

PLAN NACIONAL DE INTEGRACION  
DE LOS SERVICIOS MEDICOS  
A TRAVES DE LA  
CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL



Julio 1962

INDICE DE ASUNTOS TRATADOS EN EL "PLAN DE INTEGRACION  
DE LOS SERVICIOS MEDICOS A TRAVES DE LA CAJA  
COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL"

A. - CONSIDERACIONES PRELIMINARES .....	página 1
1 <sup>o</sup> . Pluralidad de instituciones en Costa Rica encargadas de prestar servicios de salud:	página 1
a) El Sistema Hospitalario de Beneficencia .....	página 2
b) El Seguro Social .....	página 4
B. - LA INTEGRACION DE SERVICIOS .....	página 5
Críticas de segundo orden .....	página 6
Argumentos de Fondo .....	página 8
El Servicio Nacional de Salud Inglés .....	página 10
El Servicio Nacional de Salud Chileno .....	página 10
C. - CONSIDERACIONES FINALES .....	página 11
D. - PLANES CONCRETOS DE APLICACION INMEDIATA, A CORTO, MEDIANO Y LARGO PLAZO .....	página 13
a) Planes de aplicación inmediata .....	página 13
b) Planes a corto, mediano y largo plazo .....	página 14
c) Programa de construcción de Hospitales .....	página 15
E. - VENTAJAS DEL PLAN PROPUESTO A BASE DEL SEGURO SOCIAL .	página 17
F. - INCONVENIENTES BASICOS DEL PROYECTO DEL SERVICIO NACIQ NAL DE SALUD.....	página 18
G. - ANEXOS :	
Anexo A : Proyecto Ley traspaso Hospital San Rafael de Alajuela a la Caja Costarricense de Seguro Social.	
Anexo B : Promedio Estancia Hospital Central de la Caja, Hospital San Juan de Dios, y otros Hospitales .	
Anexo C : Categoría de ocupación de la población económica- mente activa, urbana y rural, por provincias y por centajes.	

## INTRODUCCION

### A.- CONSIDERACIONES PRELIMINARES

Costa Rica tiene como problema principal, al igual que los demás países sub desarrollados, la atención de la salud de una población de pocos ingresos y muy bajo nivel de vida, compuesta en alto grado por una masa campesina, de poca instrucción . Estos factores socio-económicos tornan más graves los problemas sanitarios y asistenciales.

El Ministerio de Salubridad Pública, a pesar de la alta función que está llamado a cumplir dentro de la actividad estatal, carece de recursos económicos para mantener servicios de salud eficientes, en todos los aspectos, tanto el asistencial como el sanitario.

El bajo nivel de vida de nuestra población provoca, por otra parte, el serio problema del parasitismo y de la desnutrición con todas sus secuelas. Desde el punto de vista de los sistemas de asistencia pública, la medicina que se presta a grupos de población con cuadros carenciales, de anemia, etc., hace que el costo de dichos servicios sea mucho más alto que el que pudiera prestarse a una población de alto ingreso familiar y con mejores condiciones de vida.

El problema de la salud pues, no sólo es un problema médico, sino también un problema económico y social. Exige la colaboración de todos los organismos del Estado, y, en consecuencia, por su categoría, por su trascendencia y efectos, es un problema político. La coordinación superior de todos los servicios públicos que tengan que ver con este problema, debe realizarse a nivel de la dirección política del Estado, sea del Gobierno Central.

Este primer planteamiento es básico para la elaboración de cualquier programa de coordinación o de integración de los servicios en esta materia. Descentralizar la dirección superior de los servicios de salud y confiarla a un único Instituto Autónomo, de manera total y absoluta, sería despojar al Poder Central del control de una de las líneas de acción política más importantes del Gobierno.

Se ha considerado necesario definir este primer aspecto del problema, para situar exactamente el lugar, el método y el punto de partida de las resoluciones últimas que con respecto al mismo se tomen, y la determinación del principio fundamental sobre el que debe descansar cualquier planteamiento institucional para abarcar, como un todo, el problema de la asistencia médica.

#### 1º.- La pluralidad de instituciones en Costa Rica encargadas de prestar servicios de salud:

En nuestro país existe pluralidad de sistemas institucionales encargados de atender las necesidades de salud de nuestro pueblo. Cada uno de ellos responde a épocas diferentes de la evolución de la medicina organizada en nuestro país.

Durante muchos años la atención de los problemas de salud de las capas sociales inferiores, estuvo en manos de instituciones de beneficencia que, guiadas por el principio cristiano de la caridad, prestaban un servicio público bajo la dirección de particulares.

a) El sistema Hospitalario de Beneficencia:

En virtud de reformas introducidas a las leyes de asistencia en el año de 1940, se varió hasta cierto punto el concepto de instituciones de caridad y se logró una mejor integración de las llamadas Juntas de Protección Social. La ley No. 1153 de 1950 determinó que tales Juntas quedaban subordinadas en el aspecto técnico al Consejo Técnico de Asistencia Médico Social, y en el aspecto económico a la Dirección de Asistencia Médico Social. Sin embargo, la estructura original del sistema, que descansaba en el concepto de beneficencia pública, se mantuvo y existe aún en nuestros días.

Las juntas de Protección Social integradas por personas de buena voluntad de cada localidad, representan una organización superada por la concepción moderna de lo que debe ser la organización estatal de los servicios médicos. A pesar de esto, su estructura se ha mantenido a través de los años y constituye uno de los obstáculos principales para la organización, en forma debida, de los servicios de salud en nuestro país, como ejercicio de una función fundamental del Estado.

El hecho de que persista todavía la estructura original del sistema de caridad pública, se ha reflejado no sólo en los aspectos de organización, sino también en la filosofía de la prestación médica. De ahí el problema de los llamados "indigentes", que es uno de los escollos fundamentales para una debida y adecuada financiación del sistema hospitalario de beneficencia.

Los hospitales de beneficencia pública fueron creados fundamentalmente para la atención de esta clase de enfermos. Eso era concebible en una etapa en que los servicios de salud se atendían con fundamento exclusivo en móviles de buena voluntad y solidaridad cristiana. El indigente, pues, recibía atención gratuita en los hospitales. La caridad cristiana exigía que no hubiera contraprestación de parte del enfermo.

Esta actitud debe aceptarse referida a la atención de pacientes de cierto nivel económico, pero habiendo crecido la población del país en un grado tan alto, como ha acontecido en los últimos años, las necesidades de asistencia y de salud a cargo del Estado demandan cada vez mayores erogaciones y se impone otro criterio.

Por otra parte, en la actualidad, como personas que deben recibir atención médica gratuita, se admite en los hospitales a más de un 70% de los pacientes. El Estado no puede soportar esta carga.

Se ha intentado en más de una ocasión resolver el problema a través del cobro hospitalario. Los intentos hechos en este sentido, han resultado en la práctica inoperantes. El cobro hospitalario ofrece una serie de dificultades y problemas, como la determinación de los ingresos y la capacidad económica de la persona, sistema difícil y complicado, que no puede establecerse con debida justicia al nivel de la organización administrativa de los Hospitales. Por lo tanto, la determinación de la condición de indigente no sólo es complicada, sino que obliga a un examen caso por caso, que torna costoso este tipo de investigaciones. En resumen, ha resultado inoperante injusto y negativo en cuanto a la aceptación del público.

La existencia de Juntas de Protección Social, constituídas como organismos locales a cargo de administraciones hospitalarias, trae un grave problema de coordinación. Además, el hecho de que sus miembros no sean personas preparadas técnicamente en materia de administración hospitalaria, ha producido deficiencias de orden administrativo y de empleo de los recursos financieros, así como la consecuencia de que prive el interés localista frente al interés nacional en problemas de salud pública, lo cual es altamente inconveniente.

Pese a todo lo dicho, en cuanto a los resultados obtenidos de la administración hospitalaria en manos de las Juntas de Protección Social, sí creemos muy recomendable que persista, por medio de una organización adecuada, el enlace que tales Juntas han representado entre el Hospital como centro de servicios de salud y la comunidad, realizando funciones de comunicación, de vigilancia y de relaciones públicas.

Ninguno de los centros del Sistema Hospitalario de Beneficencia ha logrado organizar su administración en forma adecuada. No tiene ninguno de ellos consultas externas, bien organizadas, que permitan una buena utilización de las camas de los Hospitales, mediante una selección conveniente de los casos hospitalizables.

Además, el criterio de que la asistencia social es para los desposeídos, a los cuales hay que tratar con un mal entendido criterio caritativo, hace que muchos de los hospitales prolonguen excesivamente las estancias a cierto tipo de enfermos que permanecen dentro de ellos, no para recibir asistencia médica, sino simplemente para estar como pasajeros de un hotel. Sabido es que las prolongadas estancias en los hospitales, son una de las causas de mal empleo de sus recursos económicos.

No existe una organización administrativa y financiera, unitaria, de dicho Sistema Hospitalario de Beneficencia. Realmente el interés localista ha sido un obstáculo para la perfección técnica de los sistemas administrativos.

Las anteriores críticas no llevan como finalidad la de desvirtuar la función social que han cumplido los centros de asistencia del Sistema Hospitalario de Beneficencia. Al contrario, justo es reconocer que el esfuerzo realizado por sus funcionarios técnicos y administrativos, representa el trabajo institucional más importante que se ha llevado a cabo en nuestro país en materia de asistencia médica.

Por otra parte, el Ministerio de Salubridad Pública está formado por una serie de organismos, algunos de los cuales gozan de semi-autonomía. Esto último determina una descentralización exagerada de las funciones que debe desarrollar tan importante Despacho. No vale la pena analizar las razones por las cuales se ha operado esta descentralización. Pero sí debe apuntarse como uno de los defectos fundamentales de la estructura orgánica del Ministerio de Salubridad Pública, y como uno de los primeros problemas que debe remediarse para lograr la integración definitiva de los servicios médicos. En consecuencia, podría también pensarse que la unificación que se busca, se lograría en una primera etapa a través de la debida organización y centralización a nivel de la Dirección General de Asistencia, de todos los hospitales de beneficencia, cuya administración y gobierno están en manos de las Juntas de Protección Social.

Insistimos en este aspecto, porque partiendo del razonamiento fundamental de que la prestación de los servicios de salud es una función política esencial del Estado, el centro principal de orientación y coordinación debe ser el Ministerio de Salubridad Pública.

#### b) El Seguro Social:

El Seguro Social representa una nueva etapa en la evolución de la medicina organizada en Costa Rica. Con base en la autonomía financiera y administrativa, el Seguro Social logra superar el régimen de caridad o beneficencia y ofrecer así, un nivel de protección con un sistema de medicina social de mejor calidad a un costo al alcance de los trabajadores, evitando también la parte humillante que tiene la beneficencia pública. Sin embargo, se ha desarrollado parcialmente aislado del Sistema Médico de Beneficencia.

La Caja, por un celo excesivo de su autonomía, por la resistencia inicial que le opuso la mayoría del cuerpo médico y algunos sectores de la clase patronal, se vio obligada a aislarse y cuidar su independencia administrativa y financiera.

Desgraciadamente el sistema de Seguros Sociales de Costa Rica no ha alcanzado el grado de universalización deseado por las siguientes razones fundamentales:

- a) Criterio muy conservador de la Institución en su política de extensiones, especialmente ocasionado por la falta de pago de sus obligaciones por parte del Estado.
- b) Defectos de los sistemas de Seguro Social, tales como restricciones del campo de aplicación, plazos de espera, no atención a trabajadores de patronos morosos, límites de tiempo de protección, etc.
- c) La falta de instalaciones asistenciales adecuadas.

El Seguro Social en Costa Rica, desde sus inicios, se estructuró dentro de la modalidad latinoamericana de este tipo de regímenes de protección, o sea prestan -

do no sólo ayuda desde el punto de vista económico al trabajador, sino también organizando sus propios servicios médicos. Las razones fundamentales para haber procedido de esa manera, las cuales han sido ampliamente discutidas y aceptadas en eventos internacionales de Seguridad Social del Continente (conferencias y seminarios) radican en el hecho de que mediante el sistema de servicios médicos propios, las instituciones de Seguridad Social logran mejor utilización de los recursos y un verdadero control sobre el costo de las prestaciones, obteniendo por tanto, una mejor calidad en la medicina a otorgar a los asegurados. Además, el control de las estadísticas, permite mayor información sobre los resultados obtenidos, calidad de los servicios, etc. Se aceptó como buena la tesis de los servicios comprados, únicamente cuando se trata de centros nacionales para el tratamiento de flagelos colectivos, tales como la tuberculosis, la lepra, el cáncer, etc., que por el carácter de la enfermedad, necesitan de la acción nacional conjunta.

En Europa, con algunas excepciones, entre ellas la de España, se ha concebido el Seguro Social, sobre la base de la prestación económica. Sin embargo, es explicable que en países donde las necesidades de protección médica son muy grandes, con economía de estructura feudal o semifeudal, en las que las Instituciones de Seguridad Social han tenido que abrirse campo luchando contra grandes resistencias de intereses creados, haya existido el celo de que las Instituciones de Seguridad Social administren ellas mismas sus servicios médicos.

Esto, lejos de complicar la posible integración de los sistemas de asistencia médica, es un factor que en el futuro podrá facilitar la realización de un programa de esa clase. El control de los costos, la existencia de una organización administrativa cuidadosamente vigilada, la implantación de servicios técnicos de alta calidad, que ha logrado el Seguro Social de Costa Rica, son garantía precisamente de que existe una base definida y probada sobre la que se puede llevar a cabo la unificación que se busca.

## B.- LA INTEGRACION DE SERVICIOS

Frente a este paralelismo de sistemas asistenciales, cuyos defectos y cualidades hemos descrito a grandes rasgos en párrafos anteriores, se presenta ahora la tesis de la integración de todos los servicios médicos del país en una única organización: el Servicio Nacional de Salud.

La integración, como muy bien lo indica el verdadero sentido de la palabra, debe tender a componer un todo con sus partes integrantes; el todo desde luego, debe tener un carácter homogéneo y no se puede pretender que tal característica se alcance ante la existencia de dos tesis, que si bien persiguen el mismo fin, tienen sustanciales diferencias: la Beneficencia Pública y el Seguro Social. Es más, pretender que la Seguridad Social está formada por la suma de Beneficencia Pública y Seguro Social, es un enfoque actualmente equivocado, por cuanto a la Seguridad Social se le ha otorgado ya una condición equivalente a la de un régimen de Seguro Social que protege a todos los habitantes del país.

Ciertamente, la existencia de dos organizaciones sin grandes conexiones, entre sí, tiene graves defectos. Pero también, es cierto que tal panorama puede ser enfocado desde diversos puntos de vista. Por ejemplo, se puede señalar el peligro de la duplicidad de servicios como un fantasma que cause pánico y obligue a encauzar determinadas soluciones. Se pueden invocar también teorías y recomendaciones de personalidades de alta jerarquía técnica, en provecho de una tesis, con olvido de que hay experiencias y opiniones valiosas en sentido contrario. En fin, se puede asumir la actitud de deformar el panorama de tal manera, que prive una idea determinada, sin tomar en cuenta los puntos de vista más convenientes, positivos y prácticos para el país.

Todos coincidimos en que debe llegarse en el futuro a la integración de los servicios médicos. El procedimiento es lo que aleja las diversas opiniones, que se han formado sobre el problema.

Es preciso mantener una actitud de análisis y buscar soluciones prácticas al problema, superando cualquier posición excesivamente dogmática al respecto. Tampoco debe tenerse la absoluta seguridad de que es un problema que puede solucionarse fácilmente.

Los argumentos en contra de la pluralidad de sistemas existentes deben forzosamente, en aras de la ponderación de juicio a que hacemos referencia, clasificarse en argumentos de fondo y de segundo orden. Examinemos algunos de estos últimos :

- a) Se insiste mucho en que se debe llegar a una solución del problema porque no es lógico que exista un sistema financieramente dislocado, y un sistema financieramente fuerte. En otras palabras, el hecho de que la Caja Costarricense de Seguro Social tenga recursos suficientes para atender el costo de una medicina moderna, no es concebible mientras el Sistema Hospitalario de Beneficencia tenga una estructura financiera débil. Lo anterior no constituye un desperdicio de recursos como en más de una ocasión se ha pretendido señalar. La buena medicina es cara. No se puede pretender que el Estado como tesis acoja la de una medicina barata, con perjuicio de la calidad de los servicios que deba prestar a los ciudadanos.
- b) Se habla de que la duplicidad de servicios origina una pérdida de recursos económicos, que la integración de una sola Institución podría eliminar. Por la forma en que se expone el asunto, se revela que la duplicidad de servicios todavía no ha sido estudiada de manera concreta, ya que no existe una determinación exacta del monto de los recursos económicos mal aprovechados en ese sentido. Cabe observar que la duplicidad de instalaciones o de personal, como laboratorios, no es un problema difícil de solucionar, si se establece una adecuada coordinación a través del Ministerio de Salubridad Pública. No es, en último término, tal hecho motivo para recomendar una complicada organización institucional, como el Servicio Nacional de Salud.

