

# *Revista Centroamericana de Administración Pública*

---



**Tema:**

**Administración  
Pública  
de Salud**

**12**

# en este número

## **Crisis y estabilización financiera en el Seguro Social de Costa Rica**

p. 5

## **Salud sin riqueza? El sistema de salud en Costa Rica bajo la crisis económica**

p. 25

## **Algunas consideraciones sobre población que pueden orientar las acciones de planificación en salud**

p. 41

## **Hacia una propuesta conceptual operativa de la participación comunitaria en salud**

p. 51

## **Aspectos técnicos adminis- trativos de un programa de vacunación**

p. 59

## **Incidencia del sarampión en Costa Rica: un análisis comparativo**

p. 63

## **Situación de salud en Centroamérica**

p. 71

## **El concepto de salud enfermedad y salud pública según los diferentes modos de producción**

p. 103

## **Evaluación de la calidad en la atención de la salud**

p. 137

## **Ludwig Güendell**

Analiza el proceso de crisis y reestructuración del Seguro Social de Costa Rica.

## **Lynn M. Morgan**

Analiza el reto del Estado costarricense en la presente década: ejercer control sobre un sistema de salud nacionalizado, sin exceder un presupuesto austero ni reducir los servicios.

## **Mayra Cartín B.**

Plantea algunas consideraciones sobre población y la relación entre la demografía, la salud pública y la administración.

## **Luis Bernardo Villalobos S.**

Presenta una propuesta para la conceptualización operativa de la participación comunitaria en salud.

## **Emilia Ma. León de Coto**

Analiza los problemas que implica un proceso de vacunación.

## **Mariana Chavez A.**

Presenta un análisis comparativo de la incidencia de sarampión en Costa Rica.

## **Mauricio Vargas Fuentes**

Resume en series estadísticas la situación de salud en Centroamérica.

## **Jorge Cardona O.**

Revisa analíticamente los conceptos de salud, enfermedad y salud pública.

## **Mauricio Vargas Fuentes**

Presenta un análisis sistemático de la evaluación de la calidad en la atención de la salud en Centroamérica.

# Revista Centroamericana de Administración Pública

Número 12  
Enero/Junio/1987

★ Director  
Carlos Cordero d'Aubuisson

★ Editor  
Rethelny Figueroa

★ Comité Editorial  
Rethelny Figueroa/Carmen María  
Romero/Flor Cubero/María Cecilia  
Alvarado/Carlos Cordero d'Aubuisson/  
Dennis Aguiluz/Sebastián Vaquerano

★ Departamento de Publicaciones  
Sebastián Vaquerano

● Para suscripciones, canje y solicitudes,  
escribir a Editor Revista Centroamericana de  
Administración Pública, ICAP. Apartado  
10.025, San José 1000, Costa Rica, C.A.



**L**A región centroamericana atraviesa una crisis social, económica y política de considerable magnitud.

El contexto internacional de lucha ideológica y económica condiciona en gran medida esta crisis. Por otra parte, el escenario interno, caracterizado por las limitaciones en la eficacia y eficiencia de los servicios que prestan las instituciones del Estado ha agudizado la situación a extremos que parecen muy difíciles de superar.

El sector salud no está ajeno a las consecuencias de la situación convulsa que se vive en el istmo, y así encontramos una serie de indicadores poco satisfactorios.

En algunos países la esperanza de vida al nacer no alcanza los 60

años, y la mortalidad infantil sobrepasa las 80 defunciones por mil nacidos vivos. Coexisten las enfermedades de origen infeccioso y las de evolución crónica y degenerativa.

Dentro del panorama anterior, la población crece aceleradamente, sin que el Estado pueda dar una respuesta adecuada a las demandas que esta situación provoca. A esto se suma un nuevo problema social: las migraciones masivas dentro y entre países, ocasionadas fundamentalmente por los conflictos bélicos que afectan a algunas de las naciones centroamericanas.

El reto histórico que esta situación plantea para las administraciones públicas merece ser atendido en forma prioritaria y con respuestas concretas y adecuadas a la realidad que enfrenta la región. Orientado por esta línea de pensamiento y consciente del mandato de los gobiernos a los que representa, el

Instituto Centroamericano de Administración Pública, dentro de sus programas de formación, inició en setiembre de 1986 un Posgrado en Administración Pública con énfasis en Administración de Salud. Asimismo, dentro de esta estrategia orientada al apoyo del Sector Público de Salud en Centroamérica, se han iniciado programas de capacitación, asesoría e investigación. En el presente número de la Revista Centroamericana de Administración Pública, dedicada al tema de la Administración de Salud, se esbozan algunas interrogantes y propuestas para enfocar la atención de la compleja problemática de la salud de la población centroamericana. Así, queremos enfatizar inicialmente la necesidad de que Centroamérica encuentre sus propios conceptos, diseñe sus definiciones y participe en forma total en el mejoramiento de su estado de salud desde una perspectiva global y con un enfoque integral.

# *Revista Centroamericana de Administración Pública*

La publicación de esta revista fue posible gracias al financiamiento de la Fundación W. K. Kellogg.

● La Revista Centroamericana de Administración Pública es una revista abierta a todas las corrientes del pensamiento administrativo que aboga por el desarrollo de la disciplina en Centroamérica.

● Esta publicación es editada cada cuatro meses por el Instituto Centroamericano de Administración Pública (ICAP), organismo intergubernamental al servicio de la región centroamericana con sede en San José de Costa Rica.

● Los artículos que publica son de la exclusiva responsabilidad de sus autores y no traducen necesariamente el pensamiento del Instituto Centroamericano de Administración Pública.

● La Revista permite la reproducción parcial o total de sus trabajos a condición de que se mencione la fuente.

**INSTITUTO CENTROAMERICANO DE ADMINISTRACION PUBLICA**

Apartado 10.025/San José, Costa Rica, C. A./Teléfono 22-31-33/Télex 2180 ICAP CR

# artículos

## Crisis y estabilización financiera en el Seguro Social de Costa Rica

Ludwig Güendell González\*

---

EN EL PRESENTE ARTICULO SE ANALIZA EL PROCESO DE CRISIS Y REESTRUCTURACION DEL SEGURO SOCIAL DE COSTA RICA DURANTE EL PERIODO 1978-1986. PLANTEA LA TESIS DE QUE ESTE HA SUFRIDO UN PROCESO DE REESTRUCTURACION DIRIGIDO A AUMENTAR LA CAPACIDAD OPERATIVA MAS QUE A DESMANTELARLO, PRODUCTO DEL RECLAMO DE LOS SECTORES POPULARES Y LOS GREMIOS DE PROFESIONALES EN MEDICINA.

### Introducción

Desde finales de la década pasada la ampliación del Estado costarricense mostró su límite estructural. Por un lado, los desajustes fiscales que se venían presentando desde tiempo atrás se transformaron en una seria crisis, que repercutió en la provisión de los servicios. Por otro lado, los sectores empresariales, especialmente los vinculados con el capital transnacional y las actividades agroexportadoras, se encontraban en desacuerdo con la magnitud que había alcanzado el Estado y promovían su retiro de algunas actividades.

Una de las áreas que se ha visto más afectada ha sido la política social. No sólo ha sufrido serias dificultades para su financiamiento, sino que también ha presentado problemas de gestión, que la han hecho incapaz de satisfacer las crecientes demandas sociales. Hechos que se han expresado en la formación de crisis financieras y de administración en las diferentes instituciones de bienestar y asistencia social.

---

\* Sociólogo Investigador y Docente del Instituto Centroamericano de Administración Pública y la Escuela de Ciencias Políticas de la Universidad de Costa Rica.

En términos políticos esta situación ha llevado a que los sectores descontentos con el actual modelo de Estado enfatizen en las dificultades de gestión que sufren y propugnen por una reestructuración por medio del desmantelamiento. Esto lógicamente provocaría modificaciones significativas en nuestro régimen político, toda vez que estas políticas han constituido uno de los principales factores, sino el fundamental, para la construcción de un tratamiento consensual del conflicto social. Por otro lado, los sectores económicos y políticos que han impulsado la ampliación de la actividad estatal se encuentran en una posición defensiva. Entre ellos sobresalen los grupos empresariales y políticos, sobre todo los militantes del Partido Liberación Nacional, organización que promovió la constitución de este modelo de estado, que plantean una reestructuración del Estado y particularmente de la política social, por la vía de un aumento en la capacidad de gestión.

El presente artículo tiene el propósito de analizar este proceso de crisis y reestructuración del Estado, en el caso particular del Seguro de Enfermedad y Maternidad de la Caja Costarricense de Seguro Social, institución que enfrentó a partir de 1980 una profunda crisis financiera, y que ha experimentado desde 1982 un proceso de estabilización financiera, el cual se

enmarca dentro de las políticas de estabilización y reactivación que se están aplicando a la economía costarricense en su conjunto.

En el primer apartado se realiza una caracterización general del seguro de salud, su funcionalidad en el sistema económico y político y su impacto en el desenvolvimiento de la actividad médica en el país. En el segundo apartado, se analiza la crisis de la economía y el Estado costarricense y su efecto en la institución aseguradora. En el tercer apartado se estudia el proceso de estabilización financiera y las propuestas de reestructuración del modelo de prestación de servicios.

## 1. Estado, Seguro Social y Medicina

Costa Rica se ha distinguido en los últimos treinta años por desarrollar un Estado, que ha venido otorgando de manera creciente un lugar privilegiado a la atención de los problemas sociales, generados por una sociedad que presenta profundas desigualdades en el campo económico y del poder político.

La salud ha sido una de las áreas sociales que se ha favorecido más ampliamente con dicha intervención. En la década de los cuarentas período en el que se realizó una importante reforma social que incluyó medidas en el campo de la educación, la vivienda y las relaciones obrero-patronales, se fundó la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), institución que fue ampliándose gradualmente hasta culminar

con la universalización de sus servicios hacia principios de los años setentas.<sup>1</sup>

La fundación del seguro social constituye desde las ópticas de la economía, la medicina y la política un hecho de profunda relevancia para la sociedad costarricense:

1. Desde el punto de vista económico ha cumplido con varios propósitos: en primer término, ha abaratado una parte de los costos de reproducción de la mano de obra industrial por la vía de su socialización, mediante los siguientes mecanismos:<sup>2</sup>

- a) El divorcio que existe entre el pago y el uso de los servicios que realizan los contribuyentes.<sup>3</sup>
- b) La financiación tripartita (obrero, patrón y Estado), que posibilita, por un lado, financiar una parte del seguro con la aportación del Estado, el cual ha venido cargándola a los consumidores por medio de los impuestos indirectos; y, por otro lado, en virtud de que la cotización de los trabajadores es porcentual y sin ningún tipo de topes, una contribución del trabajador basada en el monto de sus salarios o sueldos.

En segundo término, precisamente mediante este proceso de socialización de costos, se ha dado una redistribución del ingreso de los sectores que perciben una mayor remuneración hacia los que se encuentran en los niveles más bajos de la escala salarial.<sup>4</sup> En tercer término, ha coadyuvado determinantemente al mejoramiento de la productividad de la mano de obra, al mejorar, significativamente, las condiciones de salud de los trabajadores con las que se incorporan a los procesos de trabajo. Además, habría que agregar que ello ha contribuido a incrementar la esperanza de vida del trabajador, lo que desde el punto de vista del empresario significa ampliar la vida útil de su "capital humano". En último término, ha constituido un "facilitador" para que se desarrollara de manera amplia la industria y el mercado farmacéutico. Esta función la ha

1. Véase además: Manuel Rojas Bolaños. *Lucha social y guerra civil en Costa Rica 1540-1548*. San José: Editorial Porvenir, 1979.

2. Véase además: Ludwig Güendell González. "Análisis del impacto del proceso de estabilización económica en la política social del Estado Costarricense". Tesis de Maestría en Sociología, Facultad de Ciencias Sociales: Universidad de Costa Rica, 1986, p. 74-78.

3. Véase además: Edgar Briceño y Eduardo Méndez. *Efectos de los programas de salud pública sobre la distribución del ingreso en Costa Rica*. San José: Universidad de Costa Rica, Facultad de Ciencias Económicas, 1981.

4. *Ibid.*, p. 56.

cumplido de dos modos, por un lado, difundiendo una concepción de la medicina basada principalmente, en el tratamiento de la enfermedad, la cual desarrolla enfoques terapéuticos que privilegian el uso de medicamentos. Esto ha contribuido a que se incorporen pautas que elevan la propensión de los consumidores (trabajadores) a adquirir fármacos, incluso sin la debida autorización del profesional en medicina. Por otro lado, el desarrollo de tal enfoque, internamente ha provocado un crecimiento significativo del gasto en medicamentos de la oferta de servicios de diverso tipo en el país, la convierten en el "consumidor" más importante del mercado farmacéutico nacional.

