a un 6,60% en 1984, con una mejoría de un 4,43% disminuyendo casi a la mitad.

La Hymenolepiasos nana, pasa de un 2,37% en 1974 a un 0,89% en 1984 mejorando en un 1,48% disminuyendo casi a un tercio o sea tres (30 veces).

PERSPECTIVAS ACTUALES Y FUTURAS:

Las medidas de prevención, tratamiento y control, efectuadas en el último decenio, así como la introducción de nuevos Fármacos más efectivos y prácticos, han sido efectivas en seis de las parasitosis intestinales estudiadas, con excepción de la Lambliasis o Giardiasis que se presenta entre un cuarto y un quinto de la población, problema de Salud Pública que debemos resolver. Puede establecerse como meta futura el llegar a prevalencias menores del 5% en el resto de las parasitosis, con un mantenimiento hacia la disminución, sostenido por debajo de ese porcentaje, para disminuir en forma eficaz la población reservorio, infectada e infectante.

PRIORIDADES ESTABLECIDAS DURANTE EL PERIODO 1974-1984

PRIORIDAD I: Parasitismo Intestinal

PARASITISMO INTESTINAL - COSTA RICA
PORCENTAJE DE FRECUENCIA 1974 - 1984

AÑOS	TRICHOCEPHALOSIS	ASCARIASIS	NECATORIASIS O ANCYLOSTOMIASIS	STRONGYLOIDIASIS	LAMBELIASIS O GIARDIASIS	ENTAMOEBIASIS HISTOLYTICA	HYMENOLEPIASIS NANA
1974	39,66	21,57	8,49	1,43	19,77	11,03	2,37
1975	39,62	20,62	5,84	2,30	23,94	9,28	3,40
1976	42,37	21,61	5,83	2,59	24,85	9,03	3,73
1977	39,16	18,99	4,00	1,57	25,53	7,84	2,60
1978	32,31	14,26	3,25	0,94	26,23	8,95	2,25
1979	28,90	11,26	2,72	0,74	23,51	8,81	1,89
1980	22,26	9,98	2,43	0,85	22,46	7,51	1,65
1981	16,34	9,07	1,97	0,34	23,65	6,64	1,46
1982	11,73	9,36	1,71	0,37	23,25	6,18	1,19
1983	9,56	8,28	1,58	0,36	23,17	7,24	1,15
1984	7,58	6,97	1,33	0,36	21,24	6,60	0,89

III: PARASITOSIS INTESTINALES EN COSTA RICA
DE LAS HELMINTIASIS A LAS PROTOZOOSIS, 1915-1984

Prof. Dr. Porfirio Valverde M

- 1915-1937. De la Necatoriasis (Ancylostomiasis) a la Ascariasis.
- 1938-1974. De la Ascariasis a la Trichocephalosis.
- 1975-1980. De la Trichocephalosis a la Lambliasis (Giardiasis)
- 1984- ? De la Lambliasis a la Entamoebiasis hystolítica

OBJETIVO: Contribución al conocimiento de la evolución histórica de las Parasitosis Intestinales Patógenas en Costa Rica de 1915 a 1984, para la determinación, como objetivo, de los agentes etiológicos de mayor prevalencia, sus consecuencias y cambios necesarios en los métodos de Lucha Antiparasitaria, así como el establecimiento de nuevas metas y procedimientos.

Metodología: Al presentar un cuadro estadístico de los porcentajes de las Parasitosis Intestinales Patógenas en Costa Rica, desde 1915 a 1984, se propone como método, el estudio y comparación de los cambios de la estructura de la prevalencia de las diferentes Parasitosis Intestinales, observando los cinco agentes etiológicos de mayor frecuencia en relación a los siete Parásitos Patógenos observados durante el período señalado.

Resultados:

1) Necatoriasis: Desde el siglo pasado hasta 1954, la Necatoriasis (Ancylostomiasis) hace estragos en más del 50% de la población examinada, ocupando el primero, segundo y tercer lugar en prevalencia, de 1915 a 1938-1954. A principios de siglo se reportan dos muertos diarios por Parasitismo Intestinal, especialmente por Ucinariasis, que en 1894 había diagnosticado el Dr. Carlos Durán. Aún en los años treinta y cuarenta, era común observar, diariamente gente descalza, especialmente en niños y campesinos, desde fines de la década del cincuenta (1957) hasta mediados de la década del sesenta (1964) al rededor de un quinto de la población examinada padecía de Necatoriasis, manteniéndose el Parasitismo Intestinal total en más del 85% de muestras positivas con una casuística de alrededor de 100.000 muestras promedio anuales. No es hasta 1974, y de ahí en adelante, en que la Necatoriasis en quinto lugar de prevalencia, con porcentajes que van desde 8.49 en 1974 a 1,33 en 1984. En el momento en que menos del 1% estén parasitados, sería menos de 10.000 costarricenses por cada millón los que sufran de Necatoriasis; sería menos de 25.000 de la población total de 2 y 1/2 millones de habitantes, un reservorio relativamente pequeño, siendo posible su erradicación, en el tanto se ejerza la Vigilancia Epidemiológica correspondiente y se generalice el calzado a la par de una correcta disposición de excretas.

2) Ascariasis: Desde el siglo pasado ocupando el tercer y segundo lugar de prevalencia, hasta 1937 en que ocupa el primer lugar con 76,3% y de ahí hasta 1957 con un 45.05%, en segundo lugar, la Ascariasis hace estragos en más del 40% de la población. Desde esa fecha hasta 1974 se mantiene en segundo lugar de prevalencia, parasitando un poco más de un quinto de la población. Aún en los años cuarenta y cincuenta y más esporádicamente en los sesenta y setenta los ataques de lombrices para la llena de marzo.

No es hasta 1980 en adelante, en que la Ascariasis se presenta en menos del 10% de la población examinada, con una casuística de alrededor de 100.000 muestras anuales, y con un parasitismo total de más de 60%. Aún en 1984 alrededor de 70.000 costarricenses por cada millón de habitantes, cabe esperar que padezcan de Ascariasis a 175.000 de la población total, por lo cual su Vigilancia Epidemiológica es aún de atención prioritaria en Salud Pública. Continuando con las medidas de Saneamiento del Medio, Educación para la Salud y control de los parasitados, con Fármacos muy eficaces como los usados hoy en día, cabe esperar porcentajes menores del 5% en el próximo quinquenio, para llegar luego a niveles de erradicación.

3) Trichocephalosis: Desde el siglo pasado hasta 1964, más del 40% de la población padece de Trichocephalosis. En 1938 alcanza el 99.8% y aún en 1974 el 57% de la población de la Región Huetar Atlántica la poseía. Desde 1938 hasta 1978 fue la primera causa de parasitismo intestinal. No es hasta 1983-84 en que los porcentajes caen a menos del 10%, siendo ahora la segunda causa de prevalencia, que la padecen 75.800 por cada millón de habitantes, constituyendo aún un reservorio alta que cabe esperar en alrededor de 190.000 habitantes de la población total. Con medidas similares a las utilizadas para combatir la Ascariasis, con fármacos de doble propósito, podemos llegar a porcentajes menores del 5% en el próximo quinquenio, y aspirar aún a niveles de erradicación antes del año 2000.

4) Lambliasis: La Lambliasis o Giardiasis que ocupó entre el quinto y cuarto lugar de prevalencia antes de 1957 con porcentajes menores del 10%, en los años sesenta y setenta se incrementa por sobre dicho porcentaje subiendo, a partir de 1975 a cifras superiores al 20%, alcanzando un pico máximo del 26.23% en 1978 con una casuística de más 90.000 muestras examinadas. De ahí baja a un 21.24% en 1984. Desde 1975 a 1979 ocupa la segunda causa, y a partir de 1980 es la primera causa de parasitosis intestinal patógena. Cabe esperar 212.400 parasitados por cada millón entre niños, principalmente, y adultos. Es todo un problema de Salud Pública que debemos resolver con medidas más eficaces, ya que la padecen más de medio millón de habitantes de la población general, principalmente niños preescolares y escolares. Es toda una campaña contra la Lambliasis lo que necesitamos, haciendo incapié, además del tratamiento y control, en la Educación para la Salud dentro de la familia, CEN, CINAI, Centros Preescolares y Escolares, teniendo como ejes principales los Centros de Salud. La única manera de bajar los porcentajes prevalentes, que

sobrepasan la quinta parte de la población, es logrando una mayor higiene personal, particularmente en la relación familiar entre niños y entre éstos y los adultos.

5) Entamoebiasis histolytica: Con un 15.2% en los años cuarentas, en cuarto lugar de prevalencia pasa alrededor del 7% en los años cincuentas en quinto lugar; sube al 11.03 en 1974, para ir bajando hasta llegar al 6.60% en 1984, manteniéndose en cuarto lugar general de las Parasitosis intestinales Patógenas y en segundo lugar de las Protozoosis Patógenas. Siendo la Amibiasis histolytica una de las parasitosis más patógenas ya que invade a través del intestino, otros tejidos y órganos distantes como el hígado, pulmones, pleura y aún cerebro, sigue siendo un problema de Salud Pública muchas veces desapercibido y mal diagnosticado, que cabe esperar en 66.000 habitantes por cada millón o sea en 330.000 de la población general. A medida que bajen los porcentajes de la Lambliasis, la Amibiasis histolytica puede llegar a ser la primera causa entre las Protozoosis.

Perspectivas futuras:

Si la Trichocephalosis en un 7,58% y la Ascariasis en 6,97% en 1984, siguen bajando al ritmo que se ha logrado en los últimos cuatro años, caerán a porcentajes mucho menores del 5%, haciendo sobresalir a la Amibiasis histolytica, como segunda causa, ya que su ritmo de disminución es menor que el de la Ascariasis y la Trichocephalosis. Si logramos tomar medidas realmente eficaces para combatir la Lambliasis, hoy por hoy, primera causa de parasitosis intestinal, podría esperarse que la Amibiasis llegue a ocupar el primer lugar, salvo que se apliquen fármacos existentes con el doble propósito de combatir la Lambliasis y la Amibiasis histolytica, cuando son concomitantes. La Strongyloidiasis y la Hymenolepiasis nana han alcanzado porcentajes menores al 1%, que al ritmo de disminución que se observa en el quinquenio 1980-1984, cabe esperar niveles de erradicación en el próximo quinquenio.

Debemos continuar con las medidas probadas, como eficaces, para combatir las Helmintiasis estudiadas y lograrlas llevar a niveles de erradicación dotando de agua potable controlada y alcantarillados sanitarios o buena disposición de excretas, a más del 95% de la población, tanto urbana como rural; igualmente, logrando la universalización del calzado.

III: PARASITOSIS INTESTINALES EN COSTA RICA, DE LAS HELMINTIASIS A LAS
PROTOZOOSIS
1915 - 1984

1915-1937. De la Necatoriasis (Ancylostomiasis) a la Ascariasis.

1938-1974. De la Ascariasis a la Trichocephalosis.

1975-1980. De la Trichocephalosis a la Lambliasis (Giardiasis)

1984- ? De la Lambliasis a la Entamoebiasis hystolítica.

AÑOS	TRICHOCEPHALOSIS	ASCARIASIS	NECATORIASIS O ANCYLOSTOMIASIS	STRONGILOIDIASIS	LAMELIASIS O GIARDIASIS	ENTAMOEBIASIS HISTOLYTICA	HYMENOLEPIASIS NANA	PORCENTAJE DE MUESTRAS POSI TIVAS	REFERENCIAS
1915	43,00	33,00	50,00	1,00	-----	-----	-----	76,42	Dr. Viquez. H.S.J de Dios. en 33.500 mues
1937	52,00	76,30	68,90	4,00	-----	---	13,00	97,30	Fomoselle B y Brenes 1937
1938	99,80	71,00	65,00	7,60	-----	-----	3,00	99,80	Dr. Amador Guevara, 1938
1946	72,00	54,30	43,50	8,70	13,00 Fl,yCi	15,20	4,30 T.sp	-----	Stilff W.D. y Echan- di R.I.A. 1946.
1950	64,98	17,05	11,76	1,50	3,42	7,10	5,16	91,58	Dirección Labs. Salu- 1950 en 31.815 mues.
1953	62,01	38,70	27,20	7,40	-----	-----	-----	-----	Lizano, C. y De Abato J. en 11.073 muestras 1953
1954	90,00	65,50	51,50	-----	-----	-----	7,00	-----	Ruiz, A. y Lizano, C. 1954.
1957	61,21	45,05	21,41	2,63	8,26	7,30	3,33	91,83	Dirección Labs. Salu- 1957, en 119,443 mues
1964	46,46	28,79	17,48	1,99	17,19	9,28	4,09	85,72	Dirección Labs. Salu- 1964 en 87.439 mues.
1974	39,66	21,57	8,49	1,43	19,77	11,03	2,37	85,18	Dirección Labs. Salu- 1974 en 56.822 mues.
1975	39,62	20,73	5,84	2,30	23,94	9,28	3,40	85,91	Dirección Labs. Salu- 1975 en 56.250 mues.
1978	32,31	14,26	3,25	0,94	26,23	8,95	2,25	78,58	Dirección Labs. Salu- 1978 en 91.928 mues.

AÑOS	TRICHOCEPHALOSIS	ASCARIASIS	STRONGYLOIDIASIS	LAMELLIASIS O GIARDIASIS	ENTAMOEBIASIS HISTOLYTICA	HYMENOLEPIASIS NANA	PORCENTAJE DE MUESTRA POSITIVAS	REFERENCIAS	
1980	22,26	9,98	2,43	0,85	22,46	7,51	1,65	68,83	Dirección Labs. Salud, 1980 en 88,652 mues.
1981	16,34	9,07	1,97	0,34	23,65	6,64	1,46	66,51	Dirección Labs. Salud 1981 en 97,983 mues.
1982	11,73	9,36	1,71	0,37	23,25	6,18	1,19	63,98	Dirección Labs. Salud 1982 en 99,206 mue. st.
1983	9,56	8,28	1,58	0,36	23,17	7,24	1,15	64,38	Dirección Labs. Salud 1983 en 108.929 mue. st.
1984	7,58	6,97	1,33	0,36	21,24	6,60	0,89	60.67	Dirección Labs. Salud 1984 en 119,143 mue. st.

POSIBLE ERRADICACION DE HELMINTOS INTESTINALES EN COSTA RICA

Leonardo Mata
Francisco Hernández
Vekho Pardo
Marietta Visconti
Marcela Vives

RESUMEN

En 1956 y 1967 uno de los autores (L.Mata) coordinó las encuestas sobre parasitismo intestinal en Centro América, ejecutadas por el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá en colaboración con los Gobiernos de los países centroamericanos. Las encuestas consistieron en la selección aleatoria de varias comunidades rurales y una urbana en cada país, y dentro de ellas, de familias completas. En Costa Rica se seleccionaron 30 comunidades rurales y la ciudad de San José, y de la muestra de familias se recolectaron heces de personas para estudios cuantitativos por el método de Stoll. Los resultados, publicados en 1959 (INCAP-OIR, Evaluación Nutricional de Costa Rica) básicamente revelaron una alta prevalencia de helmintiasis intestinal, aunque no se encontraron muchas infecciones severas.

Con el fin de establecer posibles cambios en el parasitismo intestinal, a partir de 1966 que pudieron correlacionarse con las marcadas mejoras socioeconómicas del país, se realizó un estudio similar, tomando como base la Encuesta Nacional de Nutrición de 1982, dirigida por el Dr Carlos Díaz Amador. La muestra de 1982 fue, al igual que la de 1966, aleatoria. Los métodos de campo y de laboratorio en ambos estudios fueron básicamente los mismos, pero el examen de las muestras de heces en 1982 fue realizado por profesionales microbiólogos, mientras que en 1966 la mayor parte del trabajo estuvo a cargo de técnicos de laboratorio sin grado universitario.

La comparación de las dos encuestas reveló una marcada reducción en el nivel de parasitismo de todas las especies investigadas (Ascaris lumbricoides, Trichuris trichiura, uncinarias e Hymenolepis nana) tanto en las áreas urbanas como rurales. Los cambios fueron tan drásticos que en varios grupos etarios examinados en 1982 del todo no se detectaron algunas de las especies de helmintos. Por otro lado, la frecuencia de infecciones moderadas y leves también había disminuido en forma significativa en 1982 en comparación con 1966. Cuadro 1. Con respecto a la altitud, las helmintiasis intestinales prácticamente había desaparecido en 1982 en todas las localidades situadas a 1500 metros o más sobre el nivel del mar.

Instituto de Investigaciones en Salud (INJSA)
Ministerio de Salud

CUADRO 1

REDUCCION EN PREVALENCIA DE HELMINTIASIS INTESTINALES
EN UN LAPSO DE 16 AÑOS, COSTA RICA

Huevecillos por grama de heces	Edad, años					
	< 1			5-9		
	1966	1982	% Δ	1966	1982	% Δ
<u>Ascaris</u>						
100-900	4.1	3.1	-24	13.4	3.2	-76
1,000-9,900	6.1	0	-100	23	6.5	-71
10,000-49,000	1.2	0	-100	6.8	0	-100
50,000+	0	0		1.7	0	-100
<u>Trichuris</u>						
100-900	8.2	3.1	-62	48.6	16.1	-67
1,000-1,900	2	0	-100	10.8	0	-100
2,000-4,900	0	0		6.2	0	-100
5,000+	0	0		3.4	0	-100
<u>Uncinaria</u>						
100-900	6.1	0	-100	15.3	0	-100
1,000-9-900	0	0	-100	1.4	0	-100
10,000+	0	0		0.9	0	-100

La única explicación de los dramáticos cambios ocurridos en el país en un lapso de sólo 16 años es la interacción entre mejoras en la educación, en el saneamiento ambiental, la higiene personal (disposición de excretas, uso de zapatos y empleo de jabón) y el tratamiento sistemático de la población parasitada en los establecimientos de salud y por automedicación. Si las medidas que indujeron los cambios se mantuviesen o aún mejorasen en el futuro inmediato podría esperarse que para 1990 prácticamente no se detectarían infecciones por Ascaris y Trichuris en la población general, aunque podrían persistir focos de uncinarias en poblaciones indígenas que no hayan adoptado el calzado.

INCAP-OIR Evaluación Nutricional de Centro América y Panamá, Costa Rica.
INCAP, OMS/OPS, Guatemala, 1969

Mata, L. Pardo, V., Hernández, F., et al. Cambios en la prevalencia de helmintos intestinales en Costa Rica, 1966-1982. Control y Erradicación de Enfermedades Infecciosas, OPS, Washington, 1985 en prensa.

VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE LAS ANEMIAS EN COSTA RICA

1976 - 1984

Dr. Porfirio Valverde (*)

OBJETIVO:

Al presentar el porcentaje de valores bajo lo normal de tres parámetros Hematológicos: Eritrocitos, Hematocrito y Hemoglobina, detectados por el Sistema de Laboratorios de Salud del Ministerio de Salud, en Costa Rica, desde 1976 a 1984, contribuimos a establecer, como objetivo, un método de Vigilancia Epidemiológica de las anemias, como indicadores de desnutrición, con una casuística de más de 100.000 muestras anuales promedio de Hematocrito y de Hemoglobina por usuario del Sistema de Laboratorios de Salud Pública.

Métodos:

Las determinaciones de Eritrocitos, Hematocrito y Hemoglobina, se efectúan por los métodos usuales en los Laboratorios de Salud: Recuento de Eritrocitos por mm^3 , por dilución con pipetas para Eritrocitos en solución de Hayem, conteo al microscopio utilizando cámaras cuenta glóbulos o hemacitómetros con retículo mejorado de Neubauer; el Microhematocrito por centrifugación de la muestra, durante cinco (5) minutos en centrífugas para el efecto; y la Hemoglobina, por determinación fotométrica o espectrofotométrica, utilizando el reactivo de Drabkin (Cianmetahemoglobina) para dilución y calibración contra un patrón de concentración conocida o hemolizado estable.

Las normales establecidas por experimentación anterior, y que hemos venido comprobando en el Sistema de LABORATORIOS DE Salud, son las siguientes:

ERITROCITOS: Hombres: Promedio, 4,8 millones/ mm^3 \pm 0,6 (N: 4,2-4,8-5,4)
Mujeres: Promedio, 4,5 millones/ mm^3 \pm 0,6 (N: 3,9-4,5-5,1)
Niños: Promedio, 4,3 millones/ m^3 \pm 0,6. (N: 3,7-4,3-4,9)

HEMATOCRITO: Hombres: X = 45+ 6ml/dl (Mín 39% Media: 45% Máx, 51%)
Mujeres: X = 42+ 6ml/dl (Mín 36% Media: 42% Máx, 48%)
Niños X = 40+ 6ml/dl (Mín 34% Media: 40% Máx, 46%)

HEMOGLOBINA: Hombres: X = 15,5 + 2g/dl (" 13,5 Media 15,5 Máx 17,5)
Mujeres: X = 14,5 + 2g/dl (" 12,5 Media 14,5 Máx 16,5)
Niños: X = 12,0 + 2g/dl (" 10,0 Media 12,0 Máx 14,0)

En resumen los valores bajo lo normal, registrados, son menores de 39% en Hematocrito y 13,5g/dl, en Hemoglobina, en los hombres. Menos de 36% y 12,5g/dl respectivamente en mujeres, y menos de 34% y 10g/dl en niños.

(*) Ministerio de Salud.

PRIORIDADES ESTABLECIDAS DURANTE EL PERIODO 1976 - 1984

PRIORIDAD II: Desnutrición

CORRELACION DE TRES PARAMETROS HEMATOLOGICOS INDICADORES DE DESNUTRICION:

- a) Deficiencia de Eritrocitos.
- b) Deficiencia de Hematocrito.
- c) Deficiencia de la Hemoglobina.

PORCENTAJE DE VALORES HEMATOLOGICOS BAJO LO NORMAL
(Anemias)

COSTA RICA 1976 - 1984

<u>AÑOS</u>	<u>ERITROCITOS</u>	<u>HEMATOCRITO</u>	<u>HEMOGLOBINA</u>
1976	37,69	32,18	35,78
1977	37,05	23,79	29,25
1978	32,84	19,54	22,79
1979	15,76	15,06	17,42
1980	7,74	13,46	15,32
1981	14,84	13,99	15,19
1982	7,57	15,31	17,82
1983	8,31	14,40	15,31
1984	12,86	15,62	17,49

RESULTADOS:

Los porcentajes de valores bajos en los tres (3) parámetros hematólogicos obtenidos anualmente, se tabulan en cuadro que se da por aparte con los gráficos correspondientes, durante el período 1976-1984.

El porcentaje de valores bajo lo normal en Eritrocitos de un 37,69% en 1976 disminuye a 12,86% en 1984.

El porcentaje de valores bajo lo normal en Hematocrito de un 32,18% en 1976 disminuye a un 15,62% en 1984, con una disminución máxima a 13,46% y 13,99% de valores bajos en 1980 y 1981.

El porcentaje de valores bajo lo normal en la Hemoglobina de un 35,78% en 1976 disminuye a un 17,49% en 1984, con una disminución máxima de 15,22% y 15,19% en los años 1980 y 1981, correlacionando muy bien con el Hematocrito.

Perspectivas actuales y futuras:

No hay duda de la disminución del porcentaje de los valores bajos de los tres (3) parámetros estudiados, del año 1976 a los años 1980-1981, concordantes con era de crecimiento y bonanza económica, así como el impacto de los Programas de Alimentación complementaria en los CEN, CINAI y Comedores Escolares.

Durante los años 1982 y 1984 hay un ligero aumento del porcentaje de valores bajo lo normal en los tres parámetros estudiados, acordes con la crisis económica que se inicia con las devaluaciones de nuestra moneda, la pérdida continuada del valor adquisitivo y la espiral inflacionaria que se deriva, así como el mayor costo de la canasta básica alimentaria, dándose, pues, un ligero aumento de porcentaje de valores bajos, a pesar de los enormes esfuerzos en prevención y atención de los usuarios de CEN, CINAI, Comedores Escolares, Puestos y Centros de Salud del país.

Si deseamos establecer como meta disminuir los porcentajes de valores bajo lo normal, de los tres (3) parámetros estudiados, a menos del 10% en los próximos cinco años, debemos extremar las acciones preventivas del caso así como las medidas individuales y sociales para una buena Vigilancia Epidemiológica de las anemias detectadas, no sólo con los tratamientos correspondientes, sino con la prevención con criterio de riesgo, iniciando tal prevención antes de que se establezca la anemia. Es decir, estableciendo los tratamientos preventivos cuando los hombres y mujeres adultas, así como los niños, tengan tales parámetros hematólogicos entre menos una y menos dos desviaciones standar de los promedios normales respectivos.

I PARASITISMO INTESTINAL EN COSTA RICA 1974 - 1984

Dr. Porfirio Valverde M (*)

OBJETIVO

Al presentar el porcentaje de muestras fecales humanas positivas por Parasitismo Intestinal, detectado por el Sistema de Laboratorio de Salud, del Ministerio de Salud en Costa Rica, desde 1974 a 1984, desglosado por cada uno de las cinco Regiones de Salud y a Nivel Nacional, contribuimos a establecer, como objetivo, la evolución de la prevalencia del Parasitismo Intestinal y Humano en el país, así como en cada Región de Salud, anualmente, durante el período 1974-1984, con una casuística de más de 100.000 muestras fecales, promedio anuales.

MÉTODOS:

El Parasitismo Intestinal Humano, se detecta, usual y diariamente, en la gran mayoría de los casos por Métodos Coproparasitológicos Directos con tres muestras: Una gruesa, para investigar Helminetos; una Dilu^{ti}da en Solución Salina para investigar Protozoarios y una muestra en Solu^{ti}ción Lugol, para diferenciación. Pocos laboratorios han sustituido la muestra gruesa por el Método de Kato. Las muestras negativas en un altísimo porcentaje, son sometidas a Métodos de Concentración de Eter-Formol de Richtie y/o Método de Concentración de Faust, ambos incluyen la centrifugación de la muestra.

RESULTADOS:

Tabulados, sumados y analizados los informes mensuales de cada uno de los cincuenta laboratorios distribuidos en las cinco Regiones de Salud, nos muestran los porcentajes que se presentan en cuadros por aparte.

La Región Central pasa de un 84,37% de muestras positivas en 1974 a un 64,12% en 1984, con una mejoría de un 20,25%.

La Región Huetar Norte pasa de un 84,30% de muestras positivas en 1974 a un 57,37% en 1984, con una mejoría del 26,93%.

La Región Choroteña de un 84,92% en 1974 a un 54,20% en 1984, con una mejoría del 30,72%.

La Región Huetar Atlántica de un 87,95% en 1974 a un 70,97% en 1984, con una mejoría de 16,98%.

La Región Brunca de un 93,74% en 1974 a un 55,21% en 1984, con una mejoría del 38,53%.

(*) Ministerio de Salud

PRIORIDADES ESTABLECIDAS DURANTE EL PERIODO 1974-1984

PRIORIDAD I: Parasitismo Intestinal

PARASITISMO INTESTINAL - COSTA RICA - 1974-1984

PORCENTAJE DE MUESTRAS POSITIVAS POR REGIONES DE SALUD Y TODO EL PAIS

<u>AÑOS</u>	<u>R E G I O N E S D E S A L U D</u>					
	<u>CENTRAL</u>	<u>HUETAR NORTE</u>	<u>CHOROTECA</u>	<u>HUETAR ATLANTICA</u>	<u>BRUNCA</u>	<u>TODO EL PAIS</u>
1974	84,37	84,30	84,92	87,95	93,74	85,18
1975	83,41	88,04	82,78	91,91	88,85	85,91
1976	82,80	86,70	83,60	88,80	82,60	84,90
1977	83,30	83,20	85,40	83,60	74,00	82,80
1978	78,00	78,00	89,40	75,90	75,50	78,60
1979	75,40	79,10	72,80	82,60	70,90	76,60
1980	69,90	67,60	64,50	78,10	57,80	68,80
1981	68,55	62,79	68,17	72,55	52,68	66,51
1982	65,48	60,97	65,66	67,21	53,72	63,98
1983	65,96	59,51	63,73	71,06	58,58	64,38
1984	64,12	57,37	54,20	70,97	55,21	60,67

A Nivel Nacional el Parasitismo Intestinal, pasa de 85,18% a un 60,67%, con una mejora del 24,51%. O sea que disminuimos el Parasitismo en 145.100 por cada millón de habitantes.

PERSPECTIVAS ACTUALES Y FUTURAS

Si bien, en la actualidad, las mejoras obtenidas con la Vigilancia Epidemiológica del Parasitismo Intestinal, incrementando las acciones de prevención y control en Salud Pública, con medidas de Saneamiento Ambiental como: Aumento de los Sistemas de Agua Potable, Alcantarillados Sanitarios y otros métodos de disposición de excretas y de basura, Control de Alimentos, etc. acompañados de acciones como Educación para la Salud, Desparasitación, Atención Primaria, etc., queda un promedio Nacional de un 60,67% de muestras fecales positivas. Si en 1974 cabía esperar 851.800 parasitados en cada millón de habitantes, ahora en 1984, cabe esperar 606,700 parasitados en cada millón, entre niños, escolares, estudiantes y trabajadores adultos, que ven disminuidas su salud y su rendimiento intelectual y laboral, que aún deben merecer nuestra máxima atención, para disminuir tales tasas de infestación a porcentajes menores. La meta podría ser: Disminuir en un 30% el porcentaje actual de 60,67% para llegar a niveles de 30% de muestras en los próximos 10 años, y esperar solo 300.000 parasitados por cada millón de habitantes.

Dr. Porfirio Valverde M (*)

OBJETIVO:

Al presentar el porcentaje de positividad por cada una de las siete parasitosis intestinales patógenas, detectadas por el Sistema de Laboratorios de Salud del Ministerio de Salud en Costa Rica, desde 1974 a 1984 a Nivel Nacional, contribuimos a establecer como objetivo, la evolución de la prevalencia Nacional de la Trichocephalosis, la Ascariasis, la Necatoriasis o Ancylostomiasis, la Strongyloidiasis, la Lambliasis o Giardiasis, la Entamoebiasis histolytica y la Hymenolepiasos nana, durante el período señalado, con una casuística de más de 100.000 muestras promedio anuales.

MÉTODOS:

Las anteriores parasitosis se detectan, usual y diariamente, por Métodos Coproparasitológicos Directos: Muestra gruesa para Helminetos, Diluida en Solución Salina para Protozoarios y en Solución Lugol, para diferenciación. Pocos laboratorios utilizan el Kato. Las muestras negativas se investigan por Métodos de Concentración de Eter-Fomol de Richtie y/o Concentración de Daust, ambos con centrifugación

RESULTADOS:

El porcentaje de prevalencia de cada una de las siete parasitosis intestinales señaladas se dan en cuadro aparte, así como su evolución de 1974 a 1984.

La mayor de ellas, durante años, era la Trichocephalosis que pasó, es espectacularmente, de 39,66% en 1974 a sólo 7,58% en 1984, con una mejoría de un 31,08%, disminuyendo en más de 5 veces.

La que ocupaba el segundo lugar, era la Ascariasis que pasó, también en forma espectacular, de un 21,57% a sólo un 6,97%, con una mejora de un 14,60%, de 1974 a 1984, disminuyendo tres veces.

La Necatoriasis o Ancylostomiasis, pasó de un 8,49% en 1974 a un 1,33% en 1984, con una mejoría de un 7,16%, que también es espectacular; disminuyendo en más de seis veces.

La Strongyloidiasis pasa de un 1,43% en 1974 a un 0,36% en 1984, mejorando en un 1,07%, con una disminución de cuatro (4) veces.

(*) Ministerio de Salud

La Lambliasis o Giardiasis, pasa a ocupar desde 1980 hasta ahora el primer lugar de las parasitosis intestinales, con un 19,77% en 1974, sube a un 26,23% para bajar luego, a un 21,24%. En realidad se establece una meseta de prevalencia entre el 20 y el 26% dentro del período, y es uno de los problemas de Salud para resolver.

La Entamoebiasis hystolítica pasa de un 11,03% en 1974 a un 6,60% en 1984, con una mejoría de un 4,43% disminuyendo casi a la mitad.

La Hymenolepiasos nana, pasa de un 2,37% en 1974 a un 0,89% en 1984 mejorando en un 1,48% disminuyendo casi a un tercio o sea tres (30 veces).

PERSPECTIVAS ACTUALES Y FUTURAS:

Las medidas de prevención, tratamiento y control, efectuadas en el último decenio, así como la introducción de nuevos Fármacos más efectivos y prácticos, han sido efectivas en seis de las parasitosis intestinales estudiadas, con excepción de la Lambliasis o Giardiasis que se presenta entre un cuarto y un quinto de la población, problema de Salud Pú**bl**ica que debemos resolver. Puede establecerse como meta futura el llegar a prevalencias menores del 5% en el resto de las parasitosis, con un mantenimiento hacia la disminución, sostenido por debajo de ese porcentaje, para disminuir en forma eficaz la población reservorio, infectada e infectante.

PRIORIDADES ESTABLECIDAS DURANTE EL PERIODO 1974-1984

PRIORIDAD I: Parasitismo Intestinal

PARASITISMO INTESTINAL - COSTA RICA
PORCENTAJE DE FRECUENCIA 1974 - 1984

AÑOS	TRICHOCEPHALOSIS	ASCARIASIS	NECATORIASIS O ANCYLOSTOMIASIS	STRONGYLOIDIASIS	LAMELIASIS O GIARDIASIS	ENTAMOEBIASIS HISTOLYTICA	HYMENOLEPIASIS NANA
1974	39,66	21,57	8,49	1,43	19,77	11,03	2,37
1975	39,62	20,62	5,84	2,30	23,94	9,28	3,40
1976	42,37	21,61	5,83	2,59	24,85	9,03	3,73
1977	39,16	18,99	4,00	1,57	25,53	7,84	2,60
1978	32,31	14,26	3,25	0,94	26,23	8,95	2,25
1979	28,90	11,26	2,72	0,74	23,51	8,81	1,89
1980	22,26	9,98	2,43	0,85	22,46	7,51	1,65
1981	16,34	9,07	1,97	0,34	23,65	6,64	1,46
1982	11,73	9,36	1,71	0,37	23,25	6,18	1,19
1983	9,56	8,28	1,58	0,36	23,17	7,24	1,15
1984	7,58	6,97	1,33	0,36	21,24	6,60	0,89

III: PARASITOSIS INTESTINALES EN COSTA RICA
DE LAS HELMINTIASIS A LAS PROTOZOOSIS, 1915-1984

Prof. Dr. Porfirio Valverde M

- 1915-1937. De la Necatoriasis (Ancylostomiasis) a la Ascariasis.
1938-1974. De la Ascariasis a la Trichocephalosis.
1975-1980. De la Trichocephalosis a la Lambliasis (Giardiasis).
1984- ?. De la Lambliasis a la Entamoebiasis hystolítica

OBJETIVO: Contribución al conocimiento de la evolución histórica de las Parasitosis Intestinales Patógenas en Costa Rica de 1915 a 1984, para la determinación, como objetivo, de los agentes etiológicos de mayor prevalencia, sus consecuencias y cambios necesarios en los métodos de Lucha Antiparasitaria, así como el establecimiento de nuevas metas y procedimientos.

Metodología: Al presentar un cuadro estadístico de los porcentajes de las Parasitosis Intestinales Patógenas en Costa Rica, desde 1915 a 1984, se propone como método, el estudio y comparación de los cambios de la estructura de la prevalencia de las diferentes Parasitosis Intestinales, observando los cinco agentes etiológicos de mayor frecuencia en relación a los siete Parásitos Patógenos observados durante el período señalado.

Resultados:

- 1) Necatoriasis: Desde el siglo pasado hasta 1954, la Necatoriasis (Ancylostomiasis) hace estragos en más del 50% de la población examinada, ocupando el primero, segundo y tercer lugar en prevalencia, de 1915 a 1938-1954. A principios de siglo se reportan dos muertos diarios por Parasitismo Intestinal, especialmente por Ucinariasis, que en 1894 había diagnosticado el Dr. Carlos Durán. Aún en los años treinta y cuarenta, era común observar, diariamente gente descalza, especialmente en niños y campesinos, desde fines de la década del cincuenta (1957) hasta mediados de la década del sesenta (1964) al rededor de un quinto de la población examinada padecía de Necatoriasis, manteniéndose el Parasitismo Intestinal total en más del 85% de muestras positivas con una casuística de alrededor de 100.000 muestras promedio anuales. No es hasta 1974, y de ahí en adelante, en que la Necatoriasis en quinto lugar de prevalencia, con porcentajes que van desde 8.49 en 1974 a 1,33 en 1984. En el momento en que menos del 1% estén parasitados, sería menos de 10.000 costarricenses por cada millón los que sufran de Necatoriasis; sería menos de 25.000 de la población total de 2 y 1/2 millones de habitantes, un reservorio relativamente pequeño, siendo posible su erradicación, en el tanto se ejerza la Vigilancia Epidemiológica correspondiente y se generalice el calzado a la par de una correcta disposición de excretas.

2) Ascariasis: Desde el siglo pasado ocupando el tercer y segundo lugar de prevalencia, hasta 1937 en que ocupa el primer lugar con 76,3% y de ahí hasta 1957 con un 45.05%, en segundo lugar, la Ascariasis hace estragos en más del 40% de la población. Desde esa fecha hasta 1974 se mantiene en segundo lugar de prevalencia, parasitando un poco más de un quinto de la población. Aún en los años cuarenta y cincuenta y más esporádicamente en los sesenta y setenta los ataques de lombrices para la llena de marzo.

No es hasta 1980 en adelante, en que la Ascariasis se presenta en menos del 10% de la población examinada, con una casuística de alrededor de 100.000 muestras anuales, y con un parasitismo total de más de 60%. Aún en 1984 alrededor de 70.000 costarricenses por cada millón de habitantes, cabe esperar que padezcan de Ascariasis a 175.000 de la población total, por lo cual su Vigilancia Epidemiológica es aún de atención prioritaria en Salud Pública. Continuando con las medidas de Saneamiento del Medio, Educación para la Salud y control de los parasitados, con Fármacos muy eficaces como los usados hoy en día, cabe esperar porcentajes menores del 5% en el próximo quinquenio, para llegar luego a niveles de erradicación.

3) Trichocephalosis: Desde el siglo pasado hasta 1964, más del 40% de la población padece de Trichocephalosis. En 1938 alcanza el 99.8% y aún en 1974 el 57% de la población de la Región Huetar Atlántica la poseía. Desde 1938 hasta 1978 fue la primera causa de parasitismo intestinal. No es hasta 1983-84 en que los porcentajes caen a menos del 10%, siendo ahora la segunda causa de prevalencia, que la padecen 75.800 por cada millón de habitantes, constituyendo aún un reservorio alta que cabe esperar en alrededor de 190.000 habitantes de la población total. Con medidas similares a las utilizadas para combatir la Ascariasis, con fármacos de doble propósito, podemos llegar a porcentajes menores del 5% en el próximo quinquenio, y aspirar aún a niveles de erradicación antes del año 2000.