Sin embargo, a pesar de lo dicho nos preocupa que en un país como el nuestro, de escasos recursos económicos, haya alguna posibilidad de mal empleo de los fondos destinados a la salud pública. Por lo tanto, al negar a la duplicidad que se apunta, el



valor de un argumento de fondo, no restamos eficacia a la necesidad de aprovecharla al máximo, dentro de la mayor economía, todas las disponibilidades económicas, técnicas y administrativas destinadas a la atención de la salud pública.

c) Se ha dicho también que la Caja Costarricense de Seguro Social hasta el momento tiene un número de camas que no alcanza al 10% de la totalidad de las camas hospitalarias de Costa Rica. Este argumento debe analizarse con cuidado, pues descansa en supuestos falsos. Las camas hospitalarias de todo el país aparentemente llegan a un número cercano a 5.678. Pero, preciso es recordar que dentro de este gran total, se están incluyendo camas que no llegan a alcanzar la categoría de hospitalarias.

Las camas de que dispone el Seguro Social en la actualidad, sí son hospitalarias porque responden a un concepto de la medicina moderna, bien distinto al que impera en el Sistema Hospitalario de Beneficencia. Además, cada una de las camas del Seguro Social moviliza más pacientes que cualquier cama del Sistema Hospitalario citado. Para llegar a esta conclusión basta examinar los datos de promedio de estancia en los centros asistenciales del Sistema Hospitalario de Beneficencia y los de los Hospitales de la Caja Costarricense de Seguro Social.

El Hospital Central de la Caja Costarricense de Seguro Social es el único centro hospitalario del país que tiene un promedio de estancia de 10 días. Los informes estadísticos son elocuentes en este sentido. ( Anexo B).

Debe considerarse que si el Seguro Social no tiene un mayor número de camas hospitalarias, no es éste un argumento que deba achacarse al sistema de Seguros Sociales del país, sino a los serios obstáculos que la Institución ha tenido para la construcción de su Hospital Central, en diferentes épocas del desenvolvimiento de su existencia como ente público. La Caja en todo momento ha estado dispuesta a realizar dicha obra, es más, tiene los recursos necesarios para construir y mantener en operación un Hospital que podría ser el mejor centro asistencial del país. La realización de este proyecto ya está lista, pues se cuenta con los planos, diseños, especificaciones y recursos económicos para ello, y los trabajos de construcción se iniciarán en el presente año. Si no pudo hacerse en el pasado no ha sido por motivos imputables, repetimos, a la Caja Costarricense de Seguro Social.

c) Se ha dicho que al pasar a manos del Seguro Social los hospitales de asistencia, el costo por estancia forzosamente se eleva. Esto es absolutamente cierto. No puede ser de otra manera. Un Hospital operado por un personal médico y paramédico suficiente, con buenas dotaciones mensuales, con un formulario de medicinas completo, con facilidades amplias para la adquisición de equipo, con bancos de sangre funcionando con las reservas necesarias para atender a todos los pacientes que la requieran, con laboratorios bien equipados, etc., obligadamente implica un alza en el costo de operación. Uno de los renglones que más aumentaría el costo de operación de un hospital al ser traspasado a la Caja Costarricense de Seguro Social es el de los salarios a cubrir al personal del respectivo centro hospitalario; sin embargo, como una solución intermedia y mientras no se llegue a un sistema de

Seguridad Social mediante un sistema adecuado de remuneración al personal de un centro hospitalario, que guarde proporción con el número de estancias y consultas externas de enfermos de beneficencia, pacientes cubiertos por el sistema de Seguro Social y otros grupos de personas atendidas, se puede evitar una elevada alza en el renglón de sueldos, pero que a su vez permita mejorar los actuales salarios del personal médico y administrativo de los hospitales que forman el Sistema de Beneficencia.

Suponemos que no se pretende que el funcionamiento de los sistemas de salud se logre a base de una economía mal entendida, en el sentido de que el nivel de las prestaciones deba descender para obtener un costo menor de la asistencia médica. Conviene, eso sí, estudiar cuál es la incidencia en los costos de estancias prolongadas, de la ausencia de consultas externas, de las administraciones confiadas a Juntas que proceden en su gestión con criterio no técnico, etc. Recomendamos esto, porque esos sí son factores que pueden incidir sobre un desperdicio de los recursos con que cuenta el país para atender los servicios de salud.

- e) Se ha dicho que el Seguro Social no alcanzará a proteger al total de la población, sino que si acaso podría llegar a cubrir a un 30% o 40% de los ciudadanos, al universalizar sus regímenes en las condiciones previstas actualmente.

Esto no es cierto, tal y como se puede apreciar en cuadro relativo a población económicamente activa que forma parte del Anexo C, en el cual se puede apreciar que un 66.45% de la población económicamente activa eran trabajadores y un 10.91% eran trabajadores independientes. Eso demuestra que el 77.36% de la población económicamente activa, en potencia está obligada al Seguro Social en Costa Rica, todo de acuerdo con las cifras del Censo de Población del año 1950. No existen razones para suponer que los anteriores porcentajes hayan variado de manera muy sustancial.

El campo de aplicación de nuestro Seguro puede ampliarse, absorbiendo y utilizando los recursos económicos de personas hasta ahora calificadas dentro del concepto general de "indigentes". La Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social es clara al respecto, ya que faculta a su Junta Directiva para extender estos beneficios de los trabajadores independientes y de servicio doméstico.

A todos los anteriores argumentos les hemos dado la categoría de razones de segundo orden en pro de una integración de los servicios médicos, porque no tocan la esencia del problema, porque parten de supuestos equivocados, y, finalmente, porque implican un enfoque parcial de las necesidades de integración. Se ha partido de la base de un crítica al sistema del Seguro Social y no de una posición constructiva fundamentada en sistemas absolutamente financiados y presididos por una orientación filosófica sobre lo que debe ser la medicina social.

Los argumentos de fondo a favor de una integración futura de los servicios médicos son atendibles:

- 1<sup>o</sup>.- La salud es una. Desde este punto de vista no cabe distinguir entre medicina preventiva y medicina curativa. El régimen de Seguros Sociales no excluye una activa participación en programas de medicina preventiva.
- 2<sup>o</sup>.- Debe existir una planificación integral de todos los programas de salud, en forma tal que los esfuerzos no respondan a enfoques parciales, sino al interés superior del país. Debe existir una cuidadosa programación de la construcción de hospitales y centros de asistencia médica, para que la promoción de la salud cuente con las obras necesarias, en forma continua y segura, en atención a la demanda creciente de servicios.
- 3<sup>o</sup>.- En los aspectos de política de nutrición y programas de medicina preventiva, todas las Instituciones que prestan servicios de salud al pueblo costarricense, deben unir sus esfuerzos para lograr esos objetivos.

Las anteriores razones son convincentes. Debe, en consecuencia, buscarse la integración de los servicios médicos como medio para la realización de tan importantes objetivos. Sin embargo, a la integración debe llegarse con un criterio práctico, impuesto por la escasez de recursos económicos del país, la difícil situación fiscal, las aspiraciones de los trabajadores cubiertos por los programas de protección estatales creados hasta el momento, y el interés político superior del Estado.

Para alcanzar tales metas, insistimos en que es preciso tomar en cuenta:

- a) El sistema de financiamiento que se escoja como base fundamental de la prestación de los servicios.
- b) La filosofía social que inspire dicha prestación de servicios.
- c) El adecuado nivel de remuneración de todos los trabajadores empleados en estas funciones.
- d) Las posibilidades de construcción de instalaciones físicas adecuadas.
- e) La organización institucional administrativa y la experiencia que en relación con la misma existe.

La tesis que pretendemos demostrar es la de que, con medidas intermedias adecuadas, pueden lograrse todos los objetivos de la integración de los servicios médicos del país, sobre la base y la estructura ya existente de la Caja Costarricense de Seguro Social, sin que sea necesario recurrir a la creación de una nueva entidad, que absorba a la Caja, a todas las demás entidades asistenciales y al propio Ministerio de Salubridad Pública.

No creemos que sea una política sensata copiar, sin mayor estudio, soluciones extranjeras para resolver el problema, pues bien pudiera ser que se estén olvidando los supuestos fundamentales que son la razón de ser de la existencia de esas Institu-

ciones o sistemas en otros países. Concretamente, en el caso del Servicio de Salud inglés, cabe hacer la observación de que la situación de la medicina en Inglaterra es tal, que los principales partidos políticos estuvieron de acuerdo en socializar los servicios médicos como única solución del problema de salud del pueblo inglés. Por lo demás, la organización antes citada descansa sobre características de la profesión médica que nosotros no podemos copiar y sobre una realidad social totalmente distinta a la nuestra.

El Servicio Nacional Chileno, merece párrafo aparte, pues se trata de una experiencia latinoamericana que debe estudiarse con cuidado, y se ha originado en una realidad económica, política y social similar a la nuestra, aunque responde a ciertas características propias de la organización de los Seguros Sociales y de los servicios médicos en Chile. Por otra parte, el Servicio Nacional de Salud Chileno demuestra, trasladando esa realidad de Chile a Costa Rica, que no todos los problemas que se pretenden solucionar pueden alcanzar adecuada atención. En este momento, esa organización no responde a todos los objetivos y finalidades que se buscaban llenar con su creación. Los problemas derivados de la falta de coordinación, en el cumplimiento de programas de salud, se mantienen, no entre instituciones diferentes, sino entre los mismos departamentos del Servicio Nacional de Salud. Es de tal magnitud su estructura, que puede decirse que en muchas de sus dependencias y servicios existe gran desorden.

En relación con este Organismo, vale la pena, para efectos de ilustración, consignar algunos datos de la amplia y documentada conferencia que dictó el Dr. Guido Miranda, profesional que tuvo la oportunidad de conocer de cerca sus resultados, conforme el reciente viaje que realizó a Chile.

Como parte de los muchos comentarios que en esta oportunidad manifestó el Dr. Miranda, reveló por ejemplo lo relativo al empleo del presupuesto del Servicio Nacional de Salud Chileno, que en un principio se había planeado destinar un 42% a gastos de administración y un 58% a programas de trabajo, orientados principalmente a la implantación de programas de medicina preventiva. Sin embargo, en la realidad se obtuvo una distribución presupuestaria de 81% para gastos de administración y 19% para programas de salud, lo que hace del todo inoperantes sus resultados, sobre todo en el campo de la medicina preventiva. Precisamente a causa de esto, de los 45 especialistas en epidemiología con que contó el Servicio al iniciar sus operaciones, actualmente sólo tiene 14, pues el resto decidió dedicarse a actividades profesionales particulares, en vista de que en esa entidad no encontraron campo para aplicar sus conocimientos, que son básicos en programas de medicina preventiva. Todo esto es un argumento a favor de la tesis expuesta en este trabajo, de que la responsabilidad de esos programas debe quedar a cargo directo del Estado, a través de sus Ministerios de Salubridad Pública.

Por otra parte, y con respecto a los muchos problemas administrativos que ha afrontado este Organismo, relató el Dr. Guido Miranda que el Servicio en el último año de su funcionamiento ha tenido 19 huelgas de personal, incluyendo personal técnico y administrativo, y que en la más reciente de ellas presentaron renuncia colectiva 3.500 médicos. Otra falla que ha tenido el referido Servicio, es la escasez de re-

cursos humanos para el funcionamiento de tan inmensa organización, pues resulta que han faltado médicos, administradores, y técnicos en general.

En fin, que en muchos aspectos de la vida interna del Servicio Nacional de Salud Chileno, se han venido a reproducir los mismos problemas que existían con anterioridad a su constitución, a nivel de la pluralidad de instituciones, e incluso el panorama de salud pública en ese país no ha mejorado.

Son sumamente importantes los resultados de esa organización para Costa Rica, en momentos en que se propone la creación de un organismo similar, estructurado bajo su modelo teórico, sin considerar sus efectos reales. Es esta una demostración de que los propósitos deben orientarse hacia realidades prácticas, considerando las experiencias, las características y los superiores intereses del país.

### C.- CONSIDERACIONES FINALES

Antes de entrar a proponer las soluciones concretas que recomendamos, conviene hacer un resumen de las principales consideraciones de este trabajo:

#### Primero:

Es indudable que la unificación de los servicios médico-hospitalarios, por los múltiples problemas que presenta (legales, financieros, médico-administrativos, etc.), no será posible abordarla, -como no sea en un planteamiento teórico-, con soluciones globales e inmediatas. La misma complejidad del problema obliga a quienes asuman la responsabilidad de resolverlo, a plantearse la solución final del mismo como una meta, a la que habrá de legarse a través de etapas previamente estudiadas y definidas hacia el futuro, mediante planes de aplicación inmediata, a corto, mediano y largo plazo. Este procedimiento, indudablemente más racional y práctico, tiene la enorme ventaja de que las soluciones se irán adaptando, conforme avance el programa, a las peculiaridades de nuestro país en todo orden, muy especialmente, en cuanto a las limitaciones de tipo económico-financiero y de orden humano-técnico. La experiencia de los primeros pasos orientará las etapas ulteriores, siendo siempre posible corregir yerros.

#### Segundo:

Es necesario definir previamente un planteamiento de fondo: la unificación de los servicios médico-hospitalarios deberá necesariamente incluir la medicina preventiva? En otras palabras, deberá desaparecer el Ministerio de Salubridad Pública? Desde el punto de vista médico, el concepto de "salud" es absolutamente unitario, cualquier división que se adopte, como la de medicina asistencial y medicina preventiva, es decididamente arbitraria o circunstancial. Ahora bien, la anterior premisa a nuestro modo de ver, no debe en forma alguna ser normativa al planear la unificación que nos ocupa. El hecho de que en otros países la unificación haya incluido la medicina preventiva, tampoco nos obliga a plantearnos esa única alternativa. Las objeciones que queremos hacer a tal procedimiento son las siguientes:

- a) El problema de la unificación de los servicios médico-asistenciales es de suyo complicado. Parece lógico que el problema de la integración de los programas de medicina preventiva al sistema médico-asistencial unificado, se posponga hasta tanto no se haya alcanzado esta primera etapa.
- b) Es inconveniente la existencia de una organización con la responsabilidad de todos los problemas de salud, absolutamente divorciada del Poder Central, no sólo porque es siempre saludable un control de las labores específicas encomendadas a tal organización, sino que también y principalmente es indispensable la superior coordinación de todos los entes descentralizados del Estado a nivel del Poder Central.
- c) Por otra parte, la existencia real de un Ministerio de Salubridad Pública, garantiza el puente de unión, con capacidad para coordinar técnicamente, entre la institución encargada de la asistencia médica y el Poder Central. Por lo demás, los programas de medicina preventiva son fácilmente coordinables con los programas de medicina asistencial, siendo, como son, programas complementarios.

Por lo tanto, nos parece prudente iniciar las etapas del programa de unificación considerando exclusivamente el problema de la medicina asistencial, no sólo por las razones expuestas, sino también porque se facilita el procedimiento. Como queda dicho, será siempre posible, alcanzada la meta de la unificación de los servicios asistenciales, revisar si se considera conveniente en esa oportunidad la política seguida con relación a la medicina preventiva.

### Tercero:

También es necesario contar en este planteamiento, con un cuadro somero de la realidad de la organización médico-asistencial del país, tal como nosotros la vemos y con el único propósito de encontrar un punto de partida, una vez individualizado el problema.

La organización de nuestros Hospitales de Caridad corresponde al siglo pasado, tanto por su concepción administrativa como filosófica. Indudablemente desempeñó un papel de decisiva importancia dentro de la organización social y con los recursos de la medicina de la época. El concepto de "caridad" como se entendía entonces, ha sido sustituido por el concepto moderno de la Seguridad Social. La medicina que se ofrecía dentro de esa modalidad, también ha sido superada por el desarrollo mismo de la ciencia médica, y por la necesidad de que el Estado organice un sistema que pueda ofrecer a la comunidad esa medicina moderna, cada día de mayor alto costo, que se sustente económicamente sobre bases de equidad y justicia. Un sistema médico-asistencial, organizado para dar asistencia médica de "caridad", se convierte en un problema de orden financiero y sociológicamente en un absurdo, pues es inadmisibles que se pueda sustentar la tesis de que el 70% de los pacientes que acuden a los Hospitales de Asistencia Pública sean menesterosos. Creemos que esto es suficiente para convenir en que este sistema hay que descartarlo.

Es necesario ampliar el campo de aplicación del Régimen de Enfermedad y Maternidad de la Caja Costarricense de Seguro Social, para la inclusión en dicho Régimen

men a los trabajadores independientes y del servicio doméstico. Así, el 70% aproximadamente de nuestra población entraría en el Régimen de Enfermedad de la Caja y, desde luego, contribuiría en la medida de las posibilidades de cada uno, al pago del costo de los servicios. Los dineros que el Estado dispone actualmente para la atención de los llamados enfermos de "caridad", serán sobradamente suficientes para que los menesterosos (10% o 15% de la población), tengan derecho al tipo de asistencia médica que reciben los enfermos cubiertos por el Régimen de Enfermedad y Maternidad de la Caja, sin derecho, por supuesto, a las prestaciones de orden económico. Los dineros sobrantes podrían ser utilizados por el Estado en programas de medicina preventiva, o bien, podrían ser destinados al pago de su cuota para la cobertura del trabajador independiente, sobre todo si se llegara a la redistribución de cargas para sufragar los gastos del Régimen de Enfermedad y Maternidad actual.