Antes de proseguir con el siguiente punto, es importante realizar brevemente una aclaración de carácter conceptual en torno a las diversas "funciones" económicas que cumple el seguro social como parte de las actividades de bienestar que desarrolla el Estado. Es común en algunas interpretaciones que le asignan al Estado una racionalidad económica, comprender dichas "funciones" como resultado de la lógica del capital o de la instrumentalización que realiza la burguesía para satisfacer sus intereses económicos a corto o largo plazo. A mi juicio, estos enfoques son muy limitados, en la medida en que le otorgan al papel del Estado, una racionalidad que no tiene y por consiguiente, tienden a unilateralizar la política estatal, en este caso la política social.

5. La medicina estatal en Costa Rica y en general en América Latina se fue desarrollando principalmente a raíz de los problemas de salud que se presentaban en las actividades productivas esenciales, provocados por el parásito anquilostomo que generaba una grave anemia, con consecuencias muy negativas en la productividad de la mano de obra, la malaria, la tuberculosis y otras enfermedades infectocontagiosas que se propagaban en virtud de las deterioradas condiciones de vida existentes en la época. Para análisis detallado de la historia de la medicina estatal en Costa Rica y la situación de salud, puede consultarse: Francisco Rivas. *Desarrollo histórico de la práctica médica y los problemas de investigación*. San José : Universidad de Costa Rica, Escuela de Medicina, 1978.
6. Véase además: Juan César García. "Crecimiento y transformación de la medicina estatal". *Revista Latinoamericana de Salud*. (1):102-117, 1982.

Si bien puede identificarse una determinada funcionalidad en el área económica, que a primera instancia puede aparecer como un propósito intrínseco a su origen y posterior desarrollo, es necesario aclarar que más bien constituye el producto de la conjunción de una serie de elementos, que para el caso costarricense, podríamos citar como los más importantes: el impulso de políticas económicas de inspiración keynesiana, en virtud del predominio alcanzado en el Estado por la burguesía industrial que recién comienza a desarrollarse paralelamente a la fundación y ampliación del seguro social; la importancia que mantienen dentro del partido Liberación Nacional los sectores medios; los lazos que se construyen entre el partido y su base electoral, lo cual va a devenir en la constitución de clientelismos políticos que le darán a esta organización una estructura de poder altamente compleja; la relación de dependencia que va a establecerse entre la actividad estatal y algunos sectores empresariales, y su "status" jurídico de institución descentralizada, aspecto de fundamental importancia para aquellas fuerzas sociales interesadas en ampliar el aparato de bienestar del Estado costarricense.

2. Con el seguro social la medicina estatal se ha visto profundamente transformada. De la antigua asistencia pública, propia del Estado liberal, que se restringía a la aplicación de acciones sanitarias sobre todo en las actividades de gran concentración de fuerza de trabajo<sup>5</sup> y a la incorporación de la caridad como una obligación del Estado<sup>6</sup> pasa al concepto de seguridad social, que responsabiliza al Estado de la salud de la población trabajadora. Mientras la primera es definida como una actividad esporádica y de baja calidad, cuyo interés se centra no en la recuperación y mantenimiento de la fuerza de trabajo sino en la disminución de las tensiones sociales, la segunda, más bien, se encuentra asociada en su primera fase a garantizar la salud de la población asalariada y posteriormente, con su universalización, a la gran mayoría de trabajadores incluyendo los campesinos y los trabaja-



dores independientes. Con este cambio operado en la medicina estatal, la salud pierde su carácter privado y si bien se conserva como un ámbito de realización individual, adquiere una dimensión social. Ello modifica el estado de salud de la clase trabajadora al punto de que eleva considerablemente su esperanza de vida, trayendo como consecuencia la reconstitución del ciclo de vida y por consiguiente el incremento de la población, lo que provoca un aumento en la demanda de los gastos sociales y modifica las expectativas y el sentido de la vida.<sup>7</sup>

3. Desde la perspectiva de su impacto político debe destacarse, primeramente, que su fundación es el resultado de todo un proceso de lucha social que fue obligando al Estado liberal al intervenir en el área social. Más aún, el propósito fundamental que le otorgó el Dr. Rafael Angel Calderón Guardia, gobernante bajo cuyo mandato se aprobó la ley de creación del Seguro Social, fue precisamente garantizar la armonía social.<sup>8</sup>

Con la refundación del Estado costarricense ocurrida a partir de los años cincuenta, éste se enmarca en un proceso sistemático de incorporación del conflicto social al Estado (Sistema Político). Así

pues, la extensión de sus servicios de salud a la población va a realizarse de manera congruente con la ampliación de las políticas sociales, tanto en el número como en la cobertura de los diferentes programas. Esto queda de manifiesto con el hecho de que la denominada universalización de los servicios de salud, se aprueba en uno de los períodos de gobierno (1970-1974), en el que comienza a predominar la tesis de un capitalismo de Estado no transitivo,<sup>9</sup> resultado de complejos factores en el interior del Partido Liberación Nacional, en los que tienen destacada participación la representación de los sectores populares.<sup>10</sup> Esto va a consolidar la relación partido-masas, que hará todavía más complejo el gobierno de la economía.

La incorporación del conflicto social al Estado (sistema político) va a desplazar el ámbito de confrontación entre clases de la esfera productiva (las condiciones de trabajo y la negociación del salario directo, hacia la distribución ("el salario social") provocando un doble efecto: la socialización de la política, en la medida en que se va a ampliar el ámbito de acción del Estado y, por otro lado, la despolitización de la lucha social en cuanto a que el conflicto canalizado institucionalmente va a obtener un tratamiento técnico. Además, su institucionalización va a devenir en una reorientación de las demandas hacia el proyecto hegemónico.<sup>11</sup>

En el caso específico de la salud, este proceso ha venido presentándose de la siguiente manera: la fundación del seguro social constituye el reconocimiento por parte del Estado de la existencia de una necesidad social y por tanto, la redefinición de la salud como un ámbito de realización privada.

Esto ha significado dos cosas: por un lado, las demandas de salud se han venido "operacionalizando" en el Estado, y como resultado el régimen de enfermedad y-maternidad del Seguro Social ha sufrido una expansión notable, hasta llegar a una cobertura del 80% de la población total.

Por otro lado, la dimensión política de la salud, esto es su determinación por las

7. La intervención estatal tiene, por consiguiente, un impacto que trasciende lo material e involucra el ámbito normativo. Véase además: Jürgen Habermas. *La Reconstitución del materialismo histórico*. Madrid: Taurus, 1987, p. 287.

8. Véase además: "Exposición de motivos del Poder Ejecutivo al Congreso, relativa al Proyecto de Ley sobre el Seguro Social Obligatorio". *Su Seguridad*. (1): 18, Mar., 1942.

9. Véase además: Ana Sojo. *Estado empresario y lucha política en Costa Rica*. San José: EDUCA, 1984.

10. Véase además: Ludwig Güendell González. *La política social y la asignación familiar en Costa Rica 1975-1976*. San José: CLACSO, 1986. (Avance de Investigación).

11. Para estudiar las consecuencias políticas que tiene la configuración del estado social existe una vasta literatura, entre otros se pueden consultar: Jürgen Habermas. *Op. cit.*; Bucí Glucksman. *Gramsci y el Estado*. México: Siglo XXI, 1978 y Portantiero, Juan Carlos. "La Democratización del Estado". *Pensamiento Iberoamericano*. (5):99-125, Ene., 1984.

condiciones de vida y laborales, se desdibujan para dar paso a una concepción de salud que enajena al trabajador, al presentarse ésta (la salud) como un problema técnico que se resuelve con la visita al médico y desde luego, con el uso de medicamentos.

## 2. El Seguro Social y la crisis del Estado costarricense

Hacia finales de la década pasada el seguro social comenzó a experimentar serios desajustes en sus finanzas, que se expresaron en la formación de un sistemático déficit de operación.

Los principales factores que lo propiciaron fueron, la universalización de sus servicios, iniciada a partir del año 1973 y fortalecida con el traspaso de los hospitales y clínicas administrados por la Junta de Protección Social, llevada a cabo en 1979, que elevó considerablemente los costos de operación, y la deuda del Estado como tal y como patrón, la cual venía acumulándose desde varios años atrás, hasta alcanzar en 1983 la suma de dos mil veintisiete millones de colones, en términos corrientes.

Ambos factores no son hechos aislados, sino que forman parte de un contexto mucho más general y rico en matices: la forma particular que ha asumido la gestión estatal de la economía y la sociedad costarricense en estos últimos treinta años, especialmente en los setentas, cuando se profundizó el perfil intervencionista del Estado.

Esto ha dado lugar a que se presente una tendencia a la crisis de racionalidad que ha hecho menos eficiente la actividad que desarrolla el aparato institucional y ha

provocado una mayor dificultad para organizar el consenso.<sup>12</sup>

Concretamente, en el Seguro Social una de las principales formas bajo la que se ha manifestado esta tendencia ha sido, precisamente, con el desarrollo y consolidación de la medicina curativa, que se logró gracias a la universalización de las prestaciones médicas, la cual no sólo requirió de una infraestructura altamente costosa sino también significó una atención al paciente muy onerosa y que no resuelve el verdadero origen de la enfermedad. Esto respondía a los intereses de los empresarios de este ramo y a la difusión de una concepción específica de medicina llevada a cabo por médicos, quienes la mayoría de las veces complementaban su labor en el Seguro Social con la consulta privada. En este sentido fue producto de una coincidencia de intereses de estos sectores con las clases subalternas.

Valga aclarar, sin embargo, que a pesar de tales limitaciones, esto constituyó, desde luego, un avance significativo en la atención de la salud de la población trabajadora, razón por la cual es una concepción en extremo limitada interpretarlo como una maniobra de la clase dominante para justificar un orden social que es productor de enfermedades.

Otros hechos que afectaron determinadamente las finanzas del Seguro Social y que forman parte de este escenario son la crisis económica y la crisis de hegemonía o dirección que se presentaba en el bloque en el poder.

La crisis económica desencadenó por una parte, un proceso inflacionario cuya consecuencia para la Institución fue la disminución de sus ingresos en virtud del rezago que tuvo el aumento salarial frente al incremento en el nivel general de precios y la lógica disminución en la capacidad adquisitiva de su presupuesto.<sup>13</sup> Por otra parte, se expresó por medio de una recesión, principalmente en el sector industrial, que provocó un aumento en la desocupación. Esto redundó en una menor recaudación de fondos para la Institución a causa del cierre de empresas y la disminución de los ingresos generados por la cotización obrero patronal, a raíz del de-

12. Véase además: Ludwig Güendell González y Roy Rivera. "El desarrollo de la política social: Crisis y perspectivas". *Revista Polémica*. (2):Jun., 1987.

13. Véase además: Costa Rica. Caja Costarricense de Seguro Social. Dirección Técnica Actuarial y de Planificación Institucional. *Estudio integral de la situación financiera del seguro de enfermedad y maternidad*. San José: La Caja, 1982, p. 90.

crecimiento de la contratación de la mano de obra.<sup>14</sup>

La crisis de hegemonía, por otra parte, provocó la exacerbación del conflicto social, fundamentalmente en el seno del bloque en el poder. La burguesía agroexportadora y comercial importadora se opusieron vehementemente al proyecto de Estado empresario que impulsaban la fracción de políticos-empresarios liberales,<sup>15</sup> pero también algunos de estos sectores cuestionaban profundamente la existencia de un estado social redistributivo.<sup>16</sup> Esta crisis que se expresó institucionalmente en fuertes enfrentamientos entre diferentes aparatos del Estado, que constituían parcelas de poder de determinado grupo o fracción, lógicamente devino en la conformación de una política económica y social incoherente, que en ocasiones asumió el carácter de errático. En efecto, a finales de la Administración de Daniel Oduber, las fuerzas políticas que venían oponiéndose sistemáticamente al proyecto de ampliación del Estado costarricense crearon un clima de descontento público generalizado hacia las instituciones gubernamentales, particularmente hacia la Corporación Costarricense de Desarrollo (CODESA) que encarnaba el proyecto de Estado empresario y las diferentes instituciones de bienestar social (Instituto Mixto de Ayuda Social) (IMAS), Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), Asignaciones Familiares, Patronato Nacional de la Infancia (PANI), etc.). Esto se logró a partir de la construcción de un discurso que enfatizaba en la ausencia de una gestión pública racional y en la injerencia político-partidista en las

instituciones del gobierno, aspectos que eran considerados como las principales causas del incremento del gasto público y del déficit fiscal.<sup>17</sup>

Gracias a este planteamiento, que logra el reconocimiento de un gran sector de la población costarricense, es que la Coalición Unidad, que articulaba a tales fuerzas políticas, alcanza el triunfo electoral en los comicios de 1978.