4) Lambliasis: La Lambliasis o Giardiasis que ocupó entre el quinto y cuarto lugar de prevalencia antes de 1957 con porcentajes menores del 10%, en los años sesenta y setenta se incrementa por sobre dicho porcentaje subiendo, a partir de 1975 a cifras superiores al 20%, alcanzando un pico máximo del 26.23% en 1978 con una casuística de más 90.000 muestras examinadas. De ahí baja a un 21.24% en 1984. Desde 1975 a 1979 ocupa la segunda causa, y a partir de 1980 es la primera causa de parasitosis intestinal patógena. Cabe esperar 212.400 parasitados por cada millón entre niños, principalmente, y adultos. Es todo un problema de Salud Pública que debemos resolver con medidas más eficaces, ya que la padecen más de medio millón de habitantes de la población general, principalmente niños preescolares y escolares. Es toda una campaña contra la Lambliasis lo que necesitamos, haciendo incapié, además del tratamiento y control, en la Educación para la Salud dentro de la familia, CEN, CINAI, Centros Preescolares y Escolares, teniendo como ejes principales los Centros de Salud. La única manera de bajar los porcentajes prevalentes, que

sobrepasan la quinta parte de la población, es logrando una mayor higiene personal, particularmente en la relación familiar entre niños y entre éstos y los adultos.

5) Entamoebiasis histolytica: Con un 15.2% en los años cuarentas, en cuarto lugar de prevalencia pasa alrededor del 7% en los años cincuentas en quinto lugar; sube al 11.03 en 1974, para ir bajando hasta llegar al 6.60% en 1984, manteniéndose en cuarto lugar general de las Parasitosis intestinales Patógenas y en segundo lugar de las Protozoosis Patógenas. Siendo la Amibiasis histolytica una de las parasitosis más patógenas ya que invade a través del intestino, otros tejidos y órganos distantes como el hígado, pulmones, pleura y aún cerebro, sigue siendo un problema de Salud Pública muchas veces desapercibido y mal diagnosticado, que cabe esperar en 66.000 habitantes por cada millón o sea en 330.000 de la población general. A medida que bajen los porcentajes de la Lambliasis, la Amibiasis histolytica puede llegar a ser la primera causa entre las Protozoosis.

Perspectivas futuras:

Si la Trichocephalosis en un 7,58% y la Ascariasis en 6,97% en 1984, siguen bajando al ritmo que se ha logrado en los últimos cuatro años, caerán a porcentajes mucho menores del 5%, haciendo sobresalir a la Amibiasis histolytica, como segunda causa, ya que su ritmo de disminución es menor que el de la Ascariasis y la Trichocephalosis. Si logramos tomar medidas realmente eficaces para combatir la Lambliasis, hoy por hoy, primera causa de parasitosis intestinal, podría esperarse que la Amibiasis llegue a ocupar el primer lugar, salvo que se apliquen fármacos existentes con el doble propósito de combatir la Lambliasis y la Amibiasis histolytica, cuando son concomitantes. La Strongyloidiasis y la Hymenolepiasis nana han alcanzado porcentajes menores al 1%, que al ritmo de disminución que se observa en el quinquenio 1980-1984, cabe esperar niveles de erradicación en el próximo quinquenio.

Debemos continuar con las medidas probadas, como eficaces, para combatir las Helminthiasis estudiadas y lograrlas llevar a niveles de erradicación dotando de agua potable controlada y alcantarillados sanitarios o buena disposición de excretas, a más del 95% de la población, tanto urbana como rural; igualmente, logrando la universalización del calzado.

III: PARASITOSIS INTESTINALES EN COSTA RICA, DE LAS HELMINTIASIS A LAS
 PROTOZOOSIS
 1915 - 1984

1915-1937. De la Necatoriasis (Ancylostomiasis) a la Ascariasis.

1938-1974. De la Ascariasis a la Trichocephalosis.

1975-1980. De la Trichocephalosis a la Lambliasis (Giardiasis)

1984- ? De la Lambliasis a la Entamoebiasis histolítica.

AÑOS	TRICHOCEPHALOSIS	ASCARIASIS	NECATORIASIS O ANCYLOSTOMIASIS	STRONGILOIDIASIS	LAMBLIASIS O GIARDIASIS	ENTAMOEBIASIS HISTOLYTICA	HYMENOLEPIASIS NANA	PORCENTAJE DE MUESTRAS POSI- TIVAS	REFERENCIAS
1915	43,00	33,00	50,00	1,00	-----	-----	-----	76,42	Dr. Viquez. H.S.J de Dios. en 33.500 mues
1937	52,00	76,30	68,90	4,00	-----	---	13,00	97,30	Formoselle B y Brenes 1937
1938	99,80	71,00	65,00	7,60	-----	-----	3,00	99,80	Dr. Amador Cucvara, 1938
1946	72,00	54,30	43,50	8,70	13,00 Fl,yCi	15,20	4,30 T.sp	-----	Stilff W.D. y Echan- di R.I.A. 1946.
1950	64,98	17,05	11,76	1,50	3,42	7,10	5,16	91,58	Dirección Labs. Salud 1950 en 31.815 mues.
1953	62,01	38,70	27,20	7,40	-----	-----	-----	-----	Lizano, C. y De Abato J. en 11.073 muestras 1953
1954	90,00	65,50	51,50	-----	-----	-----	7,00	-----	Ruiz, A. y Lizano, C. 1954.
1957	61,21	45,05	21,41	2,63	8,26	7,30	3,33	91,83	Dirección Labs. Salud 1957, en 119,443 mues
1964	46,46	28,79	17,48	1,99	17,19	9,28	4,09	85,72	Dirección Labs. Salud 1964 en 87.439 mues.
1974	39,66	21,57	8,49	1,43	19,77	11,03	2,37	85,18	Dirección Labs. Salud 1974 en 56.822 mues.
1975	39,62	20,73	5,84	2,30	23,94	9,28	3,40	85,91	Dirección Labs. Salud 1975 en 56.250 mues.
1978	32,31	14,26	3,25	0,94	26,23	8,95	2,25	78,58	Dirección Labs. Salud 1978 en 91.928 mues.

AÑOS	TRICHOCEPHALOSIS	ASCARIASIS	STRONGYLOIDIASIS	LAMELLIASIS O GIARDIASIS	ENTYMOEBIASIS HISTOLYTICA	HYMENOLEPIASIS NANA	PORCENTAJE DE MUESTRA POSITIVAS	REFERENCIAS	
1980	22,26	9,98	2,43	0,85	22,46	7,51	1,65	68,83	Dirección Labs. Salud, 1980 en 88,652 mues.
1981	16,34	9,07	1,97	0,34	23,65	6,64	1,46	66,51	Dirección Labs. Salud 1981 en 97,983 mues.
1982	11,73	9,36	1,71	0,37	23,25	6,18	1,19	63,98	Dirección Labs. Salud 1982 en 99,206 mue. st.
1983	9,56	8,28	1,58	0,36	23,17	7,24	1,15	64,38	Dirección Labs. Salud 1983 en 108.929 mue. st.
1984	7,58	6,97	1,33	0,36	21,24	6,60	0,89	60.67	Dirección Labs. Salud 1984 en 119,143 mue. st.

POSIBLE ERRADICACION DE HELMINTOS INTESTINALES EN COSTA RICA

Leonardo Mata
Francisco Hernández
Vekho Pardo
Marietta Visconti
Marcela Vives

RESUMEN

En 1956 y 1967 uno de los autores (L.Mata) coordinó las encuestas sobre parasitismo intestinal en Centro América, ejecutadas por el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá en colaboración con los Gobiernos de los países centroamericanos. Las encuestas consistieron en la selección aleatoria de varias comunidades rurales y una urbana en cada país, y dentro de ellas, de familias completas. En Costa Rica se seleccionaron 30 comunidades rurales y la ciudad de San José, y de la muestra de familias se recolectaron heces de personas para estudios cuantitativos por el método de Stoll. Los resultados, publicados en 1959 (INCAP-OIR, Evaluación Nutricional de Costa Rica) básicamente revelaron una alta prevalencia de helmintiasis intestinal, aunque no se encontraron muchas infecciones severas.

Con el fin de establecer posibles cambios en el parasitismo intestinal, a partir de 1966 que pudieron correlacionarse con las marcadas mejoras socioeconómicas del país, se realizó un estudio similar, tomando como base la Encuesta Nacional de Nutrición de 1982, dirigida por el Dr Carlos Díaz Amador. La muestra de 1982 fue, al igual que la de 1966, aleatoria. Los métodos de campo y de laboratorio en ambos estudios fueron básicamente los mismos, pero el examen de las muestras de heces en 1982 fue realizado por profesionales microbiólogos, mientras que en 1966 la mayor parte del trabajo estuvo a cargo de técnicos de laboratorio sin grado universitario.

La comparación de las dos encuestas reveló una marcada reducción en el nivel de parasitismo de todas las especies investigadas (Ascaris lumbricoides, Trichuris trichiura, uncinarias e Hymenolepis nana) tanto en las áreas urbanas como rurales. Los cambios fueron tan drásticos que en varios grupos etarios examinados en 1982 del todo no se detectaron algunas de las especies de helmintos. Por otro lado, la frecuencia de infecciones moderadas y leves también había disminuido en forma significativa en 1982 en comparación con 1966, Cuadro 1. Con respecto a la altitud, las helmintiasis intestinales prácticamente había desaparecido en 1982 en todas las localidades situadas a 1500 metros o más sobre el nivel del mar.

Instituto de Investigaciones en Salud (INISA)
Ministerio de Salud

CUADRO 1

REDUCCION EN PREVALENCIA DE HELMINTIASIS INTESTINALES
EN UN LAPSO DE 16 AÑOS, COSTA RICA

Huevecillos por grama de heces	Edad, años					
	< 1			5-9		
	1966	1982	% Δ	1966	1982	% Δ
<u>Ascaris</u>						
100-900	4.1	3.1	-24	13.4	3.2	-76
1,000-9,900	6.1	0	-100	23	6.5	-71
10,000-49,000	1.2	0	-100	6.8	0	-100
50,000+	0	0		1.7	0	-100
<u>Trichuris</u>						
100-900	8.2	3.1	-62	48.6	16.1	-67
1,000-1,900	2	0	-100	10.8	0	-100
2,000-4,900	0	0		6.2	0	-100
5,000+	0	0		3.4	0	-100
<u>Uncinaria</u>						
100-900	6.1	0	-100	15.3	0	-100
1,000-9-900	0	0	-100	1.4	0	-100
10,000+	0	0		0.9	0	-100

La única explicación de los dramáticos cambios ocurridos en el país en un lapso de sólo 16 años es la interacción entre mejoras en la educación, en el saneamiento ambiental, la higiene personal (disposición de excretas, uso de zapatos y empleo de jabón) y el tratamiento sistemático de la población parasitada en los establecimientos de salud y por automedicación. Si las medidas que indujeron los cambios se mantuviesen o aún mejorasen en el futuro inmediato podría esperarse que para 1990 prácticamente no se detectarían infecciones por Ascaris y Trichuris en la población general, aunque podrían persistir focos de uncinarias en poblaciones indígenas que no hayan adoptado el calzado.

INCAP-OIR Evaluación Nutricional de Centro América y Panamá, Costa Rica.
INCAP, OMS/OPS, Guatemala, 1969

Mata, L. Pardo, V., Hernández, F., et al. Cambios en la prevalencia de helmintos intestinales en Costa Rica, 1966-1982. Control y Erradicación de Enfermedades Infecciosas, OPS, Washington, 1985 en prensa.

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS ANEMIAS EN COSTA RICA

1976 - 1984

Dr. Porfirio Valverde (*)

OBJETIVO:

Al presentar el porcentaje de valores bajo lo normal de tres parámetros Hematológicos: Eritrocitos, Hematocrito y Hemoglobina, detectados por el Sistema de Laboratorios de Salud del Ministerio de Salud, en Costa Rica, desde 1976 a 1984, contribuimos a establecer, como objetivo, un método de Vigilancia Epidemiológica de las anemias, como indicadores de desnutrición, con una casuística de más de 100.000 muestras anuales promedio de Hematocrito y de Hemoglobina por usuario del Sistema de Laboratorios de Salud Pública.

Métodos:

Las determinaciones de Eritrocitos, Hematocrito y Hemoglobina, se efectúan por los métodos usuales en los Laboratorios de Salud: Recuento de Eritrocitos por mm^3 , por dilución con pipetas para Eritrocitos en solución de Hayem, conteo al microscopio utilizando cámaras cuenta glóbulos o hemacitómetros con retículo mejorado de Neubauer; el Microhematocrito por centrifugación de la muestra, durante cinco (5) minutos en centrífugas para el efecto; y la Hemoglobina, por determinación fotométrica o espectrofotométrica, utilizando el reactivo de Drabkin (Cianometahemoglobina) para dilución y calibración contra un patrón de concentración conocida o hemolizado estable.

Las normales establecidas por experimentación anterior, y que hemos venido comprobando en el Sistema de LABORATORIOS DE Salud, son las siguientes:

ERITROCITOS: Hombres: Promedio, 4,8 millones/ mm^3 \pm 0,6 (N:4,2-4,8-5,4)
Mujeres: Promedio, 4,5 millones/ mm^3 \pm 0,6 (N:3,9-4,5-5,1)
Niños: Promedio, 4,3 millones/ mm^3 \pm 0,6. (N:3,7-4,3-4,9)

HEMATOCRITO: Hombres: X = 45+ 6ml/dl (Mín 39% Media:45% Máx, 51%)
Mujeres: X = 42+ 6ml/dl (Mín 36% Media:42% Máx, 48%)
Niños X = 40+ 6ml/dl (Mín 34% Media:40% Máx, 46%)

HEMOGLOBINA: Hombres: X = 15,5 + 2g/dl (" 13,5 Media 15,5 Máx 17,5)
Mujeres: X = 14,5 + 2g/dl (" 12,5 Media 14,5 Máx 16,5)
Niños: X = 12,0 + 2g/dl (" 10,0 Media 12,0 Máx 14,0)

En resumen los valores bajo lo normal, registrados, son menores de 39% en Hematocrito y 13,5g/dl, en Hemoglobina, en los hombres. Menos de 36% y 12,5g/dl respectivamente en mujeres, y menos de 34% y 10g/dl en niños.

(*) Ministerio de Salud.

PRIORIDADES ESTABLECIDAS DURANTE EL PERIODO 1976 - 1984

PRIORIDAD II: Desnutrición

CORRELACION DE TRES PARAMETROS HEMATOLOGICOS INDICADORES DE DESNUTRICION:

- a) Deficiencia de Eritrocitos.
- b) Deficiencia de Hematocrito.
- c) Deficiencia de la Hemoglobina.

PORCENTAJE DE VALORES HEMATOLOGICOS BAJO LO NORMAL

(Anemias)

COSTA RICA 1976 - 1984

<u>AÑOS</u>	<u>ERITROCITOS</u>	<u>HEMATOCRITO</u>	<u>HEMOGLOBINA</u>
1976	37,69	32,18	35,78
1977	37,05	23,79	29,25
1978	32,84	19,54	22,79
1979	15,76	15,06	17,42
1980	7,74	13,46	15,32
1981	14,84	13,99	15,19
1982	7,57	15,31	17,82
1983	8,31	14,40	15,31
1984	12,86	15,62	17,49

RESULTADOS:

Los porcentajes de valores bajos en los tres (3) parámetros hematológicos obtenidos anualmente, se tabulan en cuadro que se da por aparte con los gráficos correspondientes, durante el período 1976-1984.

El porcentaje de valores bajo lo normal en Eritrocitos de un 37,69% en 1976 disminuye a 12,86% en 1984.

El porcentaje de valores bajo lo normal en Hematocrito de un 32,18% en 1976 disminuye a un 15,62% en 1984, con una disminución máxima a 13,46% y 13,99% de valores bajos en 1980 y 1981.

El porcentaje de valores bajo lo normal en la Hemoglobina de un 35,78% en 1976 disminuye a un 17,49% en 1984, con una disminución máxima de 15,22% y 15,19% en los años 1980 y 1981, correlacionando muy bien con el Hematocrito.

Perspectivas actuales y futuras:

No hay duda de la disminución del porcentaje de los valores bajos de los tres (3) parámetros estudiados, del año 1976 a los años 1980-1981, concordantes con era de crecimiento y bonanza económica, así como el impacto de los Programas de Alimentación complementaria en los CEN, CINAI y Comedores Escolares.

Durante los años 1982 y 1984 hay un ligero aumento del porcentaje de valores bajo lo normal en los tres parámetros estudiados, acordes con la crisis económica que se inicia con las devaluaciones de nuestra moneda, la pérdida continuada del valor adquisitivo y la espiral inflacionaria que se deriva, así como el mayor costo de la canasta básica alimentaria, dándose, pues, un ligero aumento de porcentaje de valores bajos, a pesar de los enormes esfuerzos en prevención y atención de los usuarios de CEN, CINAI, Comedores Escolares, Puestos y Centros de Salud del país.

Si deseamos establecer como meta disminuir los porcentajes de valores bajo lo normal, de los tres (3) parámetros estudiados, a menos del 10% en los próximos cinco años, debemos extremar las acciones preventivas del caso así como las medidas individuales y sociales para una buena Vigilancia Epidemiológica de las anemias detectadas, no sólo con los tratamientos correspondientes, sino con la prevención con criterio de riesgo, iniciando tal prevención antes de que se establezca la anemia. Es decir, estableciendo los tratamientos preventivos cuando los hombres y mujeres adultas, así como los niños, tengan tales parámetros hematológicos entre menos una y menos dos desviaciones standar de los promedios normales respectivos.

EVOLUCION NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS EN SEGUIMIENTO

POR EL AREA DE VIGILANCIA NUTRICIONAL

Dr. Luis Tacsan Chen (*)
Srita. María Gabriela Castro

I. INTRODUCCION

El Departamento de Nutrición del Ministerio de Salud, ha tenido una participación muy importante tanto en la prevención, como en la recuperación del niño desnutrido por medio de diferentes actividades canalizadas a través de los Subprogramas de Ayuda Alimentaria entre los que se encuentra el de Paquete de Alimentos a Familias (DAF). Dada la naturaleza de este Subprograma, el Area de Vigilancia Nutricional ha considerado una necesidad el realizar un estudio dirigido hacia el análisis de la evolución del desnutrido beneficiario de DAF, lo que podría indicar desde cierto punto de vista, la magnitud del impacto de este Subprograma, permitiendo detectar en su efecto, otros factores ajenos a la disponibilidad alimentaria que podrían estar influyendo en la evolución del niño desnutrido.

II OBJETIVOS

A- Objetivo General

Evaluar la evolución nutricional de los niños beneficiarios del Subprograma de Distribución de Alimentos a Familias (DAF)

B- Objetivos Específicos

- 1- Identificar las zonas geográficas y grupos ocupacionales en los que se reporta con mayor frecuencia niños con desnutrición severa.
- 2- Comparar la evolución nutricional de los beneficiarios y de los no beneficiarios de este Subprograma.
- 3- Determinar el porcentaje de niños desnutridos severos que logran recuperarse parcial o totalmente.
- 4- Establecer el tiempo promedio en que los niños permanecen bajo seguimiento.

III METODOLOGIA

Se realizó un estudio de tipo retrospectivo, basado en el análisis del total de casos incluidos para el seguimiento durante el año 1982, los cuales fueron separados en dos grupos, según recibieran o no el beneficio del Subprograma de Paquete de Alimentos (DAF), evaluándolos de acuerdo a las siguientes variables:

(*) Departamento Nutrición, Ministerio de Salud.

- A- Evolución nutricional del desnutrido según el indicador peso para edad (P/E) por medio de porcentajes de adecuación y desviación estandar.
- B- Distribución de los niños estudiados por zona geográfica y grupo ocupacional
- C- Tiempo en que los niños permanecen bajo seguimiento.

IV. ANÁLISIS Y RESULTADOS:

El estudio de un grupo cohorte de 108 niños incluidos en seguimiento durante el año 1982, reveló una disminución de la desnutrición severa en el período 1982-1984.

Durante el año 1982 la incidencia de desnutrición de tercer grado, valorada por medio de porcentajes de adecuación de peso para edad (P/E) fue de 35.5% en los niños beneficiados por el Subprograma de Paquete de Alimentos (DAF) y de 16.9% en los no beneficiados por este Subprograma, registrándose un decremento para 1984 de 6.7% y 8%, respectivamente (Cuadros No. 1, No. 2 y No. 3 - Gráficos No. 1 y No. 2).

Llama la atención el hecho de que la evaluación de estos niños mediante el uso de desviaciones estandar, refleja una situación nutricional más crítica, pues aunque se presenta una disminución relativa de la desnutrición durante el período en estudio, el porcentaje de desnutridos severos para el grupo de niños beneficiarios de DAF en el año 1982 fue de 37.6% y para los no beneficiarios de 31.2%, disminuyendo en el año 1984 a 20% y 16%, según corresponde (Cuadros No. 4 - Gráficos No. 3 y No. 4).

Es importante anotar que como consecuencia de la disminución en los porcentajes de desnutridos severos y moderados, se registró un aumento en los porcentajes de niños con desnutrición leve y con peso normal y sobrepeso (Cuadro No. 1)

En relación a la ubicación de los problemas nutricionales desde el punto de vista geográfico, se encontró que las áreas más afectadas para el año 1982, se encuentran localizadas por orden de importancia en la Región Huetar Atlántica, donde se registró un 34.6% de desnutridos severos, seguidamente la Región Central, la Región Brunca, Región Chorotega y Región Huetar Norte (Cuadro No. 5).

Por otra parte, el grupo ocupacional en el que se concentraron la mayor parte de los problemas de desnutrición para 1982 correspondió al de personal no técnico ni calificado (82.7%) y al personal técnico no calificado (15.4%), ubicándose sólo un 1.8% en el grupo de personal profesional y semiprofesional y ningún caso entre el personal técnico calificado (Cuadro No. 6). Dentro de la categoría de personal no técnico ni calificado, la mayor parte de los casos está representados por el grupo de obreros agrícolas, servidores y desocupados o con ocupación esporádica, que corresponde a 34.5%, 13.6% y 13.6% respectivamente (Cuadro No. 7).

CUADRO No. 1

EVOLUCION DEL ESTADO NUTRICIONAL SEGUN PORCENTAJE DE ADECUACION DE PESO
PARA EDAD (P/E) EN NIÑOS PREFSCOLARES INCLUIDOS EN SEGUIMIENTO
POR EL AREA DE VIGILANCIA NUTRICIONAL EN EL AÑO 1982

PORCENTAJES DE ADECUACION		TOTAL		BENEFICIARIOS DAF		No BENEF. DAF	
		No.	%	No.	%	No.	%
<u>1982</u>							
110	90	14	12.7	0	0	14	18.2
89	75	27	24.6	4	12.1	23	29.9
74	60	44	40.0	17	51.5	27	35.0
	60	25	22.7	12	36.4	13	16.9
Total		110	100	33	100	77	100
<u>1983</u>							
110	90	18	18.2	3	10.3	15	21.4
89	75	45	45.5	9	31.0	36	51.4
74	60	30	30.3	12	41.4	18	25.7
	60	6	6.1	5	17.3	1	1.4
Total		99	100	29	100	70	100
<u>1984</u>							
110	90	11	27.5	1	6.7	10	40.0
89	75	18	45.0	8	53.3	10	40.0
74	60	8	20.0	5	33.3	3	12.0
	60	3	7.5	1	6.7	2	8.0
Total		40	100	15	100	25	100

CUADRO No. 1

EVOLUCION DEL ESTADO NUTRICIONAL SEGUN PORCENTAJE DE ADECUACION DE PESO
PARA EDAD (P/E) EN NIÑOS PREFSCOLARES INCLUIDOS EN SEGUIMIENTO
POR EL AREA DE VIGILANCIA NUTRICIONAL EN EL AÑO 1982

PORCENTAJES DE ADECUACION		TOTAL		BENEFICIARIOS DAF		No BENEF. DAF	
		No.	%	No.	%	No.	%
<u>1982</u>							
110	90	14	12.7	0	0	14	18.2
89	75	27	24.6	4	12.1	23	29.9
74	60	44	40.0	17	51.5	27	35.0
	60	25	22.7	12	36.4	13	16.9
Total		110	100	33	100	77	100
<u>1983</u>							
110	90	18	18.2	3	10.3	15	21.4
89	75	45	45.5	9	31.0	36	51.4
74	60	30	30.3	12	41.4	18	25.7
	60	6	6.1	5	17.3	1	1.4
Total		99	100	29	100	70	100
<u>1984</u>							
110	90	11	27.5	1	6.7	10	40.0
89	75	18	45.0	8	53.3	10	40.0
74	60	8	20.0	5	33.3	3	12.0
	60	3	7.5	1	6.7	2	8.0
Total		40	100	15	100	25	100

CUADRO No. 2

EVOLUCION DEL ESTADO NUTRICIONAL SEGUN PORCENTAJE DE ADECUACION DE PESO
PARA EDAD (D/E) DE NIÑOS PREESCOLARES BENEFICIARIOS DE DAF QUE SE
ENCUENTRAN EN SEGUIMIENTO POR EL AREA DE VIGILANCIA NUTRICIONAL
1982 - 1984

PORCENTAJES DE ADECUACION		REGIONES						PROGRAMATICAS					
		TOTAL		CENTRAL		HUETAR N.		HUETAR AT.		CHOROTEGA		BRUNCA	
		No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
<u>1982</u>													
110	90	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
89	75	4	12.1	4	36.4	0	0	0	0	0	0	0	0
74	60	17	51.5	5	45.4	3	50.0	7	63.6	1	25.0	1	100
	60	12	36.4	2	18.2	3	50.0	4	36.4	4	75.0	1	0
Total		33	100	11	100	6	100	11	100	4	100	1	100
<u>1983</u>													
110	90	3	10.3	0	0	1	16.7	1	10.0	1	25.0	0	0
89	75	9	31.0	4	50.0	1	16.7	3	30.0	1	25.0	0	0
74	60	12	41.4	3	37.5	3	50	5	50.0	0	0	1	100
	60	5	17.3	1	12.4	1	16.6	1	10.0	2	50.0	0	0
Total		29	100	8	100	6	100	10	100	4	100	1	100
<u>1984</u>													
110	90	1	6.7	0	0	1	20.0	0	0	0	0	0	0
89	75	8	53.3	5	100	0	0	3	75.0	0	0	0	0
74	60	5	33.3	0	0	4	80.0	1	25.0	0	0	0	0
	60	1	6.7	0	0	0	0	0	0	1	100	0	0
Total		15	100	5	100	5	100	4	100	1	100	0	0

CUADRO No. 3

EVOLUCION DEL ESTADO NUTRICIONAL SEGUN DESVIACIONES ESTANDAR DE NIÑOS
PREESCOLARES NO BENEFICIARIOS DE DAD QUE SE ENCUENTRAN EN SEGUIMIENTO
POR EL AREA DE VIGILANCIA NUTRICIONAL

1982 - 1984

PORCENTAJES DE ADECUACION	R E C I O N E S P R O G R A M A T I C A S												
	TOTAL		CENTRAL		HUETAR N.		HUETAR AT.		CHOROTEGA		BRUNCA		
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
<u>1982</u>													
110	90	14	18.2	4	21.0	4	25.0	2	7.7	4	28.6	0	0
89	75	23	29.9	6	31.6	4	25.0	9	34.5	4	28.6	0	0
74	60	27	35.0	6	31.6	6	37.5	9	34.6	4	28.6	2	100
	60	13	16.9	3	15.8	2	12.5	6	23.1	2	14.2	0	0
Total		77	100	19	100	16	100	26	100	14	100	2	100
<u>1983</u>													
110	90	15	21.4	3	21.4	5	29.4	3	23.0	4	28.6	0	0
89	75	36	51.4	9	64.3	6	35.3	13	56.5	6	42.8	2	100
74	60	18	25.7	2	14.3	6	35.3	6	26.1	4	28.6	0	0
	60	1	1.4	0	0	0	0	1	4.4	0	0	0	0
Total		70	100	14	100	17	100	23	100	14	100	2	100
<u>1984</u>													
110	90	10	40.0	2	33.3	2	66.7	2	25.0	4	50.0	0	0
89	75	10	40.0	3	50.0	1	33.3	4	50.0	2	25.0	0	0
74	60	3	12.0	1	16.7	0	0	1	12.5	1	12.5	0	0
	60	2	8.0	0	0	0	0	1	12.4	1	12.5	0	0
Total		25	100	6	100	3	100	8	100	8	100	0	0

CUADRO No. 4

EVOLUCION DEL ESTADO NUTRICIONAL SEGUN DESVIACIONES STANDAR DE NIÑOS
PREESCOLARES INCLUIDOS EN SEGUIMIENTO POR EL AREA DE VIGILANCIA
NUTRICIONAL EN EL AÑO 1982

1982

DESVIACIONES STANDAR	TOTAL		BENEFICIARIOS DAF		NO BENEF. DAF	
	No.	%	No.	%	No.	%
<u>1982</u>						
-3	43	39.1	19	57.5	24	31.2
-2	37	33.7	10	30.3	27	35.0
-1	15	13.6	2	6.1	13	16.9
Normal	15	13.6	2	6.1	13	16.9
Total	110	100	33	100	77	100
<u>1983</u>						
-3	27	27.3	15	52.7	12	17.2
-2	29	29.3	7	24.1	22	31.4
-1	26	26.2	4	13.8	22	31.4
Normal	17	17.2	3	10.4	14	20.0
Total	99	100	29	100	70	100
<u>1984</u>						
-3	7	17.5	3	20.0	4	16.0
-2	13	32.5	6	40.0	7	28.0
-1	9	22.5	5	33.3	4	16.0
Normal	11	27.5	1	6.7	10	40.0
Total	40	100	15	100	25	100

CUADRO No. 5

DISTRIBUCION DE LOS NIÑOS PREESCOLARES INCLUIDOS EN SEGUIMIENTO
POR EL AREA DE VIGILANCIA NUTRICIONAL EN EL AÑO 1982, SEGUN
ESTADO NUTRICIONAL* Y REGION PROGRAMATICA DE PROCEDENCIA

1982

PORCENTAJES													
DE ADECUACION													
		TOTAL		CENTRAL		HUETAR N.		HUETAR AT.		CHOROTEGA		BRUNCA	
		No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
<u>BENEFICIARIO</u>													
<u>DAF</u>													
110	90	1	2.8	0	0	0	0	1	9.1	0	0	0	0
89	75	4	11.4	3	30.0	0	0	1	9.1	0	0	0	0
74	60	18	51.4	5	50.0	1	25.0	5	45.4	4	57.1	2	100
	60	12	34.3	2	20.0	3	75.0	4	36.3	3	42.9	0	0
Total		35	100	10	100	4	100	11	100	7	100	2	100
<u>NO. BENEFICIARIOS DAF</u>													
110	90	9	11.7	1	5.3	3	18.8	1	3.9	4	28.6	0	0
89	75	20	25.9	5	26.3	4	25.0	7	26.9	4	28.6	0	0
74	60	30	38.9	8	42.1	7	43.7	9	34.6	5	35.7	1	50.0
	60	18	23.4	5	26.3	2	12.5	9	34.6	1	7.1	1	50.0
Total		77	100	19	100	16	100	26	100	14	100	2	100

(*) Según porcentaje de adecuación de peso para edad (P/E).

CUADRO No. 6

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE CASOS INCLUIDOS EN SEGUIMIENTO POR
EL AREA DE VIGILANCIA NUTRICIONAL, SEGUN OCUPACION DEL JEFE FAMILIAR

1982

OCUPACION	No. BENEFICIARIO DAF		FENEFICIARIO DAF		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
No. Técnico ni Califi- cado	63	81.8	28	84.8	91	82.7
Personal Técnico no Calificado	12	15.6	5	15.1	17	15.4
Personal Técnico Calificado	0	0	0	0	0	0
Personal Profesional o Semiprofesional	2	2.6	0	0	2	1.8
Total	77	100	33	100	110	100

CUADRO No. 7

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE CASOS INCLUIDOS EN SEGUIMIENTO
POR EL AREA DE VIGILANCIA NUTRICIONAL, SEGUN OCU
PACION DE JEFE FAMILIAR

1982

O C U P A C I O N	NO. BENEFICIARIO DAF		BENEFICIARIO DAF		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
1. No-Técnico ni Calificados:						
Sin ocupación o esporádica	10	12.8	5	15.1	15	13.6
Obreros Agrícolas	31	40.3	7	7.0	38	34.5
Servidores Domésticos	6	7.8	9	27.3	15	13.6
Meseros	1	1.3	0	0	1	0.9
Peones	5	6.5	5	15.1	10	9.1
Otros	10	12.8	2	6.0	12	10.9
Subtotal	63	81.8	28	84.8	91	82.7
2. Personal Técnico no Calificado:						
Albañil	4	5.2	2	6.0	6	5.3
Operarios de Máquina	2	2.6	1	3.0	3	2.7
Mecánicos	1	1.3	0	0	1	0.9
Choferes	0	0	1	3.0	1	0.9
Dependientes de Negocio	3	3.9	0	0	3	2.7
Otros	2	2.6	1	0	3	2.7
Subtotal	12	15.6	5	15.1	17	15.4
3. Personal Técnico Calificado	0					
4. Personal Profesional o Semiprofesional:						
Profesores	2	2.6	0	0	0	1.8
Otros	0	0	0	0	0	0
Subtotal	2	2.6	0	0	0	0
TOTAL	77	100	33	100	110	100

ESTADO NUTRICIONAL DEL NIÑO EN PURISCAL DURANTE LA CRISIS

Leonardo Mata
Marcela Vives
María E. García
Patricia Sáenz

RESUMEN:

Costa Rica ha superado gran parte del problema de la desnutrición, la cual era endémica en la década de 1950. La comparación de las encuestas nacionales de nutrición de 1966 y 1975 mostró en forma irrefutable que la desnutrición en todas sus formas venía en descenso. Por otro lado la revisión sistematizada de todos los egresos por desnutrición severa del Hospital Nacional de Niños entre 1975 y 1983 reveló en forma clara que la desnutrición edematosa prácticamente ha desaparecido y que las formas marasmáticas también se han reducido en forma significativa quedando circunscritas a niños lactantes de muy corta edad (López *et al.*, 1978; Jiménez *et al.*, Luna *et al.* inédito). Los cambios descritos fueron predichos desde 1975 con base en la reinterpretación de datos de las encuestas de nutrición y en la tendencia de la mortalidad infantil, el más sensible indicador de la situación socioeconómica de una sociedad (Mata y Mohs, 1976). Los cambios posteriores a 1975 fueron también pronosticados por esos autores y han sido confirmados mediante el estudio prospectivo del crecimiento del niño en Puriscal.

Desde setiembre de 1979 se viene realizando un estudio del crecimiento físico del niño en el Cantón de Puriscal, el cual se indica con el nacimiento de cada niño, y continua durante la lactancia y edad preescolar. Para lograr el seguimiento se coordinan equipos de investigadores y asistentes de investigación en Puriscal (Estación de Campo del INISA), Hospital San Juan de Dios (Banco de Leche) y en el INISA (Secciones de Informática y de Laboratorios).

Las medidas antropométricas incluyen el peso, longitud o talla y perímetro cefálico. A la fecha se dispone de datos de cinco falanges (cortes) anuales de niños con edades comprendidas entre cero y cuatro años. En agosto de 1984 se efectuó un "corte" para el análisis de las medidas antropométricas, utilizándose los índices Peso/E^{edad} y Peso/T^{talla}, calculados en forma estricta contra el 50 percentilo de las curvas del National Center for Health Statistic (NCHS-CDC) recomendados por la Organización Mundial de la Salud. Los análisis se hicieron para los 12, 24, 36 y 48 meses de edad.

Instituto de Investigaciones en Salud (INISA) U.C.S.
Ministerio de Salud

Además se analizaron posibles cambios en el peso y longitud del recién nacido, así como el grado de inmadurez fetal, en cinco falanges, comprendidas entre 1979 y 1984.

A partir de 1983, se estudiaron todos los niños que habían nacido con menos de 2500 gramos, contra un grupo testigo equiparado por fecha de nacimiento y lugar de residencia pero con un peso al nacer mayor de 2750 gramos. Para ambos grupos se calculó, a los 6 y 1/2 meses de edad, los mismos índices mencionados arriba.

Finalmente, se estudió la evolución de la mortalidad infantil en las falanges completas de los niños de Puriscal, lo que permite conocer su fluctuación y probable conexión con la crisis.

El análisis de las relaciones Peso/Edad ("desnutrición", Gómez), Peso/Talla (achicamiento, Waterlow & Rutishauser) y Peso/Talla (desgaste, Waterlow & Rutishauser) reveló que el estado nutricional fue tan bueno durante la crisis (1980-1983) como antes de la misma (1979). Además, no se observó ningún deterioro en el estado nutricional durante el proceso del envejecimiento de las falanges, esto es, en la transición de la lactancia hacia la edad preescolar, pasando por el destete.

Sin embargo, se notó un marcado deterioro en la mortalidad infantil, fundamentalmente en el período neonatal, durante los años 1982 y 1983. El aumento en la mortalidad, no correlacionó con un incremento en la incidencia de prematuridad o de retardo en el crecimiento intrauterino, sino más bien con un claro deterioro en la salud maternal, evidenciable en un aumento en el embarazo no deseado y de la morbilidad durante la gravidez, en un aumento en otros tipos de riesgo, en el deterioro de la atención prenatal y, aparentemente, en la atención del parto. No se logró demostrar que el aumento en la mortalidad infantil estuviese correlacionado con una disminución o deterioro del consumo de alimentos durante el embarazo.

Los datos encontrados en Puriscal a través de más de cinco años de estudio longitudinal constante y sistemático revelan que una vez que un país alcanza un grado de desarrollo educacional y sanitario como el de Costa Rica, es difícil que el estado nutricional se deteriore, a no ser en casos de hambruna o desastre naturales, los que no han ocurrido en fecha reciente en nuestro medio. Así, durante la severa crisis económica que nos aflige, cinco falanges completas de una población rural típica campesina no mostraron ningún deterioro del estado nutricional del lactante ni preescolar. El fenómeno no parece deberse a la acción de los programas de alimentos cuya cobertura es muy pequeña como para atribuirles el poder de influenciar la nutrición de todas las falanges, sobre todo si se conoce el marcado ruralismo de Puriscal.

Por otro lado, el aumento en la mortalidad infantil claramente se relacionó con deficiencias en la atención prenatal y del parto, así como en

limitaciones económicas de la población para asistir a las consultas y en fallas en la política de planificación familiar. Estos problemas fueron independientes del nivel de consumo de alimentos, pero se relacionaron con la calidad de la atención primaria de la salud. Debe destacarse que la labor continua del Programa de Salud Rural y el sostenimiento del nivel educacional de la población resultaron en el mantenimiento de un alto índice de inmunizaciones, de higiene personal y saneamiento ambiental, todo lo cual se reflejó en muy bajos índices de morbilidad infecciosa, y por ende, en menos desgaste nutricional.