**D.- PLANES CONCRETOS DE APLICACION INMEDIATA, A CORTO, MEDIANO Y LARGO PLAZO:**

Con el propósito de concretar un programa de realizaciones que puede llevar a cabo la Caja, partiendo de las consideraciones anteriores, nos permitimos proponer lo siguiente:

**a) Planes de Aplicación Inmediata:**

- 1.- Centralización del tratamiento del enfermo tuberculoso en el Hospital Nacional para Tuberculosos. La Caja comprará servicios a la Lucha Antituberculosa, la cual seguirá formando parte, y bajo el control del Ministerio de Salud Pública.
- 2.- Utilización al máximo del Hospital Nacional de Niños por parte de la Caja, la que se verificará con la extensión de la cobertura familiar a los hijos menores de 13 años en el área metropolitana y la progresiva extensión del régimen en el resto del país.
- 3.- Traspaso a la Caja del Hospital Regional de Alajuela. Este proyecto, representaría el primer paso en el logro de la integración de los servicios médico-asistenciales, sobre la base del Seguro Social. Se ha escogido el Hospital de Alajuela para esta primera experiencia por las siguientes razones:
  - a) La actitud de la Junta de Protección Social que actualmente regenta el citado Hospital, es francamente favorable a que se lleve a la práctica el proyecto.
  - b) El régimen de Enfermedad y Maternidad de la Caja Costarricense de Seguro Social, con cobertura familiar, prácticamente está extendido a toda la provincia de Alajuela, con excepción de los cantones de Atenas y Poás, los cuales serán protegidos a corto plazo.

- c) El Hospital San Rafael, como Hospital Regional, es la base del sistema asistencial que cubre la provincia más populosa del país, con mejores vías de comunicación. Es, por lo tanto, fácil extender este programa, para el Cantón Central, en su primera etapa, al resto de la Provincia.
- d) La Caja Costarricense de Seguro Social lleva a cabo en estos momentos estudios relativos a la inclusión en el Régimen de Enfermedad y Maternidad, de los trabajadores independientes y del servicio doméstico en el Cantón Central de la Provincia de Alajuela, donde se realiza la primera experiencia de este tipo en el país, la cual será aplicable a otras zonas del país.

Se acompaña un anteproyecto de ley,<sup>★</sup> en que se autoriza el traspaso del Hospital Regional de Alajuela a la Caja. Del estudio del mismo se podrá ver que la Institución se compromete a otorgar la asistencia médica que da a sus asegurados en el Régimen de Enfermedad y Maternidad, a los enfermos no cubiertos por dicho Régimen, sean indigentes o taxativos. Para la atención de los enfermos menesterosos, dispondrá de los ingresos que para esos fines percibe actualmente el Hospital San Rafael: renta de la lotería nacional, subvenciones fijas y variables del Estado, Impuesto de Beneficencia, rentas provenientes de la Ley del Timbre Hospitalario. Si los ingresos por los anteriores conceptos excedieran el costo de la atención de los enfermos menesterosos, el exceso será puesto por la Caja a disposición del Ministerio de Salubridad para que se dedique a programas de medicina preventiva en la zona de atracción del Hospital. En las anteriores circunstancias, es evidente la conveniencia para la Caja de extender a la mayor brevedad posible la protección en el régimen de Enfermedad y Maternidad a los trabajadores independientes y al servicio doméstico. Sin haber hecho estudios detallados, los que se podrían hacer en un próximo futuro, es nuestra impresión que los dineros señalados anteriormente, que el Estado destina para el sostenimiento del Hospital de Alajuela, serán suficientes para cubrir su cuota para la protección de los trabajadores independientes y de servicio doméstico. Se garantiza en esta forma la prestación de los servicios médicos a la totalidad de la población de la zona en experimento, con la sola y lógica exclusión de los individuos con recursos económicos, que por sí mismos se pueden garantizar la propia protección y la de sus familiares, en el riesgo de enfermedad y maternidad.

Este proyecto de unificación de los servicios médicos en Alajuela, vendría complementado con la colaboración y participación económica de la Caja en los programas de medicina preventiva, que en la zona en experimento lleve a cabo el Ministerio de Salubridad Pública.

- b) Planes a corto, mediano y largo plazo:
  - 1. - Construcción del nuevo Hospital Central de la Caja y sus Clínicas periféricas, lo que permitirá de inmediato la extensión del Régimen de Enfermedad y Maternidad con protección familiar, y la inclusión de los trabajadores independientes y del servicio doméstico del Area Me-



tropolitana. Vinculados a la existencia del nuevo Hospital Central de la Caja, se podrán dar los siguientes pasos:

- a) Traspaso de los accidentes de trabajo o riesgos profesionales al Régimen de Enfermedad y Maternidad de la Caja.
- b) En atención al alto costo de las instalaciones del Servicio de Oncología y Radioterapia del Hospital Central, la Caja asumirá la atención en escala nacional del tratamiento del cáncer. Para la atención de menesterosos se proveerá proporcionalmente a la Institución de los fondos que actualmente el Estado gasta en estos servicios.
- c) Asimismo, en el Hospital Central, funcionará el Centro Nacional de Rehabilitación.

2.- Traspaso a la Caja Costarricense de Seguro Social de los otros Hospitales y Maternidades de la Provincia de Alajuela, dentro de la filosofía y condiciones en que se planteó la unificación en el Cantón Central.

Con base en la experiencia lograda con la unificación de los servicios médico-asistenciales en la Provincia de Alajuela, y en un plazo no mayor de cinco años a partir de esa fecha, el programa cubrirá por su orden, las provincias de Heredia, Cartago, Puntarenas, Limón, Guanacaste y San José.

c) Programa de Construcción de Hospitales:

Es conveniente centralizar en la Sección de Planeamiento y Construcciones de la Caja, el planeamiento de todas las unidades médicas proyectadas, no sólo en razón de la economía que de esto se pueda derivar, sino que -muy especialmente-, para aprovechar una organización que se ha demostrado eficiente y que cuenta con un equipo técnico especializado capaz de orientar su trabajo sobre normas técnicas definidas.

El orden de prioridades para el planeamiento de los proyectos sería el siguiente, incluyendo entre otros el nuevo Hospital de Alajuela, que conforme el compromiso adquirido por la Caja en las bases del traspaso, debe ser proyectado y construido en un término no mayor de dos años:

1) Hospital Central de la Caja:

Superficie construída.....	26.147,60 m <sup>2</sup>
Número de camas.....	588
Superficie construída por cama:	$\frac{26.147.60}{588} : 44.457 \text{ m}^2 \text{ por cama}$
Número de consultorios.....	51
Presupuesto de construcción aproximado.....	¢30.000.000,00

2) Cuatro Clínicas Periféricas en la ciudad de San José:

Cada una de estas Clínicas tiene un área aproximada de 2.600 m<sup>2</sup>  
y un costo de construcción de..... ₡1.500.000,00.

Están diseñadas para atender a 30.000 derecho-habientes y contarán con los servicios de cirugía menor y emergencia, inyectables y curaciones, hidratación, Rayos Equis, farmacia, laboratorio clínico, centro de equipos y esterilización. Además, se dará consulta externa en medicina general, otorrinolaringología, oftalmología, ginecología y prenatales, dermatología, pediatría y odontología. Tiene también consulta para el niño sano, servicio social y guardería infantil.

Presupuesto de construcción aproximado  
de las cuatro clínicas periféricas..... ₡6.000.000,00

3) Hospital Regional de Alajuela:

Aproximadamente 250 camas.  
Presupuesto (22.000 por cama con equipo)..... ₡ 5.500.000,00

4) Hospital Regional de San Isidro del General:

Aproximadamente 150 camas.  
Presupuesto (25.000 por cama con equipo)..... ₡ 6.250.000,00

5) Hospital Regional de Puntarenas:

Aproximadamente 150 camas.  
Presupuesto (25.000 por cama con equipo)..... ₡6.250.000,00

6) Hospital Regional de Nicoya:

Aproximadamente 250 camas.  
Presupuesto (25.000 por cama con equipo)..... ₡6.250.000,00

El presupuesto total para estos seis proyectos alcanza ₡60.250.000,00, que bien podrían ser incluidos entre las solicitudes de préstamo de nuestro Gobierno al Plan de Alianza para el Progreso a un plazo de 10 o 20 años, amortizado por la Caja con dineros provenientes del Fondo para la Construcción e Instalación de Hospitales y Dispensarios, que cuenta con un ingreso de ₡5.000.000,00 anuales.

D.- VENTAJAS DEL PLAN PROPUESTO DE LA INTEGRACION  
A BASE DE LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Para finalizar el presente trabajo, cabe enumerar someramente las ventajas del plan propuesto por la Caja:

- 1<sup>o</sup>.- Implica la existencia de una organización, con experiencia probada en la administración de servicios médicos. Evita por lo tanto, los gastos considerables que implica la creación de un nuevo organismo .
- 2<sup>o</sup>.- Se cuenta con un sistema financiero adecuado para atender los servicios que se prestan y crear reservas para construir las obras necesarias que exige la medicina moderna y el ritmo de las necesidades del país.
- 3<sup>o</sup>.- El proceso gradual que se recomienda permite revisar paulatinamente las soluciones que se logren y valorar sus resultados. Por lo tanto, se facilita la corrección de defectos y cambios en la política seguida.
- 4<sup>o</sup>.- La garantía de una organización en marcha, con bases fundamentadas, facilita la obtención de créditos y su respaldo económico. Es muy posible que la Caja encuentre un acceso más fácil a las fuentes de crédito internacionales, que una organización nueva.
- 5<sup>o</sup>.- No se alteran en ninguna forma los derechos adquiridos de asistencia médica por parte de los asegurados, que con la mayor justificación reaccionarán violentamente ante el intento de suprimir los servicios a cargo de la Caja.
- 6<sup>o</sup>.- Permite revisar el régimen de Seguro Social de Costa Rica para ajustarlo a las tendencias modernas en esa materia y preparar el camino para un futuro régimen nacional de Seguridad Social.
- 7<sup>o</sup>.- La integración se realizaría en forma correcta con base en un objetivo fundamental, cual es el otorgar prestación médica de buena calidad a toda la población del país, evitando unir de manera forzada sistemas de asistencia médica cuyos principios y objetivos son diferentes, aunque pretendan proteger la salud del pueblo.
- 8<sup>o</sup>.- No se corre el peligro de crear fuera de época y de un solo golpe, peligrosas super-estructuras estatales que pueden acarrear graves problemas a corto plazo.
- 9<sup>o</sup>.- El gradual desarrollo del Seguro Social permite, dentro de programas dinámicos, obtener resultados más satisfactorios que la creación de un nuevo sistema que no es ni Seguro Social ni Beneficencia Pública ni Seguridad Social.
- 10<sup>o</sup>.- La solución propuesta es una verdadera garantía para el fisco, por cuanto permite de manera segura y a corto plazo, solucionar el problema económico del actual Sistema de Beneficencia en lo que toca al Presupuesto Nacional de la República.

## F.- INCONVENIENTES BASICOS DEL PROYECTO DEL SERVICIO NACIONAL DE SALUD

A riesgo de repetir algunos argumentos ya expuestos en partes anteriores de este informe, creemos oportuno señalar los aspectos de mayor inconveniencia del proyecto del Servicio Nacional de Salud, en la siguiente forma:

1.- Usando la expresión popular de que "el frío no está en las cobijas", podemos afirmar sin temor a equivocarnos que la solución de los problemas de la salud en nuestro país no está en la creación de un nuevo organismo autónomo encargado de administrar y dirigir los complejos sistemas de las Juntas de Protección Social, de la Caja Costarricense de Seguro Social y del Ministerio de Salubridad Pública. (Artículo 3º del Proyecto de Ley sobre el Servicio Nacional de Salud). Además de las dimensiones exageradas que tendría el nuevo Instituto proyectado, que harían casi imposible una administración y dirección eficientes y económicas del mismo, no se le puede dar al país una garantía seria de que éste sea el camino adecuado para resolver los problemas de la salud. La centralización, por sí sola, no garantiza nada.

Un Instituto centralizador de todas estas funciones puede resultar mucho más caro e ineficiente que el trabajo acertadamente organizado y coordinado de varias instituciones menores. E incluso un solo Instituto no es garantía de la eliminación de la duplicidad de instalaciones y esfuerzos. La experiencia de Chile con su Servicio Nacional de Salud, -el cual se pretende copiar en el proyecto que ahora comentamos-, es muy elocuente en este sentido. Después de 10 años de funcionamiento de ese Servicio, hoy Chile se encuentra frente a una realidad mucho más compleja y difícil que la que afrontaba antes de la creación de este organismo, e incluso la situación de la salud se ha desmejorado notablemente en ese país durante el período que cubre esta experiencia, muy costosa y negativa como para que Costa Rica corriera hoy el riesgo de aventurarse en ella, precisamente cuando Chile está buscando nuevas soluciones después del fracaso general del Servicio. El problema de la salud, más que institucional, es de filosofía social, de sistema de trabajo, de planes concretos y obligatorios de coordinación, y ante todo, de decisión de llevar adelante un programa de reorganización de las instituciones existentes, independientemente de intereses profesionales o de comunidades locales.

2.- Es absolutamente inconveniente, y casi imposible de justificar, la creación de un nuevo Instituto autónomo, sobre todo si se toma en cuenta que ya existen en el país instituciones como el Seguro Social que pueden llevar adelante un programa muy amplio, en condiciones de eficiencia y economía, de protección a la salud de centenares de miles de costarricenses, como se explicará más adelante. (Artículo 2º del Proyecto de Ley sobre el Servicio Nacional de Salud). Sobre todo es inconveniente la creación de un Instituto con las dimensiones y tareas que se fijan en el proyecto, precisamente en el momento en que el Gobierno y el país en general, han entrado en una seria revisión de nuestro sistema de instituciones autónomas. Desde el punto de vista de la economía de recursos y esfuerzos, además del aspecto de los riesgos, no es racional ponerse a crear nuevas instituciones si ya existen otras que pueden llevar adelante, con mayores probabilidades de buen éxito por su experiencia, la misma tarea que pretende encomendarse a la nueva Institución.

3.- Es inaceptable, como lo dijimos en otra parte de este folleto, que escape al control del Estado la política de salud pública. Una de las grandes responsabilidades del

Estado moderno es la de velar por la salud de todos sus súbditos, en las mejores condiciones de eficiencia, economía y calidad de las prestaciones. Eliminar este control estatal sería igualmente peligroso que quitarle al Estado el control sobre la educación nacional. (Artículo 1º del Proyecto de Ley del Servicio Nacional de Salud).

4. - Tampoco se puede justificar, por innecesaria y riesgosa, la pretensión de comprender todos los hospitales, dispensarios, demás instalaciones físicas, miles de funcionarios, etc., en un solo organismo, de la noche a la mañana, con todos sus vicios y miserias. (Artículo 5º del Proyecto de Ley del Servicio Nacional de Salud). La precipitación es enemiga de las buenas empresas humanas. Creemos firmemente que deben hacerse reformas sustanciales en las instituciones hoy existentes dedicadas a la atención de la salud de los costarricenses. En cuanto al fondo de esta cuestión, consideramos que normas constitucionales muy claras obligan a llevar a cabo esta centralización por medio de la Caja Costarricense de Seguro Social, como luego se analizará. Sin embargo, el proceso tendrá que realizarse por etapas, mediante un plan de realizaciones a corto, mediano y largo plazo como queda expuesto. Tanto el Seguro Social, como todo el sistema hospitalario de las Juntas de Protección Social, deben ser sometidos antes a una revisión de su actual estructura, con el propósito de que sean reorganizados si esto se impone. Por ejemplo, creemos que el indicado sistema hospitalario, que desde hace varios años atraviesa una crítica situación financiera que limita la calidad de los servicios y tiene en condiciones infrahumanas a todo el personal, debe ser unificado para lograr una organización eficiente que logre autofinanciarse. Sin probar estas posibilidades de ese sistema, nos parece incluso hasta imprudente pretender mezclarlo con todas las instalaciones, personal y medios económicos del Seguro Social. Sospechamos que si se integran instituciones que no han sido previamente preparadas y reorganizadas, para eliminar sus vicios, lo que resultará de todo esto será una institución en la que todos esos vicios se multiplicarán.