Sin entrar a profundizar en este hecho social, resulta importante hacer dos anotaciones. Primero, constituye una paradoja el hecho de que este triunfo se lleve a cabo basado en una crítica al estatismo, cuando durante la Administración Oduber es que se incrementa más significativamente el "salario social" de la población trabajadora. Segundo, esto tiene su explicación en la veracidad que adquiere este discurso. En efecto, en virtud de la ampliación del Estado las principales contradicciones o conflictos sociales son desplazados hacia la esfera estatal, lo cual no sólo crea problemas de gestión en las diferentes instituciones públicas sino que "politicizarse" la toma de decisiones, como que también, en la medida en que no pueden ser satisfechas todas las expectativas de los diferentes sectores de la clase trabajadora ante la falta de un proyecto contrahegemónico que reoriente tales insatisfacciones hacia una profundización de la democracia, dicho proyecto de Estado perdió legitimidad.

Los sectores conservadores, que habían adquirido una importante influencia en esta coalición electoral, con la victoria no sólo lograron difundir su pensamiento, profundamente antiestatista, sino también le otorgaron factibilidad a sus propuestas de reestructuración del Estado y la sociedad costarricense. Este sector que durante los dos períodos de gobierno del Partido Liberación Nacional en la década de los setentas (Figueres (1970-1974) y Oduber (1974-1978), había estado relativamente relegado del proceso de toma de decisiones, ganó influencia en las principales instituciones públicas, lo cual le permitió el espacio suficiente para tratar de imponer en el terreno político su proyecto.

14. *Ibid.*

15. Véase además: Ana Sojo. Op. cit.; Hermán Alvarado y otros. *De los empresarios políticos a los políticos empresarios*. Heredia: UCID, 1981.

16. Ana Sojo caracteriza de esta manera el modelo de Estado que se desarrolló en Costa Rica a partir de 1950. En: Ana Sojo. "Morfología de la política estatal en Costa Rica". *Estudios Sociales Centroamericanos*. (37):Ene., 1984.

17. Véase: *La Nación* (C.R.), 9 de marzo, 1978, p. 14 A.; *La Nación* (C.R.), 18 de febrero, 1978, p. 15 A. y *La Nación* (C.R.), 26 de marzo, 1978, p. 14 A.

Por otra parte, el sector empresarial que reivindicaba una política económica más coherentemente al servicio de la empresa privada y, por tanto, una disminución del gasto estatal orientado a la "cuestión" social, retomaba parte del poder que había perdido en los últimos años. Sin embargo, también éste llevó al poder a capas medias insatisfechas con el PLN, y por lo tanto, más permeables al discurso opositor, como a políticos exliberacionistas, quienes se habían pasado a las tiendas "enemigas" con el afán de alcanzar una mayor influencia política en el Estado.

Esta diversidad de intereses dentro del gobierno, a los que habría que sumar los de aquellos liberacionistas que mantenían un control significativo en las diferentes instituciones públicas, evidentemente se expresó en una todavía mayor parcelación del Estado, lo cual devino en una política estatal, ya no solo "sobrepolitizada" por la reorientación que realizaban los distintos grupos de interés como en el pasado, sino, fundamentalmente, incoherente en la medida en que no existía ya un proyecto hegemónico que pudiera articular toda la gama de intereses. Todos estos hechos llevaron a la profundización de la crisis económica.<sup>18</sup>

Dentro del Seguro Social esta dificultad de articulación de intereses y proyectos se va a materializar en el enfrentamiento de, básicamente, dos tesis: la conservadora, que cuestionaba la seguridad social y la de un conjunto de sectores, no necesariamente coordinados, compuesto por los gremios de los profesionales en salud, políticos liberacionistas, de la Coalición Unidad y de las organizaciones de izquierda y, paradójicamente, algunos de los principales directores de la Caja, destacándose el Presidente Ejecutivo, Dr. Alva-

ro Fernández. Esto no sólo se va a dar como una disputa interna dirigida a reestructurar las prestaciones médicas, sino también; a expresar en diferencias con otras instituciones gubernamentales, principalmente con el Banco Central.

Es decir, no solamente no escapó de este fenómeno, sino que a raíz de este fuerte enfrentamiento ideológico-político entre los diferentes sectores que integraban la sociedad costarricense, y que se materializaron en orientaciones muy diferentes en las políticas que impulsaban los diversos aparatos del Estado hasta 1982, prácticamente fue consumido por un inmovilismo institucional que, en cierta medida, fue el causante de la profundización de la crisis financiera.

### *El Seguro Social y la Administración de la Coalición Unidad*

La gestión del Seguro Social que realizó el gobierno de Rodrigo Carazo Odio se caracterizó por ser un proceso incoherente y en ocasiones errático. En este sentido fue una fiel expresión del carácter que asumió la política económica del período, la cual fue determinante para que se profundizara la crisis económica. Idénticamente a lo ocurrido con esta última, la política de seguridad social se constituyó en un espacio de fuertes enfrentamientos entre los sectores políticos y médicos que se ubicaban del lado de las propuestas antiestatistas y que, por consiguiente, cuestionaban el monopolio de la medicina por parte del Estado, y los que defendían el rumbo que se había seguido desde la creación de la Caja.

Dentro de los órganos directivos de la institución, si bien no puede apreciarse claramente esta tensión, si hay evidencias que dejan de manifiesto la existencia de distintos enfoques de solución a la crisis que se padecía.<sup>19</sup> No obstante, lo que sí queda claro es que el presidente ejecutivo no se ubicaba dentro de una línea antiestatista. En efecto, desde el inicio de su gestión desarrolló una política orientada a impulsar medidas dirigidas a elevar la capacidad administrativa de la institución y a disminuir el gasto mediante su racionalización y no su recorte. Siguiendo una or-

18. Véase además: Eugenio Rivera Armutia. *El Fondo Monetario Internacional y Costa Rica, 1979-1982*. San José: DEI, 1982.

19. Mientras Alberto Cañas, Miembro de la Junta Directiva proponía el establecimiento del sistema de seguridad social en Inglaterra, el Gerente, Walter Bolaños, planteaba la venta de hospitales al sector cooperativo. Véase CCSS, Sesión No. 5410, del 30 de abril 1980 y Sesión No. 5558, San José, 8 de octubre 1981.

den expresa del Presidente de la República, al comienzo de su administración, impulsó una serie de medidas de contención del gasto, pero no orientada a afectar los servicios. Aplicó una reforma administrativa destinada a iniciar un proceso de desconcentración y descentralización de la prestación de los servicios y actividades conexas, y como paso previo, llevó a cabo una regionalización de dicho ente. Propuso el desarrollo de programas de medicina comunitaria congruentemente con las acciones que impulsaban el Ministerio de Planificación Económica y el Ministerio de Cultura Juventud y Deportes, denominado en este gobierno de Promoción Humana, tendientes a construir una "democracia participativa" a partir de la creación de mecanismos de participación comunitaria en las instituciones públicas y políticas. Finalmente, impulsó dos proyectos de ley que proponían el pago de la deuda del Estado mediante bonos y la emisión de eurobonos por un monto de \$40 millones de dólares destinados a cancelar la deuda que el Estado había contraído con la institución por concepto de su incumplimiento del pago de la contrapartida del préstamo BID-CAJA, para la construcción y reparación de clínicas y hospitales. Estos dos proyectos presentados en 1979 eran indispensables para normalizar la situación de la Caja.

La fuerte oposición que tenía la C.C.S.S. por parte de los sectores antiestatistas en el gobierno, la importancia estratégica que tenían otros proyectos de ley para los partidos de representación mayoritaria en la Asamblea Legislativa y las serias dificultades para lograr acuerdos básicos en la crisis por parte de las diferentes fuerzas sociales y políticas, provocaron que ambos proyectos se aprobaran a mediados de 1980 y finales de 1981 respectivamente, con una serie de artículos orientados fundamentalmente a eliminar el carácter bancario que había asumido la institución y a imponerle límites al crecimiento del gasto. Evidentemente lograron predominar las tesis que proponían una simplificación de sus funciones, y que no necesariamente correspondían a las propuestas neoliberales.

Más allá de lo que aconteció con tales proyectos, lo importante es destacar que el largo tiempo que se requirió para su aprobación, y que, evidentemente, respondía a la ausencia de un proyecto global que demarcara claramente el rumbo de nuestra sociedad, prácticamente acertó un duro golpe a las finanzas y limitó la capacidad de gestión del seguro social.

Esta situación, que obviamente se veía agravada por la crisis económica a la que hicimos referencia atrás, obligaba a la Caja a tomar medidas drásticas, no sólo en lo financiero sino también, y fundamentalmente, en lo referente a las prestaciones médicas. En suma, obligaba a una profunda reestructuración política que venía siendo propuesta por los médicos conservadores y los que se inscribían dentro de la propuesta neoliberal. Así pues, el periódico La Nación, medio de expresión de los sectores más conservadores de nuestra clase dominante y de tendencia antiestatista, venía impulsando desde el triunfo mismo de la Coalición Unidad, que llevó a la presidencia a Rodrigo Carazo, una reestructuración por medio de la privatización. Por otra parte, los neoliberales en el Gobierno, concentrados especialmente en el Banco Central y el Ministerio de Economía intentaban que se tomaran medidas radicales en la institución.

Esta presión, sin embargo, no fue tomada en cuenta por el presidente Ejecutivo de la C.C.S.S., y más bien se mantuvo sin realizar cambios importantes que pusieran en peligro la institución, lo que a fin de cuentas significó realizar una administración de la crisis, es decir, una gestión que si bien no llevó a ésta a su desmantelamiento, tampoco realizó ningún cambio sustancial que le otorgará una mayor racionalidad.

En este sentido valga señalar que cuando los desajustes financieros habían llegado a un punto en que se debían tomar decisiones políticas importantes y en el que recibían fuertes presiones del Fondo Monetario Internacional (FMI) para que se avanzara en una reestructuración de la institución y se elevaran las cuotas obrero-patronales. La presidencia ejecutiva de

la Caja con apoyo de la junta directiva y del consejo de gobierno, optó por incrementar la cuota del Estado, la cual desde el punto de vista económico era un sin sentido si se tomaba en consideración que el Estado había demostrado ya que no tenía voluntad para cancelar su aportación, y además, se encontraba en una profunda crisis fiscal que lo limitaba aún más para satisfacer las nuevas obligaciones. Desde un punto de vista político, representaba una medida que manifestaba el interés del Gobierno por mantener el Seguro Social y una oposición a las pretensiones de este organismo financiero internacional.<sup>20</sup>

### *El intento de reestructuración conservadora del Seguro Social*

En el terreno de la seguridad social, la crítica conservadora que provenía principalmente, de sectores médicos que compartían las ideas de libertad absoluta de mercado, (predominio de la medicina privada) y de empresarios y políticos en desacuerdo con el carácter bancario que había asumido la Caja Costarricense de Seguro Social, se dirigía en dos sentidos: por un lado, se señalaba la existencia de un desorden administrativo-financiero y de un alto grado de politización del seguro social. Por otro lado, se enjuiciaba la eficacia y eficiencia (administrativa y médica) del modelo de prestaciones médicas; campos que a su criterio se encontraban fuertemente asociados: un modelo asistencial-paternalista derivaba en una administración subóptima de los recursos (físicos y financieros).

En este sentido, el centro del "problema" del Seguro Social consistía en la filosofía que respaldaba este tipo de prestación de servicios. Por lo tanto, todos los esfuerzos deberían concentrarse en una revisión profunda de ésta. En esta direc-

ción, los argumentos que esgrimían eran los siguientes:

En consonancia con su posición anties-tatista que interpreta como intrínsecamente ineficiente toda actividad del Estado, planteaban que el modelo era ineficiente para atender la enfermedad en la medida en que se establecía una relación deshumanizada entre médico y enfermo. En este sentido, poniendo el acento en los problemas de racionalidad que tenía la institución, resaltaban el hecho de que en la relación médico-paciente lo importante era la enfermedad y lo secundario quien lo padecía.