Como consecuencia de tales observaciones, el sistema Nacional de Salud debe dar todo el énfasis posible a cubrir las deficiencias en la atención primaria de la salud que lógicamente han sido generadas por la crisis económica, y debe impulsar con mayor vehemencia la extensión de la cobertura en aquellas regiones en donde la carencia o deficiente infraestructura actual indudablemente es responsable de que todavía se mantengan altos índices de mortalidad infantil y achicamiento en esas regiones del país.

Jiménez, P., Mohs, E., Mata, L., Bolaños, C. Desnutrición severa: una reinterpretación 1975-1981. Acta Méd. Cost. (Costa Rica), 1985.

López, M.E., Mata, L., Albertazzi, C., et al. Admisiones por desnutrición energético-proteínica en el Hospital Nacional de Niños, Costa Rica, 1975.

Luna, D., Mata, L., Mohs, E. Trabajo inédito, 1985

Mata, L., Mohs, E. Cambios culturales y nutricionales en Costa Rica. Bol Méd. Hosp. Nac. Niños (Costa Rica) 33: 579-593, 1976.

ESTUDIOS DE FACTIBILIDAD PARA DETERMINAR LA APERTURA DE UN CENTRO DE ATENCION INTEGRAL

Dra. Rosa Ma. Novygrodt de Campos
Sub-Directora Dpto. de Nutrición
Jefe Area de Centros Infantiles
Lic. Marta Eugenia González Salas
Trabajadora Social Equipo Técnico de
Atención Integral. Dpto. Nutrición.
Lic. Gabriela Castro Páez.
Psicóloga Equipo Técnico de Atención
Integral. Dpto. de Nutrición
Br. Ileana Ramos Morales
Asistente de Psicología. Equipo Técnico
de Atención Integral. Dpto. Nutri-
ción.

INTRODUCCION:

El Programa de Nutrición y Atención Integral como se le denomina actualmente el Programa de Nutrición del Ministerio de Salud sufre una reestructuración a partir de la Ley 6875 y más tarde modificado por la Ley 6946.

El refuerzo económico que brinda esta Ley permite el ampliar la cobertura, dar integralmente la atención en salud, nutrición, educación y acciones sociales a un mayor número de niños menores de 7 años, a sus familias y a las comunidades, con el fin de contribuir a una mejor calidad de vida.

La modalidad de atención se hará a través del Programa Extra-muros tomando como principio la atención primaria a través de la visita domiciliaria que llevan a cabo los Asistentes de Salud Rural y Comunitaria y Técnicos en Nutrición. Las actividades se programaron a través de los Puestos de Salud y Centros de Salud de las respectivas comunidades a cargo de un equipo multidisciplinario de salud, planteándose como meta una cobertura del 50% de la población menor de siete años costarricense.

La otra modalidad se hará Intra-muros, a través de los Centros de Atención Integral (CEN-CINAI), de los cuales se han dado cuatro tipos según clasificación (Ver Anexo No. 1), planteándose como meta el cubrir 50.000 niños de 2 a 6 años en un CAI seleccionados de acuerdo a criterios prioritarios (Ver Anexo No. 2).

El Programa de Atención Integral y Nutrición tiene los siguientes Sub-Programas:

- 1.- Sub-Programa de Alimentación y Nutrición
- 2.- Sub-Programa de Educación Preescolar
- 3.- Sub-Programa de Educación Nutricional
- 4.- Sub-Programa de Educación para la Salud
- 5.- Sub-Programa de Salud
- 6.- Sub-Programa de Vigilancia Epidemiológica Nutricional y Alimentaria
- 7.- Sub-Programa de Salud Mental
- 8.- Sub-Programa de Trabajo Social y Promoción Comunal
- 9.- Sub-Programa de Capacitación, Investigación y Evaluación.

En el planteamiento del Programa de Atención Integral y Nutrición se plantea la necesidad de verificar la necesidad de crear o remodelar CAI (CEN-CINAI).

Esta verificación se realiza a través de estudios de factibilidad, los cuales tienen los siguientes objetivos:

- 1.- Construir los Centros de Atención Integral en comunidades del país que los necesitan
- 2.- Constatar la necesidad y la participación de las comunidades en la creación de un CAI
- 3.- Definir qué tipo de CAI (CEN-CINAI) se requiere
- 4.- Promover la creación de un CAI (CEN-CINAI)
- 5.- Estudiar las condiciones socio-económicas y nutricionales de las familias posibles beneficiarios de un Centro de Atención Integral
- 6.- Planificar a corto, mediano y largo plazo los Centros de Atención Integral que requiere el País
- 7.- Diagnóstico de las comunidades cabeceras de cantón y distritos con gran concentración de población
- 8.- Diagnóstico de los recursos que ofrece la comunidad

METODOLOGIA:

La verificación de la necesidad de un CAI se realiza a través de estudios de factibilidad que incluyen un cuestionario precodificado que se administra a cada familia residente en un área establecida de un kilómetro a la redonda, tomando como centro del círculo el punto donde se va a establecer o remodelar el CEN o CINAI denominado CAI/

La selección de las comunidades en que se efectúan estos estudios se realiza siguiendo criterios técnicos y estudios existentes como:

- estudios de pobreza, zonas marginadas, comunidades establecidas a base de invasiones o precarismo
- estudios de desnutrición, mortalidad infantil, etc.
- estudios de comunidades con indicadores socio-económicos muy bajos
- solicitudes directas de comunidades organizadas
- comunidades donde predomina mano de obra femenina o que por sus características productivas ocupan a trabajadores rurales o urbanos y sus familias
- estudios que demuestran la necesidad de remodelar un CEN o CINAI
- pre-censos y recomendaciones efectuadas por las Regiones de Salud.

A través de los estudios de factibilidad se obtiene una visión diagnóstica de la comunidad en estudio, que nos permite conocer su ubicación, su organización, servicios públicos y privados, necesidades, recursos, etc.

A través de la Encuesta se obtienen datos sobre población menor de siete años, la situación socio.económica de las familias y el estado nutricional de los menores encuestados, así como su interés de ingresar a un CAI, asimismo sobre la necesidad y urgencia del Centro de Atención Integral.

El número posible de beneficiarios y el tiempo necesario determinan el tipo de CAI que se amerita en cada comunidad. Los resultados son enviados al nivel central con la correspondiente recomendación regional para su análisis y ejecución.

El recurso humano operativo en los estudios de factibilidad está constituido por Nutricionistas Regionales, Trabajadores Sociales, Técnicos en Nutrición, Asistentes de Salud Rural y Comunitaria y Personal Voluntario de los Comités de Nutrición.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES:

De las 237 comunidades propuestas para estudios de factibilidad en todo el país se han logrado realizar 167 de ellos en el período comprendido entre agosto y diciembre de 1984.

Actualmente existe entre un 30 y un 40% de estudios pendientes en las diferentes regiones del País, a excepción de la Región Brunca en la cual únicamente quedan por realizar un 5% de los estudios propuestos. Por el contrario, en la Región Chorotega el número de estudios por realizar es mayor (45%).

De acuerdo a los resultados de los 167 comunidades estudiadas se concluyó, para efectos de planificación, que los tipos de Centros de Atención Integral que con más frecuencia se necesitan son el tipo A y C. El tipo A por ser poblaciones urbanas con mayor concentración de población y con mayor porcentaje de mujeres que trabajan.

El tipo C es el más frecuente que se necesita en zonas rurales y que es transformación del CEN en CAI, tipo C.

En la cinco comunidades estudiadas el tipo de Centro de Atención Integral y los criterios que justifican su clasificación son los siguientes:

GUAPILES DE POCOCHI:

En el estudio diagnóstico de esta comunidad se encontró que éste es un Cantón prioritario por índices de salud y educación. Existe de acuerdo al último Censo Nacional, un 19% de analfabetismo con respecto a salud, el diagnóstico reveló problemas nutricionales y patología social en número importante dentro de la población.

Es además un cantón que genera empleo para mano de obra femenina en gran medida y en donde las madres encuestadas manifestaron la necesidad de contar con los servicios de un CAI

Existe asimismo, acuerdo Municipal y de otras Organizaciones de la Comunidad para la donación de un lote.

En los datos de la Encuesta de Hogares se encontró que un 25% de las madres son solteras, no cuentan con el apoyo de un compañero. Existe un 58% de madres que trabajan. Las madres que no trabajan manifestaron como motivos principales para no incorporarse a la fuerza productiva, el tener niños a su cargo (25%).

Existe un porcentaje de desnutrición severa dos veces mayor al encontrado en la Encuesta Nacional de Nutrición en 1982, asimismo es alto el sobrepeso encontrado (13%).

Por lo anteriormente expuesto se justifica un CAI, Tipo A para Guápiles.

ZARCERO DE ALFARO RUIZ:

Se conoce que Zarcerero mantiene índices adecuados de salud y socio-económicos; no obstante se han reportado problemas importantes en el campo de la salud mental, Diabetes Mellitus, hipertensión.

Es una comunidad organizada que ha solicitado la transformación del CEN con que cuentan actualmente a un CAI, tipo B.

Existe además un alto número de niños pre-escolares (199) cuyas madres manifestaron la necesidad y la utilización del servicio en el momento en que exista. El 84% requieren servicio de medio tiempo.

Es importante recalcar el alto porcentaje de sobrepeso en los niños preescolares (20%), - dos veces mayor el porcentaje de la Encuesta Nacional de 1982

SAN BUENAVENTURA DE ABANGARES:

Comunidad con gran organización y participación de sus habitantes, que han solicitado desde tiempo anterior a la creación de la Ley la instalación de un CEN, justificado por el alto porcentaje de niños desnutridos. En el año 1983 el 55% de los niños preescolares sufrían de algún grado de desnutrición; el 13% de éstos presentaban desnutrición de III ó II grado. Este porcentaje es dos veces el encontrado en la Encuesta Nacional de Nutrición de 1982.

En la Encuesta de Hogares se encontró que un 23% de las madres son solteras, un 9.4% no tienen escolaridad y un 32% no han concluido la enseñanza primaria.

El 83% de ellas no trabajan fuera del hogar, manifestado como motivos principales: falta de oportunidad laboral (22.7%), oposición del compañero o familia (22.7%), por tener niños a su cargo (15%).

La escolaridad de los padres es baja. Un 3.8% son analfabetos y un 32.1% no han concluido la Enseñanza Primaria. La ocupación de los mismos en un 43% cae dentro de la categoría de no técnicos, ni calificados, es ocupación esporádica o se encuentran sin ocupación.

Las viviendas de estas familias en un 45.3% se encuentran en malas condiciones.

Si bien este estudio revela una mejoría en el estado nutricional de los niños preescolares, aún el porcentaje es alto (35% desnutridos de I Grado y 3.75 de II Grado).

En esta comunidad se ha considerado necesario la construcción de un CAI, tipo C.

CERBATANA DE PURISCAL:

En Cerbatana de Puriscal el estudio indicó la necesidad de construir un CAI, tipo C. Desde hace varios años ha funcionado un Centro de Educación y Nutrición en un local prestado por la Asociación de Desarrollo, pero en muy malas condiciones. La construcción del local y la introducción de nuevo personal pretende mejorar el servicio que se ha venido dando de alimentación exclusivamente al introducir el componente de educación preescolar y estimulación temprana para los niños de la comunidad.

Es importante señalar la insistencia de miembros organizados de esta comunidad para la solución a la necesidad sentida de un Centro de Atención Integral

CONCEPCION DE PLATANARES DE PEREZ ZELEDON:

El diagnóstico de comunidad señala en forma importante el alto porcentaje de desnutrición de esta comunidad (un 72% con algún grado de desnutrición en 1982). Aunado a problemas de salud y del medio ambiente, tales como aguas procedentes de nacientes sin tratamiento, expuestas a contaminaciones. Altos porcentajes de parasitosis intestinal, vivienda de mala calidad y una inaccesibilidad a los servicios de salud (no hay Puestos de Salud Rural).

En la Encuesta de Hogares se observó un 53% de madres que no tienen la enseñanza primaria completa

El 40% de las madres trabajan, no obstante la ocupación cabe dentro de la categoría de trabajador no calificado, en el grupo de padres existe un 9% que caben en esta categoría, ocupación esporádica o sin ocupación. De las madres que no trabajan, aproximadamente un 35% no lo hacen por tener niños a su cargo.

Otro dato de tomar en cuenta es que el 41% de las viviendas que habitan las familias encuestadas se encuentran en malas condiciones.

Con respecto al estado nutricional de los niños pre-escolares, llama la atención el alto porcentaje de desnutrición severa en 1.85% y bajo porcentaje de sobrepeso un 3.7% comparativamente a la Encuesta Nacional de Nutrición 0.3 Primero, 9.9% segundo.

De las cinco comunidades estudiadas fue donde más porcentaje de niños con desnutrición presenta: 47% relacionado al tipo de servicio que solicitan la comunidad, un 59% desean que sea durante el II Semestre del año, esto justificado por ser zona cafetalera, por tanto hay que tener en cuenta para que además del CAI Tipo D se dé el servicio de guardería temporal en el tiempo de la recolección de café.

A nivel local se tiene participación activa de la comunidad y donar lote para CAI Tipo C. Los resultados dan los elementos técnicos para plantear un Centro de Atención Integral con Puesto de Salud

RECOMENDACIONES:

- 1.- Antes de tomar la decisión de establecer un nuevo servicio o de reestructurar el ya existente la decisión debe fundamentarse en el estudio de factibilidad. Estos estudios deben ser apoyados por la comunidad y es conveniente garantizar su seguimiento
- 2.- Se recomienda promover una mejor información a nivel local para que toda encuesta de hogares sea acompañada por un diagnóstico de la comunidad lo más completo posible y actualizada
- 3.- Se deben realizar todos los estudios de factibilidad propuestos sin temor de crear perspectivas ya que para una adecuada planificación debemos tener la información oportuna de las comunidades prioritarias para construir Centros de Atención Integral a corto plazo donde más se necesitan.

/acha.

ANEXO No. 1. CARACTERISTICAS DEL SERVICIO SEGUN LAS MODALIDADES DE FUNCIONAMIENTO:

TIPO A	TIPO B	TIPO C
<p>-Atenderá niños de seis meses a seis años</p> <p>-El Servicio que ofrecerá será atención integral específica. Estará abierto al público 12 horas de 6 a.m. a 6 p.m. de lunes a viernes</p> <p>-La cobertura será de 100 niños a tiempo completo más los beneficiarios de atención específica (1)</p> <p>-Desarrollará conjuntamente con el equipo local de salud y educación, programas de atención integral con el niño, la familia y la comunidad</p> <p>-El personal fijo con que contará será: Una Maestra de Educación Preescolar Cinco Asistentes de Atención Integral para la atención de los niños por grupo de edad Tres Misceláneas</p> <p>-Este personal será rotativo para atender los diferentes turnos de trabajo</p> <p>-El servicio ofrecerá atención sistemática de salud a los beneficiarios en el mismo CINAI</p> <p>-Además ofrecerá el servicio de distribución de leche y paquetes de alimentos</p>	<p>-Atenderá niños de seis meses a seis años</p> <p>-El Servicio que ofrecerá será atención integral y específica de lunes a viernes</p> <p>-Tendrá una cobertura de 100 niños divididos en dos jornadas de trabajo (mañana y tarde), además atenderá beneficiarios con atención específica (1)</p> <p>-Desarrollará conjuntamente con el personal de salud y educación actividades de atención integral para el niño, la familia y la comunidad</p> <p>-El personal fijo con que contará será: Una Maestra de Educación Preescolar Una Asistente para la atención de los niños Dos Misceláneas</p> <p>-El Servicio ofrecerá atención sistemática de salud a los beneficiarios en el mismo CEN</p> <p>-Estará dirigido a comunidades cuyas características no requieren un CINAI a tiempo completo</p> <p>-Además ofrecerá el servicio de distribución de leche y paquetes de alimentos</p> <p>NOTA: en caso de que algún niño beneficiario del Servicio necesite una atención completa (ocho horas) por razón de estado nutricional o de trabajo de la madre será atendido toda la jornada</p>	<p>-Atenderá niños de seis meses a seis años</p> <p>-El horario de trabajo con los niños será de 7 a.m. a 12.30 p.m. de lunes a viernes</p> <p>-Tendrá una cobertura máxima de 50 niños con atención a tiempo parcial, además de beneficiarios de atención específica (1)</p> <p>-Desarrollará conjuntamente con el personal de salud y educación, programas de atención integral con el niño, la familia y comunidad</p> <p>-El personal con que contará básicamente será: Una Asistente de Atención Integral para la atención de los niños Una Miscelánea</p> <p>-El Servicio ofrecerá también atención sistemática de salud a los beneficiarios del mismo CEN en el caso de los tipo C y en el Puesto de Salud Rural en el Tipo D</p> <p>-Además ofrecerá servicios de distribución de leche y de paquetes de alimentos</p>

(1) Se entiende por atención específica los niños menores de dos años, madres embarazadas y lactantes, niños preescolares que sólo asisten al servicio de desayuno y almuerzo.

ESTUDIO COMPARATIVO DEL ESTADO NUTRICIONAL DE LA
POBLACION MENOR DE 6 AÑOS ENTRE 1978 y 1982

Dr. Carlos Díaz Amador (*)

INTRODUCCION:

Para Costa Rica, país con un desarrollo económico insuficiente para lograr un nivel de vida satisfactorio para todos sus habitantes, establecer y mantener una adecuada vigilancia de la nutrición de su población debe ser una prioridad de las políticas de salud y nutrición.

Componentes de la vigilancia alimentaria nutricional son las encuestas de nutrición que en forma periódica, 1966, 1975, 1978 y 1982, el Ministerio de Salud ha realizado con el fin de determinar el consumo de alimentos y el estado nutricional de la población, especialmente de la infantil.

Dentro de tal política, es particularmente importante comparar los cambios ocurridos en el nivel nutricional de 1978 a 1982, dado que en ese período se inició la crisis económica por la que atraviesa el país.

OBJETIVOS:

1. Determinar los cambios ocurridos de 1978 a 1982 en el consumo promedio de alimentos por los niños menores de 6 años.
2. Señalar las diferencias en la prevalencia de la lactancia materna en los años 1978 y 1982.
3. Determinar los cambios ocurridos de 1978 a 1982 en el estado nutricional de los niños menores de 6 años.

PROCEDIMIENTOS:

El trabajo está basado en las encuestas nacionales de nutrición, efectuadas por el Ministerio de Salud en los años 1978 y 1982. De estas encuestas se tomaron los datos concernientes a la antropometría de los niños menores de 6 años (peso y talla), al consumo de alimentos por los niños preescolares y la práctica de la lactancia materna en los niños menores de 1 año.

Los datos mencionados de ambas encuestas son comparables entre sí y en tal sentido se sacan los resultados y conclusiones que se indican a continuación.

Ministerio de Salud - Departamento de Nutrición (*)

RESULTADOS Y CONCLUSIONES:

1. Los niños preescolares tuvieron en 1982 un consumo promedio de productos lácteos de 906 gm en el área urbana, de 659 gm., en el área rural concentrada y de 732 gm. en el área rural dispersa. Estos consumos promedios de productos lácteos son mayores que los correspondientes al año 1978, 756 gm en el área urbana, 603 en la rural concentrada y 578 en la rural dispersa. Similares incrementos ocurrieron en el consumo promedio de vegetales frescos, azúcares, y grasas. Se concluye que en 1982 los niños preescolares en promedio estuvieron mejor alimentados que en 1978.
2. En 1982 el porcentaje de niños que nunca amamaron alcanzó la cifra de 12,9% en la zona urbana, 9,6% en la rural concentrada y 9,3% en la rural dispersa, porcentajes que son inferiores a los correspondientes a 1978, 41,5% en la zona urbana, 41,0% en la rural concentrada y 28,5% en la rural dispersa. Consecuentemente de 1978 a 1982 se produjo un aumento en la práctica de la lactancia materna, dado que mayor número de niños fueron amamantados en 1982 que en 1978.
3. En 1982 el porcentaje de niños con peso normal en relación a la edad fue de 46,2%, mayor significativamente que 42,7% correspondiente a 1978. Por otra parte la desnutrición moderada disminuyó significativamente de 11,4% en 1978 a 9,9% en 1982. Los cambios ocurridos en la desnutrición leve y severa no fueron significativos. Se concluye que los niños menores de 6 años en promedio tuvieron un estado nutricional mejor en 1982 que en 1978.

DISTRIBUCION PORCENTUAL
DE LOS NIÑOS SEGUN DURACION DE LA
LACTANCIA MATERNA POR GRADOS DE URBANIZACION
ENCUESTAS NACIONALES DE NUTRICION 1978 Y 1982

	U R B A N O		R U R A L Concentrado		R U R A L Disperso	
	1978 %	1982 %	1978 %	1982 %	1978 %	1982 %
Nunca mamaron	41.5	12.9	41.0	9.6	28.5	9.3
Mamaron menos de 6 meses	50.9	71.9	48.7	73.9	66.1	69.2
Mamaron a los 6 meses	7.6	15.2	10.3	16.5	5.4	21.5

CONSUMO PROMEDIO DE ALIMENTOS*

POR NIÑO POR DIA

ENCUESTA NACIONAL DE NUTRICION

COSTA RICA

	URBANA	RURAL CONCENTRADA	RURAL DISPERSA
Productos Lácteos	906	659	578
Huevos	17	19	18
Carnes	47	43	26
Leguminosas	19	26	17
Vegetales frescos	83	70	43
Frutas	44	21	20
Bananos y plátanos	45	36	13
Raíces y tubérculos	37	27	29
Arroz	69	79	52
Panes y galletas	48	30	12
Azúcares	69	65	60
Grasas	28	30	18

* En gms.

4 < de R.M.

3 < de R.M.

5 < de RM.

CONSUMO PROMEDIO DE ALIMENTOS*

POR NIÑO POR DIA

ENCUESTA NACIONAL DE NUTRICION

1978

COSTA RICA

	URBANO	RURAL CONCENTRADO	RURAL DISPERSO
Productos Lácteos	756	603	578
Huevos	18	26	18
Carnes	57	25	19
Leguminosas	10	13	34
Vegetales Frescos	52	34	22
Frutas	66	54	31
Bananos y plátanos	30	29	20
Raíces y tubérculos	38	36	32
Arroz	44	46	65
Panes y galletas	28	20	17
Azúcares	24	57	58
Grasas	17	15	13

* En gms.

8 ζ de R.M.

5 ζ de R.M.

4 ζ de R.M.

DISTRIBUCION PORCENTUAL
DE LOS NIÑOS DE 0 A 5 AÑOS
SEGUN PESO PARA TALLA
ENCUESTAS NACIONALES DE NUTRICION 1978 Y 1982
COSTA RICA

PESO/TALLA	AÑO 1978 %	AÑO 1982 %	DIFERENCIA
Sobrepeso	12,9	7,1	Significativa
Normal	65,8	70,0	Significativa
Desnutrición Moderada	17,8	21,0	Significativa
Desnutrición Severa	3,5	1,9	Significativa
TOTAL	100,0	100,0	

1. Se usaron como referencia los estándares de IOWA.
2. Datos procesados por el SIN.

DISTRIBUCION PORCENTUAL
DE LOS NIÑOS DE 0 A 5 AÑOS SEGUN
TALLA PARA EDAD
ENCUESTAS NACIONALES DE NUTRICION 1978 Y 1982
COSTA RICA

TALLA/EDAD	AÑO 1978 %	AÑO 1982 %	DIFERENCIA
TALLA ALTA	4.3	6.8	Significativa
NORMAL	61.0	68.2	Significativa
RETARDO LEVE	27.1	20.7	Significativa
RETARDO MODERADO	5.8	3.8	Significativa
RETARDO SEVERO	1.8	0.5	Significativa
TOTAL	100.0	100.0	

1. Se usaron como referencia los estándares de IOWA.

2. Datos procesados por el SIN.

EL REGISTRO NACIONAL DE TUMORES EN COSTA RICA

* LIC. Damaris G. de Bermúdez

1. INTRODUCCION

El cáncer constituye un serio problema de salud en muchos países y todo parece indicar que esta situación se incrementará en el futuro. La importancia relativa de esta enfermedad ha ido aumentando a medida que la lucha contra las enfermedades infecciosas y mal nutricionales ha sido cada vez más eficaz.

La preocupación expresada anteriormente toma fuerza si se consideran las tendencias actuales en cuanto a factores tan importantes como a) Las modificaciones en el aspecto sanitario y en la estructura demográfica de la población, que hacen que la expectativa de vida aumente hasta alcanzar las edades en que el riesgo de cáncer es mayor, b) Las modificaciones en el estilo de vida y de comportamiento de los seres humanos, que podrían estar asociados a un mayor riesgo respecto a unos tipos de cáncer y menor riesgo respecto a otros, y c) Las modificaciones del medio como consecuencia de la industrialización y la urbanización, que pueden tender a aumentar los riesgos de cáncer 1/

2. OBJETIVO:

El objetivo básico de este trabajo es dar a conocer los logros obtenidos por el Registro Nacional de Tumores como fuente específica de información sobre el cáncer.

Se pretende además que los profesionales de salud ligados directa o indirectamente al Registro, sean productores de datos, usuarios, apoyo técnico o administrativo, tomen conciencia del papel tan importante que les corresponde para lograr que las estadísticas de salud en general y las de este Registro en particular, brinden información cada vez más confiable, completa y oportuna.

3. METODOLOGIA Y FUENTE DE DATOS:

El método utilizado en este trabajo ha sido el descriptivo. Se incluyen aspectos referidos a la base legal en que se apoya el Registro Nacional de Tumores y a los procedimientos de recolección de datos que se emplean para garantizar información de la mejor calidad posible. Se presentan además algunas estadísticas sobre la mortalidad e incidencia del Cáncer en Costa Rica en los últimos años obtenidas de la Dirección General de Estadística y Censos y el Registro de Cáncer, respectivamente.

1/ Estadísticas sobre el Cáncer, Serie de Informes Técnicos 632, OMS, Ginebra 1979

* Jefe Depto. Estadística, Ministerio de Salud.

4. REGISTRO NACIONAL DE TUMORES EN COSTA RICA

4.1 Base Legal

El cáncer fue declarado en Costa Rica como de notificación obligatoria en 1976, mediante Decreto Ejecutivo # 6584 SPPS del 6 de diciembre de 1976. Este mismo Decreto dio vida al Registro Nacional de Tumores, bajo la responsabilidad del Ministerio de Salud a través de sus Departamentos de Estadística y Lucha Contra el Cáncer en sus respectivos campos de aplicación.

4.2 Objetivos del Registro Nacional de Tumores

Los objetivos del Registro Nacional de Tumores según el Decreto antes mencionado - especifican la obtención de a) La incidencia y prevalencia del cáncer según localización anatómica, sexo, edad, ocupación y área geográfica, b) La distribución y calidad de la atención médica prestada a las personas que padecen de cáncer, c) Todos los casos de tumores malignos que se diagnostiquen en el territorio nacional y d) Cualquier otro extremo referente a la materia.

4.3 Fuentes de Datos utilizados por el Registro Nacional de Tumores

Las fuentes que en Costa Rica proporcionan información sobre casos detectados de cáncer son las siguientes:

- a) Hoja de Informe de Tumor (Egresos hospitalarios)
- b) Certificado de Defunción
- c) Biopsias
- d) Autopsias

a) HOJA DE INFORME DE TUMOR

Por cada paciente que egresa de algún hospital del país con diagnóstico de tumor maligno, se elabora la Hoja de Informe de Tumor, la cual registra datos con base en el expediente clínico; se registran las siguientes características:

1. Lugar de atención- localidad
2. Número de historia clínica- número de registro
3. Nombre y apellidos- número de cédula
4. Sexo y estado civil
5. Fecha y lugar de nacimiento
6. Edad
7. Ocupación
8. Residencia habitual
9. Diagnóstico final
10. Base del diagnóstico
11. Diagnóstico histológico
12. Fue diagnosticado positivamente como CANCER antes de esta consulta ?

No

Si

Fecha

4.4 OTROS INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Además de los formularios de recolección de datos descritos en el aparte 4.3, los otros instrumentos utilizados en el Registro Nacional de Tumores son los siguientes:

- a) Índice de pacientes
- b) Tarjeta de Seguimiento
- c) Registro de Casos

a) INDICE DE PACIENTES

Permite la identificación inequívoca de cada persona que presenta un caso de cáncer. En ella se anota el nombre completo, N° de cédula y N° de registro.

b) TARJETA DE SEGUIMIENTO

La tarjeta de seguimiento es un registro permanente de cada una de las personas reportadas con cáncer. En ella se registran las atenciones recibidas y el curso de la enfermedad, lo que permite medir sobrevivencia. Se anota nombre completo, N° de cédula y algunas características personales y de las atenciones recibidas.

c) REGISTRO DE CASOS

Permite conocer los casos nuevos detectados de cada localización del cáncer, a fin de medir su incidencia. En esta tarjeta se anota, para cada tipo de localización, el número de registro de cada persona afectada y algunas características personales y de la atención recibida.

4.5 DISPONIBILIDAD Y CONFIABILIDAD DE LA INFORMACION DEL REGISTRO NACIONAL DE TUMORES

La recolección de datos se inició en marzo de 1977.

En el cuadro N°1 y gráfico N°1 se presentan los casos nuevos de cáncer reportados al Registro Nacional de Tumores en cada uno de los años 1977 a 1983.

La información referida a 1977, 1978 y 1979 debe analizarse con cuidado, puesto que algunos establecimientos de salud no se habían aún incorporado al sistema y los procedimientos actuales de recolección y control de calidad no se habían completado.

Puede observarse la regularidad en las cifras a partir de 1980; este hecho y los controles cruzados de que se dispone para obtener la información permiten garantizar una buena cobertura y calidad de los resultados.

4.6 PUBLICACIONES DEL REGISTRO NACIONAL DE TUMORES

Las publicaciones del Registro Nacional de Tumores se han concretado a la fecha a informar de los casos nuevos de tumores malignos reportados según localización anatómica por edad, sexo e institución informante; se complementan con mortalidad por esa misma causa.

4.7 ASESORIA RECIBIDA

La Organización Panamericana de la Salud, desde 1979, ha brindado apoyo técnico a través de a) dos Seminarios al que asistieron funcionarios del Registro y de todos los hospitales del país y b) por medio de visitas de consultoría y evaluación del Registro.

En 1978 se creó el Comité Asesor del Registro Nacional de Tumores, con la participación ad-honorem de distinguidos Patólogos, Oncólogos, Estadísticos y Técnico en Registros Médicos y Estadística del Ministerio de Salud y de la Caja Costarricense de Seguro Social.

4.8 ANTECEDENTES HISTORICOS

La labor de diseño del proyecto y planeamiento del Registro Nacional de Tumores se remonta al año 1974, siendo Ministro de Salud el Doctor Hermann Weinstok Wól fowicz Director de la Lucha Contra el Cáncer Doctor Herbert Hutt Gil y Jefe del Departamento de Estadística la Lic. Ligia Moya de Madrigal.

Correspondió al Doctor Hermann Weinstok la presentación del proyecto que dio origen al decreto aprobado en diciembre de 1976.

5. RESULTADOS Y CONCLUSIONES

5.1 RESULTADOS

Los tumores malignos, como causa de muerte, ocuparon en 1970 el cuarto lugar, su importancia relativa en relación al total de defunciones fue de 9.7% y su tasa alcanzó a 64.9 defunciones por cáncer por cada 100.000 habitantes. En 1983, su ubicación ascendió al segundo lugar, su importancia relativa fue de 19.7% y su tasa se incrementó a 76.0 defunciones por cáncer por cada 100.000 habitantes. Estos resultados se pueden observar en el cuadro N° 2.

En el cuadro N° 3 se comparan, para 1970 y 1983, las defunciones por tumores malignos según las quince principales localizaciones. Se observa cómo las cinco localizaciones de cáncer que han causado la muerte a más número de personas en cada uno de los años comparados son las siguientes:

	<u>1970</u>		<u>1983</u>
	<u>N° de def.</u>		<u>N° de def.</u>
1. Estómago	354	1. Estómago	513
2. Tráquea, bronquio y pulmón.	50	2. Tráquea, bronquio y pulmón.	146
3. Cuello del útero	50	3. Hígado	98
4. Leucemias	44	4. Próstata	80
5. Hígado	37	5. Cuello del útero	85

Es conveniente mencionar que si a los diagnósticos de cáncer no especificados se les diera rango propio, ocuparían, entre las defunciones por tumores malignos, el segundo lugar en 1970 y el cuarto en 1983.

En el cuadro N°4 se presentan los casos nuevos de tumores malignos reportados al Registro Nacional de Tumores según localización anatómica, para cada uno de los años - 1977 a 1983. De estas cifras se puede observar cómo las cinco localizaciones de cáncer que afectaron a mayor número de personas en 1983 fueron las siguientes:

	<u>1983</u>	<u>Nº casos nuevos</u>
1.	Piel	707
2.	Estómago	560
3.	Cuello del útero	560
4.	Mama femenina	245
5.	Próstata	167
	Sistema hematopoyético y reticuloendotelial	167

Los sitios primarios no especificados de cáncer, si se les ubica con rango propio, ocuparían el octavo lugar con 74 casos nuevos reportados.

.2 CONCLUSIONES

El cambio en la estructura de la mortalidad entre los años 1970 y 1983 avala el criterio de que las políticas de prevención y extensión de cobertura de los servicios - han mejorado de manera dramática el nivel de salud de la población.

Para prevenir y controlar algunas de las enfermedades que actualmente ocupan los primeros lugares como causas de mortalidad y morbilidad se requiere alta tecnología que el país no está todavía en capacidad de colocar al alcance de las grandes masas de población; en su lugar, las autoridades de salud buscan el diseño de un modelo de atención basado en el enfoque de riesgo, de modo que los recursos existentes puedan distribuirse más eficazmente.

La información necesaria para que el enfoque de riesgo se pueda aplicar efectivamente debe ser más específica y oportuna de lo que actualmente es. Además debe mejorarse su confiabilidad y cobertura. Se requiere para esto que el apoyo administrativo sea más efectivo en cuanto a la disponibilidad de formularios para registro, procesamiento electrónico de los datos y oportunidad de la impresión de las publicaciones.

La especificidad de la información es necesaria no sólo desde el punto de vista territorial (disponible para áreas geográficas menores) sino desde el punto de vista de los diagnósticos médicos. El 5 por ciento de los diagnósticos por tumor maligno anotados como causa de muerte en 1983 son de localización no especificada. El 2% de los casos nuevos de cáncer detectados en ese mismo año se registraron como de sitio primario no especificado.

Las estadísticas de mortalidad han sido las que tradicionalmente han brindado información para guiar las políticas de salud. Sin embargo, cada vez se hace más necesario complementarlas con las referidas a morbilidad, por incluir éstas a los que no fallece

AGRADECIMIENTO

Para la elaboración del contenido estadístico y mecanografía de este trabajo se contó con la valiosa colaboración de funcionarios del Departamento de Estadística del Ministerio de Salud.

La autora agradece a todos ellos, especialmente a la Señora Georgina Muñoz de Brenes Jefe de la Sección Registro Nacional de Tumores, a la Srta. Flor de María Oviedo, Jefe Sección Estadísticas otros Programas Prioritarios y a la Señora Carmen Eugenia Acosta. Secretaria.

- Es conveniente la creación de registros de enfermedades que, al igual que actualmente lo hace el Registro Nacional de Tumores, permitan contar con información más detallada para el control y seguimiento.
- El Registro Nacional de Tumores ya está en un grado muy aceptable de consolidación y con base en la información que brinda se han realizado importantes investigaciones. Es necesario, sin embargo, que cada investigador le supla copias de su publicación a fin de ir organizando un futuro centro de documentación sobre investigaciones de cáncer en Costa Rica.

CUADRO Nº 1 CASOS NUEVOS DE CANCER REPORTADOS POR AÑO
COSTA RICA, 1977 - 83

AÑO	NUMERO DE CASOS
1977	1.653
1978	1.934
1979	2.882
1980	3.588
1981	3.626
1982	3.645
1983	3.681

FUENTE: Registro Nacional de Tumores, Depto. de Estadística
Ministerio de Salud.

GRAFICO N° 1 CASOS NUEVOS REPORTADOS AL REGISTRO
NACIONAL DE TUMORES
COSTA RICA 1977 - 1983



FUENTE: Cuadro N° 1

CUADRO N° 2. LAS DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCION, PORCENTAJE DE DEFUNCIONES Y TASA POR 100.000 HABITANTES COSTA RICA, 1970, 1983

CODIGO	CAUSAS PRINCIPALES (año)	TOTAL		
		Rango	Porcentaje	Tasa
<u>TOTAL 1970</u>				
<u>TOTAL DE DEFUNCIONES</u>		-	100.0 a/	660
			(11.504)	
390-429	Enfermedades del corazón	1	13.0	86
008-009 470-474	Enteritis y otras enfermedades diarreicas	2	10.5	70
480-486	Neumonía e Influenza	3	9.8	65
140-209	Tumores malignos	4	9.7	64
760-779	Causas de mortalidad perinatal	5	5.7	38
E800-E949				
E980-E989	Accidentes	5	5.7	38
430-438	Enfermedad cerebrovascular	7	4.6	30
490-493	Bronquitis, enfisema y asma	8	2.8	18
055	Sarampión	9	2.1	14
037	Tétano	10	1.9	12
<u>TOTAL 1983</u>			100.0 a/	386
			(91.432)	
390-429	Enfermedades del corazón	1	19.7	70
140-208	Tumores malignos	2	19.7	70
430-438	Enfermedad cerebrovascular	3	7.2	27
E800-E949				
E980-E989	Accidentes	4	6.9	26
760-779	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	5	6.7	25
740-759	Anomalías congénitas	6	4.0	15
495-496	Otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	7	3.4	13
001-009	Enfermedades infecciosas intestinales	8	2.4	9
120-359	Enfermedades del sistema nervioso	9	2.4	9
480-487	Influenza y neumonía	10	3.3	12

a/ Cifras absolutas

FUENTE: Dirección General de Estadística y Censos.