5. - En la forma en que está concebido el proyecto de creación del Servicio Nacional de Salud, resulta que el Seguro Social tendría que traspasar a aquél todos sus hospitales, edificios, dispensarios y demás bienes muebles e inmuebles, así como todas las cuotas del régimen de Enfermedad y Maternidad provenientes de trabajadores, patronos y Estado. (Artículo 4º del Proyecto de Ley del Servicio Nacional de Salud). Ni siquiera se proyecta una compra de servicios médicos de la Caja al Servicio. Pura y simplemente se trasladarían todos los fondos para que el nuevo instituto dispusiera de ellos en forma indiscriminada en la atención de todos los servicios suyos, sean del Seguro o no. En esas condiciones, la atención médica a los asegurados podría experimentar un serio quebranto, -por la imposibilidad de financiar con los actuales ingresos todos los servicios al nivel en que los presta la Caja-, sin que los asegurados o la misma Caja pudieran hacer absolutamente nada para reconquistar la calidad y volumen de las prestaciones médicas que ésta otorga en la actualidad. Habría en ese sistema, una imposición unilateral de condiciones por parte del Servicio, y a los asegurados y a la Caja no les quedaría otra alternativa que aceptar los servicios de la nueva institución en las condiciones que ésta quisiera otorgárselos.

6. - Finalmente, deseamos llamar la atención sobre el aspecto constitucional del problema. Lo hemos dejado de último, porque creemos de mayor fuerza e interés las

razones antes indicadas sobre el fondo del asunto. Sin embargo, constituye un obstáculo para la creación precipitada del Servicio, que debemos señalar.

Dispone el artículo 73 de la Constitución Política:

"Se establecen los seguros sociales en beneficio de los trabajadores manuales e intelectuales, regulados por el sistema de contribución forzosa del Estado, patronos y trabajadores, a fin de proteger a éstos contra los riesgos de enfermedad, invalidez, maternidad, vejez y muerte, y demás contingencias que la ley determine.

La administración y el gobierno de los seguros sociales estarán a cargo de una institución autónoma, denominada Caja Costarricense de Seguro Social.

No podrán ser transferidos ni empleados en finalidades distintas a las que motivaron su creación, los fondos y reservas de los seguros sociales .

Los Seguros contra riesgos profesionales serán de exclusiva cuenta de los patronos y se registrarán por disposiciones especiales".

Tanto los constituyentes como los legisladores le otorgaron al Seguro Social una protección constitucional amplia y sólida, para evitar sorpresivas acciones contra la institución o contra sus reservas y fondos .

Cuando el citado artículo 73 expresa que la Caja tendrá la administración y el gobierno de los seguros sociales, tácitamente comprende la necesidad de que la misma institución organice y preste los servicios médicos. Quitarle a la Caja las instalaciones hospitalarias y médicas en general, así como la prestación directa del servicio médico, es violar la Constitución en el párrafo antes citado. Jamás podría sostenerse que la Caja efectivamente tiene la "administración y el gobierno de los seguros sociales" si se le eliminan los servicios médicos propios. En esas condiciones, esto es sin servicios propios, en realidad la Caja ni administraría ni gobernaría los seguros sociales.

También es terminante y clara la disposición constitucional que prohíbe transferir o emplear en finalidades distintas a las que motivaron su creación, los fondos y las reservas de los seguros sociales. El proyecto que ahora comentamos, no sólo pretende trasladar todas las inversiones hechas hasta el momento en hospitales, dispensarios, equipo, etc., sino además, todas las cuotas de trabajadores, patronos y Estado, a la nueva institución autónoma.

Como puede apreciarse, la posibilidad de llevar adelante el proyecto de creación del Servicio Nacional de Salud estaría condicionado, además de las razones de fondo anteriormente indicadas, por una reforma constitucional previa al artículo 73 de la Constitución Política.

Aun cuando llegare a sostenerse que el proyecto es viable, tenemos el inconveniente del tiempo que llevaría lograr la reforma constitucional dicha y la aprobación de un plan sumamente controvertible. Es muy posible que estas tareas se lleven dos años, con lo cual perderíamos un tiempo precioso. Es indispensable comenzar a trabajar ya en la realización de objetivos superiores en la protección de la salud de los costarricenses, y para ello debemos aprovechar lo que ya existe, tiene experiencia, personal entrenado, medios económicos, etc., y puede llevar adelante programas muy ambiciosos y de gran efecto, como es el caso de la Caja Costarricense de Seguro Social.

LA SOLUCION DEL PROBLEMA DE LA SALUD A TRAVES DEL SEGURO SOCIAL. ESTA SOLUCION LA IMPONE LA CONSTITUCION POLITICA.

La Asamblea Legislativa que cumplió funciones en el período 1958-1962 reformó el artículo 177 de la Constitución Política en tales términos que obviamente hoy se debe afirmar que de acuerdo con la Carta Magna la solución que se busca, en relación con la salud del pueblo costarricense, ya fue indicada por los legisladores anteriores.

A dicho artículo 177 se le agregó el siguiente párrafo, hoy vigente:

"Para lograr la universalización de los seguros sociales y garantizar cumplidamente el pago de la contribución del Estado como tal y como patrono, se crearán a favor de la Caja Costarricense de Seguro Social rentas suficientes y calculadas en tal forma que cubran las necesidades actuales y futuras de la Institución. Si se produjere un déficit por insuficiencia de esas rentas, el Estado lo asumirá, para lo cual el Poder Ejecutivo deberá incluir en su próximo proyecto de Presupuesto la partida respectiva que le determine como necesaria la citada Institución para cubrir la totalidad de las cuotas del Estado" (Mayo de 1961).

Como puede verse en esa reforma, la anterior Asamblea Legislativa, por el voto unánime de sus miembros, decidió darle a la Caja una amplia garantía económica (similar a la del Poder Judicial, Tribunal de Elecciones, Universidad), para el logro de un objetivo de gran interés social: la universalización de los seguros sociales.

Al otorgar a la Caja esa garantía económica, los legisladores quisieron obligar a dicha Institución a realizar esa universalización de los seguros sociales en un término máximo de diez años, y así, se dispuso en el Transitorio III del mencionado artículo 177, el cual expresa:

"La Caja Costarricense de Seguro Social deberá realizar la universalización de los diversos seguros puestos a su cargo, incluyendo la protección familiar en el régimen de enfermedad y Maternidad, en un plazo no mayor de diez años contados a partir de la promulgación de esta reforma constitucional (Mayo de 1961).

De acuerdo con esos mandatos constitucionales, la solución del problema de la salud en Costa Rica debe realizarse a través de la Caja. De acuerdo con anteriores afirmaciones, si dentro de ese plazo máximo de diez años se universalizan los seguros, un 70% o más de la población quedaría protegida contra los riesgos de enfermedad y maternidad, además de los correspondientes a invalidez, vejez y muerte. O sea, de conformidad con esos cálculos, si en estos momentos estuviera universalizado el régimen de Enfermedad y Maternidad, estarían protegidos por la Caja alrededor de 750.000 costarricenses. Desde luego, este cálculo incluye la protección a los trabajadores independientes y a las trabajadoras domésticas, que se está estudiando actualmente para su ejecución.

Si la Caja se le resuelve satisfactoriamente el problema del déficit estatal en el pago de las cuotas, y puede llevar adelante la construcción de su nuevo Hospital Central (el cual ya está completamente planeado y financiado), y conforme al mandato constitucional universaliza los seguros sociales, perfectamente podría disponerse a atender a todo el sector indigente de la población. Por esta vía se resolvería adecuadamente el problema de la salud de alrededor de un 85% de la población del país, si se toma en cuenta que se ha calculado que ese sector indigente puede constituir un 15% de nuestro pueblo.

Frente a este panorama, a la Caja Costarricense de Seguro Social se le hace muy difícil aceptar los impedimentos que se le ponen para que cumpla su alta misión protectora en favor de la mayor parte del pueblo costarricense. Lo importante es que la Caja está hoy en condiciones de iniciar sus trabajos en grande, sin pérdida de tiempo. Para poner en marcha esos programas sólo necesita que el Estado le pague su contribución, y que se le deje trabajar. Si así se hace, esta Institución puede responsabilizarse en cuanto a la tarea que le fija la actual Constitución Política, y en estas condiciones se habría dado uno de los pasos de mayor importancia social en nuestro afán de levantar las condiciones de vida del pueblo costarricense. Nosotros no queremos asumir la responsabilidad de atrasar una vez más las verdaderas soluciones al problema de la salud en Costa Rica, en forma injustificada.



## ANEXO A

### PROYECTO DE CONTRATO CON LA JUNTA DE PROTECCION SOCIAL DE ALAJUELA PARA EL TRASPASO DEL HOSPITAL SAN RAFAEL

ARTICULO 1º. - Con el propósito de iniciar el cumplimiento del mandato de la Constitución Política (Artículo 177, párrafo 3º y Transitorio) que obliga a la universalización de los Seguros Sociales, autorízase a la Junta de Protección Social de Alajuela para que traspase, en propiedad, a la Caja Costarricense de Seguro Social, el Hospital San Rafael de esa ciudad. Con tal propósito, la Junta segregará y traspasará, a título gratuito, a la Caja, un lote de cuatro manzanas de la finca inscrita en el Registro Público, Partido de Alajuela, Tomo Folio Número Asiento. Dicho traspaso comprende el equipo, mobiliario, menaje, accesorios, instrumentos de cirugía, batería de cocina, lavandería, laboratorio clínico, farmacia, existencia de productos farmacéuticos, equipo de oficina y, en general, todos los bienes muebles de pertenencia del Hospital no comprendidos en la enumeración anterior, según inventario que se practicará y aprobará por ambas Instituciones.

ARTICULO 2º. - La Caja tendrá el gobierno y administración del referido Hospital y éste se destinará a los fines propios de la Institución, pero deberá también prestar atención hospitalaria gratuita en todo momento y sin limitación alguna, a los enfermos no asegurados de la zona actual de atracción de dicho Hospital, salvo los casos en que se compruebe que el paciente tiene suficientes recursos económicos para pagar el servicio. La suficiencia de bienes la comprobará la Caja por los medios que juzgue convenientes; pero en ningún caso se negará a recibir paciente alguno invocando como motivo el hecho de no conocer su situación económica. Tales servicios serán de la misma calidad de los que se presten a los asegurados. La Caja podrá aplicar lo dispuesto por los artículos 27 de la Ley 1153 y artículo 2 del Reglamento General de Hospitales a los enfermos no cubiertos por el Régimen de Enfermedad y Maternidad y a los que tienen recursos económicos suficientes, a juicio de aquella Institución.

ARTICULO 3º. - Los trabajadores que no estén asegurados debiendo estarlo, y los trabajadores de patronos morosos en el pago de sus cuotas del Seguro Social, recibirán igualmente atención médico-hospitalaria, pero la Caja cobrará el valor íntegro de tales servicios al patrono, de conformidad con las disposiciones de la Ley No. 17 de 22 de octubre de 1943 y sus reformas, sin perjuicio de las sanciones que dicha Ley establece.

La certificación del Jefe de la Contabilidad de la Caja sobre sumas debidas a ésta, constituirá título ejecutivo.

ARTICULO 4º. - Para prestar debida atención médica a los enfermos de beneficencia la Caja continuará percibiendo directamente, a partir de la vigencia de esta Ley, las rentas que por los siguientes conceptos percibía la Junta de Protección Social de Alajuela: a) Subvención del Estado, que no podrá ser inferior a la que se destina actualmente a la Junta de Protección Social de Alajuela. b) Subvención hospitalaria.

c) Renta de la lotería nacional. d) Impuesto de beneficencia. e) La parte proporcional que hubiera correspondido a la Junta de Protección Social de Alajuela de cualquier futuro ingreso que se destine al sistema hospitalario nacional.

ARTICULO 5º. - Cada dos años la Caja liquidará, de los ingresos mencionados en el artículo anterior, las sumas necesarias para cubrir, al costo, las estancias ocasionadas por los servicios hospitalarios prestados a los enfermos de beneficencia. Si hubiere un sobrante, se acreditará a las obligaciones del Estado para con la Caja; si, por el contrario, se produjere un déficit, la Caja lo cubrirá.

ARTICULO 6º. - La Caja asumirá, única y exclusivamente, las obligaciones que procedan de derechos laborales del personal del Hospital San Rafael. A partir del momento en que el traspaso de dicho centro asistencial se haga efectivo, los empleados quedarán sujetos al régimen de personal que establece la reglamentación de la Caja.

ARTICULO 7º. - La Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social nombrará una Junta compuesta de tres miembros, que tendrá, como función principal, la supervigilancia del Hospital y el mantenimiento de los vínculos de la Institución con la comunidad a que sirve. La Junta Directiva de la Caja fijará, por Reglamento, las demás funciones y atribuciones de la Junta del Hospital. Los miembros de esta última requerirán, para ser nombrados, los mismos requisitos que se exigen para ser Director de la Caja Costarricense de Seguro Social y además, deberán ser vecinos del Cantón Central de la Provincia de Alajuela, con cinco años, por lo menos, de residencia en esa jurisdicción.

ARTICULO 8º. - A cambio de los bienes que la Junta de Protección Social traspasará por esta Ley a la Caja Costarricense de Seguro Social, esta Institución construirá y equipará debidamente, el nuevo Hospital San Rafael en la ciudad de Alajuela, en sitio de mejor localización que el actual. Su construcción deberá iniciarse a más tardar dentro de dos años contados a partir de la vigencia de la presente Ley.

ARTICULO 9º. - El Hospital San Rafael trabajará en forma coordinada con el sistema hospitalario nacional y actuará de acuerdo con el Ministerio de Salubridad Pública, de conformidad con lo que dispone el artículo 325 del Código Sanitario, debiendo recibir los enfermos que deban ser remitidos de los Hospitales periféricos a los centros hospitalarios regionales.

ARTICULO 10º. - Para los efectos de la percepción del impuesto de beneficencia, todas las disposiciones de la Ley No. 10 de 23 de diciembre de 1937 y sus reformas, serán aplicables a favor de la Caja Costarricense de Seguro Social en igual condición que a las Juntas de Protección Social.

El impuesto será pagado directamente en la Sucursal de la Caja en Alajuela y la Institución nombrará un abogado representante para que gestione y vigile el pago de dicho impuesto.

ARTICULO 11<sup>o</sup>. - Se derogan, en lo pertinente, las disposiciones legales que se o -  
pongan a la presente Ley.

ARTICULO 12<sup>o</sup>. - Esta Ley rige a partir de su publicación.

TRANSITORIO: Hasta tanto no esté en funcionamiento el nuevo Hospital, la Junta  
de nombramiento de la Caja Costarricense de Seguro Social quedará integrada con la  
totalidad de los miembros actuales de la Junta de Protección Social, quienes actua -  
rán en forma gratuita, con las mismas facultades que se indican en el artículo 7<sup>o</sup> .

NUMERO DE CAMAS DISPONIBLES POR CLASE DE SERVICIO DE  
LOS HOSPITALES REGIONALES Y HOSPITAL DE LA C. C. S.S.