También apuntaban que la existencia de la excesiva demanda de servicios en el área de la consulta externa se originaba en una concepción asistencialista que inducía a la población a realizar un uso indebido de los servicios de atención.<sup>21</sup>

Esta diagnosis de la crisis del modelo de prestaciones médicas era coincidente con la que mantenían otros sectores políticos y de médicos. En efecto, más allá de la homología que establece entre estatismo e ineficiencia, apunta un problema real: la existencia de una relación burocratizada entre médico y paciente, que finalmente deviene en una práctica profesional "despersonalizada".

No obstante, el punto de origen de este problema estructural que presentaba el Seguro Social no se localizaba para los conservadores en la concepción de la medicina curativa, sino en la estatalización de esta práctica profesional, la cual, prácticamente obligaba a todos los individuos, tanto médicos como pacientes, a depender de la actividad estatal. Para los profesionales en medicina representaba la ausencia de estímulos que los obligara a establecer una relación con el paciente más eficiente y por tanto más humana y para los pacientes significaba no poder elegir el médico de su preferencia.

De ahí que, a su juicio, la manera de superar este "vicio" estructural es cambiando el sistema:

"Darle al enfermo la oportunidad de escoger su médico y al médico saberse escogido".<sup>22</sup>

La propuesta de reestructuración que

20. Véase CCSS, Sesión Junta Directiva No. 55527, San José, julio 1981.

21. Véase: Fernando Trejos Escalante. "Medicina y libertad". *La Nación* (C.R.), 10 de agosto, 1979, p. 15.

22. *Ibid.*

presentaron los médicos conservadores planteaba, en consecuencia, la implantación de un nuevo modelo de prestaciones médicas consistente en la libre elección médica y hospitalaria, la cual funcionaría de la manera siguiente: el asegurado podría elegir el médico de su preferencia, a su vez, la Caja establecería un listado de los médicos que desearan participar de este sistema, los cuales quedarían sujetos a los reglamentos elaborados por la Caja. Estos trabajarían en sus consultorios privados y comunicarían el monto de los honorarios devengados. "La Caja, de acuerdo con los estudios actuariales del caso, fijará periódicamente la suma que reconocerá en los gastos de asegurados que consultan particularmente. Sin embargo, esta suma deberá ser el mayor porcentaje posible para asegurar el ejercicio del derecho que en esta ley se crea".<sup>23</sup>

Por otra parte, en lo referente a la hospitalización, la Caja debe reconocer el porcentaje que el reglamento determina, incluso por gastos post-operatorios. Las medicinas y servicios de laboratorio, radiografías, rehabilitación, prótesis, y anteojos, serían facilitados por la institución de acuerdo a un reglamento previamente elaborado.<sup>24</sup>

Se puede visualizar claramente que lo que pretende esta propuesta de reestructuración de la Seguridad Social, "es encauzar al modelo de seguridad social ha-

cia una estrategia en la cual las relaciones que se establezcan entre el individuo y el Estado social, está mediada por una relación de intercambio, que impone o restaure la hegemonía del mercado. Es decir, restaura los mecanismos de competencia del mercado, como medio de resolver la contradicción entre el interés general, la Seguridad Social, y el interés particular, la salud del individuo.

En este caso, el acento está puesto en la satisfacción de los "intereses particulares". Los intereses generales, la salud de los trabajadores, se resuelven en el mercado, también como intereses particulares".<sup>25</sup>

Es importante destacar que si bien en apariencia no representa un "desmantelamiento" de la seguridad social evidentemente, como señalan Vargas y Casas, "el establecimiento de la libre elección médica bajo el régimen de la Caja llevaría a un incremento considerable de los costos de atención médica sin producir una mejoría correspondiente del estado de la salud de la población".<sup>26</sup> Hecho que en lugar de superar los problemas financieros de la institución más bien los agudizaría, lo cual en corto plazo representaría, prácticamente, "la quiebra" del Seguro Social.<sup>27</sup>

Esta propuesta, sin embargo, enfrentó una gran oposición en los diferentes sectores de profesionales en ciencias médicas, principalmente, en las altas esferas de la Caja, en especial por parte de su presidente ejecutivo.<sup>28</sup>

Otros sectores, si bien concordaban con el análisis que realizaban los conservadores, no lo apoyaron, ya que creían necesaria una reflexión más detenida acerca del problema. Este es el caso de la Cámara de Industrias<sup>29</sup> y de muchos diputados de Liberación Nacional y de la Coalición Unidad.<sup>30</sup>

Esto va a ser la razón fundamental por la cual los médicos conservadores no lograron que su proyecto de reestructuración del modelo de prestaciones médicas, fuera aceptado. Hecho que evidencia una ausencia total de consenso, con respecto a la problemática apuntada dentro de la clase dominante y otros sectores particu-

23. Véase: Miguel A. Chavarría. *Proyecto de Ley de Creación de la Libre Elección Médica en la CCSS*. [s.p.i.]. (Expediente No. 8365 Asamblea Legislativa).

24. *Ibid.*

25. Ludwig Güendell González. *Análisis del impacto del proceso de estabilización económica en la política social del Estado costarricense: El caso de la CCSS*, p. 120.

26. A. Casas Zamora y Hernán Vargas M. *Consideraciones sobre el Proyecto de Libre Elección Médica*. San José : Universidad de Costa Rica, 1979.

27. *Ibid.*

28. Véase: CCSS, Sesión No. 5504, San José, 2 de abril 1981.

29. Véase: Cámara de Industrias. *Carta de Industrias al Dr. Rafael A. Gruillo R.; Comisión de Asuntos Sociales*. San José : Asamblea Legislativa, [s.f.].

30. Esto se ve reflejado en el hecho de que ninguno de los proyectos de libre elección médica y hospitalaria, pudieron superar la instancia de la Comisión de Asuntos Sociales.

larmente interesados, como los médicos y los dirigentes del Seguro Social.

No obstante lo anterior, se logró establecer en la Caja, a finales de la Administración Carazo, un programa de medicina mixta que incorporaba parcialmente la libre elección médica, pero que se encontraba muy lejos de lo que pretendían los médicos conservadores. Lo cual, sin embargo, manifestaba dos cosas: primero, que se había dado todo un proceso de negociaciones tanto dentro de la Caja como de la Coalición Unidad en el cual la tesis del Dr. Alvaro Fernández fue la que prevaleció. Esto se desprende de las siguientes declaraciones, realizadas al tenor de la discusión del proyecto de libre elección presentado por el Diputado Chavarría Méndez a la Asamblea Legislativa.

"La institución no puede permitir que la Asamblea Legislativa, con criterios políticos, lleve adelante sus afanes de regular aspectos técnicos dentro de la institución. Ya se han discutido varios proyectos para establecer en la Caja sistemas de libre elección médica. El último (...) en discusión actualmente, es sumamente amplio. La ley en contra del reglamento, en cambio, puede ser fácilmente adaptado a las necesidades".<sup>31</sup>

Segundo, que a pesar del relativo fracaso de la iniciativa conservadora, expresa la importante influencia que estos sectores mantenían dentro del Estado en este período. Así como, constituyó una satisfacción parcial de sus exigencias, lo cual allanaba el camino para impulsar la privatización de la seguridad social.

### 3. El Seguro Social y la estabilización económica

#### *Macrocontexto*

El fracaso de las políticas económicas de corte neoliberal y en general, la dete-

riorada situación económica que se presentó durante la administración de la Coalición Unidad, llevó a que el Partido Liberación Nacional retomara el poder a partir de 1982, primero con la Administración Monge Álvarez y posteriormente en las elecciones de 1986 con la Administración Oscar Arias.

Esto permitió que se fortaleciera la posición que tenían en el seno del Estado los sectores productivos<sup>32</sup> muy especialmente, los vinculados con las empresas transnacionales. En este sentido, el énfasis de los programas económicos va a estar puesto en el logro de una estabilización y reactivación económica orientada a reorganizar el Estado y el aparato productivo, con la finalidad de aumentar la producción.

#### *a) La estabilización económica*

La estabilización económica fue planteada como una primera etapa de superación de la crisis en la cual era prioritario reestablecer las relaciones con los acreedores del país, las que habían llegado al más bajo nivel después de la suspensión del servicio de la deuda en 1981 y principalmente, del rompimiento con el Fondo Monetario Internacional, Organismo que funciona como una especie de auditoría de la "comunidad financiera internacional", que le garantiza la capacidad de pago de los países deudores.<sup>33</sup>

De ahí que uno de los propósitos fundamentales era alcanzar un acuerdo con éste, si el país no quería verse aislado de la banca internacional. Hecho que, a la vez, permitiría normalizar el flujo de capitales externos hacia nuestra economía, lo cual era considerado como una condición indispensable para la reactivación.

Las medidas económicas que en el marco de esta política se llevaron a cabo fueron: el control del mercado cambiario por parte del Banco Central, una política crediticia y salarial restrictiva, la disminución del déficit fiscal mediante la racionalización del gasto y la generación de ingresos. Finalmente, se puso en marcha un programa de salvamento de empresas y

31. Supra, cita No. 28.

32. Rivera, Eugenio. *Loc. cit.*

33. Roberto Frenkel y Guillermo O'Donnell. "Los programas de estabilización convenidos con el FMI y sus impactos internos". CEDES. 1(1):6, 1981.



de compensación social mediante la generación de empleo.

Si bien el programa de ajuste fue severo,<sup>34</sup> tuvo efectos positivos ya que se disminuyó sustancialmente la inflación, se elevó el empleo y mejoraron los salarios, sin que llegaran al poder adquisitivo que tenían a finales de los setentas. Esto logró una relativa estabilidad de la economía y, principalmente, revistió de una gran legitimidad al nuevo gobierno que mejoró los mecanismos de integración social del Estado costarricense. De modo que, a diferencia de lo ocurrido en otros países, la estabilización económica consolidó el sistema político.

Con lo cual se quiere decir que, en último término, la presión ejercida por los sectores populares logró reencauzarse por medio de mecanismos institucionales, que mantuvieron incólume la hegemonía de la clase dominante.

Un factor que fue determinante, no sólo para alcanzar la estabilidad económica sino fundamentalmente para mantener la cohesión social, fue sin la menor duda, la considerable ayuda externa, sobre todo la proveniente principalmente de los Estados Unidos de Norteamérica.<sup>35</sup>

### *b) La reactivación económica*

Con respecto a la reactivación económica se ha impulsado un programa de estímulo a las exportaciones, sobre todo de productos no tradicionales. Sin embargo, en torno a esta estrategia de reestructuración económica persisten diferencias dentro del partido en el gobierno. Se vislumbran pues dos posiciones: una postula la

reorientación radical de la economía hacia el sector externo y la otra propone llevar a cabo ésta de manera gradual.

La primera, "plantea que debe impulsarse una profunda reorganización del Estado, en función de la creación de las condiciones infraestructurales necesarias para realizar la transformación del aparato productivo, que exige la nueva vinculación con el mercado mundial. Dicha reorganización va en el sentido de dismantelar las políticas estatales que hasta ahora se han destinado a subvencionar la industria sustitutiva de importaciones y a complementar el salario directo, de manera que el gasto estatal, en particular el gasto social, pueda ser reasignado a las nuevas actividades prioritarias, esto es, a las actividades de exportación. Es decir, se plantea una reducción o simplificación del Estado.

Lógicamente, esto significa que la política social o Estado de bienestar también se verá reducido al máximo".<sup>36</sup>

La segunda, si bien reconoce la indispensabilidad de realizar una reconstitución del modelo de desarrollo económico aplicado en los últimos treinta años propone cambios graduales, que permitan al sector industrial protegido adecuarse a las nuevas exigencias.

El Ministro de Planificación durante la segunda mitad del gobierno de Luis A. Monge, el economista Juan Manuel Villaso, representante de esta posición argumentaba lo siguiente:

"No cabe duda que la estrategia de desarrollo que siguió Costa Rica en las últimas décadas y que permitió elevar considerablemente el nivel de vida de la población (talvés más de lo posible) ya no resulta viable. Sin embargo, pensar que de un plumazo y de manera instantánea se puede desmontar la estructura productiva, que ha estado orientada hacia el consumo interno y canalizarlo hacia nuevos mercados internacionales parece ser algo utópico".<sup>37</sup>

Evidentemente, se plantea una mayor inserción de nuestra economía en el mercado mundial. "Sin embargo, no se trata de fomentar cualquier tipo de vinculación,

34. Véase además: Hennio Rodríguez. "Costa Rica: Inflación y crecimiento ante la crisis de deuda externa". *Pensamiento Iberoamericano*. (2):179-181, Jun., 1986.