CUADRO Nº 3- DEFUNCIONES POR TUMORES MALIGNOS (15 principales localizaciones)
SEGUN LOCALIZACION DEL TUMOR Y POSICION QUE OCUPA
COSTA RICA, 1970-1983

LOCALIZACION DEL TUMOR	AÑO			
	1970		1983	
	Nº.	Rango	Nº.	Rango
<u>TOTAL DEL PAIS</u>	<u>1.132</u>	-	<u>1.854</u>	-
<u>TUMOR MALIGNO</u>				
Estómago	354	1	513	1
Localización no especificada	131	2	97	4
Tráquea, bronquio y pulmón	50	3	146	2
Cuello del útero	50	3	85	6
Otras leucemias y las no especificadas	44	4	-	-
Vesícula biliar y vías biliares extra-hepáticas.	37	5	36	14
Glándula prostática	36	6	86	5
Mama	34	7	82	7
Secundario del aparato respiratorio <u>di</u> gestivo.	32	8	-	-
Esófago	29	9	43	12
Páncreas	27	10	76	8
Localización mal definidas (abdomen)	25	11	-	-
Sarcoma y linfosarcoma	21	12	-	-
Encéfalo	20	13	55	10
Enfermedad de Hodgkin	17	14	-	-
Colon	16	15	61	9
Hígado y vías biliares intrahepáticas	-	--	98	3
Leucemia mieloide	-	-	49	11
Recto y porción rectosigmoidea	-	-	36	14
Leucemia linfática	-	-	37	13
Laringe	-	-	36	14
Vejiga urinaria	-	-	27	15
Otras localizaciones	199	-	291	-

FUENTE: Dirección General de Estadística y Censos.

NACIONAL DE TUMORES SEGUN LOCALIZACION POR AÑO
COSTA RICA, 1977 - 1983
(Tasa por 100.000 hab.)

LOCALIZACION DEL TUMOR	1977		1978		1979 a/		1980		1981		1982		1983	
	N°	TASA	N°	TASA	N°	TASA	N°	TASA	N°	TASA	N°	TASA	N°	TASA
TUMOR MALIGNO	1.653	79.83	1.934	90.99	2.882	131.45	3.588	159.71	3.626	157.15	3.645	153.60	1.681	140.86
140- Labio	-	-	2	0.09	2	0.09	-	-	-	-	4	0.17	14	0.57
141- Lengua	7	0.34	9	0.42	16	0.73	15	0.67	17	0.74	18	0.76	19	0.61
142- Glándulas salivales mayores	2	0.10	2	0.09	6	0.27	12	0.53	10	0.43	6	0.25	12	0.49
143- Encías	4	0.19	3	0.14	3	0.14	1	0.04	3	0.13	3	0.13	4	0.16
144- Suelo de la boca	1	0.05	4	0.19	7	0.32	-	-	7	0.30	3	0.13	6	0.25
145- Otras partes y las no especificadas de la boca.	10	0.48	7	0.33	6	0.27	10	0.45	11	0.48	14	0.59	5	0.20
146- Orofaringe	3	0.14	2	0.09	8	0.36	6	0.27	5	0.22	8	0.34	9	0.37
147- Nasofaringe	9	0.43	8	0.38	7	0.32	10	0.45	17	0.74	10	0.42	13	0.53
148- Hipofaringe	2	0.10	-	-	5	0.23	10	0.45	7	0.30	2	0.08	5	0.20
149- Faringe y sitios mal definidos del labio cavidad bucal y faringe.	4	0.19	7	0.33	6	0.27	3	0.13	3	0.13	4	0.17	2	0.08
150- Esófago	29	1.40	42	1.98	34	1.55	32	1.42	38	1.65	30	1.26	47	1.93
151- Estómago	279	13.47	401	18.87	510	23.26	603	26.84	496	21.50	513	21.62	560	22.95
152- Intestino delgado	3	0.14	1	0.05	9	0.41	5	0.22	10	0.43	7	0.29	2	0.08
153- Colon	22	1.06	48	2.26	53	2.42	82	3.65	52	2.25	83	3.50	70	2.87
154- Recto unión rectosigmoidea, con ducto anal y ano.	25	1.21	33	1.55	57	2.60	69	3.07	71	3.08	59	2.49	60	2.46
155- Hígado y conductos biliares intrahepáticos.	15	0.72	28	1.32	42	1.92	52	2.31	51	2.21	55	2.32	63	2.58
156- Vesícula biliar y vías biliares extrahepáticas.	24	1.16	33	1.55	56	2.55	54	2.40	63	2.73	45	1.90	57	2.34
157- Páncreas	23	1.11	30	1.41	59	2.69	56	0.22	61	2.64	72	3.03	70	2.87
158- Retroperitoneo y peritoneo	9	0.43	13	0.61	9	0.41	11	0.49	6	0.26	10	0.42	11	0.45
159- Otros sitios y los mal definidos de los órganos digestivos y el peritoneo.	1	0.05	2	0.09	12	0.55	18	0.80	13	0.56	19	0.80	33	1.35
160- Fosas nasales senos nasales, externo medio y oído interno.	4	0.19	1	0.05	5	0.23	7	0.31	14	0.61	10	0.42	9	0.37
161- Laringe	25	1.21	25	1.18	33	1.51	38	1.69	37	1.60	35	1.47	45	1.84

Cuadro N°4- CASOS NUEVOS DE TUMORES MALIGNOS REPORTADOS ... (Continuación)

LOCALIZACION DEL TUMOR	1977		1978		1979 a/		1980		1981		1982		1983	
	N°	TASA	N°	TASA	N°	TASA	N°	TASA	N°	TASA	N°	TASA	N°	TASA
162- Tráquea, bronquios y pulmón	71	3.43	61	0.28	106	4.83	162	7.21	153	6.63	142	5.98	150	6.15
163- Pleura	2	0.10	5	0.24	3	0.14	1	0.04	5	0.22	1	0.04	3	0.12
164- Tíme, corazón y mediastino	-	-	-	-	5	0.23	7	0.31	5	0.22	2	0.08	3	0.12
165- Otros sitios y los mal definidos del aparato respiratorio y órganos intra torácicos.	-	-	-	-	-	-	3	0.13	-	-	4	0.17	-	-
169- Sistemas hematopoyéticos y reticulo-endotelial.	105	5.07	106	4.99	147	6.70	148	0.59	177	7.67	191	8.05	167	6.84
170- Huesos, articulaciones y cartilagos articulares.	22	1.06	18	0.85	21	0.96	17	0.76	17	0.74	18	0.76	20	0.82
171- Tejido conjuntivo y subcutáneo y otros tejidos blandos.	9	0.43	10	0.47	15	0.68	38	1.69	32	1.39	29	1.22	32	1.31
173- Piel	54	4.54	95	4.47	220	10.03	523	23.28	588	25.48	610	25.71	707	28.98
174- Mama femenina	125	12.54	142	13.46	204	18.75	238	21.04	216	18.85	231	19.62	245	20.24
175- Mama masculina	-	-	-	-	1	0.09	-	-	-	-	2	0.17	-	-
179- Utero, SAI	-	-	-	-	5	0.46	3	0.27	10	0.87	10	0.85	10	0.83
180- Cuello del útero	393	38.21	389	36.88	598	54.96	676	59.77	723	63.05	623	52.91	529	43.69
- In situ	192	18.67	194	18.39	240	22.06	387	34.22	425	37.08	387	32.87	300	24.78
- Invasor	201	19.54	195	18.49	358	32.90	289	25.55	298	26.00	236	20.04	229	18.91
181- Placenta	-	-	-	-	1	0.09	1	0.09	7	0.61	3	0.25	-	-
182- Cuerpo del útero	30	2.92	36	3.41	44	4.04	33	2.92	50	4.36	31	2.63	35	2.85
183- Ovario, Trompa de falopio y ligamento ancho.	20	1.94	30	2.84	42	3.86	38	3.36	47	4.10	47	3.99	37	3.06
184- Otros órganos genitales femeninos y los no especificados.	4	0.35	9	0.85	16	1.47	28	2.48	21	1.83	21	1.78	16	1.32
185- Glándula prostática	66	6.33	109	10.18	122	11.05	137	12.28	159	13.69	159	13.30	167	13.59
186- Testículo	7	0.67	9	0.84	16	1.45	26	2.33	25	2.15	20	1.67	31	2.52
187- Pene y otros órganos genitales masculinos.	9	0.86	11	1.03	12	1.09	17	1.52	10	0.86	14	1.17	11	0.85
188- Vejiga urinaria	40	1.93	37	1.74	67	3.06	58	2.58	60	2.60	62	2.61	71	2.91
189- Riñón y otros órganos urinarios	13	0.63	12	0.56	26	1.19	22	0.98	38	1.65	33	1.39	37	1.52
190- Ojo y glándula lagrimal	7	0.34	10	0.47	5	0.23	21	0.93	5	0.22	10	0.42	16	0.66

Cuadro N°4.- CASOS NUEVOS DE TUMORES MALIGNOS REPORTADOS ... (Continuación)

LOCALIZACION DEL TUMOR	1977		1978		1979 <u>a/</u>		1980		1981		1982		1983	
	N°	TASA	N°	TASA	N°	TASA	N°	TASA	N°	TASA	N°	TASA	N°	TASA
92- Otras partes del sistema nervioso	8	0.39	1	0.05	2	0.09	2	0.09	2	0.09	6	0.25	-	-
93- Glándula tiroides	18	0.87	14	0.66	33	1.51	35	1.56	60	2.60	67	2.82	49	2.01
94- Otras glándulas endocrinas	5	0.24	2	0.09	2	0.09	3	0.13	2	0.09	4	0.17	-	-
95- Localizaciones mal definidas	-	-	-	-	6	0.27	2	0.09	-	-	3	0.13	-	-
96- Ganglios linfáticos	65	3.15	75	3.53	101	4.61	122	5.43	98	4.25	113	4.16	114	4.67
99- Sitio primario desconocido	11	0.53	24	1.13	65	2.96	82	3.65	84	3.64	117	4.93	74	3.03

a/ A partir de este año se incluyen biopsias y autopsias e informan todos los hospitales.

FUENTE: Registro Nacional de Tumores, Depto. de Estadística Ministerio de Salud.

CRIPTOSPORIDIOSIS EN NIÑOS INMUNOCOMPETENTES CON DIARREA AGUDA

Rosario Achí (*)
Leonardo Mata (*)

RESUMEN:

Cryptosporidium es un coccidio que en los últimos años ha cobrado mucha importancia por su papel en la etiología de la diarrea de diversas especies animales y del hombre. Aunque fue descrito a principios de siglo, el interés por Cryptosporidium despertó en 1976 al hallarse el parásito en una niña inmunocompetente con diarrea severa. Ya se conocía su naturaleza oportunista en pacientes inmunocomprometidos, pues se había descrito varios casos. Entre estos últimos, destacan las descripciones de infecciones fatales por Cryptosporidium en pacientes con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)

Se sabe que la criptosporidiosis es una zoonosis de amplia distribución mundial. En 1982 el INISA introdujo un estudio pionero en Costa Rica cuyo primer objetivo fue determinar la presencia del parásito en niños inmunocompetentes con diarrea aguda; una vez que esto se logró, se planteó el objetivo de determinar las condiciones clínico-epidemiológicas involucradas en esta infección.

Entre enero de 1982 y diciembre de 1984, se estudiaron 1226 niños lactantes y preescolares con diarrea aguda, pertenecientes al área rural de Puriscal y a áreas urbanas y semi-urbanas de San José, Heredia y Cartago. Un grupo de niños equiparados por edad y localidad, sin diarrea, fue también estudiado como testigo. Se recolectaron muestras de heces para estudiar rotavirus, Campylobacter fetus jejuni y otros agentes etiológicos de la diarrea. Cryptosporidium fue identificado en frotes de heces coloreados con Giemsa y ácido resistencia.

Se encontró Cryptosporidium en 3,6% de niños del área rural y en 4,9% de niños del área metropolitana, lo que le ubica en el cuarto lugar como agente de la diarrea después de rotavirus, Campylobacter y Escherichia coli enterotoxigénica. En el área rural la infección se presentó solamente en niños mayores de un año; en contraste, en el área metropolitana apareció principalmente en lactantes. La edad promedio del destete en niños con diarrea asociada a Cryptosporidium fue de dos meses en casos urbanos y 6 meses en los rurales.

Cryptosporidium mostró una marcada variación estacional pues los casos aparecieron en los meses cálidos y húmedos del año (abril a agosto). Durante los meses más fríos y secos (octubre a marzo) la infección fue rara o inexistente.

(*) INISA

Los niños con diarrea asociada a Cryptosporidium presentaron signos y síntomas severos como vómitos (96%) y deshidratación (42%) que fue severa en el 17% de los casos. El tratamiento utilizado en forma exitosa fue la rehidratación oral; en el 36% de los casos con vómito se requirió de la gastroclisis. La venoclisis fue necesaria en 4 de los 25 niños (16%).

El presente estudio demuestra que la criptosporidiosis en Costa Rica es relativamente frecuente en niños lactantes y preescolares con diarrea aguda. El 5% de las gastroenteritis en menores de 3 años se asocian a Cryptosporidium, lo que le ubica en un lugar importante entre los agentes etiológicos de la diarrea, después de rotavirus, Campylobacter y Escherichia coli enterotoxigénica. Además, puede alcanzar frecuencias de hasta 27% durante ciertos meses del año (mayo, junio) en que parece ser más importante que otros agentes reconocidos. Cryptosporidium puede causar diarreas severas con vómito y deshidratación de 10% o más, en las que el tratamiento de elección es la rehidratación oral, que en algunos casos requiere del uso de gastroclisis por los vómitos.

La frecuencia de Cryptosporidium en el área rural fue ligeramente menor que en el área metropolitana. Además, la infección no se presentó en lactantes del área rural, mientras que en lactantes urbanos Cryptosporidium fue más frecuente. El fenómeno parece estar asociado a la protección conferida por la lactancia materna que es más frecuente, intensa y prolongada en el área rural.

Cryptosporidium mostró una marcada variación estacional pues apareció casi exclusivamente en los meses cálidos y húmedos del año en relación con el inicio de las lluvias. Se hace necesario continuar estudiando la epidemiología de la criptosporidiosis, conocer la importancia de los contactos humanos y animales.

FLUORURACION DE LA SAL DOMESTICA EN COSTA RICA
COMO MEDIDA DE TIPO MASIVO EN LA PREVEN-
CIÓN DE LA CARIES DENTIL

En América Latina la caries dental constituye un problema generalizado y de gran magnitud.

Las encuestas realizadas en Costa Rica en años recientes, demuestran que la caries dental tiene una prevalencia elevada. El índice CPO promedio para todas las edades es de: en la zona rural, de 9.9 en la población masculina y de 12.1 en la población femenina. En la zona urbana de 8.8 en la población masculina y de 12.1 en la población femenina. El índice CPO indica el promedio de piezas permanentes con historia de caries; (c) cariada, (p) perdida (extraída o indicada para extracción) y (o) obturada.

En 1984 se realizó un estudio a nivel nacional en niños de 7 a 13 años, obteniéndose un índice CPO (en piezas permanentes) de 4.80 en la zona urbana, y de 5.49 en la zona rural. En piezas temporales (índice cco) de 3.76 en áreas urbana y 3.73 en área rural.

Estos estudios describen el problema de caries dental y su importancia como factor que deteriora la salud y el estado nutricional de la población costarricense, afectando de manera importante los recursos económicos que el país destina a la atención de la salud.

Estudios epidemiológicos han demostrado que el fluoruro incorporado a un vehículo de consumo universal, es la medida más efectiva y económica para reducir la prevalencia de la caries dental.

Aunque el procedimiento más generalizado ha sido la fluoruración de agua de los acueductos, hay evidencia de que la fortificación de la sal con fluoruro es igualmente efectiva y presenta aún más ventajas: amplia cobertura, bajos costos, facilidad tecnológica en el proceso de la fortificación y del control de calidad, siendo un vehículo dietético utilizado universalmente y de efectividad comprobada.

El Departamento de Odontología Sanitaria del Ministerio de Salud ha venido realizando acciones con el objeto de implantar un programa de fluoruración de la sal para consumo humano, en Costa Rica. El consumo promedio de sal se estimó en 10 gr. por persona por día, lo cual asegura una ingesta de ión flúor de 2 mg por persona por día.

Departamento de Odontología Sanitaria., Ministerio de Salud

Cálculos estimados indican que la cantidad de ión fluor necesario para fluorurar 10,000 toneladas de sal por año, a un nivel de 250 mg F/Kg. de sal, sería de 2,500 kilogramos. Si se utiliza, fluoruro de potasio equivaldrían aproximadamente 8 toneladas de ese producto, con un costo probable de UD \$ 36,000.00. Si se usase fluoruro de sodio se necesitarían cerca de 5.6 toneladas de esa sal, con un costo probable de US \$8,400.00, pero con múltiples problemas operacionales para eliminar el exceso de humedad, y el consiguiente aumento de costos.

OBJETIVOS GENERALES DEL PROYECTO DE FLUORIPACION DE LA SAL EN C.R.

Implantar la fluoruración de la sal de cocina o sal doméstica como medida preventiva de tipo masivo generalizada, con el fin de lograr una reducción de la incidencia de la caries dental, superior al 50%, así como para reducir la enfermedad periodontal, en la población costarricense, mediante el aporte de ión flúor.

Establecer un sistema de vigilancia epidemiológica para el control de la caries dental.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- a) Implantar la yodo-fluoruración de la sal doméstica.
- b) Establecer un sistema de seguimiento y evaluación del proceso y del impacto de la fluoruración de la sal.
- c) Analizar las relaciones entre el fluoruro ingerido, la excreción urinaria de fluoruro, y los índices de caries (CPO yces), de fluorosis y de higiene oral (IHD).
- d) Establecer un sistema de control de calidad de la sal de consumo doméstico para verificar la doble fortificación (yodo-fluoruro)

Los grupos más favorecidos serán los comprendidos entre los 0 y 9 años, ya que son los que están en el inicio y finalización del desarrollo del germe dentario permanente. Se presentan luego beneficiados los de 10 a 24 años.

Partes de que se compone el proyecto:

- a) Implantación de la fluoruración en los dos tipos de sal recomendada:
 - Sal gruesa molida y secada por calor.
 - Sal refinada
- b) Establecimiento de un programa de seguimiento epidemiológico.

- c) Establecimiento de un programa de seguimiento y control de los niveles de calidad y enriquecimiento de la sal con yodo y fluoruro.
- d) Convenio para asesoramiento técnico con la Organización Mundial de la Salud y otros organismos y entidades que contribuyen con la asesoría técnica y/o financiamiento.

Datos del Proyecto:

- a) Sal para consumo humano a fluorurar: 10.000 tons/año
- b) Tipos de sal a fluorurar:
 - Sal gruesa molida y secada 5.000 tons/año
 - Sal refinada 5.000 tons/año

c) Nivel de fluoruro recomendado:

Esto, de acuerdo a la experiencia obtenida en Suiza, Hungría, Colombia, etc. y basados en la información obtenida sobre el contenido natural de fluoruro de las aguas destinadas al consumo público que indica que no existen aguas con alto contenido de fluoruro y que solamente en dos comunidades se ha encontrado aguas con un contenido de fluoruro cercano o igual al nivel óptimo.

d) Compuestos de flúor a usar:

- Fluoruro de Sodio, NaF
- Fluoruro de potasio, KF

e) Plantas donde se fluorurará:

- Refinadora de COONAFROSAL, en Colorado de Abangares
- Planta de Coonaprosal, en Jicaral de Puntarenas
- Planta de sal en Grecia

En otra u otras que sean autorizadas y satisfagan los requisitos que fije el Ministerio de Salud para su establecimiento y operación.

Paralelo a este proyecto deben establecerse programas de observación de fenómenos tales como la alteración en la prevalencia de la caries dental, la excreción urinaria de fluoruro, fluorosis del esmalte de los dientes, ingesta de sal a nivel individual y de la comunidad, contenido natural de fluoruro en las aguas de consumo público, temperatura media máxima ambiente, etc.

Este tipo de programa debe ser mantenido por un plazo de unos diez años hasta que se pueda obtener de ellos información confiable.

En este proyecto se utilizarán como indicadores de resultados, los principales indicadores de Salud Oral.

- a) Cambios en los índices de caries y enfermedad periodontal.
- b) Variación en los componentes del índice CPO.

CARIOTIPOS DE MALFORMACIONES CONGENITAS

Patricia Cuenca 1
Virginia Solís 2

RESUMEN:

Debido al control, y en algunos casos erradicación de las enfermedades infecciosas en nuestro país, han aparecido las malformaciones congénitas en los primeros lugares como causa de mortalidad infantil en los últimos años. Se ha calculado que un 6% de las malformaciones congénitas son producidas por alteraciones en el número o estructura de los cromosomas. Estas aberraciones, además de producir un porcentaje de las anomalías congénitas, se han encontrado asociadas con otras causas de morbimortalidad de la población, como abortos espontáneos (33%), mortinatalidad (5.7%), retardo mental (8-15%), pseudohermafroditismo y amenorrea primaria (25%). Por tanto su detección tanto en poblaciones infantiles como adultas deben pasar a ser parte integral de los servicios de salud.

Motivados por el problema que representan las malformaciones congénitas en Costa Rica, realizamos en el Hospital Calderón Guardia un estudio prospectivo de estas anomalías, que incluyó el análisis cromosómico de los niños con diagnósticos de Síndrome de Down y malformaciones múltiples con el objetivo de determinar los tipos de aberraciones cromosómicas presentes en ellos.

Las muestras de sangre se obtuvieron en tubos estériles heparinizados (10U/ml.), del cordón umbilical en la mayoría de los casos, o, de sangre periférica o por punción cardiaca en la morgue. Se cultivaron los linfocitos según la metodología descrita por Priest. Se analizaron un mínimo de 5 metafases con técnica convencional, y, los casos que presentaron anomalía cromosómica se sometieron a bandeado G con el fin de confirmar el diagnóstico.

En el transcurso del tiempo en que se realizó este estudio (Feb. 1982- Dic. 1983), nacieron 13 niños con Síndrome de Down y 26 con malformaciones múltiples. Fue posible realizar el estudio citogenético a 11 de los niños con Síndrome de Down y a 16 de los que presentaron malformaciones múltiples. Entre los primeros se encontraron únicamente trisomías 21 libres, 3 de ellas en forma de mosaico; y entre los de anomalías múltiples, 4 presentaron alguna anomalía cromosómica, una trisomía 13, una 22, un Síndrome de Turnes (45,X0), una delección de un cromosoma del grupo F; y un caso mostró una variante del cromosoma Y (Yq+).

1 Instituto de Investigación en Salud (INISA)
Universidad de Costa Rica

2 INISA y Escuela de Biología U.C.R.

Entre los niños con trisomía 21 pura no hubo duda en el diagnóstico clínico ya que presentaban el fenotipo típico conocido y familiar, por tratarse de la aberración cromosómica más corriente. Sin embargo, los que presentaron mosaico, así como también en las otras aberraciones cromosómicas encontradas hubo dificultad para precisar el diagnóstico clínico; en el caso de los mosaicos se debe a que muestran variabilidad en la expresión del fenotipo dependiendo de la proporción de células afectadas por la trisomía, en los casos restantes probablemente se deba a que se trata de síndromes raros, que aunque tienen fenotipos característicos no son familiares. Esto demuestra la necesidad que existe de los estudios citogenéticos en estos casos para aclarar el diagnóstico y dilucidar en parte la etiología de las malformaciones congénitas

SALUD BUCAL EN LOS AMERINDIOS DE COSTA RICA, 1979-1985

William Brenes*
Ramiro Barrantes**

La ausencia de investigación en Costa Rica en diversos aspectos de la dentición en indígenas, motivaron el inicio de estudio de epidemiología bucal y antropogenética dental. En los últimos años hemos intensificado estudios integrales en salud, genético-poblacional, ecológicos y antropológicos con el objeto de poseer una mayor comprensión de la estructura cultural, genética y epidemiológico de estos grupos humanos. Estos trabajos han sido urgidos cada vez más por la inminente desaparición de nuestros núcleos indígenas. Los objetivos del estudio fueron: 1) identificar la condición de salud bucal en las poblaciones amerindias de Costa Rica; 2) proponer recomendaciones pertinentes para el desarrollo de programas de atención primaria en salud. Se estudiaron varias localidades indígenas representativas de los grupos existentes, a saber: Limoncito de Coto Brus, Cabaçra de Buenos Aires, Ujarrás de Buenos Aires, Boruca de Buenos Aires, Talari de Chirripó y Mojoncito de Talamanca.

Se examinó voluntariamente a sus pobladores y éstos fueron evaluados mediante el estudio de la historia natural de la caries dental, utilizando los índices de CPO y ceo en la dentición permanente y temporal respectivamente y la presencia de depósitos calcáreos y no calcáreos. También fueron estudiados aspectos antropogenéticos de la dentición y alteraciones de origen cultural, como es el caso de las mutilaciones dentarias, características que conservan las poblaciones Guaymí.

Los resultados obtenidos denotan diferencias significativas en cuanto a la incidencia de caries dental, encontrándose en las poblaciones menos deculturadas (Guaymí, Talari), incidencias más bajas que aquellas que han sufrido cambios en sus patrones culturales, principalmente en sus hábitos alimentarios. La condición de higiene bucal es desfavorable en todas las poblaciones estudiadas. Por otra parte, los rasgos morfológicos estudiados denotan una afinidad mongoloide similar al resto de las poblaciones indígenas de América. Se muestran y discuten estos hallazgos. La accesibilidad de estos grupos a los servicios de salud, por las características de asentamiento espacial en forma dispersa, dificultan el accionar de los programas de salud que ha su vez han sido extrapolados de los planes generales que se desarrollan en el país, sin contemplar objetivamente su cultura, su medicina tradicional, su epidemiología, etc. El desarrollo de programas de atención primaria en salud con una alta participación popular, rescatando sus propios valores, con formación de recursos humanos propios, favorecerá indudablemente una mejor equidad bio-sico-

* Facultad de Odontología, Universidad de Costa Rica

** INISA y Escuela de Biología, Universidad de Costa Rica.

social de estas comunidades, para lo que deberá existir una entidad específica con recursos propios que se encargue de la planificación de estrategias, que genere un proceso específico y consecuente con la realidad socio-epidemiológica y cultural de estas comunidades.

LA ESTRUCTURA INSTITUCIONAL DE CIENCIA Y TECNOLOGIA EN SALUD

Dr. Miguel Flores C. (*)

En Costa Rica las condiciones para la investigación son bastante favorables. Esta situación proviene de las siguientes consideraciones: amplia cobertura de las acciones públicas en este sector, contexto legal que faculta decisiones centralizadas, existen institutos para investigación, existe también información adecuada y personal altamente calificado, así como recursos de infraestructura (laboratorios, instrumentos y centros de documentación).

A pesar de la existencia de recursos humanos y materiales del país para el desarrollo científico y tecnológico del sector, los mismos no son siempre el resultado de un proceso de identificación y caracterización de las prioridades de salud.

En una descripción general institucional de la investigación y los servicios científico-tecnológicos sobresalen las instituciones de educación superior, La Universidad Nacional (UNA), la Universidad de Costa Rica (UCR) y el Instituto Tecnológico de Costa Rica (ITCR), tanto la organización interna como las áreas de especialización difieren en cada institución; la Universidad Nacional y la Universidad de Costa Rica cuentan con una Vicerrectoría de Investigación, mientras que en el ITCR lo que existe es una Dirección de Investigación y Desarrollo Tecnológico. La UNA ha tendido a darle más importancia a investigaciones en el área social, humana y a la medicina veterinaria, la UCR al sector agropecuario, a la salud y ciencias básicas, el ITCR ha enfatizado el área tecnológica.

Ejecuta también investigaciones el Ministerio de Agricultura y Ganadería (MAG) por intermedio de varias unidades, fundamentalmente por la Dirección Superior de Investigaciones. En el sector salud propiamente la Caja Costarricense del Seguro Social (C.C.S.S.) coordina las actividades de investigación mediante la Subdirección de investigación del Centro Nacional de Docencia e Investigación en Salud y Seguridad Social (CENDEISS). La C.C.S.S. cuenta también con una unidad de investigaciones médicas operativas.

El Ministerio de Salud tiene adscrito el recurso para investigación mediante el Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA).

(*) INCIENSA

El lugar donde el conocimiento científico y tecnológico se utiliza y aplica, constituye la zona 3. En esta zona es donde podemos medir la eficacia y justificación de las actividades del sistema para la salud. En esta zona están los usuarios. Para el caso de nuestro país lo recomendable es que estos servicios estuvieran ordenados en el uso de todos los recursos humanos y materiales disponibles, para ofrecer prestaciones de salud integrales y adecuados a los medios.

Todos estos usuarios deben producir experiencia para a su vez alimentar la zona 1 (planificación y promoción). Si bien en Costa Rica existen prácticamente todos los elementos del sector salud para un sistema de ciencia y tecnología, esto no significa que el sistema como tal existe.

Las principales limitantes son: 1) Los usuarios (zona 3) no influyen con sus experiencias y necesidades en la zona 1 de planificación y promoción ni en la zona 2 de ejecución. Esto produce que la investigación sea definida con falta de orientación hacia los problemas que los usuarios tienen, pero tal vez es de la misma importancia que no hay un mecanismo establecido por donde fluyan los conocimientos científicos y tecnológicos hacia la zona 3, no se ha desarrollado a niveles útiles las estrategias para adaptación tecnológica de ese conocimiento en los usuarios de la salud.

Aunque existe una situación alentadora en esta zona 2 de ejecución de la ciencia y tecnología de la salud, debe citarse que el sector carece de políticas que la dirijan, centralicen y orienten adecuadamente. Esto produce actividades que tienden más hacia la independencia que hacia la interdependencia; hacia las relaciones competitivas más que hacia la colaboración y hacia los objetivos separados más que a los objetivos superpuestos, lo anterior nos lleva a ver que los esfuerzos no siempre están respondiendo a lo más necesario, a saber el mejoramiento de las condiciones de vida del hombre. No existe el instrumento legal que defina y delimite los campos de acción. Las diferentes instituciones que participan en cada área determinan sus propias políticas de investigación y las áreas para la formación de recursos humanos.

Esta situación puede estar señalando la ausencia de un sistema Nacional de Ciencia y Tecnología, cuya consecuencia en el nivel de planificación del país es la dicotomía entre los objetivos de las actividades científicas y tecnológicas en salud que realizan las instituciones.

Los instrumentos de esta estructura revelan que en cuanto a los recursos financieros no existe actualmente un mecanismo financiero específico para finalizar las actividades científicas y tecnológicas en general. Dos son las fuentes más importantes de recursos: el Presupuesto General de la República y la Cooperación Técnica Internacional.

La mayor parte de los recursos de investigación y desarrollo corresponden a proyectos vinculados con sectores primarios. En el área de agricultura y ganadería se ejecutan el 73.2% de los recursos totales en el ámbito de Ciencia y Tecnología que corresponden a 69.725 millones de colones, de los cuales el 50% se utilizan en el programa de Investigaciones agrícolas cuyo objetivo general es producir e intensificar el uso de la ciencia y tecnología agrícola. Mientras que con el sector salud se utilizó el 15.1% de los recursos en la asignación presupuestaria para ciencia y tecnología.

En cuanto a recursos humanos, citando los resultados del estudio CONICIT/IDRC se encuentra que las disciplinas ciencias naturales, ingeniería, arquitectura, agronomía y ciencias de la salud, vienen teniendo un crecimiento mayor que el conjunto de las disciplinas de Ciencias Sociales, Humanidades, Leyes y Educación. Este mismo estudio como se comentó recientemente, demuestra que las Universidades y los Centros de Investigación gubernamental tienen en conjunto alrededor del 90% de los proyectos, investigadores y recursos financieros dedicados a las actividades de investigación. Esta situación demuestra la gran responsabilidad de promoción y de ejecución de las actividades de investigación que tienen los entes estatales, características propias de los países subdesarrollados.

"La situación refleja la falta de una serie de factores que estando presentes permiten lograr el establecimiento de los vínculos Ciencia-Producción y Servicios. La investigación en salud debería visualizarse bajo el concepto de sistema, en el cual la introducción y difusión de los logros de la investigación de salud debería ser la acción culminante del sistema. Para esto probablemente se requiera:

- a.- Establecer una política de ciencia y tecnología para el sector salud, donde se establezcan los criterios para la organización de la investigación en salud, los objetivos fundamentales y las estrategias para desarrollarle.
- b.- La definición de los mecanismos institucionales para el seguimiento de la ejecución de la política científica y tecnológica de salud.
- c.- Plan nacional de investigación en salud para ser ejecutado por los diferentes institutos del sector salud.
- d.- Crear la existencia de unidades de ciencia y tecnología en el Ministerio de Salud, no como entidades que ejecutan temas de investigación, sino como unidades organizativas que siguen atentamente los resultados de la investigación y valoran la introducción de las técnicas a los servicios de salud, son el vínculo principal entre usuarios y ejecutores de la investigación."

INMUNIDAD CONTRA EL VIRUS DE LA POLIOMIELITIS EN ESCOLARES
DEL CANTON DE PALMARES

Dr. Jaime Serra C.^{1,2}
Dr. Jorge A. Ramírez.^{3,4}
Dr. Olger Barboza Ruiz.²
Dra. Elena Campos.³
Sr. Francisco Gamboa.³

Pudiera parecer que para Costa Rica, la poliomielitis constituye un problema actualmente superado, ya que el país no presenta casos desde 1974. Pero este hecho objetivo, no descarta, sino que hace aún más necesario, la evaluación periódica del estado inmunitario, para determinar su real nivel, valorando sus cambiantes patrones epidemiológicos, y discriminando cuanto de la respuesta serológica se podría deber a las vacunas aplicadas, y cuanto a la vacunación indirecta y/o a la circulación del virus silvestre.

Estos argumentos motivan y justifican la investigación realizada a los niños escolares del cantón de Palmares, agregando un aporte más que nos parece significativo, y que es la introducción de indicadores cualitativos para la evaluación, no solo de programas de vacunación, sino de los de atención primaria emprendidos en la región en estudio.

Con estos objetivos se tomó durante los meses de junio a agosto de 1983 muestras de sangre a 2122 niños de todas las escuelas tanto urbanas como rurales del cantón de Palmares (95% del universo de estudiantes de primaria, con edades comprendidas entre 5 y 15 años).

El método empleado para la determinación de anticuerpos neutralizantes contra poliovirus fué el de microneutralización, usando como indicadores células Hep 2.

Del total de sueros disponibles se han analizado hasta la fecha el título de anticuerpos en 1775.

Los resultados muestran un porcentaje de inmunidad de 97.1%, 99.5 % y 97.5% para los tipos I-II y III respectivamente.

-
1. Centro Internacional de Investigación y Adiestramiento Médico de la Universidad del Estado de Louisiana (CIIAM)
 2. Programa de Salud en la Comunidad. Región San Ramón
 3. Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA)
 4. Ministerio de Salud.

La presencia de anticuerpos protectores contra los 3 tipos de virus fué de un 94.4%, y el porcentaje de niños con anticuerpos contra 2 sero tipos fué de un 0.5% y para solo 1 serotipo de un 5.1%.

Ninguno de los 1755 escolares presentó ausencia simultánea contra los 3 tipos de virus.

Al analizar los susceptibles de acuerdo a sus edades, se observa en los 3 tipos de virus una tendencia a un incremento en la no protección a edades mayores, lo que pareciera indicar que la consolidación en los últimos años del programa de salud en la comunidad ha mejorado aún más sus ya buenas coberturas (% de susceptibles, para los tipos I-II y III a los 5 años fué de 1.3%, 0% y 1.3%, mientras que a los 11 años fue de 3.7%, 0.9% y 4.2% respectivamente).

El grupo de niños sin anticuerpos fué comparado con un grupo control para analizar factores socioeconómicos y ambientales (escolaridad, ingresos y ocupación de los padres, abastecimiento de agua, eliminación de excretas y hacinamiento), factores del sistema de atención médica (número de dosis colocadas, esquemas de vacunación, cadena de frío, lugar e institución que vacunó, sistema informativo, carnet-notificación) y factores sociobiológicos como peso de nacimiento, edad gestacional, estado nutricional y morbilidad pertinente.

Con este análisis se quiere definir el contexto que explica la ausencia de protección, aunque sea en un grupo minoritario como ocurre en nuestra región, pero el que de todos modos constituye un grupo de riesgo.

En relación al número de dosis colocadas, se encuentra que en el grupo de casos (susceptibles) hay un 7% de dosis insuficiente (menos de 3), y solo un 2% en el grupo control (irmunes). Esta diferencia sube a un 20.1% contra un 10.1% si agregamos para ambos grupos los niños con un número de dosis desconocida.

En un intento por explicar la presencia de anticuerpos contra polio virus en ausencia de vacunación, se estudió la prevalencia de anticuerpos del virus de hepatitis tipo A, como indicadores indirectos de condiciones para la circulación de poliovirus silvestre. Esta posibilidad no parece probable, pues 40% de los protegidos contra polio y no vacunados no tienen anticuerpos contra hepatitis viral tipo A.

Si analizamos aisladamente algunas variables socioeconómicas vemos que se destaca en las familias con niños susceptibles el mayor porcentaje de analfabetismo y de abastecimiento de agua inadecuado, mientras otras variables no tienen en ambos grupos diferencias significativas.

Pero si nuestra unidad de análisis es la comunidad, las diferencias adquieren otra dimensión, ya que es muy significativo que al agrupar los resultados por distrito, el porcentaje de niños susceptibles, guarda una estrecha relación de secuencia con el ordenamiento de los mismos

distritos por nivel socioeconómico, (Zaragoza el distrito con el mejor nivel socioeconómico tiene un 2.3% de susceptibles, y en Candelaria ubicado en el peor nivel hay el más alto porcentaje de niños no protegidos: 13.1%, lo que vendría a demostrar que si bien el sistema de atención médica es responsable de las altas coberturas alcanzadas, le es difícil manejar en un pequeño grupo de riesgo los factores sociales críticos que lo determinan. (Pertenencia a grupo social, acceso a la tierra, bajos ingresos, analfabetismo, etc.).

EVOLUCION DE LOS SERVICIOS DE REHABILITACION
EN COSTA RICA, A CARGO DEL
CONSEJO NACIONAL DE REHABILITACION
Y EDUCACION ESPECIAL

Dr. Miguel Asís Beirute (*)

I. INTRODUCCION

El Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial, fue creado en 1973, mediante Ley No. 5347, la cual lo faculta para orientar la política general en materia de rehabilitación y educación especial, en coordinación con los Ministerios de Salud, Educación Pública, Trabajo y Seguridad Social, así como la planificación, promoción, organización, creación y supervisión de programas y servicios de rehabilitación y educación especial para personas con problemas físicos o mentales, en todos los sectores del país.

Esta Institución está integrada por un representante y suplente de cada una de las siguientes Entidades: Ministerio de Salud, Ministerio de Educación Pública, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social Caja Costarricense de Seguro Social, Instituto Nacional de Seguros, Instituto Nacional de Aprendizaje, Instituto Mixto de Ayuda Social, Asociación Industrias de Buena Voluntad de Costa Rica, Universidad de Costa Rica, Colegio de Trabajadores Sociales, Asociaciones de Padres de Familia de Niños Excepcionales, legalmente constituidas, Empresa Privada.