DICIEMBRE DE 1961

HOSPITAL DE	TOTAL DE CAMAS	SERVICIO MEDICINA		SERVICIO CIRUGIA		SERVICIO MATERNIDAD		SERVICIO PEDIATRIA		SERVICIO PENSION	
		%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº
Alajuela.....	210	21	45	20	42	16	34	23	49	19	40
Heredia.....	172	42	73	6	11	12	20	33	56	7	12
Cartago.....	269	36	98	13	34	9	24	25	67	17	46
Puntarenas.....	195	35	68	22	42	8	16	23	44	13	25
Grecia.....	75	37	28	11	8	13	10	23	17	16	12
Liberia.....	137	22	30	13	18	12	17	29	40	23	32
Limón.....	154	30	46	17	26	18	28	25	39	10	15
San Ramón.....	100	40	40	6	6	14	14	33	33	7	7
Ciudad Quesada.	97	22	21	12	12	12	12	35	34	19	18
Cañas.....	28	79	22	-	-	21	6	-	-	-	-
Puerto Cortés..	49	57	28	-	-	8	4	33	16	2	1
Pérez Zeledón..	65	51	33	-	-	15	10	25	16	9	6
T O T A L E S	1,551	34	532	13	199	13	195	26	411	14	214
SAN JOSE (Hosp. Gral. C. C. S.S.)	440	171 (1)		160 (2)		32		61 (3)		16	
TURRIALBA (CCSS)	112	62		5		13		30		2	

(1) Incluye 54 camas Servicio Broncopulmonares,-

(2) Incluye 31 camas Cirugía Infantil,-

(3) Incluye 10 camas Servicio Prematuros,-

FUENTE: Boletines mes de diciembre de 1961,-

No. DE CAMAS, ESTANCIAS REALES, INDICES OCUPACIONALES

HOSPITALES REGIONALES - 1961

M E S E S	ALAJUELA			HEREDIA			CARTAGO			PUNTARENAS		
	No. CAMAS	ESTANCIAS REALES	INDICE OCUPACIONAL	No. CAMAS	ESTANCIAS REALES	INDICE OCUPACIONAL	No. CAMAS	ESTANCIAS REALES	INDICE OCUPACIONAL	No. CAMAS	ESTANCIAS REALES	INDICE OCUPACIONAL
Enero.....	206	3,698	57,91	172	2,808	52,66	244	10,158	134,29	204	4,680	74,00
Febrero.....	( <sup>o</sup> )	-	-	172	2,524	52,41	244	9,080	132,90	193	4,336	80,24
Marzo.....	( <sup>o</sup> )	-	-	172	3,579	67,12	244	9,571	126,53	193	4,568	76,35
Abril.....	( <sup>o</sup> )	-	-	172	3,430	66,47	244	8,929	121,98	203	4,320	70,94
Mayo.....	( <sup>o</sup> )	-	-	172	3,659	68,62	244	9,583	126,69	193	4,519	75,53
Junio.....	206	5,009	81,05	172	3,296	63,88	244	8,713	119,03	194	4,487	77,10
Julio.....	206	5,161	80,82	172	3,740	70,14	244	8,966	118,54	194	5,025	83,56
Agosto.....	206	4,857	76,06	172	3,447	64,65	244	8,720	115,26	195	4,488	74,24
Setiembre.....	210	4,636	73,59	172	3,286	63,68	267	9,188	114,71	195	4,923	84,15
Octubre.....	210	5,016	77,05	172	3,832	71,87	267	10,263	123,99	195	5,252	86,55
Noviembre.....	210	5,260	83,49	172	3,538	68,56	267	9,793	122,26	195	4,998	85,44
Diciembre.....	210	5,613	86,22	172	3,618	67,85	269	8,707	104,41	195	4,961	82,07

(<sup>o</sup>) No aparecen datos en los Boletines.-

FUENTE DE INFORMACION: Boletines mensuales del Departamento de Estadística, de la Dirección General de Asistencia.-

No. DE CAMAS, ESTANCIAS REALES, INDICES OCUPACIONALES

HOSPITALES REGIONALES - 1961

M E S E S	GRECIA			LIBERIA			LIMON			SAN RAMON		
	No. CAMAS	ESTANCIAS REALES	INDICE OCUPACIONAL	No. CAMAS	ESTANCIAS REALES	INDICE OCUPACIONAL	No. CAMAS	ESTANCIAS REALES	INDICE OCUPACIONAL	No. CAMAS	ESTANCIAS REALES	INDICE OCUPACIONAL
Enero.....	74	1,602	69,83	119	2,953	80,05	154	3,421	71,66	100	2,434	78,52
Febrero.....	74	1,490	72,00	119	2,724	81,75	154	3,214	75,00	100	2,109	75,32
Marzo.....	74	1,508	65,74	119	3,214	87,12	154	3,308	69,29	100	2,286	73,34
Abril.....	74	1,225	55,18	119	2,898	81,18	154	3,285	71,10	100	2,297	76,57
Mayo.....	75	1,534	65,97	119	2,384	64,62	154	3,530	73,94	100	2,553	82,36
Junio.....	75	1,478	65,69	119	2,078	58,21	154	3,109	65,12	100	2,370	79,00
Julio.....	75	1,466	63,05	119	1,873	52,46	154	3,308	73,89	100	2,412	77,81
Agosto.....	75	1,465	63,01	119	2,130	57,74	154	2,946	61,71	100	2,571	82,94
Setiembre.....	75	1,540	68,44	119	2,633	73,75	154	2,860	61,90	100	2,457	81,90
Octubre.....	75	1,677	72,13	119	3,495	94,74	154	2,954	61,88	100	2,344	75,61
Noviembre.....	75	1,889	83,96	137	3,517	85,57	154	3,314	71,73	100	2,600	86,67
Diciembre.....	75	1,912	82,24	137	3,248	76,48	154	3,653	76,52	100	2,452	79,10

FUENTE DE INFORMACION: Boletines mensuales del Departamento de Estadística, de la Dirección General de Asistencia.-

No. DE CAMAS, ESTANCIAS REALES, INDICES OCUPACIONALES

HOSPITALES REGIONALES - 1961

M E S E S	CIUDAD QUESADA			CAÑAS			PUERTO CORTES			SAN ISIDRO GENERAL		
	No. CAMAS	ESTANCIAS REALES	INDICE OCUPACIONAL	No. CAMAS	ESTANCIAS REALES	INDICE OCUPACIONAL	No. CAMAS	ESTANCIAS REALES	INDICE OCUPACIONAL	No. CAMAS	ESTANCIAS REALES	INDICE OCUPACIONAL
Enero.....	97	2,222	73,89	28	301	34,68	49	1,119	73,67	65	1,677	83,23
Febrero.....	97	1,772	65,24	28	376	47,96	49	847	61,73	65	1,426	78,35
Marzo.....	97	2,128	70,77	28	370	42,63	49	824	54,25	65	1,885	93,55
Abril.....	97	2,369	81,41	28	195	23,21	49	624	42,45	65	1,446	74,15
Mayo.....	97	2,521	83,84	28	241	27,76	49	745	49,04	65	1,867	92,65
Junio.....	97	2,333	80,17	28	131	15,60	49	890	64,54	65	1,982	101,64
Julio.....	97	2,793	92,88	28	163	18,73	49	684	45,03	65	1,907	94,64
Agosto.....	97	2,924	97,24	28	126	14,52	49	887	58,39	65	1,477	73,00
Setiembre.....	97	2,550	87,63	25	98	13,07	49	864	58,78	65	1,684	86,36
Octubre.....	97	2,629	87,43	28	179	20,62	49	924	60,83	65	1,914	94,99
Noviembre.....	97	2,351	80,79	28	153	18,21	49	962	65,44	65	1,950	87,59
Diciembre.....	97	2,338	77,75	28	92	10,60	49	995	65,50	65	1,726	85,66

FUENTE DE INFORMACION: Boletines mensuales del Departamento de Estadística, de la Dirección General de Asistencia.-

PACIENTES EGRESADOS, ESTANCIAS Y PROMEDIOS ESTANCIAS POR EGRESADOS

HOSPITALES REGIONALES

1961

M E S E S	A L A J U E L A			H E R E D I A			C A R T A G O			P U N T A R E N A S		
	PACIENTES EGRESADOS	ESTANCIAS DE EGRESADOS	PROMED. ES- TANCIAS POR PACIENTE	PACIENTES EGRESADOS	ESTANCIAS DE EGRESADOS	PROMED. ES- TANCIAS POR PACIENTE	PACIENTES EGRESADOS	ESTANCIAS DE EGRESADOS	PROMED. ES- TANCIAS POR PACIENTE	PACIENTES EGRESADOS	ESTANCIAS DE EGRESADOS	PROMED. ES- TANCIAS POR PACIENTE
<u>T O T A L</u>	<u>5,311</u>	<u>38,446</u>	<u>7.24</u>	<u>6,935</u>	<u>40,450</u>	<u>5.83</u>	<u>8,327</u>	<u>74,491</u>	<u>8.94</u>	<u>6,726</u>	<u>54,972</u>	<u>8.17</u>
Enero .....	562	3,565	6.34	593	3,875	6.53	653	5,887	9.01	543	4,889	9.02
Febrero .....	°	-	-	501	3,306	6.60	613	5,174	8.44	504	5,160	10.24
Marzo .....	°	-	-	579	3,891	6.72	670	6,366	9.50	571	4,520	7.93
Abril .....	°	-	-	598	3,408	5.69	620	5,708	9.21	531	4,763	8.97
Mayo .....	°	-	-	602	3,610	6.00	693	6,280	9.07	530	4,539	8.56
Junio .....	641	4,648	7.25	562	2,943	5.23	669	5,736	8.57	544	4,097	7.52
Julio .....	672	5,537	8.24	590	3,205	5.43	772	7,143	9.25	593	4,467	7.60
Agosto .....	687	5,018	7.30	591	3,242	5.48	703	6,507	9.26	532	4,268	8.02
Setiembre .....	617	4,545	7.37	554	2,710	4.89	732	6,318	8.63	537	3,895	7.25
Octubre .....	688	5,107	7.42	600	3,084	5.14	759	7,104	9.36	616	5,217	8.47
Noviembre .....	707	4,642	6.56	573	3,315	4.11	746	6,192	8.30	615	4,381	7.12
Diciembre .....	737	5,384	7.30	592	3,861	6.52	697	6,068	8.71	610	4,748	7.78

° No aparecen datos en los boletines.-

Fuente de Información:- Boletines mensuales del Depto de Estadística de la Dirección General de Asistencia.-



PACIENTES EGRESADOS, ESTANCIAS Y PROMEDIOS ESTANCIAS POR EGRESADOS

HOSPITALES REGIONALES

1961

M E S E S	G R E C I A		L I B E R I A		L I M O N		S A N R A M O N	
	PACIENTES EGRESADOS	ESTANCIAS DE EGRESADOS	PROED. ESTANCIAS POR PACIENTE	ESTANCIAS DE EGRESADOS	PACIENTES EGRESADOS	ESTANCIAS DE EGRESADOS	PACIENTES EGRESADOS	ESTANCIAS DE EGRESADOS
<u>T O T A L</u>	<u>2,490</u>	<u>16,462</u>	<u>6.61</u>	<u>3,974</u>	<u>6.26</u>	<u>38,438</u>	<u>3,223</u>	<u>29,940</u>
ENERO.....	(°)	-	-	377	8.59	9,000	234	2,339
FEBRERO.....	216	1,233	6.17	355	7.23	3,833	228	2,530
MARZO.....	217	1,456	6.71	339	8.09	2,965	283	3,169
ABRIL.....	222	1,210	5.49	353	10.14	3,338	260	2,323
MAYO.....	255	1,454	5.70	327	7.44	3,110	310	2,532
JUNIO.....	227	1,289	5.68	291	6.30	2,858	259	2,300
JULIO.....	212	1,733	8.17	259	8.64	3,139	264	2,249
AGOSTO.....	203	1,395	6.37	273	7.11	3,011	261	2,546
SEPTIEMBRE.....	208	1,384	6.65	272	7.70	3,939	263	2,447
OCTUBRE.....	232	1,606	6.90	348	8.56	2,953	257	2,487
NOVIEMBRE.....	242	1,566	6.47	400	8.76	3,115	293	2,622
DICIEMBRE.....	256	2,036	7.95	380	8.19	3,177	311	2,396

(°) No aparecen datos en los Boletines.

FUENTE DE INFORMACION: Boletines Mensuales del Departamento de Estadística de la Dirección General de Asistencia.

PACIENTES EGRESADOS, ESTANCIAS Y PROMEDIOS ESTANCIAS POR EGRESADOS

HOSPITALES REGIONALES

1961

M E S E S	C I U D A D Q U E S A D A		C A Ñ A S			P U E R T O C O R T E S			S N . I S I D R O G E N E R A L			
	PACIENTES EGRESADOS	ESTANCIAS DE EGRESADOS	PROMED. ES-TANCIAS POR PACIENTE.	PACIENTES EGRESADOS	ESTANCIAS DE EGRESADOS	PROMED. ES-TANCIAS POR PACIENTE.	PACIENTES EGRESADOS	ESTANCIAS DE EGRESADOS	PROMED. ES-TANCIAS POR PACIENTE.	PACIENTES EGRESADOS	ESTANCIAS DE EGRESADOS	PROMED. ES-TANCIAS POR PACIENTE.
<u>T O T A L</u>	<u>1,022</u>	<u>6,458</u>	<u>6.32</u>	<u>480</u>	<u>2,885</u>	<u>6.01</u>	<u>1,526</u>	<u>10,552</u>	<u>6.91</u>	<u>3,357</u>	<u>21,494</u>	<u>6.35</u>
Enerc .....	314	2,223	7.08	39	347	8.90	140	885	6.31	257	1,881	7.18
Febrero .....	o	-	-	56	449	8.02	96	920	9.58	265	1,452	5.47
Marzo .....	315	1,970	6.25	49	388	7.92	136	1,062	7.81	313	1,658	5.30
Abril .....	o	-	-	40	307	7.67	112	713	6.37	254	1,262	5.01
Mayc .....	o	-	-	52	328	6.31	97	767	7.91	293	1,705	5.82
Junio .....	o	-	-	29	205	7.07	142	948	6.68	287	1,740	6.06
Julio .....	o	-	-	40	228	5.70	115	837	7.28	319	2,155	6.76
Agostc .....	o	-	-	37	121	3.27	130	863	6.64	258	1,972	7.64
Setiembre .....	o	-	-	23	78	3.39	130	803	6.18	247	1,559	6.31
Octubre .....	o	-	-	41	178	4.34	130	906	6.97	287	1,856	6.47
Noviembre .....	o	-	-	48	183	3.81	149	1,012	6.79	256	1,679	6.56
Diciembre .....	393	2,265	5.76	26	73	2.81	149	836	5.61	351	2,575	7.34

o No aparecen datos en los boletines.-

Fuente de Información:- Boletines mensuales del Depto. de Estadística de la Dirección General de Asistencia.-

PROMEDIOS GENERALES DE ESTANCIA POR EGRESADO  
DE LOS DIFERENTES SERVICIOS HOSPITALARIOS

1 9 6 1

HOSPITAL DE	MEDICINA	CIRUGIA	MATERNIDAD	PEDIATRIA
Alajuela.....	7.6	7.6	3.7	9.6
Heredia.....	7.6	6.8	2.0	8.2
Cartago.....	9.4	10.6	4.2	11.9
Grecia.....	7.9	7.6	3.6	7.8
Liberia.....	7.0	3.7	5.4	10.9
Ciudad Quesada,....	7.1	5.3	2.8	7.7
Puntarenas.....	9.1	8.3	4.9	9.4
Pérez Zeledón.....	5.9	-	2.4	11.4
Limón.....	6.2	8.9	3.9	8.1
Puerto Cortés.....	6.7	-	5.4	8.0
Cañas.....	7.0	9.6	3.0	6.8
San Ramón.....	11.5	10.5	3.3	12.0
Turrialba.....	5.7	-	2.9	5.0

FUENTE: Boletines Estadísticos.-

- 9 - ANEXO B

HOSPITAL DE ALAJUELA

1961

M E S E S	MEDICINA			CIRUGIA			MATERNIDAD			PEDIATRIA			ADMITIDOS AL HOSPITAL	ATENIDOS EN CONSULTA EXTERNA	TOTAL
	EGRESOS	ESTANCIA	PROMED.	EGRESOS	ESTANCIA	PROMED.	EGRESOS	ESTANCIA	PROMED.	EGRESOS	ESTANCIA	PROMED.			
<u>T O T A L</u>	<u>1,359</u>	<u>10,922</u>	<u>7.65</u>	<u>1,104</u>	<u>8,325</u>	<u>7.60</u>	<u>1,411</u>	<u>5,279</u>	<u>3.74</u>	<u>1,432</u>	<u>13,840</u>	<u>9.63</u>	<u>5,662</u>	<u>4,583</u>	<u>10,245</u>
Enero .....	138	867	6.28	128	968	7.56	163	622	3.81	133	1,108	8.33	580	545	1,125
Febrero .....	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	0	0
Marzo .....	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	0	0
Abril .....	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	0	0
Mayo .....	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	0	0
Junio .....	167	1,148	6.87	131	1,203	9.18	175	648	3.70	168	1,649	9.82	655	687	1,342
Julio .....	171	1,685	9.85	150	1,257	8.38	169	757	4.48	182	1,836	10.10	659	597	1,256
Agosto .....	180	1,763	9.79	135	903	6.69	189	710	3.76	183	1,642	8.97	686	588	1,274
Setiembre ..	149	1,181	7.93	116	916	7.90	177	622	3.51	175	1,826	10.43	597	545	1,142
Octubre .....	166	1,158	6.98	156	1,294	8.29	172	634	3.69	194	2,021	10.42	844	586	1,430
Noviembre ..	178	1,426	8.01	156	874	5.60	180	604	3.36	193	1,738	9.00	734	556	1,290
Diciembre ..	210	1,704	8.07	132	980	7.42	186	682	3.67	209	2,018	9.66	907	479	1,386

0 No aparecen datos en los boletines.-

Fuente de Información:- Boletines mensuales del Depto. de Estadística de la Dirección General de Asistencia.-