35. Véase además: Jorge Rovira y Juan D. Trejos. "El curso de la crisis en Costa Rica y las opciones de política económica en el segundo lustro de los años ochentas". *Ciencias Económicas*. 5(2):10-11, 1985.

36. Ludwig Güendell González. *Análisis del impacto del proceso de estabilización económica en la política social del Estado costarricense: El Caso de la CCSS*, p. 168.

37. Juan Manuel Villaso. "El Plan del Banco Mundial". *La Nación* (C.R.), 15 de agosto, 1983.

de propiciar cualquier manera de reacomodarse dentro del nuevo orden internacional, también este en proceso de conformación, que surja del largo período de bajo crecimiento iniciado por la economía mundial desde comienzos de la década pasada; de lo que se trataría más bien es de fomentar una rearticulación de la sociedad costarricense con el plano económico externo no dejada al azar o a alguna suerte de condición natural, vocación externa o destino económico del país que lo obligara a especializarse en la producción, de cierta clase de mercancías, persiguiéndose más bien el propiciar la escogencia, dentro, no obstante, de un número limitado de opciones de producción posibles, de aquellas más acordes con la evolución histórica de Costa Rica".<sup>38</sup>

A diferencia de la anterior, mantiene transitivamente, el papel estratégico del mercado local, y le reotorga al Estado una destacada participación en la reasignación de los recursos, lo cual no significa que el

Estado continúe creciendo como lo hizo en el pasado, sino más bien, implica alcanzar un "crecimiento racional", vale decir, ajustado al nivel de la producción.

Esto último se propone alcanzarlo mediante la aplicación de una política de racionalización del gasto público, que tiene como objetivo hacer más eficiente el uso de los recursos humanos y monetarios, así como elevar la productividad del trabajo del empleado público.

Desde el punto de vista político, lo anterior significa que se da una importante valoración a los mecanismos institucionales de integración social dentro del proceso de reestructuración económica. De ahí que no se proponga el desmantelamiento del Estado social sino una refuncionalización.<sup>39</sup> "En este sentido, la propuesta que plantea el impulso de políticas de racionalización o políticas administrativas dirigidas a establecer mecanismos de control del gasto estatal, se encuentra acompañada de estrategias orientadas a que el Estado cumpla con las exigencias que le plantea el sistema económico, al mínimo costo. Algunas de éstas se dirigen a incorporar la provisión pública por la compra de servicios al sector privado, así como a "privatizar" parte de la política estatal, ya sea haciendo partícipes a "la comunidad", o incluso, estableciendo otras formas de "privatización", como podría ser, la venta de empresas o servicios del Estado a cooperativas o empresas conformadas por los mismos trabajadores del Estado".<sup>40</sup>

Si bien durante el gobierno de Monge Álvarez los esfuerzos de reactivación económica se vieron subordinados a la estabilización, en general podría afirmarse que la tesis gradualista es la que logró predominar, principalmente, a partir de la incorporación de Juan Manuel Villasuso, como Ministro de Planificación Económica, quien realizó una fuerte defensa de las políticas orientadas a reactivar la demanda interna. Lo cual no quiere decir que la primera,<sup>41</sup> se encontró ausente de las políticas económicas. Por el contrario, los convenios con el Fondo Monetario Internacional (FMI), la Agencia Internacional de Desarrollo (AID) y el Banco Mundial, y la

38. Jorge Rovira y Juan D. Trejós. *Op. cit.*, p. 16.

39. Ludwig Güendell y Roy Rivera. *Op. cit.*

40. Ludwig Güendell González. *Análisis del impacto del proceso de estabilización económica en la política social del Estado costarricense: El Caso de la CCSS*, p. 172.

41. Rivera y Sojo caracterizan de la siguiente manera la "Administración Monge Álvarez: "La estrategia de Monge vincula orientaciones heredadas del pasado, privadas de propuestas claras de reforma estructural, con modificaciones fundamentales de corte 'ofertista' que en una nueva correlación de fuerzas profundizan ajustes iniciados en la década del setenta y alteran la hegemonía dentro del bloque en el poder. La tensión entre ambos polos es aún irresuelta y el grado de compromiso que se logre a mediano y largo plazo determinará si es viable una solución híbrida con hegemonía del ofertismo, o si se va a imponer una tratocación de los intereses burgueses representados por el Estado costarricense, con consecuencias también para los grupos externos al bloque en el poder. En caso de una eventual implantación plena del 'ofertismo', se pueden vislumbrar conflictos debido a la imposibilidad de ciertos sectores del capital para reorientar sus inversiones y a las eventuales contracciones de los salarios reales y del gasto social con sus efectos sobre el nivel de vida de los sectores populares". Véase: Ana Sojo. "El Perfil de la política económica de Centroamérica: La Década de los ochenta". En: Rivera, Eugenio y otros. *Centroamérica: Política económica y crisis*. 1 ed. San José: DEI, 1986.

influencia que han venido ganando los neoliberales dentro de los órganos corporativos del sector empresarial, el P.L.N. y, en general en el aparato gubernamental, se han materializado en políticas como la venta de las empresas de CODESA, la ley de la moneda, que dió pie para que rápidamente se desarrollara una banca privada ávida de retomar la hegemonía dentro del sector financiero y el fortalecimiento de la caja única del gobierno, que reedita la posibilidad de reducir el gasto social.

Esto ha quedado todavía de manifiesto con el peso que este sector ha venido alcanzando dentro de la política económica en los dos primeros años de gobierno de Oscar Arias.<sup>42</sup>

### *La estabilización financiera en la Caja Costarricense del Seguro Social: una perspectiva racionalizadora*

El nuevo contexto económico y político en el que se va a desenvolver el Seguro Social durante la administración liberacionista redefine la problemática en la que se había visto envuelta durante el gobierno Carazo, ya que si bien los puntos más importantes de la agenda van a continuar siendo las dificultades financieras y el modelo de prestaciones médicas, esta discusión ya no se enmarcará en la confrontación entre los conservadores, los cuales realizaban una crítica frontal a la seguridad social y los estatistas, quienes la defendían sin ninguna reserva. La situación que se presentaba al inicio de la administración Carazo se modificaría notoriamente. En lo financiero, los desajustes se transformaron en una profunda crisis financiera que prácticamente, obligaba a la institución a realizar cambios drásticos en su ordenamiento administrativo y en la reasignación de los recursos. En efecto, en 1981 el déficit había ascendido a \$286 millones de colones, en lo que representa un 35% de

los ingresos y un 29.5% de los egresos. Si bien las medidas racionalizadoras y los efectos de la crisis económica impulsadas en este gobierno desembocaron en una caída significativa de los egresos, también se presentó una drástica disminución de los ingresos. Además, la deuda estatal sumaba mil trescientos millones de colones en términos corrientes, y la deuda externa se contabilizaba en 20 millones de dólares.

Aun cuando se pueda argumentar que durante este gobierno, a pesar de los embates de los conservadores, se mantuvo el Seguro Social, también se podrá afirmar convincentemente, que la profundización de la crisis creó las condiciones para obligar a una profunda reestructuración del Seguro Social, la cual se planteará en términos de una difícil encrucijada: el desmantelamiento o la reconstitución.

Es decir, la crisis restringiría significativamente el campo de acción de quienes plantearon una estrategia de defensa de la orientación tradicional del Seguro Social.

El desmantelamiento, después del fracaso del ensayo neoliberal y de la derrota de la tentativa de los médicos conservadores por implantar la libre elección médica hospitalaria en el anterior gobierno, aún cuando era factible, perdió total viabilidad política durante la nueva administración. Este hecho obligó a la Nación, diario conservador que tras un discurso pretendidamente legítimo planteaba una reestructuración por medio de la privatización, a transigir y aceptar la tesis de una reorganización del Seguro Social orientada a elevar su capacidad administrativa, no sin antes proponer varias medidas que consideraba eran de indispensable realización, entre ellas: transformar el régimen de contribuciones tripartitas en un sistema basado en impuestos, la división y especialización de funciones: la administración, que es más de carácter financiero que médico, y los dos regímenes básicos: invalidez, vejez y muerte y enfermedad y maternidad y finalmente desarrollar una política de estímulo a formas de prestación de servicios que aumenten las posibilidades de selección y libertad de profesionales médicos y pacientes.<sup>43</sup>

42. *Ibid.*

43. "La seguridad social cuestionada II". *La Nación* (C.R.), 10 de julio, 1982.

Por otra parte, el relativo predominio que han mantenido en el aparato de bienestar los sectores políticos y económicos que apoyan la tesis gradualista y las características particulares de la política social, sobre todo los nexos tan estrechos entre el P.L.N. y los sectores populares, que tienen su cristalización en alguna influencia de estos últimos en las políticas estatales, fueron factores que han favorecido el impulso de políticas orientadas a reconstruir el Seguro Social más que a destruirlo.<sup>44</sup>

Esto significa que se otorga un reconocimiento a la importancia de esta institución en la construcción del orden social, pero que también aceptan la necesidad de llevar a cabo modificaciones sustanciales, tanto de orden financiero-administrativo como directamente en el campo de la producción de la salud.

En efecto, el Dr. Guido Miranda, quien ha sido el Presidente Ejecutivo de la Caja Costarricense de Seguro Social durante estos seis años, al comienzo de su gestión, planteaba lo siguiente:

"Este sistema, diseñado para cubrir determinados aspectos en el desarrollo y evolución de las comunidades, se ha disfracado de la realidad nacional y ha hecho aparecer una verdadera crisis en su funcionamiento, hasta el punto de obligar a una revisión profunda de sus características estructurales o funcionales y quizás hasta de su concepción político-social. Que el desarrollo de comunidades supere sus propias instituciones, no es un fenómeno nuevo."

Efectivamente, se arguía que el modelo de seguridad social predominante en el país en los últimos treinta años, había llegado ya a su límite. Es decir, según esta "postura" el modelo de Estado que se había venido desarrollando desde los años cincuentas y que había dado a luz al actual modelo de seguridad social, estaba dando claras señales de agotamiento, expre-

sadas en el desajuste entre gastos e ingresos y en su poca capacidad para satisfacer las crecientes expectativas de la población. Mantener los niveles de inversión en salud en estas condiciones llevaría inevitablemente a la destrucción de la seguridad social en el país; primero, por cuanto el Estado no se encontraba en capacidad de cubrir el déficit creciente de la institución; segundo, porque el tipo de medicina que se había desarrollado análogamente a este modelo era sumamente oneroso; y tercero, porque constituía una fuerte presión inflacionaria, que a la manera de un "bumerán" vendría finalmente a deteriorar la situación financiera de la institución. De ahí que, antes de acabar con la seguridad social manteniendo este modelo deficitario, la mejor alternativa que se presentaba era reestructurarla, vale decir, adecuarla a las nuevas condiciones en las que se encontraba la economía del país, impulsando una política de racionalización del gasto e incluso modificando la prestación de los servicios.

En este último sentido el Dr. Miranda es claro al señalar:

"Sin embargo, esta inversión en salud tiene un límite, que lo hace estable el balance de las comunidades. En el ámbito de la salud, nuestro país ha llegado a los límites de su capacidad de inversión, por lo que seguir extendiendo beneficios debe hacerse fundamentalmente sobre la base de aumentar la eficiencia o la racionalización del gasto".<sup>45</sup>

#### a) *El programa de estabilización financiera*

Desde comienzos de la Administración Monge Alvarez, se introdujo en la Caja Costarricense de Seguro Social, un programa de estabilización financiera, que se enmarcaba en un proceso de estabilización económica. Su propósito era reducir los gastos de operación, incrementar los ingresos y reiniciar el pago del servicio de la deuda externa de la institución.

Este se diseñó en tres etapas con la intención de no provocar reacciones negativas en los asegurados.

44. Véase: Guido Miranda. "La Caja y su situación". *La Nación* (C.R.), 20 de junio, 1982.

45. *Ibid.*

La primera fue un período de "persuasión" de la necesidad de efectuar una drástica racionalización de los servicios médicos. Un aspecto que contribuyó a este propósito fue la huelga de médicos que se produjo en 1982, la cual a pesar de su larga duración no se tradujo en un aumento de la mortalidad.<sup>46</sup> Esto permitió argumentar que tal hecho implicaba la existencia de un uso indebido de los servicios médicos y fundamentalmente, de una población relativamente sana.<sup>47</sup>

En la segunda, se aplicó una política de contención del gasto que comprendía las siguientes medidas:

1. Reducción del gasto por concepto de compras de medicamentos.
2. Disminución de los gastos de operación en materia laboral, vía el congelamiento de plazas y la racionalización en el pago de las horas extras. También se eliminaron una serie de beneficios que tenían los empleados, entre ellos destacan:
  - a) Eliminación del derecho de no pagar la cuota obrera.
  - b) Suspensión de la política de compensación parcial de vacaciones.
  - c) Eliminación de becas cuyo disfrute implicara erogaciones de divisas.
  - d) Obligación de pagar, por los cuatro primeros días de incapacidad.
3. Restricción en lo referente a la reparación y compra de equipo y utensilios médicos.