La creciente necesidad de mejores y mejores servicios de rehabilitación, originada en una demanda que guarda estrecha relación con el problema de invalidez en Costa Rica, motivó al Consejo a crear y desarrollar programas y actividades que, de manera esencial, han contribuido al desenvolvimiento de un concepto y una práctica de ayuda integral para las personas minusválidas, sea en forma directa, mediante sus Instituciones interantes o de una comunidad más conciente y responsable de su participación en este problema.

II. OBJETIVO DE ESTA PONENCIA

Divulgar las funciones y programas del Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial y sus acciones como Organismo coordinador y asesor de los entes públicos y privados que se ocupan de la rehabilitación y la educación especial en Costa Rica.

(*) Presidente del Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial.

III. PROGRAMAS A CARGO DEL CONSEJO NACIONAL DE REHABILITACION Y EDUCACION ESPECIAL.

1. PROGRAMA DE REHABILITACION PROFESIONAL

SUB-PROGRAMAS

1.1 Instituto de Rehabilitación Profesional

Sus objetivos son:

- Ofrecer a las personas con deficiencias físicas o mentales oportunidad de convertirse en factores de su propio desarrollo social y económico, por medio de su rehabilitación profesional.
- Ofrecer al país nuevas fuentes de productividad, mediante la incorporación de los minusválidos rehabilitados al campo laboral.

La acción del Instituto es interdisciplinaria y orientada, a través de sus programas de Evaluación y Orientación Profesional, Formación Profesional y Colocación Selectiva a la integración socio-laboral de personas minusválidas, lográndose, de esta forma, su participación activa en el desarrollo económico y social del país.

Así se cuenta actualmente con los siguientes talleres de formación profesional:

- | | |
|---|---------------------------------|
| - Soldadura general | - Ebanistería |
| - Tapicería | - Costura industrial |
| - Sastrería | - Electricidad |
| - Artesanía del mimbre y del bambú | - Electrónica |
| - Formación Producción (ensamble de artículos industriales por medio de sub-contratos con la empresa privada) | - Juguetería Educativa |
| | - Entrenamiento en la Comunidad |

Paralelamente a los programas de formación profesional, funcionan los siguientes servicios profesionales de apoyo: Psicología, Trabajo Social, Medicina, Colocación Laboral, Pedagogía, otros.

En el Instituto de Rehabilitación Profesional se atiende, como promedio, una población constante de 175 personas minusválidas, con los siguientes tipos de invalidez: problemas neuromúsculo-esqueléticos, sordera, problemas de la comunicación, retardo mental, enfermedad mental.

1.2 Talleres Sociales (Industrias Sol de Costa Rica)

Considerando la dispersión de la población minusválida en todo el territorio nacional, fue necesario crear un programa desconcentrado, entendiéndose por ésta como una proyección y extensión a la comunidad. Por

medio de este Programa se promueve la organización de las comunidades, con el fin de que éstas busquen soluciones a los problemas laborales de su población minusválida.

Sus objetivos son:

- Promover la creación de programas de rehabilitación profesional en diferentes comunidades, con la apertura de talleres sociales.
- Promover e incentivar a grupos organizados de las comunidades, así como a los sectores privados y oficiales, para que participen y colaboren en la solución del problema de la población minusválida local.

El Consejo, en coordinación con instituciones estatales y privadas, ha organizado talleres sociales en Naranjo, Turrialba y Limón, servicios que se extenderán a otras comunidades que así lo requieran. Estos Talleres cuentan con las siguientes áreas ocupacionales: ebanistería, artesanía en mimbre y bambú, costura, fabricación de bombas de extracción de agua.

Actualmente el Programa de Talleres Sociales atiende un promedio de población constante de 100 personas minusválidas.

1.3 Fondo Rotatorio de Préstamos

Este Programa es financiado con una donación del Grupo Latinoamericano de Rehabilitación Profesional GLARP y cuenta también con apoyo del Club de Leones de Tibás.

Sus objetivos son:

- Promover y facilitar la integración socio-económica de personas minusválidas con capacidad de trabajo, que se encuentran marginadas del sector productivo.
- Mejorar las condiciones de vida con autoresponsabilidad, de las personas minusválidas y sus familias.
- Lograr la participación de las personas minusválidas en el desarrollo económico y social del país.

Con el apoyo del Fondo Rotatorio de Préstamos, el Consejo ha logrado la organización y funcionamiento de 40 autoempresas, a cargo de personas minusválidas.

2. PROGRAMAS SOCIALES

SUB-PROGRAMAS

2.1 Registro Nacional de Minusválidos

El Registro Nacional de Minusválidos, fue creado y reglamentado por Decreto Ejecutivo # 8445, del 21 de abril de 1978, según el cual: "toda persona física o jurídica, queda obligada a proporcionar de manera cierta y oportuna, los datos y la información que el Consejo determine como necesarios para la elaboración del Registro Nacional de Minusválidos, conforme a los sistemas y fórmulas que el propio Consejo establezca. Quedan especialmente comprendidos dentro de esta norma los establecimientos de atención médica, conforme a definición contenida en el artículo 69 de la Ley General de Salud, así como los centros educativos, públicos o privados, los establecimientos correccionales y las instituciones de bienestar social. La omisión en el cumplimiento de estas obligaciones será sancionada conforma a la ley".

Sus objetivos son:

- Determinar la magnitud del problema de la invalidez en Costa Rica, sus causas, incidencia, prevalencia, características y grupos más afectados.
- Identificar, clasificar y seleccionar a las personas que sufren de disminución física, mental o sensorial en Costa Rica.
- Servir de instrumento en la planificación de programas de rehabilitación y educación especial.
- Proporcionar a las instituciones públicas y particulares que se ocupen de la rehabilitación y la educación especial, la información estadística necesaria para sus programas.

A diciembre de 1984, el Registro Nacional de Minusválidos tiene detectadas 30.756 personas minusválidas.

2.2 Formación de Recursos Humanos

2.2.1 Escuela de Padres

Este programa orienta a los padres de familia para que se constituyan en el factor más importante de la rehabilitación de las personas minusválidas, capacitándolos por medio de cursos formales, seminarios, convivencias y otras actividades, en el conocimiento adecuado

de cada tipo de invalidez en específico, sus implicaciones, características y soluciones. Asimismo se logra el conocimiento de los recursos comunales que para el efecto se disponen, contribuyendo esto a una mejor utilización de los mismos.

Desde su inicio en 1981, este Programa ha impartido un total de 53 cursos para padres, con una cobertura de 1.900 padres.

2.2.2 Capacitación y Formación de Personal

Son objetivos de este Programa:

- Apoyar el desarrollo de los programas de rehabilitación del país, mediante la capacitación y formación de personal que posteriormente se desempeñen como elementos multiplicadores.

La capacitación de personal constituye uno de los programas más importantes del Consejo. Con recursos propios y con la amplia colaboración brindada por Organismos Internacionales, tales como Grupo Latinoamericano de Rehabilitación Profesional GIARP, Organización Internacional del Trabajo OIT y Organización de Estados Americanos OEA, se ha desarrollado una extensa acción no solamente a nivel nacional, sino con cobertura a otros países latinoamericanos.

El Consejo ha realizado un total de 52 cursos con una duración promedio de 2 semanas y una cobertura de 2.000 profesionales.

Cabe destacar como uno de los logros de este programa, la creación de la Maestría en Rehabilitación Integral, generada en el Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial y puesta en marcha con la participación de la Universidad de Costa Rica y de la Oficina del Convenio Internacional de Rehabilitación.

Bajo esta Maestría en 1983 se inició la formación de profesionales nacionales y extranjeros, que aportarán a los respectivos países el apoyo requerido para una ampliación y mejoramiento de los servicios de rehabilitación.

La experiencia lograda por el Consejo en capacitación de personal, ha sido reconocida por la Organización de Estados Americanos, Organismo éste que aprobó la ejecución del Proyecto Docencia en Rehabilitación Profesional, el cual está dando inicio en el presente año con sede en el Instituto de Rehabilitación Profesional.

2.3 Centro de Documentación e Información

El Centro de Documentación e Información del Consejo fue creado en 1976, con la finalidad de ampliar y recopilar información

relacionada con la invalidez, su origen, prevención, educación y rehabilitación.

Esta dependencia nace por la necesidad de información en el campo de la rehabilitación integral, así como para servir de apoyo a todos los programas del Consejo, demás instituciones y personas involucradas en el tema.

El Centro cuenta con amplio material bibliográfico catalogado y clasificado y con recursos audiovisuales sobre aspectos varios de invalidez y rehabilitación, a disposición de profesionales, estudiantes, personas minusválidas, padres de familia y público en general, interesados en realizar estudios e investigaciones.

2.4 Programa de Eliminación de Barreras Arquitectónicas, Físicas y de Transporte

Entre los graves problemas a los que se enfrenta la persona minusválida están las barreras arquitectónicas, físicas y de transporte que se le imponen como obstáculos para la plena incorporación a la sociedad.

El logro de los objetivos de este programa exige una labor conjunta y coordinada de todas las instituciones involucradas en la solución del problema.

Los logros más relevantes de este programa son:

- Acondicionamiento de edificios de uso público: Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Corte Suprema de Justicia, Caja Costarricense de Seguro Social, Instituto Costarricense de Electricidad (oficinas centrales), Instituto Nacional de Seguros, Catedral Metropolitana, Proyectos Turísticos del Instituto Costarricense de Turismo.
- Teléfonos públicos para personas minusválidas: ubicados en distintos lugares de la ciudad capital y en algunas cabeceras de provincia.
- Modificaciones al Reglamento de Construcciones y al Reglamento para el Control Nacional de Fraccionamiento y Urbanizaciones, ambos del INVU. Esto permitió la inclusión en los citados Reglamentos, de normas básicas que favorecen la accesibilidad de las personas minusválidas a los elementos arquitectónicos y físicos.

El Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial, como seguimiento a las campañas emprendidas en este particular, mantiene un servicio de apoyo y de consulta, a fin de atender las demandas sobre aspectos técnicos que formulan instituciones, profesionales y público en general.

2.5 Programa de Divulgación y Promoción

Este programa que comparte el Consejo con otras Entidades responsables del programa de la invalidez, tiene como objetivos fundamentales los siguientes:

- Mantener informada a la comunidad sobre las principales causas de invalidez y medidas de prevención.
- Informar y educar a la comunidad sobre aspectos varios del proceso de rehabilitación y concientizar a la misma acerca de su participación en dicho proceso.
- Informar a la comunidad sobre los recursos disponibles en el campo de la prevención y de la rehabilitación.
- Mantener informada a la comunidad de los programas y actividades que lleva a cabo el país, dirigidos a la población minusválida.
- Eliminar paulatinamente las barreras sociales y de actitudes que prevalecen acerca de la minusvalía en general.

3. LEGISLACION

La acción del Consejo en el campo de la legislación, esencialmente se dirige a:

- Promover la evaluación de la norma costarricense relacionada con la prevención de la invalidez y con las personas minusválidas - sus derechos, sus obligaciones, su rehabilitación integral - con miras a lograr reformas e innovaciones que aseguren mejores medidas preventivas, la atención temprana y eficiente de los minusválidos y su mayor grado de desarrollo, autosuficiencia e integración social.
- Fomentar la aplicación de la norma actual sobre la materia.
- Actualizar la legislación vigente en la perspectiva de la rehabilitación y prevención de la invalidez.
- Analizar permanentemente nuevos proyectos de ley u otros relacionados con programas y políticas atinentes a la rehabilitación.

Con respecto a la actualización de la legislación vigente, el Consejo en el año 1981, elaboró el documento "Compilación de la Legislación y otras Normas Costarricenses sobre la Invalidez y la Rehabilitación Integral de Personas Minusválidas, que constituye una fuente de referencia constante para las instituciones y personas encargadas de la rehabilitación.

4. COORDINACION INTERINSTITUCIONAL Y ASESORIA TECNICA

En concordancia con lo que estipula la Ley de Creación del Consejo, corresponde a éste programar, analizar y confrontar los planes, programas y servicios de las diferentes instituciones públicas y privadas sobre aspectos de la invalidez y de la rehabilitación, así como proponer y eje-cutar mecanismos para su integración y coordinación.

El Consejo canaliza a su vez, la asistencia técnica o financiera que entidades públicas y privadas le soliciten, de conformidad con los fines y recursos de la Institución, evaluando el proceso y aplicación de la misma.

Aunque no se ha logrado alcanzar el nivel de coordinación interinstitucional necesario, puede asegurarse que uno de los principales logros del Consejo, consiste en la existencia misma del mecanismo de coordinación y en su función rectora de políticas en este campo.

Esto ha facilitado la elaboración de planes nacionales más integrados, que dan respuestas más amplias a las necesidades.

Puede afirmarse, que en los últimos 5 años se marca un nivel más alto de coordinación entre las instituciones públicas y privadas en rehabilitación, así como, a través del Consejo, una mayor provisión de fondos para algunas instituciones, con una utilización más razonable y equilibrada.

Corresponde también al Consejo la promoción de nuevos programas, en coordinación con otras instituciones.

Como ilustración se menciona:

1) Programa de Detección de Sordera

Este Programa se inició en el Consejo en el año 1975, teniendo como objetivo:

- a) Detectar deficiencias auditivas en niños de 3 a 13 años, atendidos en escuelas de zonas rurales y rurales, en unidades sa-nitarias y en centros de bienestar social.
- b) Detectar deficiencias auditivas en trabajadores que, por la índole de sus labores, están expuestos a ruidos intensos.

Este Programa, debidamente estructurado y en plena ejecución, fue tras-pasado al Ministerio de Salud, dando origen a lo que hoy funciona con el nombre de Centro Nacional para la Detección de la Sordera (CENADESO).

2) Programa de Prevención de la Ceguera

En el año 1979 el Consejo elaboró un programa nacional de prevención de la ceguera, el cual, con apoyo y asesoría de la Institución, fue asumido por el Ministerio de Salud, dando origen a lo que hoy funciona como Unidad de Oftalmología Sanitaria.

3) Servicio de Colocación Selectiva del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social

A partir de 1976 el Consejo gestionó asesoría internacional con la finalidad de promover la creación del Servicio de Colocación Selectiva en el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

Esta acción exigió del Consejo no sólo el apoyo técnico, sino asistencia financiera, capacitación de personal y gestiones tendientes a lograr las decisiones políticas requeridas por el Programa.

Este servicio ofrece actualmente un recurso valioso en la colocación de las personas minusválidas.

Puede afirmarse, en resumen, que el Consejo ha tenido papel preponderante en la creciente prioridad que el Estado y el sector privado, han brindado a la creación de servicios de rehabilitación en los últimos años, en especial, por la acción coordinadora y promotora que ejerce, con su estructura integrada por las principales instituciones co-responsables del problema de la invalidez en Costa Rica.

IV. FUENTE DE FINANCIAMIENTO DEL CONSEJO

El Consejo se financia por:

- 1) Subvención del Gobierno Central.
- 2) Subvención del Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares.
- 3) 1/2% del presupuesto general de las municipalidades, en cuya localidad estén funcionando escuelas de enseñanza especial y rehabilitación física o donde en el futuro se crearen centros de esta índole.

Las limitaciones presupuestarias con que ha venido trabajando el Consejo, acompañadas de los problemas de crisis económica nacional, establecen siempre una brecha entre las metas deseadas y las metas alcanzadas, con la consecuente preocupación de no poder avanzar, tan rápidamente, hacia la satisfacción real de las tantas y sentidas necesidades de la población objeto de nuestro diario quehacer profesional.

CONDICIONES DEL EMBARAZO EN UN GRUPO DE ADOLESCENTES
DEL AREA METROPOLITANA

Dina Krauskopf Roger
Marylin Cabezas Gutiérrez

RESUMEN:

Introducción:

Las madres adolescentes constituyen una población de gran importancia para la atención de la salud tanto biológica como psicológica. Sus hijos concomitantemente constituyen también un problema especial de salud pública.

Diversos estudios, realizados mayoritariamente fuera de nuestro país, muestran los riesgos de mortalidad materna y del niño, complicaciones de embarazo y parto, prematuridad y serios problemas sociales, en los cuales queda afectada la posibilidad de trabajo y escolaridad. En el plano emocional, se destacan la inestabilidad y agresión al menor. Estos problemas que se agravan aún más en la situación de la madre soltera, pero de modo insidioso también se manifiesta en los matrimonios precoces. En el uso de los recursos de salud, se aprecia que no se utilizan anticonceptivos, no se acude como corresponde a la consulta prenatal. Este panorama preocupó a la Organización Mundial de la Salud que en 1975 emitió un informe donde llama la atención sobre la situación de riesgo que afrontan las adolescentes que se embarazan.

Objetivos:

Con el fin de estudiar tan crítica situación y detectar fundamentos que contribuyan a la prevención primaria y secundaria integral para la atención materno infantil de adolescentes, hemos desarrollado una investigación sobre "problemas de identidad y vínculo de madres adolescentes del área metropolitana" bajo el auspicio de la Vicerrectoría de Investigación, trabajo del cual esta presentación constituye un avance que se centra en el impacto psicológico y de salud de las características sociodemográficas de las adolescentes y sus condiciones de embarazo.

Método:

Se trabajó con una muestra no aleatoria, compuesta por 60 madres

Escuela de Psicología, U.C.R.
Instituto de Investigaciones Psicológicas, U.C.R.

menores de 20 años que dieron a luz en el Hospital San Juan de Dios, entre los meses de febrero y abril de 1983. En este centro los partos de menores de 20 años constituyen el 25% del total de partos por año según datos de 1979. La información se recorrió mediante el uso de entrevistas estructuradas, hechas a la madre adolescente en el Hospital luego de haber tenido su parto.. Posteriormente se hicieron dos visitas al hogar, al mes y a los seis meses de haber tenido la entrevista inicial. La muestra se dividió por cuotas de edad y de tipo de unión. La edad se categorizó en dos grupos: de 15 a 17 años, de 18 a 19,11 meses. El tipo de unión se definió en dos categorías: estable e inestable, según si la adolescente vive o no, con el padre del niño al menos desde que está embarazada.

Resultados:

En el presente trabajo se caracterizan las adolescentes por edad, tipo de unión, escolaridad, con quien vive y dependencia económica. Se aprecia la tendencia del grupo a la baja escolaridad, inactividad ocupacional previas al embarazo, y el abandono de estas actividades por el grupo que minoritariamente se encontraba en ellas. La dependencia económica se diferencia en estas adolescentes de acuerdo a con quien vive si con su familia o con su pareja. Una gran mayoría pese a que conocía los anticonceptivos no los utilizó y los embarazos fueron mayoritariamente no deseados, apreciándose diferencias entre las adolescentes por unión estable e inestable. El tipo de unión influye también en la frecuencia del control prenatal, en el aumento de peso durante el embarazo, la persona que la llevó al parto al hospital y en el enfoque de los anticonceptivos para después del parto.

Conclusiones:

Se trata de adolescentes de baja escolaridad, alta desocupación, cuyo embarazo es mayoritariamente producto de factores diferentes al deseo de un hijo. El vínculo con los varones padres de los bebés, se estabiliza en la menor proporción de los casos. Las jóvenes que logran esta respuesta tienen mejores condiciones para cuidar de su embarazo y enfocar realísimamente su futuro. Las jóvenes que se mantienen sin una relación estable, dependen más fuertemente de sus familias de origen, donde reciben un apoyo frecuentemente ambivalente, descuidan más el control prenatal, llegan en condiciones de mayor soledad y desamparo al hospital al momento del parto y tienden a enfocar el futuro con poco realismo.

Hay un amplio conocimiento de anticonceptivos en este grupo, y son las variables sociales y psicológicas las que contribuyen a su no uso. La baja escolaridad de las adolescentes no les permite el acceso a las campañas de educación sexual que se realizan en la secundaria. Los antecedentes de ser las propias adolescentes hijas naturales en un 20% hace pensar en factores afectivos y de socialización que pueden estar contribuyendo a su temprana maternidad.

La realidad reflejada en los resultados lleva a concluir que la regulación de la maternidad y paternidad responsable en la adolescencia, deben considerar la escolaridad, nuevas modalidades de control prenatal y orientación de la vida sexual ajustadas a la situación vital de las adolescentes y que contemple los problemas del vínculo familiar y de pareja, así como el rol social que están cumpliendo: estudiante, trabajadora o, en la mayor parte de los casos, oficios domésticos. La prevención de los problemas de la maternidad en adolescentes tienen una secuela preventiva importante en las condiciones de desarrollo de los hijos de estas madres.

ANALISIS INTEGRAL DEL PARASITISMO
EN EL CANTON DE SAN RAMON

Dr. Jaime Serra Ch. 1,2
Lab. Carlos Reyes Delgado. 2
M.O.C. Ana María Serrano. 3

Desde 1974, el Programa de Salud en la Comunidad "Hospital sin Paredes", incluyó en el Equipo Interdisciplinario, Técnicos de Laboratorio, para efectuar en las comunidades rurales de San Ramón, variados exámenes entre los que se incluyeron los Coproparasitológicos.

Pero no es sino hasta el año 1984 que se pasa a la etapa de consolidar semestralmente los resultados obtenidos, para tener una visión global sobre la prevalencia de las diversas parasitosis y valorar su futura dinámica.

Lo que se busca es no sólo el diagnóstico individual, sino un diagnóstico colectivo que incorpore permanentemente el registro y análisis de las variables sociales y ambientales que podrían explicar los resultados logrados, y que los cruce con otras condiciones como desnutrición y mortalidad infantil, las que podrían tener con las parasitosis una común causalidad social.

Por lo tanto, lo que se pretende es montar una vigilancia epidemiológica en parasitosis, que retroalimente al sistema de atención médica, y que permita periódicamente implementar y evaluar las medidas correctoras.

En el año 1984 se analizaron en el área rural del cantón de San Ramón, 1441 muestras por métodos directo, de las cuales un 33% (476) salieron positivas para algún potencial parásito (27% si excluimos los comensales habituales: E.Coli, Iodmoeba Butchili, etc...).

Estudiadas por localidad se encuentra un comportamiento geográfico diferencial que oscila entre un 52.7% y un 18.2° de muestras positivas.

-
1. Centro Internacional de Investigación y Adiestramiento Médico (CIAM)
 2. Programa de Salud en la Comunidad, Zona San Ramón.
 3. Hospital Carlos Luis Valverde Vega.

a) Análisis comparativo entre el grupo de niños sanos y el grupo de niños problema, de los que se escogieron, al azar, 89 casos, a fin de tener equivalencia numérica.

b) Análisis del total de niños problema, agrupándolos de acuerdo a la patología que presentaron (niños muertos, niños con bajo peso, prematuros, con anomalías congénitas, con traumatismos, alto peso e isoimmunización por factor RH y niños con signos de enfermedades no especificadas). Se compararon los diversos antecedentes sociales y biomédicos, así como los porcentajes de mortalidad y morbilidad presentados en las distintas categorías de las variables analizadas, con el objeto de visualizar mejor dónde existe mayor riesgo.

Del análisis comparativo se encontraron diferencias estadísticamente significativas (lo que se determinó a través de la prueba de chi cuadrado) en las variables siguientes:

- 1.- Enfermedades maternas que afectan el desarrollo del embarazo, donde hubo diferencia significativa entre las madres del grupo de niños problema que las padecieron y las madres del grupo de niños control que no las padecieron. Entre estas enfermedades la anemia fue la que se presentó con mayor frecuencia.
- 2.- Práctica o no de cesárea: el porcentaje de casos de madres en las que se practicó cesárea fue mucho mayor en el grupo de niños problema.
- 3.- Intervalo entre embarazos: este intervalo resultó ser menor en las madres de los niños del grupo problema.
- 4.- Hacinamiento en el hogar: hubo un porcentaje significativamente mayor de familias hacinadas en el grupo de niños problema, en relación con el grupo de niños control. El 81.5% de las familias hacinadas tuvo niños que presentaron problemas perinatales o que murieron.

A pesar de que no se encontraron diferencias significativas por tipo de caso (niños control y niños problema) en otras variables de tipo socioeconómico. Si es de hacer notar que las familias de los niños que mostraron problemas perinatales, presentaron más altos porcentajes en las categorías de las variables que indican un bajo nivel de vida (bajo ingreso, bajo nivel educativo del jefe de familia y de la madre, ocupaciones mal calificadas y poco remuneradas). Lo mismo se pudo observar en otras variables de riesgo tales como edad materna, número de embarazos y control prenatal.

En el caso del hacinamiento, ésta es una variable que está muy relacionada con los factores socioeconómicos que se acaban de mencionar. De ahí, entonces, que no debe considerarse aisladamente el hacinamiento, sino que hay que tomarlo como integrante de una totalidad social en la que se encuentra inmersa gran cantidad de familias costarricenses.

Del análisis de los 176 casos de niños que presentaron problemas perinatales, se elaboró la siguiente tipología de riesgo:

- Niños de familias cuyo jefe de hogar era obrero o estaba cesante.
- Hogares donde el ingreso familiar era inferior a los ₡ 3.000 mensuales.
- Niños hijos de padres analfabetos o que solo tenían instrucción primaria, en la mayor parte de los casos incompleta.
- Familias con problemas de hacinamiento.
- Control inadecuado del embarazo, ya sea por número insuficiente de consultas prenatales, o bien, porque la madre no tuvo control médico durante su embarazo.
- Intervalo entre embarazos menor a los dos años.
- Madres primíparas y madres a las que se les practicó cesárea.
- Madres que presentaron diferentes enfermedades que afectan el desarrollo del niño.

Los grupos de niños que más se pueden ubicar dentro de esta tipología son los niños muertos, los que presentaron bajo peso y los prematuros, así mismo, aunque en menor medida, los niños con anomalías congénitas y con traumatismos al nacimiento.

Finalmente, en el estudio se recomienda la realización de este tipo de investigaciones en forma interdisciplinaria, para un enfoque más integral del problema y que abarque diversos grupos sociales y a diversas zonas geográficas, con el fin de establecer qué diferencias se pueden presentar y desarrollar las políticas de salud correspondientes. También se recomienda estudios para medir la eficacia de la consulta prenatal y para el fortalecimiento de los programas de salud materno-infantil.

DETERMINACION DEL NIVEL REAL DE PROTECCION Y DE LOS
FACTORES QUE INCIDEN EN LA RESPUESTA CONTRA
ENFERMEDADES PREVENIBLES POR VACUNACION

Dr. Jaime Serra C. ^{1,2}
Dr. Jorge A. Ramírez. ^{3,4}
Dr. Olger Barboza Ruiz. ²
Dra. Elena Campos. ³

Costa Rica en la última década ha tenido avances en salud que han sido calificados como significativos. Expresión de la nueva situación es la evidente mejoría en la población infantil de sus indicadores de daño, ya sea de mortalidad o los de morbilidad.

Ahora bien ¿Cómo objetivizar en estos avances el peso de las medidas implementadas por el sector salud, y especialmente por los programas de atención primaria, a los cuales se les ha atribuido parcialmente los éxitos? Es preciso cuantificar con el máximo rigor la influencia que han jugado en los logros de la mortalidad infantil y del pre-escolar, la disminución de las enfermedades infecciosas prevenibles por vacunación. ¿Cuánto de lo que nos falta por avanzar sería superable si conociéramos las características sociobiológicas de la población aún expuestas a riesgo?.

Impulsados por estas reflexiones, 3 instituciones sumaron sus esfuerzos para intentar despojar estas interrogantes: ICMRT (CIAM), INCIENSA y el Programa de Salud en la Comunidad "Hospital Sin Paredes", y se comprometieron a realizar a partir de 1983 una investigación para la determinación del nivel real de protección y de los factores que inciden en la respuesta contra enfermedades prevenibles por vacunación".

Lo que se pretende no es solo analizar una vacuna por separado, sino al programa de vacunaciones en su conjunto, para que en cada niño exista la visión de totalidad de su estado inmunitario frente a las enfermedades para las cuales hay hoy día protección.

-
1. Centro Internacional de Investigación y Adiestramiento Médico de la Universidad del Estado de Louisiana (CIAM)
 2. Programa de Salud en la Comunidad. Región San Ramón.
 3. Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA)
 4. Ministerio de Salud.

Los objetivos de este estudio que se ha efectuado a 2122 niños escolares del cantón de Palmarejos son los siguientes:

Objetivo general:

Determinación del grado de protección contra enfermedades prevenibles por vacunación y análisis de los factores sociales y biológicos que la determinan.

Objetivos específicos:

1. Determinación del nivel de anticuerpos contra las siguientes enfermedades, actual o potencialmente prevenibles por vacunación: Difteria, Tos Ferina, Tétano, Poliomielitis, Sarampión, Rubéola, Hepatitis Viral tipo A, B, o No-A, no-B y Síndrome tosferinoso debido a E. paratuberculosis.
2. Valoración del papel de los factores socioeconómicos en el nivel de anticuerpos detectados contra enfermedades prevenibles por vacunación.
3. Determinación de las posibles influencias del estado nutricional en la producción de anticuerpos contra enfermedades prevenibles por vacunación.
4. Determinación de las posibles influencias de la condición de recién nacido pretérmino en la producción de anticuerpos.
5. Evaluación de las diferentes instituciones y niveles del sistema de atención médica nacional y local respecto a los programas de inmunización.
6. Evaluación de los indicadores tradicionales empleados en la medición del grado de protección de los individuos.
7. Análisis de las normas referentes a los diferentes esquemas de inmunización y procedimientos empleados dentro y fuera del programa.
8. Evaluación indirecta del funcionamiento de la cadena de frío en el programa de salud en la comunidad.
9. Análisis del sistema informativo utilizado en las enfermedades de notificación obligatoria y prevenibles por vacunación.
10. Determinar el grado de correlación entre la cobertura teórica (vacuna o enfermedad) y la cobertura real (anticuerpos).
11. Utilización de la prevalencia de anticuerpos de transmisión oral-fecal (hepatitis viral tipo A) como indicadores de saneamiento ambiental.

12. Determinación en base a la cicatriz de vacuna BCG, del grado de cobertura teórica contra la tuberculosis y posible grado de protección hacia la enfermedad.
13. Determinar el papel de la B parapertussis en el etiología del Síndrome tosferinoso.
14. Establecimiento de medidas correctivas específicas en los casos de niños no protegidos.

Se presenta un modelo de los pasos de la investigación, de los formularios usados y de las variables analizadas a) del sistema de atención médica (número de dosis, esquemas, procedimientos, cadena de frío, sistema informativo, etc.); b) contexto socioeconómico (estructura familiar, escolaridad, características de la vivienda, hacinamiento, abastecimiento de agua, eliminación de excretas, ocupación, ingresos económicos, acceso a la tierra, migración); c) contexto biológico (peso nacimiento, edad gestacional, estado nutricional, morbilidad pertinente).

Finalmente se destaca la importancia de estudios de este tipo, que se constituyen en investigaciones operativas para medir eficacia, eficiencia e impacto de los programas de salud implementados, ayudando a la retroalimentación del sistema de salud tanto local como nacional.

CRECIMIENTO FISICO Y ALIMENTACION DE NIÑOS
RURALES COSTARRICENSES. EL ESTUDIO DE PURISCAL

Sandra Murillo
Leonardo Mata
María Eugenia García

RESUMEN:

La presente investigación tuvo como objetivos:

- a) determinar el crecimiento físico en términos de velocidad de crecimiento (en peso y talla) de la primera falange de niños del "Estudio de Puriscal" durante su primer año de vida (año 1979-1980).
- b) caracterizar el tipo de alimentación (en términos de nutrientes) recibida por todos los niños de la mencionada falange, y
- e) identificar relaciones entre el crecimiento físico obtenido por los niños estudiados y el consumo de nutrientes durante los primeros 12 meses de la vida.

Para el cumplimiento de los objetivos arriba indicados, se seleccionó la primera falange de niños del estudio longitudinal: "Estudio de Puriscal", el cual es realizado por el Instituto de Investigación en Salud (INISA), de la Universidad de Costa Rica desde 1979 hasta la fecha.

El estudio comprendió a todos los niños del cantón de Puriscal nacidos entre setiembre de 1979 y setiembre de 1980. En total se estudiaron 650 niños los cuales fueron visitados mensualmente desde su nacimiento durante los primeros 12 meses de vida.

La recolección de los datos estuvo a cargo de un equipo de trabajadores de campo, debidamente capacitados en la toma de medidas antropométricas y de registro de consumo de alimentos. El peso y la longitud fueron tomados mensualmente, cada medición se realizó en duplicado según normas establecidas por el INISA. El registro de consumo de alimentos se realizó durante tres días consecutivos cada mes y se hizo utilizando el método de peso directo de alimentos. Para la medición del consumo de leche materna, se utilizó el método elaborado por Novotny & Mata (1980) mediante el cual se calculó el volumen diario de leche materna consumida

por los lactantes estudiados. Los datos fueron registrados en formularios precodificados debidamente diseñados para tal fin. La información fue procesada, depurada y analizada por computador.

Se determinó la velocidad de crecimiento en peso y en longitud según la edad de cada niño. Posteriormente se obtuvo el promedio con su respectiva desviación estándar de las velocidades de crecimiento de todos los lactantes por mes de edad. Se agruparon luego los niños según las siguientes categorías de alimentación: lactancia materna exclusiva, lactancia materna más leche de vaca, lactancia materna más leche de vaca más alimentos, lactancia materna más alimentos y niños destetados.

Se calculó el consumo de nutrientes (energía y proteínas principalmente) para los lactantes en cada grupo de alimentación y se establecieron correlaciones entre el consumo de nutrientes y la velocidad de crecimiento logrado por dichos lactantes. Además, el trabajo presenta las curvas de crecimiento y de velocidad de los niños en comparación con el estándar internacional del NCHS.

Se discuten varios aspectos de los resultados, entre ellos el hecho de que a pesar de que el consumo energético logrado por los niños alimentados al seno materno fue relativamente inferior a las recomendaciones dietéticas internacionales, los lactantes obtuvieron un crecimiento adecuado. También se discuten los resultados en relación a las condiciones ambientales en que viven estos niños y a los recursos de salud de las comunidades.

MORBILIDAD POR HEPATITIS VIRICA
(CIE - 9 - 070) EN COSTA RICA
1971-1984

Dr. Leonardo Marranghello B. (*)

Bajo el código 070 de la última clasificación internacional de Enfermedades (CIE-9-) Revisión 1975, aprobada por la XXIX Asamblea Mundial de la Salud se agrupan todas las hepatitis víricas, con exclusión de la hepatitis vírica con inclusión citomegálica, incluyendo la hepatitis vírica A y la vírica B, otras hepatitis víricas especificadas y no especificadas.

Estas enfermedades tienen en común el ataque a las células hepáticas por parte de los agentes etiológicos virales, pero difieren en su etiología específica y por ciertas características epidemiológicas, inmunológicas, clínicas y patológicas, variando considerablemente las respectivas medidas de prevención y control.

Las hepatitis víricas son de denuncia obligatoria en Costa Rica y la fuente principal de información son las boletas de Vigilancia Epidemiológica enviadas al Ministerio de Salud con el diagnóstico de hepatitis y este trabajo se fundamenta en la revisión personal, tabulación y análisis de cada una de las boletas de los casos reportados en 1983, y en las tabulaciones efectuadas por el departamento de estadística del Ministerio en los años anteriores a partir de 1971 y en 1984.

El comportamiento de la incidencia de la enfermedad en el país ha sido característicamente endémica con tendencia a oscilaciones periódicas. En la década de los años 70 la incidencia más elevada se registró en 1972 y en 1977 con una tasa por 100.000 habitantes de 117 y 111 respectivamente y la más baja en los años 71, 74 y 76 con una tasa de 79, 77 y 76 respectivamente.

En lo que va de la década de los años 80, en 1980 se registró la tasa más baja de 71 por 100.000 habitantes; fue el año de menor incidencia en los 14 años anteriores. La última fase oscilatoria de aumento inició en 1981 con el acmé en 1983 que presentó características epidémicas ya que se alcanzó en ese año una tasa de 221.72.

(*) Ministerio de Salud

En 1984 volvió nuevamente la fase descendente y la incidencia fué del 41% inferior al año anterior con 3024 casos registrados y una tasa de 130 por 100.000 habitantes.

En 1983 el 54.36% de los casos se presentó en niños menores de 10 años, el 30.04% en pacientes de 10 a 19 años, el 14.96% en adultos mayores de 20 años y en 0.64% de los casos se consignó la edad.

El mayor número de casos se presentó en los niños de 4 a 9 años, con 2.253 pacientes del total de 3.873 registrados en todas las edades.

En junio de 1983 se reportó el mayor número de casos con 531 notificaciones y en diciembre se registró la menor incidencia mensual con 191 casos. El promedio mensual de casos en 1983 fué de 429.

Por las características epidemiológicas y por su mayor frecuencia, en niños menores de 10 años, podemos afirmar que la hepatitis vírica en nuestro país es causada en la mayoría de los casos por el virus A.

Los estudios de laboratorio realizados en el I.C.M.R.T. en muestras de sangre de pacientes del área de San Ramón y en muestras de algunos hospitales de la capital, confirmaron que el virus A de la hepatitis, es el responsable de la mayoría de los casos y de los brotes epidémicos.

Las medidas de prevención y control se basan fundamentalmente en saneamiento del medio, higiene personal e higiene de los alimentos.

MORBIMORTALIDAD PERINATAL Y CARACTERISTICAS
SOCIOECONOMICAS DEL GRUPO FAMILIAR

Lic. Olga Cruz L. (*)
Lic. Leda Patricia Montoya C.
Lic. José Fco. Rodríguez B.

Costa Rica ha experimentado en los últimos años un descenso en las tasas de mortalidad infantil, producto de los programas sociales dirigidos hacia la salud y la educación, siendo ejemplo de ello el programa de extensión de cobertura de los servicios de salud, que ha desarrollado el Ministerio de Salud, especialmente en áreas rurales dispersas. Sin embargo, este descenso no ha sido uniforme en todas las zonas geográficas del país, ni en los diferentes grupos etarios que componen el período infantil; neonatal precoz, neonatal tardío, postneonatal y perinatal (el cual comprende el período fetal tardío y el período neonatal precoz).

Para el año 1980, las tasas de mortalidad perinatal e infantil fueron, respectivamente, de 17.9 % y de 19.1%, ambas con una tendencia al descenso, presentando, sin embargo, la mortalidad perinatal una menor proporción de descenso en relación con la infantil, lo que justifica el estudio de la primera, integrando en su explicación elementos de orden social, ya que hasta el momento la forma en que se ha abordado los problemas de salud de este período se circunscribe mayormente al plano biologicista.

Los anteriores aspectos describen la situación que hasta el año 1980 presenta la población infantil en cuanto a los índices de mortalidad, los cuales llevaron a la realización de un estudio a través del que se pudiera conocer si existe relación entre las condiciones socioeconómicas y el riesgo de morbilidad perinatal, además de aplicar en el análisis de este problema de salud pública variables de tipo socioeconómico.

Para la elaboración del estudio se recogió información de casos en las salas de post-parto de los cuatro Hospitales de la Caja Costarricense de Seguro Social en el área metropolitana (Hospital México, Hospital San Juan de Dios, Hospital Calderón Guardia y Hospital Materno-Infantil Carit).