HOSPITAL DE LIMON

1961

M E S E S	MEDICINA			CIRUGIA			MATERNIDAD			PEDIATRIA			ADMITIDOS AL HOSPITAL.	ATENIDOS EN CONSULTA EXTERN.	TOTAL
	EGRESOS	ESTANCIA	PROMED.	EGRESOS	ESTANCIA	PROMED.	EGRESOS	ESTANCIA	PROMED.	EGRESOS	ESTANCIA	PROMED.			
<u>T O T A L</u>	<u>2,509</u>	<u>15,468</u>	<u>6.16</u>	<u>387</u>	<u>3,429</u>	<u>8.86</u>	<u>1,527</u>	<u>5,972</u>	<u>3.91</u>	<u>1,309</u>	<u>10,604</u>	<u>8.10</u>	<u>6,377</u>	<u>16,133</u>	<u>22,510</u>
Enero .....	243	1,328	5.46	33	260	7.88	146	578	3.96	146	834	5.71	601	1,580	2,181
Febrero .....	247	2,224	9.10	25	276	11.04	143	610	4.26	113	723	6.40	524	1,464	1,988
Marzo .....	#	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	521	1,580	2,101
Abril .....	218	1,411	6.47	38	495	13.03	139	554	3.98	109	878	8.05	512	1,422	1,934
Mayo .....	240	1,465	6.10	25	250	10.00	116	480	4.14	131	915	6.98	524	1,678	2,202
Junio .....	227	1,347	5.93	27	206	7.63	129	410	3.18	105	895	8.52	478	1,474	1,952
Julio .....	237	1,493	6.30	24	185	7.71	124	523	4.22	102	938	9.20	482	1,360	1,842
Agosto .....	220	1,225	5.57	29	291	10.03	127	518	4.08	120	977	8.14	493	1,372	1,865
Setiembre ...	213	1,373	6.45	20	273	13.65	143	545	3.81	120	1,748	14.57	485	1,406	1,891
Octubre .....	221	1,098	4.97	56	348	6.21	156	654	4.19	101	853	8.44	635	##	635
Noviembre ...	216	1,201	5.56	69	554	8.03	166	589	3.55	124	771	6.22	580	1,733	2,313
Diciembre ...	227	1,303	5.74	41	291	7.10	138	511	3.70	138	1,072	7.77	542	1,064	1,606

# Se omiten datos por venir malos en los boletines.-

## Se omiten los datos por no especificarse en los boletines.-

Fuente de Información:- Boletines mensuales del Depto. Estadístico de la Dirección General de Asistencia.-

- II - ANEXO B

HOSPITAL DE SAN ISIDRO DEL GENERAL

1961

M E S E S	MEDICINA		CIRUGIA		MATERNIDAD		PEDIATRIA		ADMITIDOS		ATENDIDOS		T O T A L
	EGRESOS	ESTAN EN CONSULTA	EGRESOS	ESTAN EN CONSULTA	EGRESOS	ESTAN EN CONSULTA	EGRESOS	ESTAN EN CONSULTA	AL HOSPITAL	EN CONSULTA EXTERNA	AL HOSPITAL	EN CONSULTA EXTERNA	
<u>T O T A L</u>	<u>1,538</u>	<u>9,111</u>	-	-	<u>967</u>	<u>2,240</u>	<u>882</u>	<u>10,043</u>	<u>3,479</u>	<u>4,178</u>	<u>3,479</u>	<u>4,178</u>	<u>7,657</u>
Enero.....	89	499	-	-	87	196	61	1,186	265	426	265	426	691
Febrero.....	103	633	-	-	84	199	76	620	265	344	265	344	609
Marzo.....	154	798	-	-	85	205	74	655	319	371	319	371	690
Abril.....	103	551	-	-	92	211	59	500	244	368	244	368	612
Mayo.....	125	645	-	-	84	189	84	671	301	276	301	276	577
Junio.....	126	784	-	-	91	204	70	752	291	409	291	409	700
Julio.....	153	620	-	-	72	161	94	1,174	317	361	317	361	698
Agosto.....	116	766	-	-	60	136	82	1,194	226	328	226	328	556
Setiembre....	115	678	-	-	75	199	57	682	278	227	278	227	505
Octubre.....	146	832	-	-	74	172	67	852	343	329	343	329	672
Noviembre....	132	731	-	-	73	239	51	709	252	373	252	373	625
Diciembre...	176	1,240	-	-	90	227	65	1,106	376	346	376	346	722

FUENTE DE INFORMACION: Boletines mensuales del Departamento de Estadística de la Dirección General de Asistencia.

HOSPITAL DE GRECIA

1961

M E S E S	MEDICINA			CIRUGIA			MATERNIDAD			PEDIATRIA			ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA	T O T A L	
	EGRESOS	ESTAN PROME		EGRESOS	ESTAN PROME		EGRESOS	ESTAN PROME		EGRESOS	ESTAN PROME				
		CLAS	DIOS		CLAS	DIOS		CLAS	DIOS		CLAS	DIOS			CLAS
<u>T O T A L</u>	<u>1,147</u>	<u>2,042</u>	<u>7.83</u>	<u>5</u>	<u>38</u>	<u>7.6</u>	<u>730</u>	<u>2,614</u>	<u>3.58</u>	<u>608</u>	<u>4,768</u>	<u>7.84</u>	<u>2,530</u>	<u>8,430</u>	<u>10,960</u>
Enero.....	(°)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Febrero.....	100	746	7.46	-	-	-	73	265	3.63	43	322	7.49	288	595	883
Marzo.....	102	831	8.15	-	-	-	62	220	3.55	53	405	7.64	211	615	826
Abril.....	113	723	6.43	4	37	9.25	62	177	2.85	43	273	6.35	208	701	909
Mayo.....	114	775	6.80	-	-	-	75	235	3.13	66	444	6.73	222	720	942
Junio.....	90	595	6.61	-	-	-	79	326	4.18	59	368	6.24	247	763	1,010
Julio.....	97	1,059	10.92	1	1	1.00	57	266	4.67	57	407	7.14	234	778	1,012
Agosto.....	91	761	8.36	-	-	-	61	233	3.82	51	401	7.86	200	882	1,082
Setiembre....	104	773	7.4	-	-	-	57	242	4.25	47	364	7.74	222	800	1,022
Octubre.....	110	836	7.60	-	-	-	63	207	3.28	59	563	9.54	211	790	1,001
Noviembre....	119	886	7.44	-	-	-	64	188	2.94	59	492	8.34	235	829	1,064
Diciembre....	107	1,052	9.83	-	-	-	70	255	3.27	71	729	11.27	252	957	1,209

(°) No oper con datos of los boletines.

FUENTE DE INFORMACION: Boletines mensuales del Departamento de Estadística de la Dirección General de Asistencia.

**- 13 - ANEXO B**

HOSPITAL DE PUNTA ARENAS

1961

M E S E S	MEDICINA		CIRUGIA		GINECOLOGIA		MATERNIDAD		PEDIATRIA		ADMITIDOS AL HOSPITAL	ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA	T O T A L
	EGRESOS	ESTAN EN CLAS	EGRESOS	ESTAN EN CLAS	EGRESOS	ESTAN EN CLAS	EGRESOS	ESTAN EN CLAS	EGRESOS	ESTAN EN CLAS			
<u>T O T A L</u>	<u>2,186</u>	<u>19,904</u>	<u>1,619</u>	<u>13,424</u>	<u>1,125</u>	<u>5,543</u>	<u>4,93</u>	<u>1,225</u>	<u>11,563</u>	<u>9,144</u>	<u>6,904</u>	<u>9,818</u>	<u>16,722</u>
Enero.....	103	2,341	156	1,007	82	423	5.16	122	1,118	9.16	553	949	1,502
Febrero.....	163	1,473	140	1,292	101	498	4.93	100	1,097	18.97	506	645	1,151
Marzo.....	#	-	-	-	-	-	-	-	-	-	560	705	1,265
Abril.....	171	1,649	165	1,017	100	514	5.14	95	783	8.24	535	672	1,207
Mayo.....	171	1,965	166	1,328	94	460	4.89	99	786	7.94	554	691	1,429
Junio.....	167	1,735	139	1,150	107	522	4.80	111	690	6.22	599	669	1,223
Julio.....	221	1,209	143	1,055	99	516	5.21	125	1,107	8.56	599	699	1,298
Agosto.....	215	1,953	131	1,034	92	506	5.50	94	770	6.19	535	655	1,190
Setiembre.....	196	1,440	135	909	96	471	4.91	110	995	9.05	545	715	1,260
Octubre.....	216	1,951	164	1,413	130	604	5.26	106	1,169	11.03	705	1,125	1,910
Noviembre.....	244	1,722	123	1,002	106	436	4.04	140	1,221	8.72	636	1,100	1,736
Diciembre.....	219	1,861	152	1,347	116	513	4.42	123	1,027	8.35	558	993	1,551

# Se orienten los datos por venir melos en los informes.-

FUENTE DE INFORMACION: Boletines mensuales del Departamento de Estadística de la Dirección General de Asistencia.-



HOSPITAL DE CAÑAS

1961

M E S E S	MEDICINA			CIRUCIA			MATERNIDAD			PEDIATRIA			ADMITIDOS AL HOSPITAL.	ATENIDOS EN CONSULTA EXTERN.	TOTAL
	EGRESOS	ESTANCIA	PROMED.	EGRESOS	ESTANCIA	PROMED.	EGRESOS	ESTANCIA	PROMED.	EGRESOS	ESTANCIA	PROMED.			
<u>T O T A L</u>	<u>169</u>	<u>1,193</u>	<u>7.06</u>	<u>78</u>	<u>750</u>	<u>2.60</u>	<u>172</u>	<u>525</u>	<u>3.05</u>	<u>61</u>	<u>417</u>	<u>6.84</u>	<u>486</u>	<u>2,324</u>	<u>2,810</u>
Enero .....	16	208	13.00	7	48	6.86	9	33	3.67	7	58	8.28	49	167	216
Febrero .....	24	221	9.21	13	158	12.15	19	70	3.68	-	-	-	52	162	214
Marzo .....	19	128	6.74	14	197	14.07	15	58	3.87	1	5	5.00	37	99	136
Abril .....	7	53	7.57	8	98	12.25	17	52	3.06	8	104	13.00	47	168	215
Mayo .....	16	150	9.36	6	55	9.11	20	59	2.95	10	64	6.40	45	203	248
Junio .....	8	136	17.00	2	9	4.50	16	52	3.25	3	8	2.67	38	207	245
Julio .....	14	74	5.28	5	39	7.80	9	32	3.56	12	83	6.92	32	240	272
Agosto .....	9	37	4.11	6	27	4.50	17	38	2.24	5	19	3.80	36	283	319
Setiembre ...	7	34	4.86	1	6	6.00	13	30	2.31	2	8	4.00	26	213	239
Octubre .....	19	77	4.05	8	48	6.00	9	27	3.00	5	26	5.20	48	224	272
Noviembre ...	16	36	2.25	8	65	8.12	17	47	2.76	7	35	5.00	46	195	241
Diciembre ...	14	39	2.78	-	-	-	11	27	2.45	1	7	7.00	30	163	193

Fuente de Información: - Boletines mensuales del Depto. de Estadística de la Dirección General de Asistencia.-

HOSPITAL DE LIBERIA

1961

M E S E S	MEDICINA			CIRUGIA			MATERNIDAD			PEDIATRIA			ADMITIDOS AL HOSPITAL.	ATENIDOS EN CONSULTA EXTERNA.	TOTAL
	EGRESOS	ESTANCIA	PROMED.	EGRESOS	ESTANCIA	PROMED.	EGRESOS	ESTANCIA	PROMED.	EGRESOS	ESTANCIA	PROMED.			
T O T A L	1,193	8,360	7.00	474	3,664	7.72	612	3,315	5.42	1,356	14,768	10.89	3,895	7,324	11,219
Enero .....	105	662	6.30	67	589	8.79	53	291	5.49	152	1,696	11.16	390	505	895
Febrero .....	123	764	6.21	54	375	6.94	50	230	4.60	128	1,198	9.36	335	471	806
Marzo .....	#	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	339	425	764
Abril .....	68	625	7.10	55	441	8.02	51	310	6.08	159	2,205	13.87	358	490	848
Mayo .....	85	613	7.21	62	389	6.27	62	312	5.03	118	1,120	9.49	307	536	845
Junio .....	103	505	4.90	30	180	6.00	59	366	6.20	99	1,366	13.80	296	447	743
Julio .....	74	646	8.73	55	689	12.53	53	232	4.38	77	671	8.71	231	543	774
Agosto .....	102	683	6.70	17	83	4.86	53	240	4.53	101	936	9.27	313	632	945
Setiembre ...	90	655	7.28	33	230	6.97	60	301	5.02	89	909	10.21	278	770	1,048
Octubre .....	129	974	7.55	33	260	7.88	52	332	6.38	134	1,413	10.54	296	866	1,162
Noviembre ...	151	1,081	7.16	30	186	6.20	63	462	7.33	156	1,775	11.38	391	896	1,287
Diciembre ...	143	1,152	9.05	38	242	6.37	56	239	4.27	143	1,479	10.34	361	741	1,102

# Se omiten los datos por venir malos en los boletines.-

Fuente de Información:-- Boletines mensuales del Depto. de Estadística de la Dirección General de Asistencia.-

HOSPITAL DE PUERTO RICO

1961

M E S E S	MEDICINA			CIRUGIA			MATERNIDAD			PEDIATRIA			ADMITIDOS AL HOSPITAL.	ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA	TOTAL
	EGRESOS	ESTANCIA	PROMED.	EGRESOS	ESTANCIA	PROMED.	EGRESOS	ESTANCIA	PROMED.	EGRESOS	ESTANCIA	PROMED.			
<u>T O T A L</u>	<u>810</u>	<u>5,461</u>	<u>6.74</u>	-	-	-	<u>244</u>	<u>1,308</u>	<u>5.36</u>	<u>472</u>	<u>3,783</u>	<u>8.01</u>	<u>1,457</u>	<u>2,269</u>	<u>3,726</u>
Enero .....	63	385	6.11	-	-	-	21	141	6.71	56	359	6.41	133	0	133
Febrero .....	60	655	10.92	-	-	-	10	47	4.70	26	218	8.38	0	0	0
Marzo .....	62	502	8.10	-	-	-	18	104	5.78	56	456	8.14	124	0	124
Abril .....	53	359	6.77	-	-	-	17	77	4.53	42	277	6.59	113	0	113
Mayo .....	45	293	6.51	-	-	-	32	237	7.41	20	237	11.85	108	0	108
Junio .....	80	550	6.88	-	-	-	27	152	5.63	35	246	7.03	136	0	136
Julio .....	68	412	6.06	-	-	-	16	87	5.44	31	338	10.90	113	341	454
Agosto .....	72	456	6.33	-	-	-	18	61	3.39	40	346	8.65	138	345	483
Setiembre ...	67	342	5.10	-	-	-	20	94	4.70	43	367	8.53	137	384	521
Octubre .....	65	437	6.72	-	-	-	23	93	4.04	42	376	8.95	160	389	549
Noviembre ...	97	649	6.69	-	-	-	19	111	5.84	33	252	7.64	149	440	589
Diciembre ...	78	421	5.40	-	-	-	23	104	3.85	48	311	6.48	146	370	516

o Se omiten los datos por no venir especificados en los boletines.

Fuente de Información:-- Boletines mensuales del Depto. de Estadística de la Dirección General de Asistencia.--

HOSPITAL DE TURRIALBA

1961

MESES	Nº CASOS	ESTANCIAS REALES	INDICE OCUPACIONAL	TOTAL	MEDICINA	CIRUGIA	MATERUIDAD	EDIATRIA	PENSION	PACIENTES EGRESADOS	ESTANCIAS DE EGRESADOS	PROED. ESTAN- CIAS FOR - FACIENTE
<u>PROMEDIO ANUAL</u>										<u>6,025</u>	<u>28,515</u>	<u>4.7</u>
Enero.....	52	2,137	74.93	92	54	5	14	17	2	438	2,054	4.7
Febrero.....	92	2,056	78.81	92	54	5	14	17	2	426	1,985	4.7
Marzo.....	113	2,241	63.97	113	62	5	13	31	2	470	2,338	5.0
Abril.....	113	2,392	70.56	113	62	5	13	31	2	503	2,462	4.9
Mayo.....	113	2,347	67.00	113	62	5	13	31	2	501	2,335	4.7
Junio.....	113	2,682	79.12	113	62	5	13	31	2	521	2,627	5.0
Julio.....	113	2,484	70.91	113	62	5	13	31	2	474	2,407	5.1
Agosto.....	113	2,544	72.62	113	62	5	13	31	2	586	2,536	4.3
Setiembre.....	113	2,332	68.79	113	62	5	13	31	2	488	2,625	5.4
Octubre.....	112	2,572	74.08	112	62	5	13	30	2	598	2,732	4.6
Noviembre.....	112	2,300	68.45	112	62	5	13	30	2	531	2,034	3.8
Diciembre.....	112	2,302	66.30	112	62	5	13	30	2	489	2,380	4.9

FUENTE DE INFORMACION: Boletines mensuales de estadística de la C.C.S.S.