46. Una crónica de este movimiento y de su significado puede localizarse en: "Huelga médica un termómetro político". *La Nación* (C.R.), 13 de junio de 1982.

47. Al respecto el Dr. Trejos Escalante señala lo siguiente: "Las condiciones que puedan derivarse de la huelga médica son varios, pero hay una importantísima: los servicios médicos se interrumpieron por más de un mes, excluidas las emergencias y no se produjo el caos que era de esperar" "pensemos que...". En: *La Nación* (C.R.), 20 de junio, 1983.

En la tercera etapa, siguiendo una condición del Fondo Monetario Internacional se impulsó una política conducente a incrementar los ingresos de la institución mediante las siguientes medidas:

1. El aumento de un 4% de la cuota obrera patronal distribuida como sigue: 1.5% la cuota de los trabajadores y 2.5% la cuota patronal.
2. El aumento y redistribución del porcentaje de cotización de los trabajadores independientes.
3. El mejoramiento de los mecanismos legales y administrativos de recaudación de los ingresos.
4. La disminución en un 2.6% de la cuota correspondiente al Estado como tal.

También hacia finales de 1983, se aprobó en la Asamblea Legislativa una modificación a la ley constitutiva de la C.C.S.S. Esta abarcaba los siguientes aspectos:

En primer lugar, se le otorgó representación a los patronos y trabajadores en la junta directiva. En segundo lugar, se le otorgó a la institución la potestad para importar, fabricar, comprar, vender y exportar directamente medicamentos, y en tercer lugar, se acordó otorgarle autonomía a la gestión administrativa y financiera con respecto a lo propiamente médico.

La aplicación de este plan supuso todo un complejo proceso de negociación entre la presidencia ejecutiva y los diferentes sectores involucrados. Así pues, la segunda etapa presentó como principal obstáculo la férrea oposición de los sindicatos de trabajadores principalmente en lo referente a la eliminación de sus beneficios, sin embargo la debilidad de estos últimos y la hábil estrategia divisionista, de la presidencia ejecutiva, finalmente obligó a los trabajadores a "aceptar" la pérdida de sus derechos laborales. La tercera, planteó una interesante negociación con el sector patronal, el cual aceptó el incremento de la carga social, siempre y cuando se le otorgara participación en la

toma de decisiones, lo que se obtuvo gracias a la modificación de la ley constitutiva.<sup>48</sup> Igualmente sucedió con el sector de trabajadores, quienes probablemente hayan realizado una negociación en términos análogos, especialmente los sindicatos cuya dirigencia es liberacionista y los cooperativistas y solidaristas de reconocida vocación conciliadora.

También se suscitó un interesante conflicto entre la Caja y las compañías farmacéuticas como resultado de la incorporación de la Caja como productor y comercializador de medicamentos. La oposición de los empresarios fue tan férrea, especialmente la de la Compañía Raven, que la institución tuvo que "pactar" su entrada al mercado farmacéutico.<sup>49</sup>

### *El impacto financiero*

La política de estabilización consiguió, en efecto, disminuir el déficit que presentaban las finanzas del Seguro Social. En 1982, todavía la institución mostraba un faltante en el Régimen de Enfermedad y Maternidad de 58 millones de colones. Sin embargo, ello representó una disminución con respecto al año anterior de 87

millones de colones, es decir, en términos porcentuales, de 149%.

Para 1983 se superó totalmente esta relación deficitaria e incluso, se presentó un superávit de 100 millones de colones, el cual hace disminuir significativamente el déficit acumulado. Esta tendencia se va a mantener los siguientes años.<sup>50</sup>

Este notable mejoramiento en las finanzas del Régimen de Enfermedad y Maternidad, se dio fundamentalmente gracias a un significativo incremento en los ingresos, los cuales después de sufrir una contracción del 90% en 1981, en virtud de la fuerte devaluación monetaria, se elevaron en un 52.8% en el año 1983, a causa, principalmente del aumento en la cuota obrero-patronal. Los gastos, por otra parte, mantuvieron la línea descendente que se venía dando desde 1980, llegando a su punto más bajo en 1982, año en el cual se comenzaron a aplicar las austeras medidas de estabilización. En los siguientes años para el caso de los dos Regímenes comienza a darse una línea ascendente que coincide con el comportamiento del gasto del sector público en general. Evidentemente, esto tiene su explicación en la reacción de distintos grupos sociales frente a la política de estabilización, que obligó a la dirigencia de la Caja a redefinir algunas de las medidas de contención del gasto que estaba impulsando. No obstante, también obedece al pago del servicio de la deuda externa, que en 1982 ascendía a \$20 millones de dólares y al incremento del rubro: servicios personales, como consecuencia del pago de prestaciones legales a los trabajadores, los cuales hasta 1984 sumaban 1027 personas que se habían acogido al plan y al aumento salarial.

Si bien este reajuste ocurrido en las finanzas del Seguro Social, tanto por la vía del gasto como de los ingresos, significó ahuyentar momentáneamente el fantasma de la crisis, no representa en modo alguno la superación de las principales causas que le dieron origen. Por el contrario, la deuda del Estado se mantiene, y aún cuando se disminuyó su cuota correspondiente al Estado, ha venido en los últimos años acrecentándose.<sup>51</sup> Por otro lado,

48. Es bastante elocuente, en este sentido, don Armando Guardia, Presidente de la Unión de Cámaras, cuando señalaba, recordando un viejo adagio popular que: "el que paga la música manda en la fiesta". En: *La Nación* (C.R.), 7 de mayo, 1982.

49. La Compañía Raven, llevó a cabo una agresiva campaña dirigida hacia las casas extranjeras que representaba, para cobrar intereses de mora de la Caja, como forma de presión conducente a que esta Institución desistiera de su interés en producir y comercializar medicamentos. Véase: Guido Miranda. "Caja Costamicense de Seguro Social defiende patrimonio de los asegurados". *La Nación* (C.R.), 23 de junio, 1983. "Empresa cobre intereses de deuda moratoria de la CCSS". *La Nación* (C.R.), 2 de julio, 1983.

50. Según declaraciones del Dr. Guido Miranda en 1985 el superávit presupuestario de la Caja ascenderá a 400 millones de colones. Véase: "CCSS terminará 1985 con superávit de 400 millones". *La Nación* (C.R.), 26 de diciembre, 1985, p. 8A.

51. El Lic. Jorge Arturo Hernández Gerente de la División Financiera declaró que hasta el año 1986, el Estado le adeuda a la Caja la suma de 4.100 millones. Véase: *La Nación* (C.R.), 4 de julio, 1986, p. 8A.

persiste el alto costo de sus prestaciones médicas como resultado del predominio de la medicina curativa sobre la medicina preventiva y de atención básica de la salud.<sup>52</sup>

### *El impacto en la entrega de los servicios*

Si bien la política financiera que han estado llevando a cabo los gobiernos liberales en la Caja Costarricense de Seguro Social, como parte de las políticas de estabilización económica, han logrado alcanzar un relativo equilibrio en la relación Ingresos-Egresos, esto se ha conseguido sacrificando la calidad de los servicios.

Este deterioro se refleja claramente en las diferentes áreas de las prestaciones médicas. En primer lugar, ha ocurrido una disminución significativa del personal médico y paramédico, resultado de la política de pago de las prestaciones legales. Esta reducción ha afectado sobre todo al área hospitalaria, particularmente al personal encargado del equipo médico. En segundo lugar, esta política suspendió la compra de equipo médico y congeló la reparación del que venía operando. En tercer lugar, se redujo el cuadro básico de 900 a 550 medicamentos.

El impacto de esta última medida lo deja entrever el subgerente médico, Dr. Mekbel:

"En lo que se refiere a disminución de los rubros de medicinas, lo que ha ocurrido es que se ha producido un gran ahorro debido a la contención del gasto que se ha impuesto la institución, por lo que los gastos en 1983 respecto a 1982 han sufrido un pequeño descenso. También por las restricciones que se introdujeron en el cuadro básico y además por la reducción de las com-

pras de medicamentos en farmacias particulares al extremo de que en el primer trimestre del año pasado se gastaron 20 millones de colones en este renglón y en el primero de 1983 solo quinientos mil colones..."<sup>53</sup>

Este efecto negativo que tuvo la política de estabilización sobre las prestaciones médicas, también se refleja en la reacción que se presentó entre los asegurados y, principalmente, entre los empleados de la institución. En efecto, estas medidas generaron en diferentes zonas del país una fuerte oposición de los asegurados que provocó modificaciones en la política que venía desarrollando el Seguro Social. La más sistemática y efectiva provino del cuerpo médico, el cual por medio de sus órganos corporativos ha desarrollado una campaña de denuncia de los efectos de dicha política en los servicios que presta el Seguro Social. El Colegio de Médicos y Cirujanos fue el primero que hizo públicas las serias deficiencias que se estaban presentando en las clínicas y hospitales:

1. Falta de medicamentos básicos y esenciales para tratamientos intrahospitalarios, de consulta externa de hospitales y de clínicas periféricas.
2. Falta de medicamentos básicos para anestesia general en los hospitales.
3. Envío incompleto, por parte del almacén central, de los pedidos, por lo que se agotan algunos medicamentos aproximadamente dos semanas antes del próximo pedido.
4. Escasez de medicamentos que se agudiza cada vez más. Existen medicamentos agotados, los cuales ni siquiera se pueden substituir, ya sea porque el o los sustitutos están agotados, porque el medicamento no tiene sustituto por ser específico. La farmacia, por normas establecidas, no puede hacer compras directas, o enviar las recetas a farmacias particulares.
5. Limitación de ciertos medicamentos a especialidades, con lo cual se frustra la

enero-junio/1988

52. Carmelo Meza Lago. *El desarrollo de la seguridad social en América Latina*. [s.l.] : Naciones Unidas, 1985. Estudios e Informes de la CEPAL, Núm. 3, p. 61.

53. CCSS, Sesión de Junta Directiva, No. 5758, 29 de setiembre 1983.

atención médica y se sobrecarga a las consultas de especialidades. Esto ocasiona un retraso innecesario en el tratamiento que necesita el paciente y provoca un mayor gasto para la institución.

6. Limitación de número de medicamentos, a tres por paciente. En muchos casos no se despacha el número de cada medicina que el médico ha prescrito, y el médico no se entera de esto.
7. Uso de medicamentos vencidos y cuya efectividad no puede asegurarse.
8. Falta de ciertos fármacos en algunos hospitales y clínicas, lo que obliga al traslado geográfico del paciente o del vehículo para ir a traer dicho medicamento. Esto aumenta el costo y produce pérdida de tiempo.
9. Existe el caso particular del "hospital Chacón Paut" donde no hay ni siquiera farmacia y mucho menos personal adecuado para el despacho de las recetas diarias, las cuales son llevadas hasta el Hospital Psiquiátrico.<sup>54</sup>

Posteriormente fueron los colegios de dentistas, enfermeras<sup>55</sup> y la Unión Médica Nacional, los que se quejaron. Esta última organización realizó la siguiente declaración:

"Impugnamos mal entendidas políticas de ahorro aplicadas a equipo y materiales básicos o a plazas indispensables, lo cual ha devenido en un lamentable y peligrosos deterioro en el servicio que se presta a los asegurados".<sup>56</sup>

Por otra parte, se presentaron también movimientos de asegurados que exigían

una mayor calidad en el servicio. Estos se llevaron a cabo en el hospital Tony Facio, de la provincia de Limón<sup>57</sup> y el Hospital de Liberia,<sup>58</sup> de la provincia de Guanacaste. En ambos se dio una interesante confluencia de intereses entre las comunidades y los empleados, que se materializó en fuertes reclamos hacia la institución aseguradora, obligando a las altas autoridades a mejorar las condiciones en las que se desenvolvían dichos entes de salud.