En total se analizaron 265 casos, de los cuales 176 fueron de niños que presentaron problemas perinatales (grupo de niños problema), entre los que se incluyen 13 niños muertos, y 89 fueron niños sanos (grupo de niños control).

La información se analizó de dos maneras:

(*) U. de C.R.

Respecto a la frecuencia por tipo de parásito, la Giardia Lamblia ocupa el primer lugar con un 13.1% seguida por Tricocéfalos (6.0%) y el Ascaris (5.6%). La E.Coli (4.0%) y la E. Histolítica (2.7%) se ubican en una secuencia intermedia. Destaca la baja prevalencia (comparada con la de períodos anteriores), del anquilostoma ya que solo se le encontró en un 0.9% de las heces examinadas.

La positividad en relación al sexo no revela diferencias marcadas, ya que este porcentaje es de 35.8% en los hombres y de un 31.1% en las del sexo femenino.

Agrupados por edad, el grupo etario más parasitado es el de 5 a 9 años (42.6%), y el más bajo fue el de los menores de un año (17.6%).

Al analizar por localidad la relación entre parasitismo con desnutrición (1984) y mortalidad infantil (tasa promedio quinquenio 1980-1984) se encuentra que los lugares más parasitados (Los Angeles y Río Jesús) son los que concentran los mayores porcentajes de desnutridos y la más alta tasa de muertes de menores de un año. En otras localidades de nivel bajo o intermedio de parasitismo, no hay una tan clara correlación con estas variables, lo que parece indicar que en estos niveles se pierde sensibilidad y poder discriminativo entre la asociación de estos indicadores, la que operaría de acuerdo al momento histórico que se analiza.

En un intento por caracterizar los grupos sociales afectados y el contexto socio-económico que podría en nuestra zona concreta explicar el parasitismo, se compara algunas variables como ingreso económico, tenencia de la tierra y otras implicadas en la transmisión oral fecal, coabastecimiento de agua y eliminación de excretas.

Resalta el peor nivel socio-económico y de saneamiento ambiental del grupo de casos (familias con muestras positivas) en relación con el grupo control constituido por la totalidad de las familias con muestras negativas.

Se presenta una comparación histórica con estudios coproparasitológico de la región efectuados en años anteriores, que muestran una significativa baja del parasitismo desde un 83. % (1974) a las cifras actuales de un 33%, y el cambio de ubicación de los parásitos (1974 primeros lugares Tricocéfalos, Ascaris y Giardia, 1984 Giardia, Tricocéfalos y Ascaris).

Se enfatiza la importancia de estos estudios, por constituir un aporte para la oportuna y periódica toma de decisiones al basarse en un sistema de vigilancia epidemiológica que incluye el estudio de los factores causales y que permite evaluar la eficacia de las actividades desarrolladas en relación a los problemas detectados, articulando su manejo simultáneo con otras condiciones negativas de salud con las que actúa sinérgicamente.

PROPUESTA DE UN MODELO DE REGISTRO Y CARACTERIZACION
DE BENEFICIARIOS DE CENTROS DE SALUD, PUESTOS
DE SALUD Y CENTROS DE EDUCACION Y NUTRICION

Dr. José Ml. Alvarado O. (*)

INTRODUCCION

Desde hace más de dos décadas en que se me asignó la atención de Salud del Distrito Sanitario No. 8 de Cartago, posteriormente la Región Central y la Región Huetar Norte, he detectado y convivido con restricciones del sistema de información manual de nuestros establecimientos operativos de salud ministeriales.

Obviamente me han interesado todos sus aspectos e implicaciones globales. Sin embargo, el registro y caracterización subsecuente de los beneficiarios de nuestros servicios, bajo un enfoque de sistemas, me ha parecido la primera tarea a superar.

En efecto es lógico afirmar que la labor de caracterizar y tipificar los sujetos programáticos, con fundamento en variables significativas, nos proporciona dos posibilidades:

- a) El enfoque de riesgo por prioridades de atención y
- b) el primer paso racional en la gestión de los servicios de salud, sea el establecimiento de la brújula orientadora hacia donde enca minar y concentrar nuestros servicios para conseguir efectividad e impacto en los objetivos programáticos.

Por otra parte debe reafirmarse que éste no es un esfuerzo aislado, sino una fase y consecuencia de un trabajo arduo que viene desplegando significativamente el Departamento Materno Infantil y el Departamento de Estadística del Ministerio con la participación de la C.C.S.S., en la confección y puesta en vigencia de la Historia Clínica, Materno Infantil a nivel de todo el país y los Departamentos de Salud Comunitaria y Salud Rural en el pulimento de su sistema de información.

PROPOSITOS Y OBJETIVOS:

En el presente trabajo se propone hacer hincapié en la necesidad de un modelo de registro y caracterización de beneficiarios, que nos suministre en forma ágil, oportuna y confiable, elementos y criterios de trabajo por prioridades, basados en enfoque de criterios de riesgo, para la

(*) Ministerio de Salud

tona eficiente y racional de decisiones en problemas comunales de salud, de orientación y dirección de nuestros esfuerzos y recursos disponibles; y que a su vez sirva de matriz, para la consolidación de datos, que serán entradas a un sistema distribuido de procesamiento de datos regional.

PROCESAMIENTO EMPLEADO:

Se desglosaron los siguientes pasos:

- 1.- Demostración de la obsolescencia de la actual tarjeta de registro de beneficiarios. Situación actual.
- 2.- La valoración de dos rutas de acción:
 - a) El uso de microcomputadoras extensivo y universal para todos los establecimientos, ruta impracticable por el elevado costo de adquisición y mantenimiento de los equipos e imprescindible requisito de contar con personal capacitado en todos los establecimientos para operar las microcomputadoras.
 - b) El empleo de un sistema combinado de procesamiento manual mecánico de tarjetas perforadas (tipo Mc.BEE) que sirva de matriz de alimentación de datos de los establecimientos locales, destinados a procesamiento microcomputarizado distribuido regional, que ofrece las siguientes ventajas:
 - 1.- Menos oneroso, goza de flexibilidad y permite el ordenamiento de datos.
 - 2.- No requiere personal capacitado en manejo de microcomputadoras en el nivel local, solamente en el nivel regional y central.
 - 3.- El procesamiento mecánico manual requiere conocimientos y destrezas muy sencillas, toda vez que el equipo a usar es pequeño, portátil y fácil de operar, hace que no se requiera personal técnico o especialmente entrenado.
 - 4.- Se simplifica todavía más su manejo si se toma en cuenta que se usarán preferentemente códigos directos y que lo único que se requiere del funcionario encargado del archivo, es la señal inequívoca de chequeo y su posterior perforación manual en la tediosa y agobiante escritura consecuentemente queda desechada.

- 5.- Es un procedimiento o sistema que permite ejercer rápidamente la supervisión in situ. Su actualización e información "día a día", cuando se le prodiga esmero, como todo en la vida.
- 6.- Las tipologías de beneficiarios, según criterios, de prioridad o riesgo de atención, son fácilmente obtenibles.
- 7.- Siempre estarán a disposición los datos de entrada del sistema y las averías electrónicas del microcomputador no serán determinantes para atrasos insalvables del sistema, toda vez que los datos de alimentación en todo momento estarán disponibles en las tarjetas perforadas y sus matrices-resúmenes.
- 8.- Se confeccionaron diseños preliminares para el Registro de Familias, de la Salud de la Mujer y del Niño, para uso en Centros y Puestos de Salud y asimismo para su empleo en el Centro de Educación y Nutrición o Centro de Atención Integral, que en la respectiva sesión de presentación se someterán a análisis y discusión crítica para el aporte de ideas, sugerencias y reformulaciones.
- 9.- Naturalmente es imprescindible y subrayo condición esencial el funcionamiento del sistema microcomputarizado regional y central, para la consolidación eficiente de los datos resúmenes del sistema y así mismo el microcomputador central de transferencia y enlace de los cinco microcomputadores regionales existentes.
Procediendo así eficientemente se operará dentro de un sistema lógico distribuido y se podrá realizar el cruce respectivo de variables y su consolidación y diagramación subsecuente, para el funcionamiento de un verdadero sistema de Control y Evaluación Gerencial
- 10.- Debe aclararse que la restricción real y concreta que se esgrime con justa razón y muy especial tino, es la aceptación y practicabilidad de la puesta al día de la información, debido a inherentes humanos.

Sin embargo sin disminuir su peso, que resulta evidente esta restricción es común a cualquier modalidad de procesamiento de datos que quiera implantarse y es reveladora que el problema institucional ministerial, no es técnico ni administrativo en sus raíces, sino un problema profundamente humano de vocación y apego por lo que se hace y se tiene, que aqueja a todos los ámbitos del quehacer nacional.

CONCLUSIONES :

Creemos firmemente que tiene sumo valor intentar la puesta en vigor de un sistema de registro combinado, de procesamiento mecánico manual que alimente un sistema microcomputarizado distribuido regional y central, por los resultados que ello acarrearía en el mejoramiento de nuestros sistemas de trabajo y en la implantación de un efectivo sistema de control gerencial.

Creemos asimismo que no debe alentarse de entrada el uso universal del sistema de procesamiento mecánico manual en la institución, sino que todo lo contrario, debe realizarse la prueba de valoración respectiva y acogerse la instancia de los compañeros del Departamento de Nutrición, destacadamente del Dr. Luis Tacsan Chen, Jefe Area de Investigación Epidemiológica Nutricional, para que el Centro de Salud de Barrio México, que reúne características especiales para ello, sea seleccionado para realizar la correspondiente prueba.

Es de hacer notar y esto es importante que la citada prueba no dejará huérfano de información a dicho Centro de Salud, porque de no acogerse al sistema propuesto, siempre le quedarán las tarjetas al Centro de Salud, únicamente que con perforaciones y con una mayor riqueza de variable registradas, que no entorpecerán en modo alguno su funcionamiento. En síntesis no es un experimento que produzca efecto nocivo alguno en el sistema de información manual vigente.

Somos del criterio por lo expuesto, que el sistema dará un buen resultado y eso servirá para mejorar significativa y sustancialmente el registro y caracterización de los beneficiarios, además suministrará criterios seleccionados de enfoque de riesgo, que orientarán en mejor forma la diaria labor de salud pública.

METODOLOGIA DE EVALUACION DE LA CALIDAD DEL PROGRAMA
DE MEDICINA COMUNITARIA DEL AREA DE SAN RAMON

Dr. Mauricio Vargas (*)

INTRODUCCION:

El presente documento contiene los lineamientos generales de la labor a desarrollar por la dirección de la Evaluación de Calidad del Programa de Medicina Comunitaria del área de San Ramón, Naranjo, Palmares, Alfaro Ruiz y el distrito Toro Amarillo de Valverde Vega.

Se pretende establecer una evaluación permanente en las distintas áreas, y conscientes, de que la evaluación de calidad, es solo un aspecto de la evaluación global, se presenta antes, un esquema ordenador de evaluación integral cuantitativa, ya probado en otros países y que se ha implementado en el área del Programa para diagnóstico de la situación real del mismo durante los últimos cinco años (1980 - 1984) (ver cuadro No. 1).

Se hace un desglose de los aspectos que deben considerarse en todos y cada uno de los esquemas metodológicos que se desarrollen con posterioridad a este primer intento formal de evaluar calidad.

Finalmente, los lineamientos que aquí se presentan son muy generales y se ha tratado de presentar las ideas con la mayor claridad posible, pero en forma concisa.

Los resultados serán motivo de publicación posterior y se hará con un tratamiento particular de los detalles.

II. PROPOSITO:

Establecer metodologías de investigación evaluativa válida para el Sistema de Salud Costarricense.

III OBJTIVO:

1. Definir y probar una metodología de evaluación de calidad de la atención de salud para el Programa de Medicina Comunitaria del área de...
2. Validar y adecuar las metodologías establecidas, al contexto del sistema de Salud en Costa Rica.

(*) Programa Salud Comunitaria. Región San Ramón

3. Revisar los aspectos teóricos que deben considerarse al desarrollar metodologías de evaluación de calidad.
4. Que el esquema metodológico propuesto, sirva de referencia para el desarrollo de la investigación evaluativa en otras instituciones del Sistema de Salud, en Costa Rica.

IV. PROCEDIMIENTO EMPLEADO:

Se realiza una extensa revisión bibliográfica sobre el tema, procediendo luego a desarrollar un esquema metodológico implementable al Programa de Medicina Comunitaria del área de San Ramón, Palmares, Alfaró Ruiz, Naranjo y Valverde Vega y adecuado al resto del país.

La tabla de contenidos, muestra como se estructura el documento, mostrando la secuencia que se siguió para su definición.

La evaluación de calidad en el Programa, se realizará a partir de los resultados de la atención de salud en la población beneficiaria del mismo.

Se analiza luego retrospectivamente y en forma integral la estructura, el proceso y las decisiones clínicas tomadas durante el proceso de atención.

Este proceso, comprende el inicio de la enfermedad o del evento, el primer contacto con el servicio, la atención recibida, el resultado de esta atención y la satisfacción de ésta. (ver esquema No. 2).

Para una primera fase de la evaluación, se desarrollan los lineamientos de acción en atención médica, incluyendo la consulta médica ambulatoria en Centros y Puestos de Salud (general y especializada) y la brindada en el Departamento de Urgencias del Hospital Carlos Luis Valverde Vega.

Los criterios para definir la muestra a analizar fueron las primeras causas de consulta.

V. CONCLUSIONES:

Se considera que el modelo evaluativo propuesto es implementable a las características del Programa de Medicina Comunitaria del área y adecuado al contexto del Sistema de Salud Costarricense.

Representa un primer intento formal de desarrollar una metodología de evaluación de calidad en el país, que sea permanente para la introducción de medidas correctivas en nuestra prestación de servicios de salud.

Se reconocen sus limitaciones y se abre la posibilidad de introducirle ajustes conforme se vaya desarrollando.

CUADRO No. 1
 MODELO DE EVALUACION INTEGRAL
 AREAS DE ESTUDIO

DEMANDA (Ambiental)	OFERTA (Estructural)	PROCESO	RESULTADO (Producto)	IMPACTO (Efecto)
<u>-DEMOGRAFIA</u> =Estructura =Edad =Sexo =Zona =Región =Crecimiento =Natalidad =Mortalidad =Migración =Factores con- dicionantes <u>-Condiciones de Salud</u> =Morbilidad =Mortalidad =Incapacidad =Factores re- lacionados <u>-Necesidad</u> =Biologica =Social <u>-Demanda</u> =Efectiva =No atendida	<u>-ORGANIZACION</u> =Complejidad =Niveles de Resp. =Niveles de At. Médica =Reglamentación =Formal =Informal <u>-Recursos</u> =Humanos =Físicos =Económicos <u>-Sistema de Informa- ción</u> =Contenido =Frecuencia =Niveles de Agregación	<u>-PRESTACION DE SERVICIOS</u> =Naturaleza =Contenido de la Atención =Tecnología utilizada =Secuencia de los Procedimientos =Frendimiento = % ocupacional = X días estadía = Egresos cama por año =Coordinación <u>-Recpción de Servicios</u> =Contenido =Cobertura =Concentración =Oportunidad =Utilización	<u>-SERVICIOS BASICOS DE ATENCION DIRECTA</u> =Egresos =Consultas .Médicas .Urgencias .Odontológicas =Visitas domiciliarias =Vacunaciones =Visitas Saneamiento =Formulas despachadas =Urgencias realizadas =Partos y Abortos At. =Estudios Radiológic. =Cirujías =Exámenes de Lab. <u>-Concentración de Servicios</u> <u>-Utilización</u> <u>-Gastos de Atención</u>	<u>-DISMINUCION DEL RIE- GO DE ENFERMAR Y MORIR</u> =Morbilidad =Mortalidad =Incapacidad =Expectativa de vida <u>-Cambios de actitud de Usuarios</u> <u>-Calidad de la Aten- ción</u> <u>-Costo Beneficio</u> <u>-Satisfacción</u> =Equipo de Salud =Comunidad

ESQUEMA GENERAL PARA LA EVALUACION DE LA CALIDAD DE LA ATENCION

DE SALUD EN EL PROGRAMA

ANALISIS RETROSPECTIVO

<u>INICIACION DEL EVENTO</u>	<u>PRIMER CONTACTO</u>	<u>ATENCION RECIBIDA</u>	<u>RESULTADO</u>
Entrevista Familiar para Analizar: <ul style="list-style-type: none">- Percepción de la Necesidad.- Medidas Tomadas- Oportunidad en el acceso.	Revisión de Historia Clínica y Entrevista a Proveedores para Analizar: <ul style="list-style-type: none">- Diagnóstico.- Exámenes y Pruebas Diagnósticas.- Prescripción y Aplicación de Tratamientos.- Procedimientos Quirúrgicos Realizados.- Procedimientos Complementarios.- Seguimiento y Control.- Acciones de Soporte.		Análisis del Caso y Encuesta a Usuarios y Proveedores para Analizar: <ul style="list-style-type: none">- Estado del Paciente (muerte, mejoría, complicaciones).- Satisfacción.

EXPOSICION ANALITICA DE LA MARGINALIDAD URBANA EN AREAS
DE PRECARISMO Y SU RELACION CON LA SALUD

Lic. Laura Noguera *

INTRODUCCION:

El tema fue seleccionado por ser un fenómeno reciente, que demanda la atención del Estado, siendo las Instituciones de Salud las que se ven más presionadas a intervenir, debido a la carencia de servicios básicos de la vivienda; numerosa población infantil y mujeres en edad fértil, frecuentemente gestantes sin compañero estable y el riesgo de propagación de enfermedades infecto-contagiosas.

Las comunidades escogidas fueron: Calderón Funier, Linda Vista de Río Azul, Los Cuadros, San Felipe y La Paz.

Para abordar el origen del movimiento precarista urbano, debe tenerse presente que responde a una de las manifestaciones del fenómeno de marginalidad urbano. Tal fenómeno podría definirse como: La invasión de territorios por grupos previamente organizados, en el que operan factores internos y externos.

Internos: Por la necesidad de tenencia de un espacio físico y expectativas de mejorar condiciones de vida a través de la presión colectiva al estado o cualquier otra instancia de la que puedan obtener beneficios.

Externos: Por intereses políticos de grupos organizados que utilizan a los sectores más vulnerables, para el logro de sus propios objetivos como organización y ascenso de su membresía.

En Costa Rica, la comunidad de Aguantafilo fue la precursora de las invasiones precaristas urbanas en 1970. Como grupo de presión, pionero en este tipo de movimiento, mantuvieron la incertidumbre de las instituciones y del estado, cuya reacción inmediata fue represiva. Esto motivó que la única Institución aceptada por sus habitantes fuera el Centro de Salud de Hatillo y la Trabajadora Social, quien no solo constituyó el nexo entre la población y otras entidades, sino que reorientó los propósitos de la organización existente hacia una participación comunal más amplia, al integrar toda la población y crear mayor conciencia de la responsabilidad de cada vecino en la consecución de los objetivos del grupo.

* Ministerio de Salud.

OBJETIVO:

Brindar un conocimiento sistemático del problema, a fin de obtener mayores elementos que permitan clarificar los factores que interactúan en la problemática de salud de la población precarista en área urbana.

METODOLOGIA

- I - Investigación bibliográfica y documental.
- II - Selección de cinco comunidades, originadas por movimientos precaristas urbana, con modelos diferentes de organización y participación comunal.
- III - Investigación de campo en cada una de las áreas seleccionadas.
- IV - Interpretación de los resultados de la investigación.

RESULTADOS DE LA INVESTIGACION

CONDICIONES FISICAS:

El espacio físico seleccionado es un terreno improductivo y por lo general de propiedad estatal, cercana a un centro de población y a una fuente de agua, sin conceder ninguna importancia a su potabilidad.

La improvisación de la vivienda se debe no solo a los pocos recursos de las familias, sino a la ilegalidad del movimiento. El área de construcción es un máximo de 10 m². Consta de uno o dos aposentos, con insuficiencia de la luz natural y ventilación, pisos, paredes y techumbres inadecuados, por ser utilizado material de deshecho.

La estrechez del espacio físico habitacional conlleva el hacinamiento y ambiente de promiscuidad (promedio 4.2 por familia).

Conforman logran establecerse en el terreno, se comparte el agua, las letrinas, las tomas ilegales de electricidad y la instalación de pequeños negocios tipo pulpería, que abastecen la necesidad del momento.

CARACTERISTICAS DE LA POBLACION

Se investigaron 1460 familias con una población total de 6.132 habitantes, de las cuales el 30% son pre-escolar y el 40% mujeres en edad fértil. Siendo ambos grupos clasificados como vulnerables, para efecto de la atención materno-infantil. El nivel de instrucción es de primaria frecuentemente incompleta y con un 12% de analfabetismo, el cual triplica el porcentaje del Area Metropolitana que es de 3.9%, de donde proceden la

mayor parte de esas familias. Por lo tanto, son migraciones inter-urbanas, cuyas características marginales y la poca utilización de los recursos educativos, limita el desempeño mejor remuneradas, predominando el empleo no calificado en rama de la construcción, comercio ambulante y oficios domésticos; ocupaciones que son desempeñadas por el 33% de la P.E.A.

Sin embargo, la principal fuente de ingresos es el "camaroneo". El 68% de las familias perciben ingresos mensuales menores a los ¢ 4.000.00 siendo el índice de dependencia de 1.4. Si se considera que la canasta básica está fijada en ¢ 6.800.00 estas familias no llenan ni las necesidades primarias.

SALUD:

Las condiciones de deterioro físico del ambiente favorecen la aparición de enfermedades gastro-intestinales, parasitorias, enfermedades infecto-contagiosas y de la piel.

Otras enfermedades son características de la marginalidad como lo son enfermedades mentales (retardo, epilepsia, alcoholismo, otras) minusvalías y desnutrición.

Las enfermedades de transmisión sexual, así como la patología social, son condicionadas por el tipo de relación familiar y social que se establecen en la comunidad, debido a la inestabilidad de las uniones libres, la ausencia o frecuente cambio de figura paterna, que trae como consecuencia la inseguridad de los miembros, abusos deshonestos, agresión física a la madre y al menor. Dicha inestabilidad obliga a la mujer a buscar medios de subsistencia: empleos ocasionales, principalmente domésticos, en bares o similares que encubren la prostitución, tráfico de drogas, complicidad en diferentes tipos de delitos. La delincuencia es más frecuente y abierta en los adolescentes, quienes no desempeñan empleo, no estudian, utilizan su tiempo libre en la deambulación, en la participación en pandillas, consumo de drogas, lectura fonográfica y los pre-adolescentes en la deambulación, mendicidad e inhalación.

ORGANIZACION COMUNAL

La organización previa a la invasión es fuerte, promueve la cohesión de las familias invasoras y la identificación con el movimiento, lo cual favorece la adaptación a las condiciones desfavorables que enfrentan en la primera etapa de la invasión, sobretodo la defensa del territorio. En esta etapa, se da la presión a las instituciones, por la carencia de servicios básicos y la necesidad de obtener beneficios.

Los movimientos precaristas pueden considerarse como epidemias, ya que las Instituciones locales no cuentan con los recursos necesarios para

atender la afluencia de problemática no esperada, teniéndose que recurrir como emergencia a fondos extraordinarios.

Posteriormente cada comunidad adquiere características particulares de organización, dependiendo del seguimiento que brinda el grupo gestor, el apoyo institucional recibido y su respuesta; al liderazgo interno y a los logros de acuerdo con los objetivos de la organización.

La aparición de otros grupos comunales tiene su gesta en movimientos religiosos o políticos, con objetivos muy definidos de procelitismo. La comunidad concedora de los beneficios económicos que ello conlleva, acepta la intervención y espera logros concretos, si no aparece pronto ayuda, niegan el apoyo y se desintegra el grupo.

La toma de decisiones es asumida por hombres adultos, el elemento femenino y adolescente, a pesar de constituir la mayoría, no se consideran a sí mismos capaces de asumir responsabilidades, dirigiendo las pautas del trabajo comunal.

CONCLUSIONES:

- 1.- El precarismo urbano es un síntoma de la agudización de la crisis social. Es un fenómeno que se constituye en una alternativa de subsistencia para ciertos sectores de la marginalidad.
- 2.- El precarismo urbano es un problema de competencia directa de la salud pública, por ser un foco epidémico, contaminante, que deteriora el medio físico y social en que ocurre el asentamiento, cuyos efectos también son manifiestos en otras poblaciones, contribuyendo al desequilibrio del sistema ecológico y social.
- 3.- Las características marginales de la población conllevan un sentimiento de incapacidad para dirigir su propia organización e influyen en la limitación para el logro del ascenso social de sus miembros.
- 4.- El precarismo urbano es asumido por el estado con acciones contradictorias. Por un lado debe de llenar necesidades de la población económicamente débil, y por otro lado el carácter ilegal del movimiento obliga a la toma de medidas represivas. Ambos papeles responden a la necesidad de mantener el equilibrio social.

RECOMENDACIONES

El precarismo urbano es de gran complejidad socio-cultural, económica y política, por lo que debe abordarse con un enfoque multisectorial y multidisciplinario.

Fuente: Estudio de Tres Comunidades Precaristas.

La alta prevalencia de niveles subnormales de folatos en mujeres adolescentes y/o embarazadas, constituye un hallazgo de importancia en salud pública. Aunque las consecuencias funcionales que implicarían los niveles bajos de folatos para el producto del embarazo no están completamente probados, no pueden menospreciarse los reportes que al respecto se han hecho en los últimos años. Especialmente en nuestro país, debe preocuparnos el hecho de que el 28% de las mujeres embarazadas son adolescentes. Sabiendo que las principales consecuencias que sobre el feto pueden producir los niveles bajos de folatos se implantan en el 1er. trimestre, resulta fácil pensar que las madres adolescentes constituyen un grupo de alto riesgo en la génesis de las anomalías reportadas.

Además, este estudio nos mueve a recomendar que se revisen las políticas de suplementación vitamínica y mineral a las embarazadas beneficiarias de programas del Ministerio de Salud, ya que consideramos muy altos las prevalencias de valores subnormales de folatos en esta población.

NUTRICION DE FOLATOS EN GRUPOS DE POBLACION A RIESGO

Dra. Velia de Tuna (M.C.C.) (*)

En contraste con la extensa investigación que existe sobre nutrición de hierro, hay relativamente poca en relación a ácido fólico, no obstante que la deficiencia de esta vitamina es bastante común como resultado de ingestas dietéticas pobres, de condiciones de embarazo y adolescencia de excesivo consumo de alcohol y de otras influencias como son el uso de anticonceptivos orales y medicamentos. Es sabido que la deficiencia de este micronutriente compromete no sólo la hematopoyesis normal que da origen a los sabidos cambios macrocíticos y megaloblásticos, sino que a la proliferación de otros tejidos sometidos a crecimiento y renovación rápida. Obviamente, tanto el embarazo como la adolescencia, son condiciones de gran riesgo, en este sentido. Pero el principal interés en la actualidad, radica en el aparente papel que juega la deficiencia de ácido fólico durante el embarazo, predisponiendo a la madre a una serie de anomalías obstétricas, tales como abortos, malformaciones fetales, (especialmente del tubo neural) prematuridad, y bajo peso al nacer.

El objetivo de este estudio fue el determinar cual es la prevalencia de niveles subnormales de folatos sanguíneos en dos grupos de población vulnerables: a) embarazadas del 3er trimestre b) adolescentes.

El grupo de mujeres embarazadas correspondió a una muestra estadísticamente significativa, representante de la población que asiste a la consulta prenatal de los Centros de Salud de Costa Rica. El grupo de adolescentes correspondió al 33% y al 22% de estudiantes mujeres y hombres respectivamente, que asisten al Liceo Mario Quirós Sasso de Tres Ríos. Se les practicó evaluación hematológica rutinaria y determinación de folatos en suero y/o en sangre total, utilizando para esto último el método microbiológico con la bacteria Lactobacillus casei ATCC-7469.

Los resultados indicaron una prevalencia de 52.9% y de 16.2% de niveles subnormales de folatos séricos y sanguíneos respectivamente, en las mujeres en el 3er trimestre del embarazo.

En los adolescentes la prevalencia fue de 31% y 0% para las edades de 13 a 16 y 17 a 20 años respectivamente en el sexo masculino y de 29.3% y 23.1% en los grupos de 13 a 16 y 17 a 20 años respectivamente, para el sexo femenino.

(*) INECIVASA

ANALISIS DE LOS FACTORES INVOLUCRADOS EN LA COBERTURA REAL DE
PROTECCION CONTRA DIFTERIA

Dr. Jaime Serra Cenales 1,2
Dr. Jorge A. Ramirez 3,4
Dr. Olger Barboza Ruiz 2
Dra. Elena Campos 3

El hecho de que en Costa Rica no se haya presentado casos de difteria desde 1977, hace necesario valorar el verdadero nivel de protección contra esta enfermedad.

Este estudio responde a este propósito y es parte de la investigación que el ICMRT, INCIENSA y el Programa de Salud Comunitaria de San Ramón, efectuaron en 1983 al 95% de todos los escolares del cantón de Palmares, sobre prevalencia de anticuerpos contra enfermedades prevenibles por vacunación.

Se tomó muestra de sangre a 2122 niños comprendidos fundamentalmente entre 5 y 15 años de edad, de los cuales para inmunidad contra difteria han sido analizados en la actualidad 415.

La cuantificación de anticuerpos hacia antígenos bacterianos de difteria se realizó mediante la técnica de hemaglutinación descrita por Schubert, 1958, empleando glóbulos rojos de camero tamizados y sensibilizados con el respectivo toxoide.

El número de niños susceptibles es de 5 (1.2%) lo que da un porcentaje de cobertura real de un 98.8%.

No existe ningún escolar menos de 9 años que no tenga anticuerpos, de lo que puede deducirse en ausencia de enfermedad conocida o notificada, que el nivel conseguido en este cantón, obedece a las actividades de vacunación puestas en práctica por el Programa de Salud en la Comunidad "Hospital sin Paredes". Refuerza esta afirmación el que aún 4 de los 5 niños susceptibles tengan un número de vacunaciones consideradas suficientes (4 o más dosis).

Además del número de dosis se investigó comparativamente en el grupo de casos (susceptibles), y en un grupo control (inmunes), los esquemas, instituciones y niveles del sistema de atención médica que aplicaron las vacunas.

Simultáneamente se han comparado diversas variables sociales en ambos grupos, para caracterizar sociobiológicamente al grupo de riesgo, y poder definir un modelo que explique su etiología.

Destaca el más alto porcentaje de analfabetismo (10%) entre los padres de niños susceptibles, en relación a los de los niños inmunes (0%). Obviamente esta variable no se produce ni opera aisladamente del contexto social (antiguo o actual), por lo que se está es una etapa de profundizar sus interrelaciones (pertenencia a grupos sociales, migración, etc.).

El hecho que los primeros 415 niños analizados correspondían a los distritos con peor nivel socioeconómico, hace presumir que el porcentaje final de protección contra difteria subirá, como se ha demostrado en la prevalencia de anticuerpos contra polio y rubéola al incluir los distritos aún no examinados contra difteria.

Finalmente se compara el porcentaje de inmunidad alcanzado en el Cantón de Palmares, con los logrados en otros estudios de Costa Rica y Latinoamérica y se comenta que este más alto porcentaje de casi un 99%, es una demostración objetiva de la importancia de los programas de atención primaria con enfoque integral y amplia cobertura, que explican para la zona y para Costa Rica la mejoría en el nivel de salud obtenido en la última década.

-
1. Centro Internacional de Investigación y Adiestramiento Médico de la Universidad del Estado de Louisiana (CIAM).
 2. Programa de Salud en la Comunidad. Zona San Ramón.
 3. Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA).
 4. Ministerio de Salud.

ESTADO NUTRICIONAL DE AMERINDIOS EN COSTA RICA

Leonardo Mata
Emilce Ulate
Patricia Jiménez
María E. García
Víctor J. Solís

Las poblaciones de amerindios de Costa Rica, algunas virtualmente aisladas, necesitan una mejor definición biomédica con el fin de brindarles servicios de atención primaria de la salud, ojalá con mínima perturbación de rasgos culturales positivos para la salud materno-infantil. Los datos biomédicos y antropológicos que existen sobre estas poblaciones, son pocos, debido en parte a la escasa población (aproximadamente el 1% de la población del país), a su marcada dispersión en forestas y junglas, y al difícil acceso de muchos asentamientos, particularmente en la región de Talamanca y en el Pacífico Sur. El INISA y la Escuela de Biología, interesados en estos grupos marginados, se abocaron desde 1978 hasta la fecha, al estudio sistemático de grupos indígenas que habitan ecosistemas diferentes.

Durante el período 1979-1984 se realizaron excursiones a las poblaciones de Limoncito y Abrojo (Guaymí), Cabagra y Amubri (Bribri), Boruca (Boruca y Ujarrás (Cabécar). La metodología empleada consistió en el establecimiento de un campo de trabajo en cada comunidad durante los meses secos o poco lluviosos de esos años, que permitiera el estudio clínico-nutricional de familias casi completas, con el fin de establecer un perfil de salud. La evaluación antropométrica fue una de las metas del programa, para lo cual se midieron y pasaron a todos los miembros de las familias, empleando infantómetros y cintas métricas no elásticas, así como balanzas Salter para niños y de baño para adultos. En la toma de las medidas se siguió un procedimiento riguroso consistente en mediciones duplicadas en personas con ropa mínima y sin zapatos.

Sobre el crecimiento de los amerindios se observaron pequeñas diferencias entre las diversas poblaciones estudiadas. Los hombres de Ujarrás tenían mayor estatura que los demás, mientras que los de Abrojo fueron los más pequeños. En todas las poblaciones estudiadas, se observó un déficit de crecimiento físico del niño, ya manifestado al año de edad, con respecto a curvas de crecimiento adoptadas por la Organización Mundial de la Salud (curvas del NCHS). Tal achicamiento de la población no implica, sin embargo, una alta prevalencia de desnutrición por cuanto existe una buena adecuación del peso para la estatura en la mayoría de los niños. El

retardo en el crecimiento es muy obvio en personas de más de 35 años. Tanto los hombres como las mujeres presentaron un déficit de 4 a 10 centímetros con respecto a la población costarricense de descendencia europea

No obstante, el déficit de crecimiento en los amerindios de Costa Rica es mucho menor que el observado en poblaciones indígenas del altiplano de Guatemala (Mata, 1978: *The Children of Santa María Cauque*, The MIT Press).

Es probable que el potencial de crecimiento de los americanos estudiados sea mayor que el indicado por simples medidas antropométricas, a juzgar por la mayor estatura de adolescentes y adultos jóvenes con respecto a los adultos mayores y viejos. La deficiencia en crecimiento debe interpretarse como debida a factores ambientales, como limitaciones en la dieta en conjunción con infecciones intestinales, fiebres selváticas y el stress de un ambiente que es frecuentemente hostil. Sin embargo, el marcado ruralismo de la población y su relativa buena higiene personal determinan que el nivel de salud sea mejor de lo esperado, lo que se refleja en una adecuación del peso para la estatura en la mayoría de los casos, inclusive en los niños. El achicamiento o baja estatura se interpreta entonces como un proceso fisiológico no necesariamente patológico en que prevalece la buena salud en la mayoría de los puntos de evolución de dicho achicamiento.

INNOVACIONES EDUCATIVAS EN REHABILITACION INTEGRAL

Dr. Ronaldo Hirsch (*)

INTRODUCCION:

En la última década, Costa Rica ha avanzado en el campo de la Rehabilitación. Como ejemplos tenemos: El Centro Nacional de Rehabilitación "Dr. Humberto Araya Rojas", la apertura de dos servicios de Odontología en las Escuelas de Enseñanza Especial de Alajuela y Cartago; varios equipos multidisciplinarios de diagnóstico; aumento de aulas diferenciadas; el Instituto de Rehabilitación Profesional y Talleres Sociales de Turrialba, Naranjo y Limón, a cargo del Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial; otros.

Sin embargo, aún cuando la infraestructura física y la preparación profesional han progresado, la rehabilitación integral aún está lejos de lograrse, si no se prevé la formación de recursos humanos de alto nivel, con capacitación integral en las distintas disciplinas que conforman la rehabilitación (médica, educativa, vocacional y social), con el fin de promover cambios concretos tendientes a la práctica de un verdadero enfoque interdisciplinario de la rehabilitación.

Los programas fundamentales de rehabilitación (salud, educación especial, psicología, orientación vocacional y social), exigen cada día más contar con profesionales conocedores en forma integral de la problemática del ciudadano con problemas de invalidez: salud, movilidad y transporte, aprendizaje, adaptación y trabajo en sus diferentes niveles e instancias.

Tradicionalmente, las personas con algún tipo de problema, ya sea neuromusculoso esquelético o mental, se les ha denominado minusválidos, inválidos, discapacitados, etc. Hoy día, se utiliza una terminología más acorde con la problemática pertinente. Así tenemos: Deficiencia/deficiente; incapacidad/incapacitado; minusvalía/minusválido; rehabilitando/rehabilitado.

Por otra parte y por definición, el proceso de rehabilitación es global, continuo, coordinado e integral. Esta percepción no se da en forma general en Costa Rica. A manera de ejemplo se citan dos casos: para que una persona se reincorpore al sector productivo después de un serio accidente laboral donde quizá, como secuela, terminó siendo un amputado de algún brazo, necesitaría de servicios de salud, psicología, trabajo social, orientación, educación laboral, rehabilitación vocacional y otros, los cuales no se dan en forma general y si tiene la suerte de obtener parte de ellos, no los recibe en forma global, continua, coordinada e integral. Para un recién nacido con problemas de visión, oído, parálisis cerebral o retardo mental, no existen programas nacionales integradores, secuenciales, que puedan ofrecer una expectativa algo más positiva al niño y su familia.

(*) Universidad de Costa Rica.

La formación de profesionales universitarios en rehabilitación se ha limitado tradicionalmente a una especialización en uno de los cuatro aspectos integrantes de esa ciencia: médico, profesional, social o educativo. Por esta razón, no ha cumplido con los requerimientos de una formación integral e interdisciplinaria, relacionada con una visión global del problema de las personas con deficiencias físicas, mentales o sociales y su adecuado tratamiento.

La rehabilitación requiere también de profesionales universitarios, con nivel de posgrado, que posean una visión integral de la persona, al igual que conocimientos de las disciplinas que mejor concurren en este proceso. Así, este personal necesita dentro de la visión integral de la persona, su entorno y la necesidad de rehabilitación, preparación transdisciplinaria en rehabilitación médica, educativa, profesional y social, en forma básica para comprender en qué consiste cada área, cómo se interrelaciona, cómo se intercalan dentro del vivir cotidiano del paciente.