HOSPITAL DE HEREDIA

1961

M E S E S	MEDICINA		CIRUGIA		MATERNIDAD		PEDIATRIA		ADMITIDOS AL HOSPITAL	ATENIDOS EN CONSULTA EXTERNA	T O T A L				
	EGRESOS	ESTAN CLAS	PROME DIOS	EGRESOS	ESTAN CLAS	PROME DIOS	EGRESO	ESTAN CLAS				PROME DIOS			
<u>T O T A L</u>	1,989	15,193	7.64	698	4,725	6.77	2,180	4,361	2.01	1,489	12,260	8.23	7,080	6,766	13,846
Enero.....	176	1,713	9.73	34	190	5.59	234	665	2.84	149	1,307	8.77	624	503	1,127
Febrero.....	161	1,019	6.33	59	546	9.25	163	450	2.76	118	1,291	10.94	485	516	1,001
Marzo.....	#	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	596	493	1,009
Abril.....	186	1,561	8.39	68	405	5.95	218	473	2.17	126	969	7.69	604	516	1,120
Mayo.....	198	1,589	8.02	76	445	5.86	195	355	1.82	133	1,221	9.18	593	640	1,233
Junio.....	178	1,022	5.74	49	223	4.55	192	372	1.94	143	1,326	9.27	566	558	1,124
Julio.....	186	1,324	7.04	73	466	6.30	184	361	1.96	145	1,054	7.27	592	563	1,155
Agosto.....	188	1,254	6.67	64	429	6.70	204	329	1.61	135	1,230	9.11	596	632	1,228
Setiembre.....	168	1,163	6.92	66	433	6.56	186	328	1.76	134	786	5.87	549	695	1,244
Octubre.....	185	1,432	7.74	75	424	5.65	216	381	1.76	124	647	6.83	734	562	1,296
Noviembre.....	171	1,480	8.65	76	410	5.39	176	277	1.57	150	1,148	7.65	554	631	1,185
Diciembre.....	190	1,636	8.61	58	754	13.00	212	390	1.84	132	1,081	8.19	587	457	1,044

# Se omiten los datos por venir malos en los Informes.

FUENTE DE INFORMACION: Boletines mensuales del Departamento de Estadística de la Dirección General de Asistencia.

HOSPITAL DE CARTAGO

1961

M E S E S	MEDICINA			CIRUGIA			MATERNIDAD			PEDIATRIA			ADMITIDOS AL HOSPITAL.	ATENIDOS EN CONSULTA EXTERNA	TOTAL
	EGRESOS	ESTANCIA	PROMED.	EGRESOS	ESTANCIA	PROMED.	EGRESOS	ESTANCIA	PROMED.	EGRESOS	ESTANCIA	PROMED.			
<u>T O T A L</u>	<u>3,170</u>	<u>29,818</u>	<u>9.41</u>	<u>863</u>	<u>9,143</u>	<u>10.59</u>	<u>1,824</u>	<u>7,711</u>	<u>4.23</u>	<u>1,800</u>	<u>21,453</u>	<u>11.92</u>	<u>8,647</u>	<u>9,386</u>	<u>18,033</u>
Enero .....	284	2,755	9.70	31	322	10.39	175	735	4.20	163	2,075	12.73	672	751	1,423
Febrero .....	305	2,633	8.63	46	427	9.26	139	564	4.06	123	1,550	12.60	621	690	1,311
Marzo .....	#	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	589	627	1,216
Abril .....	248	2,463	9.93	77	938	12.18	172	690	4.01	123	1,617	13.15	671	789	1,460
Mayo .....	293	2,786	9.51	90	791	8.79	168	801	4.77	142	1,910	13.45	693	816	1,509
Junio .....	278	2,472	8.89	82	722	8.80	161	874	5.43	148	1,668	9.27	664	825	1,489
Julio .....	309	3,002	9.71	96	1,142	11.90	168	820	4.88	199	2,179	10.95	774	880	1,654
Agosto .....	295	2,722	9.23	95	1,036	10.90	142	584	4.11	171	2,165	12.66	747	818	1,565
Setiembre ...	305	2,817	9.24	78	775	9.94	179	663	3.70	170	2,063	12.14	772	766	1,538
Octubre .....	291	2,784	9.57	88	1,105	12.56	182	746	4.10	198	2,469	12.47	1,078	902	1,980
Noviembre ...	285	2,699	9.47	98	949	9.68	179	658	3.68	184	1,886	10.25	741	837	1,578
Diciembre ...	277	2,685	9.69	82	936	11.41	159	576	3.62	179	1,871	10.45	625	685	1,310

# Se omiten los datos por venir malos en los boletines.-

Fuente de Información:- Boletines Mensuales del Depto. de Estadística de la Dirección General de Asistencia.

HOSPITAL DE TURRIALBA

1961

M E S E S	MEDICINA			CIRUGIA			MATERNIDAD			PEDIATRIA			ADMITIDOS AL HOSPITAL.	ATENIDOS EN CONSULTA EXTERNA	TOTAL
	EGRESOS	ESTANCIA	PROMED.	EGRESOS	ESTANCIA	PROMED.	EGRESOS	ESTANCIA	PROMED.	EGRESOS	ESTANCIA	PROMED.			
<u>T O T A L</u>	<u>3,188</u>	<u>18,208</u>	<u>5.71</u>	-	-	-	<u>1,230</u>	<u>2,325</u>	<u>1.88</u>	<u>1,599</u>	<u>7,982</u>	<u>4.99</u>	<u>6,058</u>	<u>50,596</u>	<u>56,654</u>
Enero .....	240	1,426	5.90	-	-	-	54	154	1.60	104	474	4.60	472	4,411	4,863
Febrero .....	236	1,340	5.70	-	-	-	74	130	1.80	116	515	4.40	422	4,239	4,660
Marzo .....	249	1,604	6.40	-	-	-	113	229	2.00	108	505	4.70	453	4,036	4,489
Abril .....	254	1,525	6.00	-	-	-	86	186	2.20	163	751	4.60	520	4,033	4,553
Mayo .....	<u>240</u>	<u>1,396</u>	<u>5.80</u>	-	-	-	<u>111</u>	<u>192</u>	<u>1.70</u>	<u>150</u>	<u>747</u>	<u>5.00</u>	<u>508</u>	<u>4,592</u>	<u>5,100</u>
Junio .....	276	1,708	6.20	-	-	-	98	193	2.00	147	726	4.90	524	4,449	4,973
Julio .....	252	1,446	5.70	-	-	-	103	204	2.00	119	757	6.40	432	4,580	5,062
Agosto .....	316	1,591	5.00	-	-	-	117	202	1.70	153	743	4.90	564	4,446	5,010
Setiembre ...	257	1,714	6.70	-	-	-	97	174	1.80	134	737	5.50	483	4,135	4,612
Octubre .....	326	1,744	5.30	-	-	-	114	234	2.10	158	754	4.80	588	4,184	4,772
Noviembre ...	282	1,282	4.50	-	-	-	117	205	1.80	132	547	4.10	551	4,114	4,665
Diciembre ...	260	1,432	5.50	-	-	-	114	222	1.90	115	726	6.30	491	3,378	3,869

Fuente de Información:- Boletines mensuales de Estadística de la C.C.S.S.

- 21 - ANEXO B

HOSPITAL DE CIUDADE SUESADA

1961

N E S E S	MEDICINA			CIRUGIA			MATERNIDAD			PEDIATRIA			ATENDIDOS AL HOSPITAL	ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA	T O T A L
	EGRESOS	ESTAN CLAS	PROME DIOS	EGRESOS	ESTAN CLAS	PROME DIOS	EGRESOS	ESTAN CLAS	PROME DIOS	EGRESOS	ESTAN CLAS	PROME DIOS			
<u>T O T A L</u>	<u>1454</u>	<u>3,211</u>	<u>7.07</u>	<u>145</u>	<u>237</u>	<u>5.27</u>	<u>200</u>	<u>576</u>	<u>2.77</u>	<u>315</u>	<u>2,434</u>	<u>7.73</u>	<u>4,326</u>	<u>3,057</u>	<u>7,383</u>
Enero.....	147	1,007	7.39	13	101	7.77	51	169	3.31	103	666	8.41	320	249	569
Febrero.....	(°)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	278	260	538
Marzo.....	91	638	9.21	32	136	4.25	99	256	2.61	93	736	7.93	368	270	578
Abril.....	(°)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	330	239	569
Mayo.....	(°)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	362	217	579
Junio.....	(°)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	329	296	627
Julio.....	(°)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	363	285	668
Agosto.....	(°)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	393	300	693
Setiembre.....	(°)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	396	313	709
Octubre.....	(°)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	463	238	701
Noviembre.....	(°)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	380	212	592
Diciembre.....	216	1,286	5.95	-	-	-	58	149	2.57	119	830	6.97	384	176	360

(°) Se omiten los datos por no especificarse en los boletines.



HOSPITAL DE SAN RAMON

1961

M E S E S	MEDICINA		CIRUGIA		MATERNIDAD		PEDIATRIA		ATENDIDOS AL HOSPITAL	ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA	T O T A L			
	EGRESOS	ESTAN CLAS	PROME DIOS	EGRESOS	ESTAN CLAS	PROME DIOS	EGRESO S	ESTAN CLAS				PROME DIOS		
													EGRESOS	ESTAN CLAS
<u>T O T A L</u>	<u>1,154</u>	<u>13,253</u>	<u>11,48</u>	<u>165</u>	<u>1,796</u>	<u>10,52</u>	<u>913</u>	<u>3,006</u>	<u>3,29</u>	<u>11,945</u>	<u>12,05</u>	<u>3,310</u>	<u>9,873</u>	<u>13,183</u>
Enero.....	79	1,031	13,05	11	125	11,36	64	204	3,19	979	12,24	230	796	1,034
Febrero.....	88	1,145	13,01	5	54	10,80	62	226	3,64	1,105	15,14	217	799	1,016
Marzo.....	106	1,873	17,67	8	115	14,37	93	241	2,59	940	12,37	272	884	1,156
Abril.....	90	899	9,99	11	163	14,82	75	194	2,59	1,067	12,70	272	820	1,092
Mayo.....	107	1,101	10,29	18	212	11,77	89	331	3,72	880	9,25	319	937	1,256
Junio.....	115	1,203	10,46	12	166	13,83	66	272	4,12	659	9,98	265	832	1,097
Julio.....	83	791	9,53	18	207	11,50	72	263	3,65	908	10,86	241	871	1,112
Agosto.....	73	852	11,67	19	193	10,16	85	268	3,15	1,233	14,68	270	822	1,092
Setiembre....	93	1,160	12,56	12	74	6,17	76	234	3,08	971	11,84	273	739	1,012
Octubre.....	93	1,164	12,52	15	130	8,67	71	271	3,82	922	11,82	324	830	1,154
Noviembre....	120	1,169	9,74	18	179	9,94	72	246	3,42	1,027	12,30	315	874	1,189
Diciembre....	107	857	8,00	18	113	6,55	80	256	2,91	1,165	11,89	304	669	973

FUENTE DE INFORMACION: Boletines mensuales del Departamento de Estadística de la Dirección General de Asistencia.

## HOSPITAL CENTRAL C. C. S. S.

1 9 6 1

MESES	No. Camas	Estancias Reales	Indice Ocupacional	TOTAL	Medicina	Cirurgía	Bronco - pulmonar	Pediatría Mixto	Cirurgía Niños - Mixto	Mater - nidad.	Recupe - ración	Pen - sión	Prema - turos
PROMEDIO ANUAL	420	11,422	90,6	420	117	129	54	36	19	32	7	16	10
Enero.....	415	10,972	85,3	415	117	128	54	34	17	32	7	16	10
Febrero..	415	10,216	87,9	415	117	128	54	34	17	32	7	16	10
Marzo.....	415	10,679	83,0	415	117	128	54	34	17	32	7	16	10
Abril.....	415	10,592	85,1	415	117	128	54	34	17	32	7	16	10
Mayo.....	416	11,783	91,4	416	117	129	54	34	17	32	7	16	10
Junio.....	416	12,007	96,2	416	117	129	54	34	17	32	7	16	10
Julio.....	416	12,111	93,9	416	117	129	54	34	17	32	7	16	10
Agosto...	416	13,316	95,5	416	117	129	54	34	17	32	7	16	10
Setiembre	416	11,718	93,9	416	117	129	54	34	17	32	7	16	10
Octubre..	416	12,024	93,2	416	117	129	54	34	17	32	7	16	10
Noviembre	437	11,873	90,6	437	117	129	54	45	27	32	7	16	10
Diciembre	447	9,778	70,6	447	117	129	54	51	31	32	7	16	10

FUENTE: C. C. S. S.  
 Sección Estadística  
 Boletines Estadísticos Mensuales.-

## HOSPITAL CENTRAL C. C. S. S.

1 9 6 1

MESES	MEDICINA			CIRUGIA			BRONCOPULMONARES			PEDIATRIA MIXTO			CIRUGIA MIXTO NIÑOS		
	EGRESOS	ESTAN- CIAS	PROM.	EGRESOS	ESTAN- CIAS	PROM.	EGRESOS	ESTAN- CIAS	PROM.	EGRESOS	ESTAN- CIAS	PROM.	EGRESOS	ESTAN- CIAS	PROM.
TOTAL	3,088	32,751	10,6	4,314	43,437	10,1	125	17,277	138,2	1,068	15,180	14,2	625	7,552	12,0
Enero.....	232	2,199	9,5	296	2,586	8,7	10	1,840	184,0	90	1,213	13,5	55	582	10,6
Febrero..	227	2,467	10,9	334	3,293	9,9	8	1,011	126,4	74	1,013	13,7	60	706	11,8
Marzo.....	257	2,816	11,0	359	3,217	9,0	17	2,179	128,2	89	1,545	17,4	59	563	9,5
Abril.....	233	2,207	9,5	315	2,952	9,4	8	815	101,9	75	875	11,7	57	446	7,8
Mayo.....	271	3,018	11,1	401	3,926	9,8	9	877	97,4	91	1,191	13,1	48	665	13,9
Junio.....	254	2,430	9,6	352	3,541	10,1	9	1,547	171,9	91	1,442	15,8	47	707	15,0
Julio.....	267	3,005	11,3	386	3,998	10,4	9	1,368	152,0	79	1,228	15,5	48	758	15,8
Agosto....	280	3,085	11,0	372	3,913	10,5	7	905	129,3	97	1,678	17,3	59	269	4,6
Setiembre	291	3,195	11,0	388	4,007	10,3	9	832	92,4	92	1,161	12,6	46	410	8,9
Octubre..	271	2,771	10,2	392	4,623	11,8	20	3,223	161,2	115	1,305	11,3	45	535	11,9
Noviembre	259	2,690	10,4	387	3,753	9,7	10	1,332	133,2	103	1,272	12,3	50	939	18,8
Diciembre	246	2,868	11,7	332	3,628	10,9	9	1,348	149,8	72	1,257	17,5	51	972	19,1

FUENTE: C. C. S. S.  
Sección Estadística  
Boletines Estadísticos Mensuales.-

## HOSPITAL CENTRAL C. C. S. S.

1 9 6 1

MESES	MATERNIDAD		PENSION			PREMATUROS			PACIENTES EGRESADOS	ESTANCIAS EGRESADOS	PROM. EST. POR PACIEN- TE	
	EGRESOS	ESTAN- CIAS	PROM.	EGRESOS	ESTAN- CIAS	PROM.	EGRESOS	ESTAN- CIAS				PROM.
TOTAL	2, 284	11, 311	5, 0	779	4, 763	6, 1	67	1, 033	15, 4	12, 350	133, 304	10, 8
Enero.....	176	826	4, 7	58	370	6, 4	7	90	12, 9	924	9, 706	10, 5
Febrero...	146	692	4, 7	55	342	6, 2	5	63	12, 6	909	9, 587	10, 5
Marzo.....	194	926	4, 8	65	433	6, 7	6	72	12, 0	1, 046	11, 751	11, 2
Abril.....	174	824	4, 7	67	396	5, 9	6	103	17, 2	935	8, 618	9, 2
Mayo.....	203	1, 024	5, 0	77	391	5, 1	6	76	12, 7	1, 106	11, 168	10, 1
Junio.....	193	951	4, 9	62	430	6, 9	3	30	10, 0	1, 011	11, 078	11, 0
Julio.....	203	1, 036	5, 1	71	397	5, 6	5	97	19, 4	1, 068	11, 887	11, 1
Agosto...	173	874	5, 1	73	343	4, 7	6	122	20, 3	1, 067	11, 189	10, 5
Setiembre	207	1, 082	5, 2	64	347	5, 4	4	54	13, 5	1, 101	11, 088	10, 1
Octubre..	204	978	4, 8	72	468	6, 5	8	61	7, 6	1, 127	13, 964	12, 4
Noviembre	198	1, 076	5, 4	58	354	6, 1	4	98	24, 5	1, 069	11, 514	10, 8
Diciembre	213	1, 022	4, 8	57	492	8, 6	7	167	23, 9	987	11, 754	11, 9

FUENTE: C. C. S. S.  
Sección Estadística  
Boletines Estadísticos Mensuales.-

## ANEXO F

HOSPITAL CENTRAL C. C. S. S.1 9 6 1

MESES	ADMITIDOS AL HOSPITAL	ATENDIDOS CONSULTA EXTERNA	TOTAL
<u>TOTAL</u>	<u>12,302</u>	<u>415,982</u>	<u>428,284</u>
Enero.....	1,046	35,055	36,101
Febrero.....	908	32,250	33,158
Marzo.....	967	32,846	33,813
Abril.....	996	32,133	33,129
Mayo.....	1,130	37,686	38,816
Junio.....	1,042	35,535	36,577
Julio.....	1,042	36,558	37,600
Agosto.....	1,121	37,709	38,830
Setiembre..	1,048	35,171	36,219
Octubre.....	1,129	37,902	39,031
Noviembre..	1,041	36,832	37,873
Diciembre..	832	26,305	27,137

## HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

1 9 6 1

MESES	N° CAMAS	ESTANCIAS REALES	INDICE OCUPACIONAL	TOTAL	MEDICINA	CIRUGIA	MATERNIDAD	PEDIATRIA	PENSION	PACIENTES EGRESADOS	ESTANCIAS DE EGRESADOS	PROM. ESTANC. POR PACIENTE
<u>PROMEDIO ANUAL</u>	<u>1,399</u>	<u>45,290</u>	<u>104,43</u>	<u>1,399</u>	<u>376</u>	<u>369</u>	<u>64</u>	<u>496</u>	<u>94</u>	<u>34,460</u>	<u>478,630</u>	<u>13,89</u>
Enero....	1,400	44,529	102,60	1,400	376	369	64	496	95	2,681	37,914	14,14
Febrero..	1,400	42,511	108,44	1,400	376	369	64	496	95	2,680	37,361	13,94
Marzo....	1,400	47,635	109,76	1,400	376	369	64	496	95	2,856	40,455	14,16
Abril....	1,400	46,120	109,81	1,400	376	369	64	496	95	2,852	39,605	13,89
Mayo.....	1,398	47,924	110,58	1,398	376	369	64	496	93	2,908	39,728	13,66
Junio.....	1,398	46,146	110,02	1,398	376	369	64	496	93	2,813	41,151	14,63
Julio.....	1,398	46,075	106,31	1,398	376	369	64	496	93	3,038	39,481	13,00
Agosto...	1,398	45,795	105,67	1,398	376	369	64	496	93	2,925	39,981	13,67
Setiembre	1,398	43,549	103,84	1,398	376	369	64	496	93	2,835	39,435	13,91
Octubre..	1,398	46,647	107,64	1,398	376	369	64	496	93	2,945	39,535	13,42
Noviembre	1,398	44,560	106,25	1,398	376	369	64	496	93	3,022	42,958	14,22
Diciembre	1,398	41,995	96,90	1,398	376	369	64	496	93	2,905	41,026	14,12

Fuente: Ministerio de Salubridad Pública.-  
 Depto. de Estadística Hospitalaria.-  
 Informaciones Estadísticas Mensuales.-

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

1 9 6 1

MESES	MEDICINA			CIRUGIA			MATERNIDAD			PEDIATRIA			ADM- TIDOS HOSPI- TAL	ATENDIDOS EN CONSUL- TA EXTER- NA	TOTAL
	Egre- sos	Estan- cias	Prome- dios	Egre- sos	Estan- cias	Prome- dios	Egre- sos	Estan- cias	Prome- dios	Egre- sos	Estan- cias	Prome- dios			
TOTAL	5,276	110,854	21,01	8,740	158,352	18,12	9,728	32,213	3,31	10,718	177,211	16,53	35,943	133,536	169,479
Enero.....	438	9,348	21,34	670	9,935	14,83	819	2,605	3,18	754	16,026	21,25	3,053	10,583	13,636
Febrero..	425	9,099	21,41	689	11,914	17,29	752	2,577	3,43	814	13,771	16,92	2,738	10,463	13,201
Marzo....	421	8,820	20,95	767	14,257	18,59	822	2,431	2,96	846	14,947	17,67	2,710	9,921	12,631
Abril.....	431	8,869	20,58	680	12,961	19,06	832	2,809	3,38	909	14,966	16,46	2,828	10,429	13,257
Mayo.....	391	8,262	21,13	807	14,892	18,45	853	2,555	3,00	857	14,019	16,36	2,956	11,550	14,506
Junio.....	442	10,554	23,88	725	13,572	18,72	779	3,935	5,05	867	13,090	15,10	2,924	10,167	13,091
Julio.....	443	8,978	20,27	823	13,798	16,76	795	2,365	2,97	979	14,340	14,65	3,008	11,426	14,434
Agosto....	455	10,499	23,07	747	13,216	17,69	810	2,220	2,74	913	14,046	15,38	2,965	11,819	14,784
Setiembre	418	9,061	21,68	716	12,493	17,45	793	2,664	3,36	908	15,217	16,76	2,779	12,005	14,784
Octubre..	495	8,571	17,32	664	11,853	17,85	780	2,602	3,34	1,006	16,509	16,41	4,433	12,738	17,171
Noviembre	468	9,232	19,73	726	14,136	19,47	874	2,664	3,05	954	16,926	17,74	2,894	12,219	15,113
Diciembre	449	9,561	21,29	726	15,325	21,11	819	2,786	3,40	911	13,354	14,66	2,655	10,216	12,871

FUENTE: Depto. de Estadística Hospitalaria.-  
Informes mensuales estadísticos.-

Los anexos estadísticos reflejan el movimiento de los pacientes egresados de la mayoría de los centros asistenciales del país, con el propósito de lograr una visión más completa de la capacidad de estas unidades, de la clasificación de su movimiento por servicios, de la rotación cama-paciente, del número de estancias promedio por cada enfermo y de la utilización de todos y cada uno de los diferentes servicios con que cuenta cada Hospital regional. Para analizar correctamente las tasas de ingreso a cada centro es preciso referirse a la demanda de consulta externa, a fin de conocer la distribución de pacientes, y su internamiento en orden a cierto tipo de diagnóstico que justifiquen no sólo el tratamiento general, o especial, sino la extensión de su permanencia en cada salón. Tomando en consideración que la consulta médica externa de la mayoría de los hospitales regionales no está canalizada dentro de los conceptos de barrera hospitalaria, con tratamientos ambulatorios ajustados a las necesidades médicas de cada paciente, no fue posible determinar comparaciones para cada unidad regional.

Tampoco fue posible lograr los coeficientes de incremento sobre ciertos servicios, por cuanto no se sabe, por lo menos a través de las fuentes de información de que disponemos, de la procedencia geográfica de cada enfermo. Para obviar este asunto y poder referirnos a los índices generales de ocupación, como factor que permite apreciar la suficiencia de capacidad, hemos elaborado un cuadro, en donde se refleja el número de camas activas y disponibles al mes de diciembre de 1961, con sus relaciones porcentuales en cuanto a la distribución de las mismas.

De ese resumen estadístico, fácilmente se desprende como dato interesante, que no existe un común denominador, en cuanto al número de camas por servicio, o dicho en otros términos, que mientras en unos hospitales se practica la cirugía, en otros, el coeficiente de camas por servicios de medicina general abarca el movimiento más importante. No existe pues, una normalización de coeficientes en esta materia, lo cual hace suponer que muchos servicios no están acordes con las necesidades médicas de la región, sino quizá en relación directa con los presupuestos de cada hospital, el número de médicos en cada unidad, o en muchos casos con el buen deseo de los Jefes médicos de organizar determinado servicio. Lo interesante en este tipo de estudio es la canalización del paciente hacia un servicio específico, a través de la consulta médica externa para la determinación de la tasa de ingreso, como norma de orientación en la finalidad de las prestaciones hospitalarias.

Si estudiamos los porcentajes en cuanto al número de camas por servicio del Hospital Central en relación con los demás hospitales regionales a que nos referimos en los cuadros anteriores, se puede apreciar que existe un mejor equilibrio de la distribución de camas para el Hospital Central de la Caja, por cuanto sus necesidades han sido debidamente orientadas hacia factores de población. Véase por ejemplo que el Hospital de Heredia con 172 camas, tiene el 42% destinadas a medicina -



general y únicamente un 6% para cirugía, mientras que los hospitales de Alajuela y Puntarenas, llegan a tener 20 y 22% respectivamente para este servicio. Lo anterior confirma las hipótesis a que nos hemos referido sobre la organización de determinados salones en cada unidad hospitalaria. Tampoco debe dársele un carácter genérico a los porcentajes que se obtienen de las camas de pensión en los hospitales regionales, por cuanto la mayoría de ellas están catalogadas como tales, en virtud de los contratos celebrados con la Caja Costarricense de Seguro Social para la atención de sus pacientes en salones especiales. Véase por ejemplo que mientras la Caja Costarricense de Seguro Social escasamente llega al 4% de sus camas para pensión, hospitales como Ciudad Quesada, Liberia, Cartago, Alajuela, etc. etc., mantienen porcentajes superiores al 17%, lo cual constituye una prueba más de que lo que existe es una simple separación de camas para los efectos citados.

Se presenta también un cuadro que resume los promedios generales de estancia por egresado de los diferentes servicios hospitalarios durante el año de 1961, en donde se aprecia la extensión que han tenido las estancias reales durante ese ejercicio. Si bien es cierto que la mayoría de estos porcentajes no sobrepasan los 8 días para medicina, 7 días para cirugía,  $3\frac{1}{2}$  días para maternidad y 10 días para pediatría, sí debemos reconocer que con excepción de algunas unidades regionales, la mayoría de ellas no tienen ni el tipo de cirugía del Hospital Central, ni la cirugía infantil conforme al programa de la Institución, ni tampoco el tratamiento de las especialidades que perfectamente pueden caer en los diferentes servicios a que se refiere este cuadro. Por lo tanto, los anteriores promedios no dan idea de una suficiencia en el tratamiento sino simplemente de un criterio de permanencia adecuada a las condiciones propias de cada hospital, para los tratamientos correspondientes.

Se presentan también una serie de cuadros que dan una idea general de los índices ocupacionales en cada centro asistencial a fin de observar la capacidad de cada uno de estos centros. Existe la costumbre generalizada de estudiar el índice general de ocupación, únicamente como relación entre estancias reales y estancias permiscibles y obteniendo conclusiones en cuanto a que índices no superiores del 80 al 90%, dan una idea de trabajo constante y equilibrio de servicio. Sin embargo, para apreciar justamente si el promedio de estancia por egresado ha tenido una estrecha relación con el índice general de ocupación, es preciso entonces determinar la verdadera utilización de la cama, mediante la rotación anual de la misma, en tal forma que se pueda decir que la rotación cama paciente, ha logrado sus propósitos en virtud de los tratamientos indicados. En este sentido es necesario llegar a los ajustes correspondientes en cuanto a la población que incide sobre cada hospital, en vista de que la clasificación de pacientes admitidos, internados o atendidos en cada unidad regional, no viene distribuida por código de procedencia, de manera que la ausencia de cierto servicio especial,

obliga a los pacientes de una área a recurrir por cuenta propia o por indicación médica, al hospital más cercano, provocando así una mayor demanda de los servicios de ese centro, sin que se pueda entonces determinar sobre los coeficientes normales el incremento correspondiente. Hacemos estas aclaraciones porque de un análisis estadístico como el que hemos pretendido realizar, no se pueden hacer ciertas conclusiones respecto a hospitales que no tienen o por lo menos sus fuentes de información no lo publican, datos básicos para las comparaciones correspondientes. Pasando por alto estos requisitos, sí se puede apreciar que la mayor parte de los hospitales regionales trabajan con índices generales de ocupación que no sobrepasan el 88% de su capacidad, con excepción del Hospital de Cartago, que sí ha venido dando índices superiores al 100%, a pesar de la inclusión de nuevas camas a partir de setiembre de 1961, principalmente en el Servicio de Pensionado. Se publican también sendos cuadros estadísticos que permiten apreciar la distribución mensual del número de egresos, las estancias originadas y los promedios correspondientes en todos y cada uno de los servicios establecidos por cada unidad hospitalaria y se agrega a la par, el total de pacientes admitidos y el número de personas que recurrieron a la consulta médica externa. Volvemos una vez más a necesitar de cierta información estadística básica para determinar las tasas de ingresos a cada uno de los servicios referidos. Véase por ejemplo la relación que existe entre los atendidos en consulta externa y los admitidos al Hospital y en todos los casos sin excepción, se puede apreciar que la consulta externa no representa una barrera hospitalaria que permita el tratamiento ambulatorio de los pacientes, a través de una medicina vigilada. Tomando en consideración las anteriores circunstancias, es preciso suponer la migración de pacientes de ciertas zonas hacia otros centros que, como dijimos anteriormente, hacen aumentar los índices generales de ocupación y provocan un desequilibrio de los servicios en cuanto a las necesidades de su área de atracción.

El estudio sigue con la presentación de algunos otros cuadros que permiten apreciar la relación de demanda en cuanto a la consulta externa y su factor de internamiento a cada hospital regional. Creemos que mientras la consulta externa de cada unidad hospitalaria a la que nos estamos refiriendo, no tenga una organización parecida a la que actualmente mantiene la Caja Costarricense de Seguro Social, es difícil obtener tasas comparables sobre dos sistemas completamente diferentes en su organización.

ANEXO C

CATEGORIA DE OCUPACION DE LA POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA (DE 12 A OS Y MAS), URBANA Y RURAL, POR PROVINCIAS Y EN PORCENTAJES: 1950 (#)

Provincia	Total	Porcentajes del total					Desconocidos
		Empleados	Patrones	Trabajadores por cuenta propia	Familiares sin remuneracion		
Costa Rica	271,984	66.45	10.11	10.91	9.50	3.03	
San José	98,142	68.93	8.71	11.04	6.83	4.49	
Alajuela	47,151	59.63	12.65	11.72	14.42	1.58	
Cartago	33,362	76.76	6.02	8.88	6.77	1.57	
Heredia	17,285	76.48	8.50	6.66	4.61	3.75	
Guancaste	27,565	49.87	17.90	12.29	18.35	1.59	
Puntarenas	32,779	65.64	9.93	11.16	10.14	3.13	
Limón	15,700	69.28	8.38	13.76	5.66	2.92	
POBLACION URBANA							
Costa Rica	98,600	75.12	5.27	12.56	1.84	5.21	
San José	56,534	75.49	4.97	12.13	1.21	6.20	
Alajuela	9,920	71.92	5.84	16.30	3.32	2.62	
Cartago	8,568	74.93	5.64	13.44	3.13	2.86	
Heredia	6,148	78.33	6.56	9.47	2.08	3.56	
Guancaste	3,801	69.72	8.13	15.47	4.10	2.58	
Puntarenas	9,322	74.09	4.48	12.70	2.31	6.42	
Limón	4,307	80.40	4.44	9.33	0.84	4.99	
POBLACION RURAL							
Costa Rica	173,384	61.52	12.86	2.98	13.85	1.79	
San José	41,608	60.01	13.79	9.55	14.47	2.18	
Alajuela	37,331	56.36	14.46	10.50	17.38	1.30	
Cartago	24,794	77.40	6.15	7.31	8.02	1.12	
Heredia	11,197	75.45	9.57	5.12	6.00	3.86	
Guancaste	23,764	46.70	19.46	11.78	20.63	1.43	
Puntarenas	23,457	62.28	12.10	10.55	13.25	1.82	
Limón	11,393	65.07	9.87	15.43	7.49	2.14	

(#) Datos tomados del Censo de Población de Costa Rica, año 1950.

## ANEXO C

De acuerdo con el Censo de Población de 1950, se entiende por:

### Empleado:

Quien trabajó para otra persona o entidad y recibió una remuneración en efectivo o en especie, de acuerdo con el tiempo o cantidad de trabajo, o un monto fijo independiente del tiempo o cantidad de trabajo.

### Por cuenta propia:

La persona que se dedicó a su ocupación, profesión u oficio principal en forma independiente, esto es, que no tuvo ningún empleado, ni tampoco fue empleado de nadie.

### Familias sin remuneración:

Aquella persona que trabajó para algún miembro de la familia con quien está relacionado por lazos de sangre, matrimonio o adopción, sin recibir remuneración alguna por su trabajo.

### Patrono:

Es la persona dueña de cualquier empresa o actividad económica, grande o pequeña, en la cual empleó una o más personas.

## COMENTARIOS DEL CUADRO

De acuerdo con el Censo de Población de 1950, el 66.45% de la población económicamente activa de la República eran trabajadores propiamente dichos; el 10.91% correspondía a trabajadores independientes y un 9.50% estaba representado por familiares sin remuneración, los cuales en realidad forman parte de la organización económica de los trabajadores independientes.

Los porcentajes de trabajadores, trabajadores independientes y familiares sin remuneración varían bastante según se trate de población urbana o población rural. En la población urbana el 75.12% del grupo económicamente activo (12 años y más) está representado por los trabajadores y un 14.40% por el grupo de trabajadores por cuenta propia y familiares sin remuneración. Por su parte, en el grupo de población rural, los trabajadores son el 61.52% de la población económicamente activa y los trabajadores por cuenta propia y familiares sin remuneración representan el... 23.84% de esa población. Se nota también que el porcentaje de patronos en la población urbana está representado por el 5.27% de la población activa, mientras que en la población rural el 12.86% de la misma son patronos.

De los datos que aparecen en el cuadro de población económicamente activa se desprende que no obstante estar fundamentado nuestro Seguro Social en la tesis laboral (aunque incluye trabajadores independientes), lo cierto es que por la estructura económico-social del país da margen a la protección de un elevado porcentaje de la población total.