Asimismo, en las comunidades<sup>59</sup> cercanas a la Maternidad Carit, centro que da principalmente servicios de obstetricia, y en los barrios localizados en el sur de San José, se organizó un frente de lucha que impidió el cierre de dicho centro hospitalario, el cual había sido declarado por la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Consecuentemente, esta presión obligó al gobierno a redefinir las medidas estabilizadoras, lo cual se ve representado en una nueva tendencia a aumentar el gasto de la institución en los últimos años. Merece destacarse en este sentido, el hecho de que en el caso de la Caja Costarricense de Seguro Social la política de congelación de plazas que venía impulsando el gobierno y que adquiere su materialización en la ley de equilibrio financiero, tiene que ser modificada por la Asamblea Legislativa, gracias a la fuerte impugnación antes descrita.

También, un importante factor que ha obligado a esta institución a revisar su política, ha sido el deterioro que se ha presentado en la salud de la población como resultado de los efectos de la crisis y de las políticas de estabilización económica.

### *La estabilización financiera y el modelo de prestaciones médicas*

En lo conducente al modelo de prestación de servicios, si bien se han realizado esfuerzos para revisarlo, no se ha presentado ningún cambio sustantivo.

Desde comienzos de la administración Monge se organizó en la Asamblea Legis-

54. Véase: Costa Rica. Colegio de Médicos y Cirujanos de. *Colegio de Médicos y Cirujanos a la opinión pública*. [San José]: El Colegio, 1984, p. 6.

55. *La Nación* (C.R.), 27 de abril de 1985, p. 6 A.

56. *La Nación* (C.R.), 19 de octubre, 1986, p. 25 A.

57. Véase: CCSS, Sesión de 22 de setiembre, Acta No. 5755.

58. *La Nación* (C.R.), 14 de enero, 1985, p. 2 A.

59. *La Nación* (C.R.), 17 de setiembre, 1983.



lativa una comisión de estudio del Seguro Social que discutió diferentes propuestas de reestructuración. Asimismo, dentro de la Caja se conformó un grupo de análisis con idénticas intenciones. Las propuestas de reestructuración que han tenido un mayor impacto en las altas esferas de la institución, han sido las que plantean el modelo de capitación, también llamado modelo inglés y la cooperativización de la administración del servicio de clínicas y hospitales. La primera, aun cuando constituye una modificación importante en la prestación de los servicios, no representa ningún desplazamiento de la institución hacia una posible privatización. Al menos dentro de lo que ha sido su aplicación original; en Inglaterra ésta ha supuesto el desarrollo de la medicina preventiva y sus resultados han sido altamente favorables.

No obstante, tenemos que recordar que esto ocurre en un país en el que funciona un sistema único de salud.

Dicha opción logró materializarse, después de mucho tiempo de discusión y entabramientos burocráticos, en un proyecto piloto en Barba de Heredia iniciado en enero de 1986.

La segunda, que se había venido proponiendo desde tres años atrás y que se quiso llevar a la práctica en la clínica Solón Nuñez y el Hospital de San Carlos, ensayo que, sin embargo, fracasó en virtud de la oposición de los sindicatos y de la falta de apoyo que hubo en el último momento de parte de la presidencia ejecutiva es, quizás, la que ha recibido una mayor oposición de los empleados de la institución. También es la que ha provocado un mayor temor dentro de los sectores populares, ya que a su juicio representaría un primer paso hacia la privatización del Seguro Social. Si bien aun no se ha experimentado con ella, pareciera que en los últimos años ha ganado importante apoyo dentro de los sectores gubernamentales que están impulsando una refuncionalización del estado de bienestar.

Esta propuesta, a mi juicio, no responde a un planteamiento orientado a desmantelar la política social. En esencia propone un desplazamiento de la adminis-

tración del servicio de un ente estatal (la Caja) a uno privado (la cooperativa), el cual por su carácter se mantiene dentro del ámbito de lo público. El servicio en cuanto tal no es afectado, es decir, se mantiene, sólo que ahora provisto por un órgano no estatal. Quienes si resultan afectados con esta nueva forma de provisión de los servicios son los intereses de los empleados del Seguro Social.

Desde un punto de vista positivo se podría argumentar que significa alcanzar una real participación en el proceso de toma de decisiones, con lo cual se superaría la separación de la que hablaba Max Weber entre los medios de administración y el funcionario público

Desde otra perspectiva esta propuesta podría interpretarse como parte de un proceso de racionalización de la política, que al constreñir el ámbito estatal con el desplazamiento de la administración de los servicios, hoy una cooperativa y mañana cualquier empresa privada, reduciría el campo de intervención de los sectores populares en las decisiones que competen a su bienestar, lo cual deviene en una disminución de la democracia. Además, como consecuencia de esto último, se favorecerían las posiciones que propenden hacia el desmantelamiento de la política social.

Estas propuestas dejan entrever una posible tendencia a la reconstitución del modelo de medicina, orientada a otorgar un mayor énfasis a los métodos que privilegian la atención primaria, sin que signifique una pérdida de importancia de la medicina curativa. Esto con el claro propósito de disminuir el costo de atención y, de esta manera, mantener la funcionalidad, que en esta área, ha desarrollado el Estado Costarricense. Desde luego, dicha tendencia se verá neutralizada o fortalecida por distintos factores, entre ellos el más importante vendría a ser el modo como se resuelva al nivel general la tensión política que ha marcado estos últimos años, y que se concreta en la reafirmación o cuestionamiento del papel que ha jugado el Estado en el desarrollo económico, político y social.

# ¿Salud sin riqueza? El sistema de salud en Costa Rica bajo la crisis económica\*

Lynn M. Morgan\*\*

EN EL CONTEXTO COSTARRICENSE, ESTE ESTUDIO SUGIERE QUE, EN TIEMPOS DE CONTRACCION ECONOMICA Y MAYOR DEPENDENCIA, LAS POLITICAS DE SALUD DE LOS PAISES SUBDESARROLLADOS SERAN MAS MOLDEADAS POR PRIORIDADES POLITICAS Y ASISTENCIA FINANCIERA EXTRANJERAS QUE POR EL COMPROMISO DEL GOBIERNO LOCAL EN PRO DEL CUIDADO DE LA SALUD. "SALUD SIN RIQUEZA", O "HEALTH WITHOUT WEALTH" EN INGLES, ES EL "SLOGAN" QUE SINTETIZA EL RETO DE COSTA RICA.

Hace algunos años en las páginas de esta revista dos costarricenses analistas de política predijeron que, en la ausencia de desorden económico o político, Costa Rica pronto habría tenido un unificado sistema nacional de salud.<sup>1</sup> Sus condiciones de excepción fueron cuidadosamente escogidas. Desde que ellos escribieron, el país ha sufrido una crisis económica sin precedentes, resultando en serias repercusiones para el sistema de salud. El disturbio económico de los años ochentas ha detenido, y en algunos casos revertido las notables mejoras en la salud que Costa Rica logró durante la década de los setentas. El caso de Costa Rica muestra que en tiempo de recesión económica y dependencia incrementada, la política de salud de los países subdesarrollados es más

delineada por ideologías políticas extranjeras y asistencia económica extranjera que por el empeño del gobierno local por cuidar la salud. Este trabajo revisa la historia reciente del sistema de salud de Costa Rica y enfatiza los efectos de la crisis económica relacionados con la salud.

En los primeros años de los setentas el gobierno de Costa Rica hizo votos para componer el perfil nacional de la salud antes del final de la década. Cinco años antes de que la Organización Mundial de la Salud aprobaran la estrategia en la Conferencia Alma Ata en 1978; agencias internacionales como también nacionales, juntaron fuerzas en Costa Rica para crear una red de atención primaria a bajo costo que posibilitara un cuidado de la salud accesible a toda la población. En 1980, el gobierno había nacionalizado todos los hospitales del país<sup>2</sup> y casi todos sus profesionales en el área de la salud. También había extendido la cobertura de la seguridad social a todos sus ciudadanos, sin importar el salario u ocupación, y había provisto de la primera asistencia médica sistemática a regiones rurales del país. Entre 1970 y 1980 la mortalidad infantil disminuyó en un 69%, las muertes por enfermedades infecciosas y parasitarias bajaron en un 98% y las enfermedades transmisibles como la poliomielitis y la difteria fueron completamente erradicadas

\* Este artículo aparece publicado en *Journal of Public Health Policy*, Vol. 18, No. 1, 1987, pp. 86-105. Es publicado con autorización de su autora.

\*\* Profesora de Antropología en Mount Holyoke College, South Hadley, Massachusetts 01075, Estados Unidos de América. Hizo el proyecto de investigación para la tesis de doctorado en antropología en Costa Rica durante 1985.

1. A. Casas y H. Vargas. "The Health System in Costa Rica: Toward a National Health Service". *Journal of Public Health Policy* 1. 250-279, 1980.

2. Todos los hospitales fueron traspasados a la Caja con excepción del hospital de San Ramón, que no fue traspasado hasta fines de 1984.

(ver los cuadros 1 y 2). En círculos internacionales, Costa Rica era citada como una "historia de éxito en el cuidado de la salud", y como modelo para programas de atención primaria en todo el mundo;<sup>3</sup> en Latinoamérica los indicadores de salud en Costa Rica eran los segundos después de Cuba.

Pero eso fue antes de la crisis económica. A fines de 1980 la economía se fue a pique, víctima de una exorbitante deuda externa, la subida del precio del petróleo y otras mercancías importadas, y la caída de los precios de los productos nacionales de mayor exportación. La crisis trajo pobreza creciente, una depreciación en

## CUADRO 1

### COMPARACION DE ALGUNOS INDICADORES DE SALUD 1970 y 1983

|  | 1970            | 1983            |
|--|-----------------|-----------------|
| Esperanza de vida al nacer   | 68 años         | 73,7 años       |
| Tasa de mortalidad general<br>(tasas por mil habitantes)                           | 6,6             | 3,9             |
| Tasa de mortalidad infantil<br>(tasas por mil nacidos vivos)                       | 61,5            | 18,6            |
| Población asegurada por la<br>Caja Costarricense de Seguro Social                  | 39%             | 78 % (en 1982)  |
| Población rural cubierta por el programa<br>de salud rural del Ministerio de Salud | 10,3% (en 1979) | 56,9% (en 1982) |

Fuentes: *Ministerio de Salud. Memoria Anual. San José, 1985; Dr. Juan Jaramillo Antillón. Los problemas de la salud en Costa Rica. San José, 1984.*

los salarios reales, y un deterioro de los niveles de vida. Ahora las agencias de salud costarricenses han adoptado un nuevo "slogan" optimista para la exportación: "salud sin riqueza" o en inglés "health without wealth". Ellas fácilmente reconocen que los recursos del país ya no son suficientes para mantener los altos niveles de salud establecidos en los pasados quince años. En el sector salud, los efectos de la crisis pueden ser percibidos en cuatro áreas: 1) el deterioro de la condición de

salud, ya que la pobreza contribuyó a índices de enfermedades más elevados; 2) las reducciones en la habilidad del gobierno para mantener los servicios médicos y de salud pública; 3) la mayor dependencia de ayuda extranjera en el financiamiento del sistema de salud; y 4) el creciente debate nacional sobre el papel del estado en el cuidado de la salud. Los resultados de la crisis fueron la reducción de los servicios de salud y el cuestionamiento del modelo de salud de Costa Rica, poco después de que una costosa infraestructura de salud fuera edificada y cuando la gente necesitaba más de los servicios de salud.

3. P. Harrison. "Success Story". *World Health*. 14-19, Feb., 1980.

## CUADRO 2

### MORTALIDAD POR GRUPOS DE CAUSAS, SEGUN ORDEN DE IMPORTANCIA COSTA RICA, 1970 - 1983 (Tasas por cada 10.000)

| Grupos de causas                              | 1970  |      | 1983  |      |
|---|-------|------|-------|------|
|   | Orden | Tasa | Orden | Tasa |
| Infeciosas y parasitarias                     | 1     | 13,6 | 7     | 1,7  |
| Del aparato circulatorio                      | 2     | 12,9 | 1     | 10,8 |
| Del aparato respiratorio                      | 3     | 9,1  | 3     | 3,8  |
| Síntomas y estado mal definidos               | 4     | 7,3  | 10    | 1,5  |
| Tumores                                       | 5     | 6,6  | 2     | 7,6  |
| Accidentes, envenenamientos y violencias      | 6     | 4,4  | 4     | 3,6  |
| Afecciones originadas en el período perinatal | 7     | 3,7  | 5     | 2,6  |
| Del aparato digestivo                         | 8     | 2,5  | 8     | 1,6  |
| De las glándulas endocrinas y metabolismo     | 9     | 1,6  | 11    | 1,3  |
| Anomalías congénitas                          | 10    | 1,0  | 9     | 1,5  |

1. La orden para la posición número 6 (no citada) para 1983 es ocupada por complicaciones del embarazo y nacimiento. La tasa en 1983 fue de 2,6/10.000.