Es importante entonces, que estos profesionales conozcan de los principales tipos de minusvalía física y mental, con análisis de la etiología bio-psico-social de dichos problemas; los principios básicos de prevención y la descripción y funciones de las personas que intervienen en el proceso del tratamiento. Deberán conocer los métodos de la organización y planeamiento de la rehabilitación médica dentro de un contexto integrador nacional de salud, educación, trabajo. En forma entrelazada, similar a una matriz, deberán incorporar conocimientos básicos desde el punto de vista del aprendizaje, sobre el desarrollo normal y patológico del niño y del adolescente y sobre la teoría del proceso de enseñanza-aprendizaje. Deberán saber analizar e interpretar el papel que juega la educación general básica en los problemas y la rehabilitación del minusválido. No deben desconocer las técnicas de diagnóstico psicopedagógico y las principales estrategias didácticas en educación especial.

Al continuar con etapas posteriores en rehabilitación integral, estos profesionales deberán saber involucrarse en conceptos básicos unos, profundos otros, de la medicina del trabajo, de las metas de trabajo para distintos tipos de minusvalía, como se legisla al respecto y qué medios existen para la incorporación del minusválido al trabajo.

Todo lo anterior está inmerso en una visión general de la sociología contemporánea de América Latina, etiología social de distintos tipos de invalidez, la organización y administración de servicios de seguridad social, la legislación social vigente en distintos países de la región; integración social y normalización del minusválido (barreras arquitectónicas, recreación, etc.); planeamiento, organización y metodología de la rehabilitación social.

OBJETIVO DEL PROGRAMA

Preparar profesionales universitarios de alto nivel para trabajar en la planificación, ejecución, docencia e investigación de la rehabilitación integral de personas con deficiencias físicas y mentales, para elevar su calidad de vida y contribuir así a hacerlos útiles a sí mismos, a sus familias y a su comunidad.

RESUMEN Y CONCLUSION:

Se ha descrito en forma sumamente breve un enfoque innovador, en el campo de la educación continuada pertinente a la creación de profesionales capacitados para trabajar inter y transdisciplinariamente en la problemática de la rehabilitación integral.

De ello se desprende con cierta facilidad que:

- a) Costa Rica actualmente no cuenta con políticas ni programas suficientemente desarrollados para la atención integral de personas con deficiencias físicas y/o mentales.
- b) Los servicios existentes pueden transformarse para mejor provecho del minusválido y orientarlo más rápido al sector productivo del país y a una realización más plena en él mismo, su familia y su comunidad.
- c) El trabajo transdisciplinario e interinstitucional es una alternativa viable con profesionales debidamente capacitados que logren trabajar desde la base comunitaria hacia los sectores responsables de coordinar, planificar y ejecutar este tipo de atención.

TEMA:

EL DIAGNOSTICO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE LIMON

Dr. Luis Meneses *

A. Introducción:

Los indicadores de salud en Costa Rica en el momento actual traducen en forma general niveles muy satisfactorios de salud. Pero persisten aún importantes grupos de población en situación de postergamiento, con un acceso muy limitado a los servicios de salud, con deficientes condiciones generales de vida y precarios niveles de salud.

Se tenía un conocimiento presuntivo de que en la Provincia de Limón hay una considerable proporción de su población en tal condición de marginalidad.

Por tal motivo, el Consejo Sectorial de Salud de la Región Huetar Atlántica, en particular la CCSS y el Ministerio de Salud, decidieron elaborar un diagnóstico integral de salud que permitiera precisar la situación actual, en cuanto al nivel y estructura de los problemas, los recursos existentes, y la forma en que éstos se organizan en programas.

El proceso de elaboración de este diagnóstico tuvo lugar durante casi todo el año 1984. Se contó desde un principio con el apoyo del Sr. Ministro de Salud, del entonces Representante de la Organización Panamericana de la Salud en nuestro país, Dr. Emigdio A. Balbuena V. y con la efectiva colaboración de todo el cuerpo de asesores de la Organización destacados en Costa Rica.

B. Propósito:

El propósito general del trabajo fue el de elaborar un diagnóstico comprensivo de la situación de salud en la Provincia de Limón.

Objetivos generales:

1. Obtener, para la población de la Provincia de Limón, los principales indicadores demográficos, y de morbi-mortalidad, por cantones, así como su distribución por tramos.
2. Evaluar la situación nutricional de la población limonense, en especial la del grupo materno-infantil, así como la disponibilidad alimentaria en la provincia según cantones.

* Ministerio de Salud

3. Identificar y precisar las características económicas y socio-culturales de la población limonense que son o puedan ser relevantes para la producción y entrega de servicios de salud adecuados a la misma.
4. Conocer con precisión la situación de la sanidad del ambiente en la provincia: abastecimiento de agua, disposición de excretas, desechos sólidos y aguas residuales, control de alimentos, y contaminación de cuerpos de agua y del aire.
5. Establecer, para los servicios de consulta externa asistencial, consultas preventivo-promocionales, hospitalización, odontología, vacunación y salud rural y comunitaria, la producción de atenciones, su cobertura y concentración.
6. Hacer un análisis detallado de la administración de la red de servicios de salud, descripción de situación por puntos críticos, identificación de factores causales, y facilidades y restricciones para intervención.
7. Hacer un inventario de la capacidad instalada (infraestructura y recursos físicos) y de los recursos humanos de la Caja y el Ministerio en la provincia, así como una medición de la productividad y el rendimiento alcanzados en los principales servicios.

C. Procedimiento (Metodología):

Para la elaboración del trabajo, se conformaron las siguientes áreas de estudio:

1. Población
 - Características demográficas
 - Morbilidad y mortalidad
2. Ambiente y comportamiento: aspectos culturales, sociales y económicos.
3. Alimentos y Nutrición.
4. Salud ambiental.
5. Servicios de Salud.

Cada una de las áreas estuvo a cargo de una comisión de trabajo, Estas estuvieron integradas por el equipo técnico del nivel regional y algunos funcionarios del nivel local de la Caja y el Ministerio, así como también el planificador regional del Sector Salud de MIDEPLAN. Cada una de las comisiones tuvo a su cargo el diseño del esquema y metodología del trabajo en su área, y contó para ello con la asesoría y ayuda permanente

de al menos un asesor de la OPS. Se presentó un primer informe por comisiones al término de la etapa de recolección de la información, y un segundo informe al término de la etapa de presentación y análisis de la información.

D. Resultados y conclusiones:

En seguida, cada comisión efectuó un primer resumen de su área de trabajo, que incluyó conclusiones y recomendaciones provinciales para su área de trabajo.

El estudio culminará con un taller, con la participación de todo el personal involucrado en el mismo, de forma tal que las conclusiones y recomendaciones definitivas tengan el consenso de todos los participantes.

INMUNIDAD A LA RUBEOLA EN LA POBLACION ESCOLAR DEL
CANTON DE PALMARES

Dr. Jorge A. Ramirez. 1,2
Dr. Jaime Serra. 3,4
Dra. Elena Campos. 1
Dr. Olgier Barboza. 3
Srita. Vilma Sandi. 1

RESUMEN: El programa de vacunación contra la rubéola en nuestro país, está orientado a vacunar la población pre-escolar, con el objetivo principal de eliminar las epidemias cíclicas de la enfermedad y con ello el riesgo de infección congénita. Su éxito no solo dependerá de una amplia cobertura teórica del programa (individuos vacunados), sino también del nivel de inmunidad adquirido, factor que depende de la calidad, manejo y aplicación de las vacunas empleadas.

Siendo el programa de Salud Comunitaria "Hospital sin paredes", un modelo de atención primaria en donde las coberturas teóricas de vacunación son superiores al 95%, nos propusimos en 1983, determinar la cobertura real (nivel inmunitario) contra la rubéola en población escolar del Cantón de Palmares. Para ello encuestamos a 2122 escolares cuyas edades estaban comprendidas entre 4 y 15 años, aplicándoles un cuestionario con variables biológicas y socioeconómicas; además y previa autorización, se obtuvieron muestras sanguíneas, para la cuantificación de anticuerpos.

En el total de la población estudiada se logró demostrar un nivel de inmunidad del 99% indicativo de una correspondencia entre la cobertura teórica y la real en la zona estudiada.

Asimismo con el objetivo de evaluar el peso de los factores biológicos y socioeconómicos como determinantes de la condición de susceptibilidad, seleccionamos de acuerdo a edad, sexo y escuela a un grupo control comparándolo con los del grupo de casos.

Del análisis de los datos hasta el momento se demuestran deficiencias importantes entre los grupos solo en el nivel de escolaridad de los padres del niño.

-
1. INCIENSA
 2. Ministerio de Salud
 3. P.S.C. Hospital sin paredes
 4. LSU-ICMRT

DETERMINACION DE LA COBERTURA DE VACUNACION HACIA
TUBERCULOSIS, EN BASE A CICATRIZ EN
ESCOLARES DEL CANTON DE PALMARES

Dr. Jorge A. Ramirez. 1,2
Dr. Jaime Serra. 3,4
Dr. Olgier Barboza. 3
Dra. Elena Campos. 1

RESUMEN: Durante el año 1983, se realizó un estudio a 2178 escolares de primaria, del Cantón de Palmares, provincia de Alajuela, con el objetivo de establecer, en base a existencia de cicatriz vacunal ECG, la cobertura de vacunación para la tuberculosis.

Se encontró que un 8.9% de los niños analizados no tenían cicatriz. Al considerarse este grupo como de riesgo se efectuó PPD para evidenciar la no protección o presencia de infección, estudiándose simultáneamente un grupo control para valorizar diferentes variables relacionadas con la situación encontrada, tales como estado socioeconómico, grado nutricional, lugar e institución de nacimiento, edad, escolaridad y otras.

Se comprueba que sólo un 2% de los niños sin cicatriz pertenecen al sexto grado de primaria y que la inmensa mayoría están ubicados en el kinder.

Se hace un análisis comparativo con la situación prevalente en el año 1975 a nivel del área, para evaluar las medidas implementadas por el programa de salud comunitaria "Hospital sin paredes".

-
1. INCIENSA
 2. Ministerio de Salud
 3. F.S.C. Hospital sin paredes
 4. LSU-ICMRT

IMPORTANCIA DEL CONTROL EN LA ELABORACION
DE EMBUTIDOS

Dr. Bernardo Monge

Motivados por los resultados de un muestreo de embutidos al azar en 10 expendios del área metropolitana; respecto a su proceso de elaboración y calidad sanitaria en la que se comprobó contaminación con materia fecal. Se decidió profundizar sobre el proceso de elaboración de chorizo para compararlo respecto a la norma oficial para conservas y embutidos vigente.

Del muestreo al azar se comprobó que ningún producto cumplía con lo establecido por la Norma; en base a esto, iniciamos el proceso de muestreo a nivel nacional para establecer la reglamentación que regularía la elaboración del producto.

Propósitos:

El fiel fin que se persigue es evaluar la calidad sanitaria de un producto de consumo popular, como es el chorizo, en cuanto a formas de elaboración sanitaria, materia prima usada; presencia de enteropatógenos y características químicas como es la relación pro-Humedad, % nitritos (Na NO_2), % grasa.

Objetivos:

1. Ordenar y reglamentar la elaboración del chorizo en los expendios del país.
2. Dar educación orientando sobre los riesgos, costos y beneficios de mejorar la calidad higiénica del producto terminado, estableciendo las medidas básicas en cada una de las etapas de elaboración para obtener un producto terminado de buena calidad.

Procedimiento empleado en la investigación:

1. Muestreo al azar de 10 embutidos, del tipo chorizo, uno por expendio.
2. Análisis del laboratorio; tanto químico como microbiológico, en el Ministerio de Salud el primero, y el segundo en el INCIENSA.
3. Comparación de los resultados de los análisis con la norma oficial para conservas y embutidos.
4. Introducir la utilización de un bactericida como el Yodo Domado,

para ser usado en todas las etapas de elaboración (lavado y curado de tripa, especias, lavado de máquina y utensilios, higiene personal).

Resultados:

- 1- Con base en los análisis del laboratorio se comprobó que un 95% de estos, no reúnan los requisitos necesarios con respecto a la norma para conservas y embutidos. Tanto en el aspecto químico como en el microbiológico.

Aspecto Químico:

- la relación ProtHumedad que debe ser de 3.5/1, no se ajusta porque había más agua que proteína.
- el porcentaje de grasa, que debe ser de 26% en el caso del chorizo elaborado con carne de res, carnero, oveja y hasta de 45% en carne de cerdo, no se cumplía porque había más grasa que carne.
- la utilización de nitritos y nitratos de sodio debe ser máximo de 140 PM. En este caso hay desconocimiento total de esto. Utilización por parte del operador: con la consabida relación de esta sustancia con las cancerígenas.

2- Aspecto microbiológico:

- La presencia de coliformes fecales donde la relación debe ser de cero por gramo; encontramos que en la totalidad de las muestras, o sea 450 análisis estaban contaminadas con materia fecal con el riesgo de contraer cualquier enfermedad como la tuberculosis, hepatitis, tifoidea, gastroenteritis, poliomielitis que se encuentran algunas veces en este medio.
- La presencia de salmonella y shigella en un 98% de los análisis fue negativo.
- El bacteriano total que debe ser de 200.000/gramo, en productos crudos como el chorizo, y de 100.000/gramo en cocidos; solo se cumple en un 5% de la totalidad, éste alto porcentaje de contaminación es por error principalmente de manipulación.

CONCLUSIONES

- 1- En el país existe desconocimiento sobre los cuidados sanitarios en el proceso de elaboración de este producto, ya que no hay educación ni conciencia del riesgo de enfermarse por el tipo de consumo de este embutido y de ningún tipo de alimento.
- 2- Se ha tolerado por costumbre que se elabore este producto en local que solo tiene la característica dimensional para expendir y no para elaborar donde encontramos por ejemplo: una pila donde se lava la tripa; el paño de limpiar el piso, cuchillos, manos, tablas, estañones, etc. aumentando la contaminación.

- 3- El transporte de la carne ha demostrado lo obsoleto del sistema ya que carne muestreada al ingreso de las carnicerías, se determinó con materia fecal.
- 4- El carnet de salud no es funcional, pues se limita a determinar la presencia o no de una enfermedad venérea; aspecto que no tiene importancia directa a la hora de elaborar alimentos ya que el riesgo de contraer esta enfermedad a través de alimentos es nula.
- 5- La higiene personal y el aseo continuo dentro del expendio son vitales para obtener un producto que no ponga en riesgo la salud del consumidor.
- 6- No se sabe distribuir los productos cárnicos dentro de las cámaras de refrigeración. Mezclan verduras con productos lácteos y éstos con carne y sus derivados; productos industriales; bolsa, papel, hojas de plátanos, haciendo de éstas "una orfía alimenticia".

RECOMENDACIONES:

Debe establecerse un curso de formación para aquellas personas que se dedican a elaborar y transformar alimentos como requisito para obtener permiso de funcionamiento, y educación continua para renovar el permiso y actualizar sobre los riesgos de la contaminación de los productos alimenticios.

Esta capacitación debe coordinarse entre el Departamento de Capacitación y Formación de Recursos Humanos y el Departamento de Control de Alimentos de este Ministerio; dándole carácter oficial.

El carnet de salud debe basarse en examen de Pulmón, además del VDRL. Este último no es indicativo para que un individuo transforme alimentos.

Como resultado general de este trabajo la Sección de Embutidos del Departamento de Control de Alimentos, elaboró un Reglamento que establece los requisitos mínimos que debe tener una planta física para hacer chorizo y rige desde setiembre de 1984.

Por el contrario, la epidemiología de la leishmaniasis en las poblaciones de Abrojo, Cabagra y Ujarrás fue diferente reflejando una mayor intervención del hombre sobre la selva. Así, la frecuencia de lesiones, cicatrices y la reactividad cutánea fueron menos manifiestas que en las poblaciones de Amubri y Limoncito.

No se vislumbra ninguna solución fácil para la leishmaniasis cutánea en poblaciones de maerindios que viven en estrecho contacto con la selva. Estudios epidemiológicos in situ probablemente podrían resultar en algunas medidas preventivas con base en cambios en los hábitos de asociación y descanso de la población. El diagnóstico y tratamiento oportuno (inyectando Cluncantime en los brotes de la lesión, según el Dr. H. Hidalgo), podría ser un método de gran ayuda mientras se disponga de una vacuna. El contraste epidemiológico de la leishmaniasis entre Limoncito y Cabagra, por ejemplo, revela que es la transformación de la selva y de los hábitos agrícolas y de vida de los habitantes lo que en última instancia cambiará la incidencia de esta molesta enfermedad.

Mata, L. Child malnutrition and deprivation: observations in Guatemala and Costa Rica. *Food and Nutrition*, 6: 7-14, 1980.

REACCION CUTANEA AL ANTIGENO DE LEISHMANINA
EN AMERINDIOS DE COSTA RICA

Leonardo Mata
Rosario Achí
Ramiro Barrantes
Pilar Salas

RESUMEN:

A pesar de la condición tradicional casi de cazador-recolector en que viven ciertos grupos de amerindios en nuestro país, su estado general de salud es relativamente bueno (Mata, 1980). Los problemas médicos que se observan con mayor frecuencia son aquéllos que no reciben atención médica o rehabilitación por no disponerse de infraestructura en las regiones en donde viven. Así, problemas de columna, musculares, de salud oral, defectos oculares, de aprendizaje y otros, dominan la consulta clínica en esas comunidades. El marcado ruralismo en que vive la mayoría de los indígenas y el poco contacto con ellos, favorece la ausencia de epidemias, aunque es posible la aparición ocasional de hepatitis y diarrea. El control de algunas enfermedades prevenibles por vacunación como el sarampión, poliomielitis y tosferina, también ha hecho que estas enfermedades sean poco comunes en las comunidades indígenas en el momento presente. Por otro lado, los ectoparásitos, particularmente piojos y sarna, constituyen un molesto problema, mientras que la leishmaniasis cutánea es grave enfermedad por afectar, en algunas instancias, a casi toda la población.

Se realizaron estudios clínicos e intrademo-reacciones con leishmanina en las poblaciones indígenas de Limoncito y Abrojos (Cuayma), Caba y Amubri (Bribri), (Boruca) y Ujarrás (Cabécar). Los estudios clínicos consistieron en una inspección y registro geográfico de lesiones y cicatrices, y en ciertos casos en el estudio de frotis de algunas lesiones. Las intrademo-reacciones se realizaron en el antebrazo izquierdo empleando antígeno preparado en el Hospital San Juan de Dios, y fueron leídas casi siempre a las 24 horas de la inoculación.

Tanto la presencia de lesiones y cicatrices como la sensibilidad cutánea revelaron diferentes patrones epidemiológicos de la leishmaniasis cutánea en las diversas poblaciones indígenas visitadas. Las poblaciones de Limoncito y Amubri fueron similares por presentar una intensa transmisión de la enfermedad, lógicamente por estar esas poblaciones muy aisladas y en mayor contacto con la selva. En esas comunidades la frecuencia de lesiones fue alta especialmente en niños. La curva asíntota de hipersensibilidad cutánea demostró que casi toda la población se expone a la enfermedad durante la primera y segunda infancia.

EVOLUCION HISTORICA DE LAS HELMINTIASIS INTESTINALES EN COSTA RICA

Francisco Hernández
Yamileth Brenes (*)

A finales del siglo pasado una dolencia conocida como "cansancio", aquejaba a una gran proporción de nuestra población. El agente causal de ese mal era el *Ancylostoma*, diagnosticado por primera vez en Costa Rica por el doctor Carlos Durán, en 1894 y cuyo informe fue publicado en la Facultad de Medicina de Guatemala en 1895. Este trabajo marca el inicio de la historia de la parasitología en nuestro país, colocando a las uncinarias en el vértice de los primeros estudios tendientes a erradicar una enfermedad infecciosa.

La lucha contra la "ankilostomiasis" la inició el Gobierno con esfuerzos aislados, como fue subvencionar parcialmente laboratorios particulares, para que colocaran en el diagnóstico de esa parasitosis. Sin embargo, en 1910 el Congreso de la República aprueba un gasto hasta de veinticinco mil colones anuales, para combatir la anquilostomiasis; iniciando así una campaña de erradicación a nivel nacional, que en 1914 es fortalecida por un convenio cooperativo con la Junta Internacional de la Fundación Rockefeller, y el doctor Louis Chapiro de esa institución, fungió como director del programa hasta mayo de 1921; la contra parte nacional estuvo a cargo del doctor Solón Nuñez.

En un principio el trabajo de erradicación de la anquilostomiasis se enfocó en la identificación y tratamiento de los enfermos. Posteriormente, con la visión epidemiológica del doctor Nuñez, la campaña se orientó al saneamiento del suelo. Como parte de la lucha contra ese agente se estableció el Laboratorio de Anquilostomiasis en 1916, que se transformó en el primer Laboratorio de Salud Pública en 1925, perteneciente a la Subsecretaría de Salud del Departamento de Policía, que a su vez evolucionó a la Secretaría de Salubridad Pública y Protección Social en 1927, que representa el origen de nuestro actual Ministro de Salud.

El análisis de los informes del Hospital San Juan de Dios y los de la Campaña contra la Anquilostomiasis, muestran los perfiles de prevalencia de coproparásitos desde principios de siglo, observándose que la triada constituida por Trichuris trichiura, Ascaris, lumbricoides y uncinarias, representan desde esa época las principales parasitosis intestinales. En 1910 la prevalencia de esos parásitos fue: Trichuris 83.3%, Ascaris 55% y uncinarias 77.5%. Para 1927 con excepción de las uncinarias que fueron tratadas, las otras parasitosis bajaron solo ligeramente, pues su prevalencia fue: Trichuris 75%, Ascaris 78% y uncinarias 45.9%.

(*) Unidad de Microscopia Electrónica, U.de C.R.

Sin embargo, en esa ocasión ya la principal meta del programa era el saneamiento ambiental, el cual junto con mejoras en la calidad de vida y una mayor educación llevaran a una sensible baja en esas parasitosis. Así, los datos obtenidos en 1982, muestran una prevalencia de Trichuris 4.9%, Ascaris 3.8% y uncinarias de 3.3%.

MALFORMACIONES CONGENITAS EN COSTA RICA

Dr. Ramiro Barrantes *

En Costa Rica realmente es poco lo que se ha estudiado en relación a la etiología y la epidemiología de las malformaciones congénitas, a pesar de constituir una causa importante de la mortalidad infantil en los últimos años. De hecho, las frecuencias relativas y absolutas, así como las tasas de mortalidad por esta causa aumentaron en la última década. Para evaluar esta situación se llevó a cabo un estudio retrospectivo de caso control con los siguientes objetivos: a) analizar el comportamiento de ciertas variables relacionadas con el recién nacido malformado y un grupo testigo no malformado; b) estudiar la mortalidad infantil por malformaciones; c) evaluar la situación existente y sus posibilidades futuras.

El estudio se llevó a cabo en el Hospital de Niños Dr. Carlos Sáenz Herrera y en la Maternidad Carit (actualmente Instituto Carit), utilizando los expedientes clínicos. Los datos de mortalidad se obtuvieron en la Dirección General de Estadística y Censos. La muestra de niños estudiada incluye 2072 malformados y 2163 testigos. Fueron analizados 33 variables concomitantes relacionadas con los padres y los recién nacidos.

Las malformaciones más frecuentes fueron los síndromes y las múltiples (24%), del aparato digestivo (16%), cardiopatías (14%) y de los miembros (6%). Se encontraron diferencias significativas con el grupo testigo de algunas variables relacionadas con los padres y los recién nacidos: edad de los padres, primiparidad, número de gestaciones, malformaciones familiares, peso y talla de los niños, proporción sexual y signos vitales del recién nacido. Además, se llevó a cabo un análisis de la mortalidad infantil por malformaciones (1970-1983), mostrando un aumento de 4.5% en 1970 a 23% en 1983.

Se discuten las implicaciones de estos resultados en el sistema de salud y se sugieren modificaciones en la metodología utilizada para determinar los defectos congénitos mediante estudios prospectivos, especialmente en la caracterización de componentes genéticos y agentes teratógenos no incluidos hasta el momento.

* INISA y Escuela de Biología U. de C.R.

EL DIAGNOSTICO PRENATAL EN COSTA RICA

Isabel Castro 1
Shraga Rotten 2

RESUMEN:

La amniocentesis genética es un procedimiento que mediante la extracción transabdominal del líquido amniótico y cultivo de las células fetales descamadas en el mismo, permite el diagnóstico fetal precoz de trastornos genéticos con manifestaciones citogenéticas como aberraciones cromosómicas, y con alteraciones bioquímicas y moleculares como los errores innatos de metabolismo, hemoglobinopatías y otros padecimientos, que son consecuencia de estructura del gene anormal.

La experiencia acumulada en los países desarrollados, desde su introducción a fines de la década de los años 60, demuestra que es una técnica de elevada certeza diagnóstica, con muy baja incidencia de riesgo y secuelas.

En Costa Rica, la patología de origen genético cobra cada día más importancia en las estadísticas vitales; las malformaciones congénitas, por ejemplo, son la segunda causa de muerte en niños menores de un año de edad.

Por este motivo, y con el objetivo de conocer la frecuencia de anomalías cromosómicas en los embarazos de alto riesgo, correlacionar los hallazgos citogenéticos fetales con las características físicas y cromosómicas de los recién nacidos y efectuar seguimiento de los casos para valorar desenlace obstétrico y condición del neonato, se inició un estudio piloto en el INISA y el Hospital México, a partir de 1984.

En el Hospital México se han extraído 14 líquidos amnióticos por vía transabdominal y bajo control ultrasonográfico. Los tres primeros fueron líquidos tardíos, circunstanciales y los once restantes son muestras tomadas en el segundo trimestre de gestación, con una excepción, por indicación genética. Previa amniocentesis, el obstetra informó a los padres acerca del riesgo elevado de estar gestando un producto cromosómicamente anormal, de las posibilidades de diagnóstico fetal precoz y de todos los detalles relacionados con la punción, a la cual los pacientes se sometieron voluntariamente.

La muestra de 15 a 30 ml de líquido amniótico se centrifuga y el botón de células se resuspende en medio de cultivo compuesto por Mc Coy's 5A y suero fetal bovino al 30%. Esta suspensión se inocula en tubos de Leighron, se gasifican con 5% CO₂ en aire para adecuar el pH y se incuban a 37°C. Al cabo de dos o tres semanas, cuando las células se han

1 INISA - U.C.R.

2. Sección de Ginecología y Obstetricia, Hospital México

reproducido en cantidad suficiente, se cosechan y se hacen preparaciones cromosómicas de la manera usual. Se analizan un mínimo de 10 figuras mitóticas, bandeadas con la técnica G.T.G., para hacer el diagnóstico citogenético. Toda la información pertinente a antecedentes familiares, médicos, gineco-obstétricos, evolución del embarazo parto, resultados de laboratorio y recién nacido, se recoge en formularios precodificados.

Los resultados han sido favorables en la mayoría de los casos, lográndose éxito en el cultivo de células fetales lo cual ha permitido establecer el cariotipo fetal, que ha sido normal en todos excepto un caso en que se detectó una trisomía 18, que se corroboró en el recién nacido.

Este estudio demuestra la factibilidad de realizar el diagnóstico fetal precoz en nuestro país, que proporciona por un lado, un alivio enorme a las parejas que tiene riesgo aumentado de gestar un producto con algún tipo de anomalía cromosómica, ya que el resultado citogenético en la mayoría de los casos revela un cariotipo normal, y por otra parte, en caso de que el resultado sea desfavorable, permite a los médicos y a la pareja prepararse para el nacimiento de un niño afectado, incluso desde el punto de vista psicológico, y se evita de esta manera el "shock" emocional al momento del parto.

PREVALENCIA DE PARASITOS EN ESCOLARES DEL CANTON DE LA UNION

Dra. Velia Castro de Tuna (*)
Lic. Enrique Mayorga
Sr. Giovanni González
Dr. Eduardo Monge (**)

Las consecuencias deletéreas que en el huésped humano producen los parásitos intestinales, han sido profusamente estudiadas desde los inicios de la humanidad. Es así como se llegó a determinar que la infección uncinariásica es un factor agravante, de un problema nutricional básico como lo es la anemia. Esta asociación es de esperar, ya que las uncinariasis causa una pérdida de sangre que induce a deficiencia de hierro en períodos crónicos de la infección. Parásitos como Strongyloides, Trichuris, Ascaris, Giardia, pueden interferir en algún grado, con la nutrición del huésped. Otros como Entamoeba histolytica y también Giardia, son responsables de un número considerable de diarreas, especialmente en los niños, lo cual contribuye, indudablemente, al deterioro nutricional de ellos.

Este estudio tuvo dos objetivos fundamentales: a) determinar la prevalencia de parasitosis intestinal en niños escolares, como un indicador de saneamiento ambiental en la comunidad de Tres Ríos b) evaluar cuatro métodos para el diagnóstico parasitológico.

Para esto se analizaron muestras fecales de 87 niños entre 10 y 12 años de ambos sexos, alumnos de la Escuela Central de Tres Ríos y que representan el 13% de la población comprendida entre esas edades. A cada muestra de heces se le practicó los siguientes análisis: a) examen del frotis fecal directo con y sin lugol b) examen de frotis grueso en celofán de kato c) técnica de concentración con formalina-éter de Ritchie d) técnica de tinción con hematoxilina férrica de Heidenhain.

Los resultados indicaron que de las 87 muestras analizadas, 73 (84%) tuvieron por lo menos un parásito. Para helmintos, los más altos porcentajes de prevalencia de infección se obtuvieron con la técnica del celofán de Kato: 20.7% para Trichuris trichiura y 9.2% para Ascaris lumbricoides. No se encontró infección uncinariásica ni de gusanos planos, por ninguno de los métodos. Para los protozoarios, la técnica de tinción con hematoxilina férrica fue la que dió los más altos porcentajes de positividad: 42.5% para Endolimax nana, 33.3% para Entamoeba coli, 13.3% para Entamoeba histolytica y 11.4% para Lamblia intestinalis.

(*) INCIENSA

(**) Facultad de Microbiología - U.C.R.

Desde el punto de vista epidemiológico consideramos un hallazgo importante no sólo la baja prevalencia de infección por helmintos detectados por frotis directo (de 1% al 2%) que nos sugiere infecciones leves, sino que también la ausencia de uncinaria y solitarias. En relación a la infección por protozoarios, llama la atención las relativamente altas prevalencias de E. histolytica y L. intestinalis, ambos de reconocida importancia clínica.

Los hallazgos de esta encuesta parasitológica en el grupo de escolares de Tres Ríos, nos muestra que si bien es cierto, las mejoras nacionales en saneamiento ambiental han incidido positivamente en el descenso y tal vez en la erradicación de helmintiasis de importancia clínica en esta comunidad, aún existen prevalencias altas de giardiasis y amebiasis. Creemos que aún hay bastante que hacer en cuanto a educación sanitaria la cual podría reforzarse a través de los centros educativos de la Comunidad.

PAPEL DEL TRABAJADOR SOCIAL EN LA ORGANIZACION Y PARTICIPACION COMUNITARIA PARA LA META "SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000

Lic. Helga Mayra Alvarez Salazar (*)
Lic. Sandra María Chaves Bolaños
Lic. Mayra Rodríguez Solís
Lic. Ana Isabel Ruiz Rojas

INTRODUCCION:

Considerando que la salud, es un factor vital e integrador del bienestar humano, este constituye un campo de acción ineludible del Trabajo Social.

Tradicionalmente, el Trabajo Social ha intervenido en el campo de la salud sin embargo, esa intervención se ha dirigido básicamente a la atención individualizada y ha sido condicionada por la concepción biocéntrica del proceso salud-enfermedad, lo que ha obstaculizado a la profesión el desarrollo de un papel decisivo en materia de salud.

No obstante, gracias a la iniciativa de profesionales en Trabajo Social y el apoyo de las instituciones del país, se cuenta con valiosas experiencias de Trabajo Social en Comunidad, que han permitido la proyección de la profesión en áreas no tradicionales de las instituciones pero propias del Trabajador Social como disciplina.

Partiendo de lo enunciado en el Plan "Salud para Todos en el Año 2000", se identifican, entre otras 2 áreas fundamentales de intervención. 1) La investigación y 2) La organización y participación comunal. La ponencia se ubica en esta última área por considerarse que esta es la base para el desarrollo de las estrategias del Plan de Salud y en el cual el Trabajo Social puede desempeñarse ampliamente por el conocimiento y experiencia acumulados.

OBJETIVO:

Proponer alternativas de intervención de Trabajo Social que contribuyan a la implementación de las políticas dirigidas a lograr la meta "Salud para Todos en el Año 2000".

Las experiencias que sirvieron de base para estructurar la propuesta metodológica, se han desarrollado tanto en la formación académica (en la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Costa Rica) como en el ejercicio de la profesión en algunas instituciones como el Hospital Nacional de Niños y el Hospital Dr. Carlos Valverde V de San Ramón.

Es importante aclarar que la propuesta planteada no ha sido utilizada tal y como aquí se concibe. Sin embargo en las experiencias que

(*) Colegio de Trabajadores Sociales.

servieron de referencia a este trabajo se han utilizado los procedimientos que teóricamente se describen.

PROCEDIMIENTO EMPLEADO:

La ponencia fue a solicitud del Colegio de Trabajadores Sociales elaborada por un grupo de profesionales en este campo, y se basa fundamentalmente en la lectura y discusión de documentos y experiencias relacionadas con el tema.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES:

La organización y participación comunitaria es un proceso en el que metodológicamente se identifican varias etapas, que difieren tanto por las acciones que se realizan como por las características que asume la organización y participación comunitaria.

Este proceso persigue que la comunidad clasifique su papel, consolide su organización y colabore activamente en la ejecución y evaluación de las tareas programadas.

En cada etapa del proceso el Trabajador Social, tendrá una amplia participación, la misma puede resumirse en:

- ETAPA DE SELECCION DE LAS COMUNIDADES

La participación se centra en la definición de criterios de selección.

- ETAPA DE DESARROLLO:

En esta etapa el Trabajador Social debe definir una estrategia particular de intervención en cada comunidad.

- ETAPA DE PROGRAMACION:

El Trabajador Social, conjuntamente con el Equipo de Salud y la Comunidad, con base en las necesidades prioritarias definidas, procede al ordenamiento de las acciones en un plan de trabajo.

- ETAPA OPERATIVA:

En esta etapa el Trabajador Social, como integrante del equipo de Salud, recupera y organiza la participación comunal para la ejecución de lo proyectado. Las funciones de ese profesional, en este momento son fundamentalmente de capacitación y organización para la educación en salud.

- ETAPA DE EVALUACION:

La evaluación tiene el propósito de revisar la estrategia y procedimientos empleados.

En la propuesta planteada se identifican 3 grupos de trabajo para este proceso: 1) Equipo de Salud, 2) Equipo de Salud-Comunidad y 3) La Organización Comunal. La participación del Trabajador Social se dará en las 3 instancias.

Consideramos que la propuesta planteada, requiere de un importante apoyo a nivel institucional y de la modificación de recursos. Al disponer de esas condiciones el Equipo de Salud tendrá la posibilidad de implementar los proyectos de organización y participación comunal que facilitará la labor educativa y de atención primaria en salud.

LA EDUCACION Y LA PRACTICA DE ENFERMERIA DENTRO
DE LAS TENDENCIAS ACTUALES DE PRESTACION DE SERVICIOS

* Lic. Miriam Mata de Hernández

INTRODUCCION:

El Colegio de Enfermeras, organismo legislador del ejercicio de la profesión en el país, ante los cambios que han venido sucediéndose en la prestación de servicios de salud, se ha abocado con entusiasmo y decisión al estudio y planificación que requiere el sistema de Enfermería para facilitar dichos cambios.

En cuanto a la formación del recurso humano se ha dedicado esfuerzo a la adecuación de éste a las necesidades existentes en el país y a recomendar las modificaciones curriculares correspondientes, también enfermería está trabajando con énfasis en la integración docencia-servicio, para responder en forma más realista a las metas de salud.

El proceso requiere cambio y por ello es lento pero firme, estamos conscientes de que las prácticas atomizadas del ser humano ya no tienen cabida, sabemos que el trabajo con y para la comunidad y en equipo multidisciplinario, son la vía de respuesta efectiva, que hace posible el que todas las personas tengan acceso a los servicios de salud y que a la vez éstas sean ejecutoras de sus propias soluciones en la promoción y prevención de la salud.

El Colegio de Enfermeras en su VII Congreso Nacional llevado a cabo en mayo de 1982 aprobó las Directrices de la Práctica y la Enseñanza de Enfermería en Costa Rica, según las Políticas y Metas de Salud del País, documento que representa para nuestra profesión una respuesta organizada y una guía para el logro de la Meta SPT/2000.

Pretendo en este Congreso informar en relación a la ejecución de tales planteamientos, respuestas positivas de los mismos y tendencias observadas hacia cambios en los modelos de Atención de Enfermería; igualmente deja la inquietud de la necesidad imperante de aunar esfuerzos para que el país alcance los mejores índices de salud que todos de seamos y que ponen una nota armoniosa entre los habitantes de la nación, con una justa relación social y económica fundamentalmente.

PROPOSITOS:

Básicamente se pretende con la exposición de este tema, divulgar una vez más los esfuerzos que enfermería está realizando por responder en forma coordinada con otros profesionales y no profesionales al logro de las políticas de salud, se desea alcanzar en forma armoniosa

* Presidenta Colegio de Enfermeras de Costa Rica.

el trabajo de equipo para beneficio de los cientes, quienes en este escenario son los principales actores y beneficiarios.

En el tiempo correspondiente haré una síntesis de la ejecución de uno de los Programas, representativo de cambios en los modelos de atención en enfermería y que a la vez evidencia el esfuerzo unido de los diferentes miembros del equipo de salud en esa área determinada. El proyecto tiene por nombre "EL PACIENTE HOSPITALIZADO Y SU FAMILIA" y fue elaborado y puesto en práctica por Enfermeras del Hospital México en febrero de 1984.

También haré una reseña del enfoque que han tenido los Programas educacionales de los profesionales de enfermería, como respuesta a los lineamientos planeados en las directrices de enfermería, según políticas de salud del país.

OBJETIVOS:

- Cuantificar el conocimiento que se tiene de las directrices de enfermería con los presentes a la exposición del tema. Este se hará a través de pregunta directa.
- Objetivos del Proyecto Hospital México "El Paciente Hospitalizado y su Familia".

Objetivo Central: "Programar, ejecutar y evaluar actividades para el fomento del bienestar protección del paciente hospitalizado con la participación de la familia, tomando en cuenta los aspectos bio-psico-sociales, económicos y culturales del paciente".

Objetivos Contributorios:

- 1.- Lograr que el equipo de salud integre a la familia en las actividades relacionadas con la atención del paciente hospitalizado.
 - 2.- Lograr la participación de la familia en la atención del paciente hospitalizado.
 - 3.- Orientar a paciente y familia en la utilización de la tecnología del autocuidado.
 - 4.- Capacitar a la familia para que brinde atención de enfermería al paciente que lo amerite, al reincorporarse al hogar.
- Dar a conocer en el Congreso los cambios curriculares en la preparación de enfermeras de acuerdo a los planteamientos en las Directrices de enfermería.

CONCLUSIONES:

- El trabajo debidamente planeado y organizado imprimido en el Documento "Directrices de Enfermería", ha sido una guía en la formación de Personal de Enfermería para la mejor utilización de los recursos humanos de enfermería.
- Fundamenta y orienta los cambios en la profesión y su relación con los otros trabajadores de la salud.
- Las Directrices de Enfermería orientan en las diferentes áreas de acción de la enfermera Docencia servicio, investigación y se fundamenta en que la Salud es un derecho universal.
- Enfermería incursiona bajo la estrategia de Atención Primaria en Salud facilitando el logro del derecho a la Salud y la participación comunitaria.
- El foco de la atención de enfermería está dirigido al hogar en los tres niveles de Prevención.
- La Enseñanza en Salud brindada a los familiares del paciente hospitalizados contribuyó:
 - a. A mejorar el acercamiento entre el personal de Enfermería (Enfermera Jefe) y los parientes del paciente hospitalizado.
 - b. Disminuir los temores del familiar para atender en su hogar al paciente una vez que haya egresado.
 - c. Continuar el tratamiento médico en el hogar con un mejor conocimiento sobre su aplicación, efectos secundarios y cuidados que debe tenerse.
 - d. Permitted la coordinación entre personal de enfermería de roles especiales los cuales dieron enseñanza a los familiares de acuerdo a la patología del paciente

"EL APOORTE DE LA COMUNIDAD EN EL DESARROLLO DEL PROGRAMA
DE NUTRICION EN COSTA RICA -- PRINCIPIO BASICO EN LA ESTRATEGIA
PARA LOGRAR LA META DE SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000"

MSc. Pedro A. García Blandón*
Lic. María Elena Méndez Castro
Sra. Ana Julia Marengo Zúñiga
Sra. Ana Lilliam Ortega

INTRODUCCION:

Desde la gestión de gobierno de Don Otilio Ulate (1950-1954) siendo Ministro de Salud el Dr. Carlos Saénz Herrera y teniéndose plena conciencia del problema nutricional que sufría la población materno infantil, como consecuencia del desequilibrio económico y social imperante, se firma el primer convenio entre el Ministerio de Salud y UNICEF, para crear el primer Proyecto de Alimentación Complementaria en Costa Rica.

Lo anterior da la base para que en 1951 se crea en el Ministerio de Salubridad, el Departamento de Nutrición.

El Programa de Complementación Alimentaria, que se dirige a proteger a la población nutricionalmente vulnerable (niños de 0-7 años, mujeres embarazadas y madres lactantes), se pone en marcha en los establecimientos de salud que se les denomina Centros de Nutrición, los cuales tenían como fines entre otros, el promover mayor conciencia y participación de la comunidad en el problema de la desnutrición.

Para la instalación de los primeros Centros de Nutrición, se escogen las zonas más pobladas de San José y la comunidad rural, Barva de Heredia por tener estas localidades altos índices de desnutrición, y se apoya su funcionamiento en la participación activa de la comunidad a través de los Comités de Nutrición.

Sin embargo, a la fecha, a pesar de que los programas de salud, siguiendo el ejemplo del Departamento de Nutrición, se apoyan en la comunidad para ejecutar sus actividades a través de comités de salud, no se tiene conocimiento de la magnitud de ese apoyo y el potencial que el mismo representa, para conseguir la "meta de salud para todos en el año 2000".

El presente trabajo por lo tanto, trata de dar a conocer el aporte que la comunidad ha hecho al desarrollo del Programa de Nutrición en Costa Rica.

OBJETIVOS:

- 1.- Dar información acerca del fundamento legal, su organización y las principales funciones del Comité de Nutrición en el Programa de Nutrición.
- 2.- Dar a conocer el número de personas que en representación de la comunidad, dedican parte de su tiempo, a colaborar activamente en el desarrollo del programa.
- 3.- Cuantificar en forma económica, algunas de las actividades que desarrollan los comités, y lo que representa este aporte al desarrollo del programa de nutrición.
- 4.- Dar a conocer algunos hechos relevantes del impacto social que el Departamento de Nutrición ha logrado, al incorporar a la comunidad en la solución de los problemas nutricionales de la población costarricense.

PROCEDIMIENTOS:

El trabajo está basado en los datos recopilados en investigaciones recientes, que el Area de Investigaciones Operativas del Departamento de Nutrición ha hecho sobre aspectos básicos del Programa de Nutrición, aplicando costos y gastos promedios reales, en los que los Comités de Nutrición del país incurren, para mantener el funcionamiento del programa, de acuerdo a las normas dictadas por el Departamento de Nutrición.

RESULTADOS

- Los Comités de Nutrición funcionan desde 1952, sin embargo es legalizado su funcionamiento el 16 de octubre de 1967 mediante el Decreto Ejecutivo No. 13 de conformidad con la Ley General de Salud; actualmente se autoriza y reglamenta su funcionamiento mediante el Decreto Ejecutivo No. 10943 SPPS del 30 de noviembre de 1979.
- Los comités funcionan por un período de dos años y son electos democráticamente mediante votación popular, en Asamblea General de la comunidad, en número de siete miembros.
- Están organizados de la siguiente manera: Comité Regional, Comité Zonal, y Comité Local y son asesorados técnica y administrativamente por el equipo de salud, particularmente por el Técnico en Nutrición.
- En 546 comunidades del país, participan 3204 funcionarios voluntarios, como miembros de los Comités de Nutrición en el Programa de Nutrición.
- El aporte económico que la comunidad hace anualmente al Programa de Nutrición se presenta en el cuadro siguiente:

Cuadro No. 1

APORTE ECONOMICO QUE LA COMUNIDAD HACE ANUALMENTE AL
PROGRAMA DE NUTRICION, COMOCOMPLEMENTO AL APORTE ESTATAL
QUE ENVIA EL MINISTERIO DE SALUD. JULIO DE 1984

Concepto	Aporte Anual, en Colones
Costo de las horas de trabajo que los Miembros de los Comités de Nutrición dedican a sus funciones	62.858.475.00
Costo del Complemento a la cuota recibida del Ministerio de Salud para la preparación del menú establecido.	30.351.812.40
Costo de otros gastos de administración del servicio.	18.010.232.40
TOTAL	111.220.519.80

- Los Miembros de los Comités de Nutrición han logrado desarrollar conciencia social - del problema nutricional del país, y se han incorporado activamente, en el desarro - llo de actividades locales que buscan la solución de los mismos involucrando a la comunidad misma, mediante:
 - La adecuada administración de los servicios a su cargo.
 - La participación en jornadas educativas en la comunidad.
 - La organización y participación en las convenciones regionales de nutrición.
 - Su participación en eventos de promoción educativa en la comunidad, como charlas, - cursillos, talleres, concursos.
 - Su participación conciente en el reclutamiento de personal idóneo para trabajar en el Programa de Nutrición y Atención Integral.

CONCLUSIONES:

- Entre los programas de salud, que han promovido la participación de la comunidad y que les tiene estipulado una cuota de responsabilidad con funciones, deberes y dere - chos bien definidos; el Programa de Nutrición es el que mejor ha hecho uso de este - recurso y el primero en ese campo.
- El aporte de la comunidad al costo total del Programa de Nutrición, equivale a un 22.93% y equivale al 29.75% de la inversión institucional en el Programa Nacional de Nutrición, lo cual es sumamente importante.
- Es notorio el impacto social que el Departamento de Nutrición ha logrado en las comu - nidades, al involucrar activamente a los comités de nutrición en la solución de los problemas nutricionales y tener a éstos como un medio de apoyo en todas las acciones de tipo preventivo que el personal de salud local emprenda con la población costarri - cense.

ETIOLOGIA VIRAL DE LA ENFERMEDAD RESPIRATORIA AGUDA:
ESTUDIO DE UNA EPIDEMIA

Pilar Salas	1
Leonardo Mata	1
Rosario Achí	1
José Fernando Chavarría	2

Las infecciones respiratorias son las enfermedades más comunes en la niñez y comprenden aproximadamente el 50% de todas las enfermedades en niños menores de 5 años de edad. La mayoría de ellas se limitan al tracto respiratorio superior y sólo en un 5% involucra al tracto respiratorio inferior.

El estudio preliminar colaborativo entre el INISA y el Hospital Nacional de Niños demostró que las infecciones respiratorias agudas se comportan en forma similar a lo observado en otras latitudes, tanto en países tropicales como templados. Además permitió aislar por primera vez en Costa Rica los principales virus respiratorios y desarrollar una infraestructura para ampliar nuestro conocimiento en este campo.

Con base en estas consideraciones, decidimos estudiar un brote de infección respiratoria durante los meses de noviembre y diciembre de 1983 en el Hospital Nacional de Niños. Los niños fueron estudiados con un criterio clínico uniforme y a todos ellos se les recogió una muestra de aspiración nasofaríngea la cual fue analizada por virus y bacterias.

De 76 niños hospitalizados por infección respiratoria se recolectaron aspirados nasofaríngeos. Para obtener secreciones se utilizaron aspiradores plásticos provistos de una sonda de alimentación. Se recolectaron de 1 a 2 ml de secreciones que fueron divididos en dos porciones, tanto para aislamiento viral como bacteriano.

Para el aislamiento viral las muestras fueron transferidas de inmediato a un tubo con 4 ml. de solución de Hanks con 2% de albúmina bovina, adicionada de penicilina (500 U/ml), estreptomina (500 ug/ml), anfoterina (2,5 ug/ml) y nistatina (50 U/ml). Las muestras fueron transportadas rápidamente en baño de hielo al laboratorio e inoculadas en tres sistemas celulares: HFT, HEp-2, LLCMK₂. Mediante la observación de los efectos citopáticos, hemadsorción e inmunofluorescencia indirecta fue posible identificar virus en el 70.5% de los casos de bronquiolitis y en el 59.4% de los casos de bronconeumonía-neumonía. El virus más frecuentemente aislado fue el virus sincicial respiratorio seguido de herpes y adenovirus.

1 Instituto de Investigaciones en Salud (INISA)
Universidad de Costa Rica

2 Hospital Nacional de Niños "Dr. Carlos Sáenz Herrera"
Caja Costarricense de Seguro Social.

ETIOLOGIA VIRAL DE LA ENFERMEDAD RESPIRATORIA AGUDA:
ESTUDIO DE UNA EPIDEMIA

Pilar Salas	1
Leonardo Mata	1
Rosario Achí	1
José Fernando Chavarría	2

Las infecciones respiratorias son las enfermedades más comunes en la niñez y comprenden aproximadamente el 50% de todas las enfermedades en niños menores de 5 años de edad. La mayoría de ellas se limitan al tracto respiratorio superior y sólo en un 5% involucra al tracto respiratorio inferior.

El estudio preliminar colaborativo entre el INISA y el Hospital Nacional de Niños demostró que las infecciones respiratorias agudas se comportan en forma similar a lo observado en otras latitudes, tanto en países tropicales como templados. Además permitió aislar por primera vez en Costa Rica los principales virus respiratorios y desarrollar una infraestructura para ampliar nuestro conocimiento en este campo.

Con base en estas consideraciones, decidimos estudiar un brote de infección respiratoria durante los meses de noviembre y diciembre de 1983 en el Hospital Nacional de Niños. Los niños fueron estudiados con un criterio clínico uniforme y a todos ellos se les recogió una muestra de aspiración nasofaríngea la cual fue analizada por virus y bacterias.

De 76 niños hospitalizados por infección respiratoria se recolectaron aspirados nasofaríngeos. Para obtener secreciones se utilizaron aspiradores plásticos provistos de una sonda de alimentación. Se recolectaron de 1 a 2 ml de secreciones que fueron divididos en dos porciones, tanto para aislamiento viral como bacteriano.

Para el aislamiento viral las muestras fueron transferidas de inmediato a un tubo con 4 ml. de solución de Hanks con 2% de albúmina bovina, adicionada de penicilina (500 U/ml), estreptomina (500 ug/ml), anfoterina (2,5 ug/ml) y nistatina (50 U/ml). Las muestras fueron transportadas rápidamente en baño de hielo al laboratorio e inoculadas en tres sistemas celulares: HFT, HEP-2, LLCMK₂. Mediante la observación de los efectos citopáticos, hemadsorción e inmunofluorescencia indirecta fue posible identificar virus en el 70.5% de los casos de bronquiolitis y en el 59.4% de los casos de bronconeumonía-neumonía. El virus más frecuentemente aislado fue el virus sincicial respiratorio seguido de herpes y adenovirus.

1 Instituto de Investigaciones en Salud (INISA)
Universidad de Costa Rica

2 Hospital Nacional de Niños "Dr. Carlos Sáenz Herrera"
Caja Costarricense de Seguro Social.

Para el aislamiento bacteriano las muestras fueron inoculadas a la orilla de la cama del paciente en los siguientes medios de cultivo: agar sangre, agar chocolate complementado con isovitalax, agar Levine y Manitol-Sal. Directamente de las secreciones se efectuó una tinción de Gram. Se utilizaron discos de bacitracina para los Streptococcus beta hemolíticos del Grupo A, discos de hidrocioruro de etilhidrocuprefina (Optochin) para Streptococcus pneumoniae y el fenómeno de satelitismo en agar sangre utilizando una cepa de Staphylococcus aureus.

En niños con bronquiolitis el S. pneumoniae fue la bacteria más frecuentemente aislada (13.6%) seguido de Streptococcus sp (12.5%) en niños con bronconeumonía-neumonía.

Se obtuvo una alta eficiencia en el diagnóstico ya que en el 93.2% de los niños con bronquitis y en el 87.5% de los niños con bronconeumonía fue posible determinar su etiología.

LOS SERVICIOS DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD Y LA
NUMERACION UNICA DE LA POBLACION

Lic. Ligia Moya de Madrigal, M. Sc.*

1.- ANTECEDENTES:

Con motivo de la política general expresada por los señores Ministro de Salud y Presidente Ejecutivo de la Caja Costarricense de Seguro Social, que iniciaban sus gestiones en 1982 se inició el estudio de los problemas que la integración de servicios médicos de las dos instituciones, presenta en el área de los registros y estadísticas de salud; ya que ambos instrumentos son indispensables para poner en práctica la atención integral del individuo y de la familia y para evaluar y programar las actividades que supone un proyecto de este tipo.

A la vez, se propuso la preservación e impulso de los logros alcanzados hasta el momento y que tienden al establecimiento de un sistema nacional de registros y estadísticas de salud, que permita la investigación clínica y epidemiológica en el más amplio sentido de la palabra, relacionando y haciendo accesible los datos referentes a la salud de cada individuo que se produzcan en el país y que, al tener diferentes propósitos inmediatos se mantienen dispersos.

2.- OBJETIVOS:

- 2.1 Describir los resultados obtenidos a la fecha para lograr un expediente de salud que permita la atención integral del individuo y la investigación clínica y epidemiológica.
- 2.2 Describir los medios propuestos para que tal expediente permita también la atención integral de la familia

METODOLOGIA

Para propósitos del proyecto de integración de servicios CCSS/Ministerio de Salud, se adoptó la siguiente definición.

"Por integración se entenderá el desarrollo sistematizado de esfuerzos inter-institucionales para atender las necesidades y las demanda efectiva de servicios, definiendo y coordinando racionalmente la cuota de compromiso y participación de las respectivas agencias estatales en el proceso, dentro de un contexto jurídico-administrativo, que si bien respeta la individualidad institucional, pretenden establecer mecanismos que permitan crear y consolidar en el corto y mediano plazo un Sistema Nacional de Salud".

* C.C.S.S.

Lógicamente, dentro de un sistema de atención integral la base principal de la misma es el expediente de cada paciente y en él deberá registrarse todos y cada uno de los eventos que se relacionan con la atención de su salud.

Si se toma en cuenta que en la práctica y por razones obvias, la atención de salud de un individuo puede requerir que sea tendido en más de un nivel de complejidad, la sola idea de mantener un expediente único parece imposible, y así lo es físicamente. Sin embargo existen procedimientos en la administración de los Registros de Salud, que permiten seguir el rastro de un individuo a través del sistema de salud facilitando así el estudio de las enfermedades crónicas. Si tales procedimientos se amplían, el expediente completo de la salud del individuo puede relacionarse también con el de sus antecesores y el de sus sucesores; facilitando así el estudio no sólo de las enfermedades crónicas, sino de aquellas asociadas a factores genéticos.

Otros procedimientos permiten también la relación inmediata del expediente de un individuo con los de los miembros actuales de su familia, completándose así el marco necesario para el estudio exhaustivo de los problemas de salud de una población.

En esta presentación se describe el proyecto que se está llevando a cabo en Costa Rica para documentar la atención integral de salud, poniendo énfasis en la forma en que los procedimientos propuestos facilitarán la investigación clínica y epidemiológica necesaria para evaluar y orientar las acciones de salud en el futuro. La base del sistema propuesto es la utilización del número de cédula de identidad como número de identificación y de archivo de los expedientes médicos que se mantienen en los servicios de la C.C.S.S. y del Ministerio de Salud y la entrega a la población de una parte de ese expediente, mediante documentos que el individuo porta y presenta cada vez que requiere esos servicios. Con ese propósito se han diseñado ya la Libreta Obstétrica y la Libreta de Salud del Niño. Forman también parte del proyecto, formularios conjuntos para que en la información que se recoge en los expedientes sea uniforme y comparable.

Se obtiene así un sistema de registros de salud que no sólo permite la atención integral del individuo, sino que facilita la investigación de salud integral en la población.

CONCLUSIONES:

- 1.- La política de atención integral de salud está claramente definida en Costa Rica.
- 2.- La atención integral requiere de un sistema integral de registros de salud.
- 3.- La numeración única de la población es base fundamental de un sistema integral de registros de salud.
- 4.- El Registro Civil actual y las actividades de integración de servicios C.C.S.S./Ministerio de Salud, que se llevan a cabo en la actualidad permiten y requieren de la utilización del número de cédula como instrumento básico para integrar la información que, sobre la salud de un individuo, se produzca en el territorio nacional.
- 5.- La experiencia lograda en la Región Central Norte y en los centros integrados de la Región Brunca, muestran que la utilización del número de cédula para propósitos de salud es factible, lográndose así la numeración única de la población.
- 6.- La numeración única de la población facilita no sólo la atención integral del individuo, y de la familia, sino también el estudio epidemiológico de las enfermedades crónicas y hereditarias.

STUDIOS GENETICOS EN AMERINDIOS DE COSTA RICA

Dr. Remiro Barrantes *

A partir de 1979 se ha llevado a cabo un estudio de algunos aspectos biomédicos en los grupos indígenas de Costa Rica. Esta investigación incluye aspectos ecológicos, genéticos, demográficos, nutricionales, de antropología física, sanitarios y otros relacionados con la salud de estas poblaciones. El fundamento teórico de este estudio está basado, de manera general, en la teoría evolutiva, considerando un grupo humano el resultado de los diversos factores evolutivos en el espacio y el tiempo. En consecuencia, se pretende estudiar tanto las relaciones filogenéticas entre los diversos grupos indígenas como sus patrones de adaptación al medio ambiente en las regiones que habitan en esta parte de Baja Centroamérica (Área Intermedia).

Para cumplir con estos objetivos es preciso un conocimiento detallado de la estructura genética de las poblaciones, ya que es sobre la variabilidad existente en un determinado momento de su historia que actúan diferentes procesos ecológicos, permitiendo así su evolución. Por otra parte, los organismos responden a las diversas presiones ecológicas en diferentes formas y en distintos momentos de su adaptación al medio; por lo tanto, es importante el conocimiento, mediante las metodologías adecuadas, de la naturaleza de estas interacciones. En el caso de los grupos indígenas, los estudios de esta naturaleza dan una idea del proceso de adaptación al medio por el que han pasado y, además, su actual situación en un ambiente cada vez más extraño y agresivo.

Los estudios genéticos se llevaron a cabo en varias localidades indígenas de Costa Rica que incluye los principales grupos indígenas de Costa Rica: Boruca (Boruca); Bribri (Cabagra, Talamanca); Cabecar (Chirripó, Talamanca, Ujarrás); Guaymí (Limoncito, Abrojo) y Mesoamericano (Matambú). Se analizaron 42 loci incluyendo marcadores enzimáticos, grupos sanguíneos, proteínas y globulinas del suero y marcadores en saliva. Además, se estudiaron variables genéticas cuantitativas como son los dermatoglifos y la morfología dental.

Algunos de los resultados obtenidos más relevantes son: a) una estructura genética con muchos loci monomórficos (con frecuencia 1.0), pero con marcadores específicos para cada grupo con bastante variabilidad. Este tipo de constitución genética se debe en parte al sistema de cruces,

* INISA - Escuela de Biología U. de C.R.

muy endogámico, y a algunas características particulares del patrón de migración y formación de nuevas localidades a partir de un núcleo original. b) La presencia de dos enzimas características de la población Guaymí ("polimorfismos privados), la deshidrogenasa láctica Guaymí (LDH-GUA) y la fosfatasa ácida Guaymí (ACP-GUA). Ambas muestran frecuencias altas y son deficientes, incluyendo la inactivación de la LDH. El problema planteado por estos hallazgos es muy importante (o tal vez lo fueron en mayor grado en el pasado) para la salud de estos indígenas y podría ser un caso semejante al de las hemoglobinas anormales. Estas son características de los grupos negroides que habitaron regiones con malaria en Africa y los individuos homocigotas para el rasgo deficiente tienen una viabilidad menor, pero el heterocigoto portador tiene ventaja selectiva en ambientes con malaria. La detección de diferencias en la fertilidad de los portadores de estos genotipos y, por otra parte, la investigación de posibles relaciones ambientales es motivo de investigación en este momento. La metodología desarrollada en la caracterización de estas enzimas y sus posibles implicaciones biomédicas son importantes. Además, su intrínseco valor para resolver los problemas de filogenia entre los diferentes grupos indígenas es evidente. c) Los datos biodemográficos indican que estos grupos están en un período de intensa reproducción con un promedio alta de hijos en familias completas, sin embargo la mortalidad es alta y en mayor proporción de varones. El 50% de los pobladores están entre 0-14 años. Las poblaciones indígenas de Costa Rica presentan, en este momento, una intensidad de selección natural alta, característica de los grupos indígenas con agricultura "en transición", en que predomina un componente de mortalidad. Por otra parte, la emigración es mínima y hay un predominio de uniones endogámicas con un alto porcentaje de poliginia.

TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO DEL MINUSVALIDO

Dr. Ronaldo Hirsch (*)

INTRODUCCION:

El tratamiento del inválido, temporal o permanente, ya sea física y/o mentalmente, se ha constituido en los últimos años como un capítulo nuevo dentro de la Odontología. En algunos países se le considera como parte de la Odontología General, en otros como especialización o sub-especialización de la misma.

Lo cierto es que para países como los nuestros, su atención debe ser enfocada desde el punto de las necesidades y de los recursos existentes, y sobre todo, debe enfocarse desde el punto de vista de salud integral, educación, rehabilitación prevocacional, vocacional y profesional del paciente dentro de una práctica general inter y transdisciplinaria.

Práctica general, decíamos, en vista de la escasez de recursos odontológicos especializados, su alto costo y la necesidad imperante. Interdisciplinaria porque a través de ella es que el odontólogo aprende no sólo a trabajar con otros profesionales que sirven a esta población sino también adaptar mutuamente y luego a utilizar en el cuidado de los pacientes, técnicas y metodologías propias de las otras disciplinas de los colegas que forman el equipo. Nuevamente, estas técnicas interdisciplinarias se han desarrollado en vista de la inopia de personal altamente especializado y de la necesidad imperante; y han demostrado ser de un valor incalculable al concentrar, entrelazar, compartir y utilizar conocimientos y recursos.

El costo de los servicios de salud podría mantenerse menor en la atención de estos pacientes, por lo tanto, el odontólogo que recibe entrenamiento con personas en condiciones limitadas o disminuidas no sólo debería familiarizarse y aprender a usar las metodologías, sino también, cuando fuere práctica o necesario, ponerlas en uso. Un buen ejemplo lo encontramos en la Psicología donde los expertos en comportamiento a menudo son capaces de modificar ciertos comportamientos aberrantes. El odontólogo, con ciertos conocimientos de técnicas de comportamiento y su modificación, podrá llevar a cabo un examen en forma más sencilla y exitosa; él podría adquirir ciertos conocimientos básicos del neonatólogo, del pediatra, psicólogo, enfermera, educador, trabajador social y demás miembros del equipo sobre el desarrollo motor, social, adaptativo y de lenguaje de sus pacientes. Debe estar al tanto de evitar ciertas drogas como los barbitúricos en niños con comportamiento hiperquinético ya

(*) Centro Nl. de Educación Especial "Fernando Centeno Güell".

que éstas frecuentemente estimulan dicho comportamiento y no producen en muchos casos los efectos deseados. Entre muchas características, deberá estar expuesto al comportamiento de niños con diferentes impedimentos

TRATAMIENTO DENTAL

Para enfocar el tratamiento dental debe observarse algunos factores como son los recursos con que se cuenta, la modalidad de servicio, ciertos factores o parámetros y algunas consideraciones especiales.

A. RECURSOS

En Costa Rica existen bastantes recursos físicos y profesionales. Sin embargo son subutilizados por la forma en que se legisla al respecto. La Caja Costarricense de Seguro Social da atención odontológica básica únicamente al asegurado directo, con algunas excepciones. El paciente minusválido entra comúnmente bajo el sector de asegurado indirecto, por lo que tiene derecho sólo a una "odontología mutilante" (extracciones) y a cirugía oral; siendo sumamente importante que conserve al máximo su salud integral.

El Ministerio de Salud cubre en forma general, con un plan básico de odontología principalmente a un sector amplio del grupo escolar. Sin embargo, no existe obligación de atender al niño que "no se deja".

En cuanto a odontología para pacientes con problemas, tiene medio tiempo en el Centro Nacional de Educación Especial "Fernando Centeno Güell"; medio tiempo en la Escuela de Enseñanza Especial de Cartago y otro medio tiempo en la Escuela de Enseñanza Especial de Alajuela. Existe atención esporádica en algunas otras instancias como la que eventualmente da el Hospital Nacional de Niños. Sin embargo, no específicas. Lo anterior, para una población dispersa calculada en 250.000 por la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Internacional del Trabajo, con necesidades orales acumuladas aún no diagnosticadas.

B. MODALIDAD DE SERVICIOS

Al hablar de la modalidad de servicios me refiero a la forma de cómo se va a atender al niño. Ya sea bajo anestesia local o bajo analgesia producida por el óxido nitroso, u otros. En realidad, existe hoy día toda una orientación al respecto. Primeramente, el odontólogo que atiende niños en general y con más razón niños excepcionales, deberá saber bastante psicología y saberla aplicar según el paciente, que esté atendiendo. Deberá agenciarse ciertos "trucos" o métodos apropiados. El más importante, además de la psicología que se mencionó, es el cariño que se merecen todos los niños. Los autores estadounidenses lo denominan "T.L.C.": Tender-loving-care, o sea, un cuidado amoroso y tierno. El cariño que se merece los niños y el convencerlos de qué es lo que más nos ha motivado para prestarles servicio, es el factor tal vez más abandonado de nuestra profesión y como he dicho, quizás el más importante. Demasiado a menudo se pierde la perspectiva de las necesidades del

C. SELECCION DE LA MODALIDAD

Para escoger la modalidad del servicio o el método más adecuado para el paciente, deberá tomarse en cuenta ciertos factores como los siguientes: está el paciente en condiciones de aprender?. Está su salud oral en una condición que amerite en esta oportunidad esta modalidad?, o será mejor usar alguna técnica que acelere el servicio netamente oral para luego en visitas futuras y con una condición oral más favorable iniciar un método de aprendizaje.

Con estas preguntas en mente, se escoge una o varias de las modalidades descritas anteriormente. Deberá por lo tanto tomarse en cuenta la situación de aprendizaje, el comportamiento del niño, la cantidad de tratamiento que necesite, el coeficiente de inteligencia (aunque está empezando a caer en desuso como factor aislado), la condición física general del niño, su edad, el número de citas necesarias, el lugar de su residencia, facilidades al alcance, riesgos, si la atención se puede dar por medio de la consulta externa o si necesita ser internado, costos y otros.

D. CONSIDERACIONES ESPECIALES

Es importante estar consciente de que las habilidades técnicas, por buenas que fueren, no son suficientes para darle al paciente una atención integral. Se necesita además de las habilidades técnicas y psicológicas de las que ya hemos hablado, una habilidad para comunicarse con los pacientes. En general, podría decirse que el hablar constantemente con el niño es casi necesario. La estimación propia y del paciente son indispensables para una buena comunicación. Estar al tanto de cómo siente el paciente también es importante. Deberá tomarse en cuenta ciertos componentes psicológicos, tanto del operador como del paciente. Por ejemplo, cuán motivado está el operador? Debe recordarse que el odontólogo también es producto del medio y de su cultura. Muchos de los valores culturales que tiene le hacen preferir el contacto con la gente atractiva, amena y cuyos valores y creencias se le parezcan más. Aún sin estar conscientes de ello, el odontólogo y su personal tiene bloques mentales fuertes que pueden causar resistencia a estar empleando su tiempo con pacientes defectuosos, difíciles y desagradables. Al excluir a estos pacientes de la práctica, también evade ese tipo de sostenimiento. Sin embargo, deberá pensar que en cualquier momento, él mismo puede llegar a ser uno de estos pacientes o a tener uno en su familia cercana.

Las actitudes de los padres también deberán tomarse en cuenta. Estas se pueden resumir brevemente en dos: aceptan al niño con toda naturalidad; lo rechazan en diferentes formas. El nivel de resistencia del niño deberá ser tomado en cuenta. Aquí no sólo el dolor, sino también la resistencia a estar sentado, con la boca abierta, etc. Es el niño rechazado por el dentista, por su personal, por otras personas que visitan la consulta?. Cómo se puede ordenar la misma para mayor provecho de todos los involucrados, la comunidad entera?. En algunas circunstancias, es comprensible que el odontólogo no trate a este tipo de niños, no obstante, su

niño que está al otro lado de nuestros instrumentos y técnicas odontológicas y se olvida que es un "ente" con sentimientos. Mucho más importancia adquiere esto con los pacientes inválidos. Naturalmente, no se debe llegar al extremo de la sobreprotección; sí una comprensión total de su mundo y un adecuado equilibrio de su atención. Con esto, el tiempo necesario y las demás ayudas rutinarias se pueden atender la gran mayoría de los niños excepcionales sin ningún problema.

Vale la pena decir algo sobre la anestesia local. Mucho se ha dicho sobre el tema y parece que aún no lo suficiente. Están aquellos que abogan por eliminarlas de la odontología infantil aduciendo que con las técnicas de alta velocidad hoy día lo más que siente un niño en su dentición temporal es un leve malestar. Sin embargo, existen niños con un umbral del dolor sumamente bajo y sienten demasiado dolor muy a menudo. Por otro lado, para muchos niños el hacer la diferencia entre lo que es o no dolor es sumamente difícil, más aún para el niño excepcional y sus dificultades de comunicación en tantos casos. El trauma producido por dolor innecesario y mantenerlo sin remedio alguno, es crear para el niño una situación sumamente adversa y traumática. A menudo, se llevan varias visitas en un programa de reacondicionamiento. Debe adquirirse la destreza adecuada para saber si se aplicará la anestesia local o no. De aplicarla, lo que es casi la rutina, deberá ser de la forma menos traumática para el pacientito, con una técnica con la cual el niño apenas lo oye si acaso ver el carpul y evitar una distensión rápida y dolorosa de los tejidos. Esta técnica, acompañada del cariño necesario y la distracción adecuada para el momento, es generalmente suficiente para una experiencia totalmente atraumática. Debe complementarse con las indicaciones del caso tanto al niño como a la madre, para evitar lesiones futuras debido a que el niño abandona la clínica aún anestesiado.

Es necesario hacer mención del uso de la premedicación o sedación para estos niños. En primer término, al niño debe dársele la oportunidad de actuar bajo ningún tipo de droga y demostrar su capacidad de aprender a recibir en forma común su tratamiento. El medir su capacidad de aprender puede llevar varias citas cortas y sencillas pero necesarias para una relación adecuada operadores-pacientes. Si definitivamente no es posible la atención bajo estas condiciones, se deberá premedicar en conjunto con el pediatra o el médico de la familia.

Es indispensable recordar que los niños excepcionales reaccionan en forma diferente a los sedantes, hipnóticos, atarácticos que otros niños, por lo que se debe empezar con dosis mínimas y buscar la dosificación más adecuada para cada caso. Esto también puede llevarse varias citas. Una sobredosis puede ser muy problemática. Finalmente, al premedicar a un niño, el odontólogo deberá estar seguro que el niño lo necesita y no es su propia ineficiencia que lo obliga a ello. En dicho caso, es preferible referir al niño a otro profesional y colaborar con él.

responsabilidad termina cuando esté enterado de que su referencia no ha sido tomada en cuenta y el niño está bajo control y tratamiento.

E. PLANEEO DE CITAS

Al ordenar las citas para estos niños, deberán tomarse en cuenta una serie de factores y circunstancias. Por ejemplo: el impacto que puede causar en otros pacientes y sus acompañantes, la capacidad de función del paciente, el medio de locomoción y transporte, el tipo de paciente y el conocimiento que se tiene de él; la conveniencia o no de tener a un acompañante adulto o el padre del niño.

F. PREVENCION ORAL

Todo tipo de tratamiento deberá enfocarse con una filosofía y convencimiento integral de una prevención integral totalmente. Para ello es necesario tener una atmósfera agradable, tal vez la sala de la casa o el comedor. Las prácticas preventivas en la casa deberán subrayarse a ciertas horas en las cuales el niño esté más accesible. A veces el contacto físico, especialmente en niños con retardo mental y otros, ayuda enormemente. La posición del paciente y el lugar donde se efectúe el cepillado. Los colorantes para ayudar a observar la placa bacteriana, cepillos, seda dental, irrigación, fluoración, la orientación dietética, las visitas de control al odontólogo y los buenos métodos de educación oral, en el hogar, la institución y el consultorio dental, son los principales factores a tomar en cuenta para mantener una salud oral adecuada.

El manejo del comportamiento del niño en odontología es concebido como un proceso educativo de servicio y aprendizaje, en el cual conseguir dicha cooperación es esencial. Esta disciplina le servirá a la vez en otras circunstancias similares.

La primera cita se aprovecha para hacer el interrogatorio que debe ser muy completo, Este a veces no se puede concluir en una sola visita, pero en el transcurso del tratamiento, se va completando.

En ésta se observa el comportamiento del niño, su sociabilidad, su capacidad de comprensión, su temperamento y su capacidad para aceptar relaciones y circunstancias nuevas y ajenas a su rutina de vida, que involucra su persona y a terceros. Además deberá observarse otras deficiencias físicas y emocionales que están involucradas en cada caso. Para ello en situaciones más sofisticadas, existen salas especiales; en nuestro medio, en la misma sala de espera, en un corredor, en el jardín de la escuela o con visitas al hogar.

El tratamiento dental en boca, una vez resueltos todos los enfoques anteriores, es similar al de cualquier paciente.

NOTA: Los casos clínicos se darán durante la exposición.

Palabras de clausura del Dr. Carlos Díaz Amador, Presidente de ACOSAP.

Señoras y Señores:

Llegamos al final del Congreso y podemos sentirnos satisfechos de la labor cumplida.

El Congreso ha tenido éxito gracias a Uds.: una numerosa y selecta inscripción, una participación llena de conocimiento, de responsabilidad y de motivación de parte de los conferencistas y panelistas, así como de los expositores de los trabajos libres, y a las muchas personas que generosamente colaboraron en su organización.

Todó estó nos permite decir que el Congreso ha sido productivo y sin lugar a dudas, de provecho para la Salud Pública Nacional.

Ha de quedar escrito en las páginas de la historia de esta disciplina lo que el Congreso de Salud Pública "Dr. Solón Núñez Frutos" realizó del 26 al 29 de marzo de 1985.

Nos complace poder expresar que la valiosa ayuda recibida por ACOSAP, ha sido bien empleada en pro de la salud de nuestro pueblo. Con satisfacción y agradecimiento expreso a las siguientes instituciones y empresas, nuestro reconocimiento por su contribución financiera y técnica. Ellos son, por orden alfabético:

Asociación Demográfica Costarricense

Caja Costarricense de Seguro Social

Canadian International Development Agency - CIDA.

Canadian Public Health Association - CPHA

Colegio de Médicos y Cirujanos

Consejo Técnico de Asistencia Médico Social.

Palabras de Clausura del Dr. Carlos Díaz A.
Página 2

Cooperativa de Productores de Leche Dos Pinos.

Instituto Nacional de Seguros

Merck Sharp and Dohme

Miles de Costa Rica S. A.

Ministerio de Salud

Oficina Sanitaria Panamericana

Programa de Adiestramiento en Salud Comunitaria de Centro América y Panamá (PASCCAP)

Vice Rectoría de Acción Social de la Universidad de Costa Rica.

Deseo también expresar mi gratitud a todas las personas que formaron parte del Secretariado y de las Comisiones de Trabajo, quienes han laborado incansablemente por el buen éxito del Congreso. Por ser una larga lista de nombres, no los puedo mencionar a todos, pero sí a los Coordinadores de las Comisiones: Dr. Leonardo Marranghello de Mesas Redondas y Conferencias; Lic. Haydée Brenes de Temas Libres; Dr. Miguel Asis de Asuntos Sociales; Lic. Julio Quirós de Apoyo Administrativo; Lic. Vílma Solano de Divulgación; Dr. Oscar Dobles de Finanzas.

Por la trascendencia y por la importancia que tiene para el porvenir de ACOSAP y por ende para la salud pública nacional, debo destacar la ayuda de Canadian Public Health Association, que designó a los señores Gerald H. Dafoe y Gordon Well, Director Ejecutivo y Tesorero, respectivamente, para que nos honrasen con su asistencia al Congreso.

Palabras de clausura del Dr. Carlos Díaz A.
Página 3

ACOSAP tiene 2 años de existencia y ha corrido con suerte, ha establecido una fructífera relación con una asociación homóloga, de vasta experiencia, fuerte y prestigiosa como es, la Asociación Canadiense de Salud Pública.

Con este Congreso Nacional de Salud Pública se inicia la generosa ayuda que la Asociación Canadiense de Salud Pública y la Agencia Canadiense de Desarrollo Internacional (CIDA) le otorgan a Costa Rica por medio de ACOSAP. Ayuda financiera, técnica y moral se nos proporcionará por espacio de 2 años, para el desarrollo de un proyecto de salud para las personas de la Tercera Edad.

Finalmente y como grata conclusión de este Congreso, me complace hacer público reconocimiento del acuerdo unánime de la Junta Directiva de ACOSAP, de designar al señor Gerald H. Dafoe y al señor Gordon Wells, Asociados Honorarios de la Asociación Costarricense de Salud Pública.