Fuentes: Ministerio de Salud. *Memoria Anual. San José, 1985.* Dr. Juan Jaramillo Antillón. *Los problemas de la salud en Costa Rica. San José, 1984.*

### Consolidando el cuidado de la salud patrocinado por el Estado 1941-1970

El sistema social democrático de Costa Rica ha sido por mucho tiempo notorio por sus extensivos programas de bienestar social. Reformas sociales y de salud de gran escala fueron puestas en marcha

durante 1940 bajo la administración del médico y presidente Dr. Rafael Angel Calderón Guardia. La más notable de estas reformas fue la que establecía un fondo nacional de seguridad social (la Caja Costarricense de Seguro Social, a la que nos referiremos en este artículo como la "Caja") en 1941. La Caja recaudaba un impuesto de la hoja de pago de los trabajadores, patronos, y del estado, con el cual proporcionaba un seguro médico a trabajadores incapacitados residentes en áreas urbanas y con empleos permanentes.<sup>4</sup> Durante los años cincuentas, el

4. M. Rosenberg. "Social Security Policymaking in Costa Rica: A Research Report". *Latin American Research Review*. 14:116-133, 1979.

do gradualmente asumió mayor responsabilidad por el bienestar social y económico de los ciudadanos costarricenses. El cuidado de la salud, sin embargo, no se encontraba durante este período entre las prioridades principales del gobierno. Evidentemente, durante los años cincuenta la cobertura de la seguridad social estaba limitada a un reducido segmento de la población, debiéndose esto a la incapacidad crónica del estado de cumplir con sus obligaciones financieras destinadas al fondo.<sup>5</sup>

Entretanto, la mayoría de los servicios de salud continuaron siendo provistos por una variedad de agencias pobremente coordinadas, siendo estas privadas, públicas, de caridad y sociales.<sup>6</sup> Durante la época de la Alianza para el Progreso (1961-65), el gobierno de Costa Rica comenzó a consolidar su control sobre la provisión de servicios de salud. En 1961, la Asamblea Legislativa pasó una enmienda constitucional ordenando a la Caja la cobertura de toda la población en el transcurso de la siguiente década. La cobertura fue subsecuentemente extendida a las familias de los empleados y a los trabajadores independientes, y de las ciudades de la meseta central a áreas rurales y de la periferia urbana. Pero en 1971, —cuando una cobertura total debía haberse alcanzado— solo el 43% de la población económica activa, y el 51% de la población total, había sido incorporada en el programa de seguridad social. Los esfuerzos de universalización no lograron concretar el mandato de 1961, pero el carácter del programa había sido cambiado a un seguro de salud y a un programa de jubilación basados en la amplitud; y el Estado había hecho un compromiso económico y político firme para proteger la salud de los

ciudadanos costarricenses.

Mientras se puede conceder a la iniciativa interna el logro de una gran parte de la expansión del sistema de seguridad social, agencias internacionales como la USAID y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) comenzaron a colaborar en la expansión del sistema de salud de Costa Rica durante este período.

### **Hacia la nacionalización del cuidado de la salud: los años setentas**

El estado de bienestar que se expandía asumió gran control sobre los sectores financieros, agricultores, industriales y de servicio público a principios de los años setentas.<sup>7</sup> El papel del Estado como benefactor social era especialmente evidente en el movimiento para crear un sistema de salud nacionalizado, iniciado en 1971 bajo la administración del Partido Liberación Nacional (PLN) con el presidente Figueres. El ambicioso y multifacético plan incluía las siguientes metas: 1) reorganizar las dos mayores agencias de salud del país para separar las responsabilidades de la Caja de las del Ministerio de Salud; 2) redoblar esfuerzos para universalizar la cobertura de la seguridad social; 3) transferir todas las facilidades médicas de la nación a la Caja; 4) poner al Ministerio de Salud como encargado del cuidado preventivo y atención primaria; 5) explotar todas las posibles fuentes de ayuda extranjera para el financiamiento de los cambios. Esto, que significaba una completa reestructuración del sistema de salud de la nación, efectivamente mejoró la salud de la población, pero la penetración de los cambios también sentó las bases para vehementes debates sobre el cuidado de la salud en 1980.

De acuerdo al nuevo plan, la Caja se hizo cargo de todo el cuidado curativo y servicios hospitalarios, mientras que el Ministerio de Salud fue hecho responsable de la prevención, saneamiento y de la atención primaria. Una serie de reformas

5. *Ibid.*, p. 124.

6. M. I. Roemer. *Medical Care in Latin America*. Washington, D. C. : Organization of American States, 1963.

7. Ver: H. Falles. *Crisis económica en Costa Rica*. San José : Editorial Nueva Década, 1982.

J. L. Vega Carballo. *Poder político y democracia en Costa Rica*. San José : Editorial Porvenir S. A., 1982.

legislativas produjeron cambios en los requisitos de elegibilidad de la Caja, en las fuentes de los recursos económicos y en la propiedad de hospitales. Los cambios estaban diseñados para proporcionar la cobertura de la seguridad social a todos, liberar de la carga económica al estado, y consolidar el control de la Caja sobre todo el cuidado médico y todas las facilidades.<sup>8</sup> Bajo la reforma de universalización de 1971, la elegibilidad del programa fue ampliada para incluir a personas sostenidas por altos ingresos, las que habían sido eximidas de la inscripción al programa de seguridad social; esto aumentó los fondos de la Caja ya que el impuesto sobre la hoja de pago es calculado en proporción al salario. Utilizando este dinero para extender la cobertura a los pobres y desocupados, la reforma también construyó un "elemento estructurado de distribución transversal entre clases" incluido en el sistema.<sup>9</sup>

En 1974 los impuestos sobre la hoja de pago fueron modificados en cuanto a cantidad para así disminuir la contribución del estado: los trabajadores continuaron pagando el 4% de sus salarios, pero la contribución del patrón fue elevada de 5% a 6.75%, mientras que la contribución del estado fue reducida de 2% a 0.25%.<sup>10</sup>

El más importante y el más costoso de los cambios en la política de la Caja vino en 1973, cuando una ley que transfería todas las facilidades médicas a la Caja fue promulgada. La transferencia incluía construcciones, fuentes de equipamiento y personal. Hasta 1970, el Ministerio de Salud había administrado quince hospitales

y la Caja cuatro; en 1979, 27 hospitales (incluyendo varios hospitales privados) y un 92% de los médicos habían sido transferidos a la Caja.<sup>11</sup> En una cláusula que luego sería crítica, la ley exigía al estado asumir la responsabilidad del financiamiento en el caso de cualquier déficit operacional que pudiera resultar como consecuencia de la transferencia.<sup>12</sup>

El Ministerio de Salud, una vez relevado de sus funciones en la administración de hospitales, se concentró en el desarrollo de un programa de salud rural para dar servicios de atención primaria a regiones con atención mínima. Apoyado principalmente en contribuciones, préstamos y asistencia técnica de agencias internacionales tales como UNICEF, CARE, USAID y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). El programa construyó 250 pequeños puestos de salud rural, distribuidos en toda la zona rural entre 1973 y 1979, los cuales eran atendidos por personal asistente de salud rural que eran entrenados para tal efecto y viajaban de puerta en puerta para proporcionar vacunas, vigilar la malaria y tuberculosis, recolectar estadísticas vitales, controlar el crecimiento y estado nutricional de los niños y enviar a personas a consultas con médicos para cuidado más especializado.<sup>13</sup>

Durante este período la ayuda extranjera no era tan vital para la Caja como lo era para el Ministerio de Salud, porque la infraestructura de salud de la Caja estaba mayormente en su lugar y apoyada por fondos nacionales. De cualquier manera, a mediados de los años setentas, una empresa común entre la Caja y el Banco Interamericano de Desarrollo, añadió tres nuevos hospitales regionales, tres hospitales rurales y doce clínicas.<sup>14</sup>

8. A. Casas y H. Vargas. *Op. cit.*

9. M. Rosenberg. *Op. cit.*, 129.

10. A. Casas y H. Vargas. *Op. cit.*

11. Costa Rica. Ministerio de Salud. *Salud en Costa Rica: Evaluación de la situación en la década de los años 70*. San José : El Ministerio, 1981.

12. \_\_\_\_\_ . *Evaluación de la situación de salud en la década 1971-1980*. San José : El Ministerio, 1980.

13. \_\_\_\_\_ . *Costa Rica: Extensión de los servicios de salud*. San José : El Ministerio, 1978.

14. A. Casas y H. Vargas. *Op. cit.*, p. 271.

## Exitosa historia del cuidado de la salud: 1980

A la vuelta de la década, el éxito de la reorganización del sector de la salud era evidente en las estadísticas. Mejoras dramáticas en la expectativa de vida, la mor-

talidad infantil y la mortalidad a causa de enfermedades infecciosas habían sobrepasado las metas definidas por la OPS y el Ministerio de Salud (ver cuadros 1 y 2). El Plan Nacional de Salud de Costa Rica había logrado un progreso significativo al alcanzar dos metas importantes: la universalización de la cobertura de la seguridad social y la concesión de acceso a áreas desamparadas. Analistas internacionales atribuyeron al programa de salud rural el mérito de haber alcanzado grandes mejoras en salud.<sup>15</sup> Un artículo en la revista de la Organización Mundial de la Salud, "World Journal", nombraba los logros en la salud de Costa Rica como "impresionantes" y decía que el programa de atención primaria de Costa Rica ofrecía al mundo una lección de como alcanzar la meta de Alma Ata de "salud para todos en el año 2000".<sup>16</sup>

El éxito de la reorganización del sector de la salud fue declarado como una victoria por ambos, el gobierno del PLN y las agencias internacionales de salud. Para las segundas, el éxito de Costa Rica era una vindicación de metas políticas y prioridades en el financiamiento. Costa Rica "probó" que el cuidado primario de la salud era capaz de mejorar los índices de la salud, particularmente en casos en los que las agencias tenían el apoyo activo y concienzudo del gobierno nacional. Mientras que muchos de los involucrados en la reorganización estaban de acuerdo en que aún quedaban problemas en 1980, ellos enfocaron estos problemas como vestigios del viejo sistema, los cuales podían

ser remediados fácilmente, y no como signos de defectos fundamentales en el plan total. Lo que ellos no anticiparon fue que la próxima crisis económica pondría sus planes en desorden.

## Crisis económica: los años ochentas

La recesión mundial de los años setentas tuvo un fuerte impacto en un país que importaba petróleo y exportaba café y bananos. Los términos de comercio deterioradores, el estancamiento en el sector de la agricultura para exportación, y una exorbitante deuda externa coincidieron con el rápido y costo crecimiento del sector público.<sup>17</sup> Los efectos locales de la crisis fueron atrasados hasta finales de 1980 cuando la moneda fue devaluada, la inflación comenzó a subir<sup>18</sup> y el producto nacional bruto descendió.

## Efectos sobre el nivel de salud

En 1986 los efectos de la crisis sobre la salud todavía estaban siendo debatidos. Los indicios estadísticos de mejoras en la salud se había nivelado, pero no habían declinado precipitadamente de la manera en que muchos expertos habían estimado. Algunos especularon que las figuras habían sido alteradas para transmitir mayor optimismo, mientras que otros alabaron al sector de salud por permanecer alejado de la crisis. Pero la salud nunca fue inmune a la crisis. Grandes in-flujos de ayuda exterior desde 1982 hasta 1986 han mitigado sin duda los efectos de la crisis sobre la salud, pero también es cierto que las estadísticas de salud disponibles no han sido suficientemente desmenuzadas para mostrar qué sectores de la población han sufrido más. Para evaluar estas tendencias, las figuras nacionales deben ser desagregadas para compa-

15. A. Casas y H. Vargas. *Op. cit.*

Costa Rica. Ministerio de Salud. *Op. cit.*

16. P. Harrison. *Op. cit.*

D. K. Zschock. "Health Care Financing in Central America and the Andean Region". *Latin American Research Review*. 15:149-168, 1980.

17. M. Edelman. "Recent Literature on Costa Rica's Economic Crisis". *Latin American Research Review*. 18:166-180, 1983.

18. La inflación subió de un 18% en 1980 a un 86% en 1982, según: Edelman. *Op. cit.*

"Inflación fue de 85.7% durante el año pasado". *La Nación* (C.R.), 17 de enero, 1983.

rar a las personas por categorías, como son ocupación, región geográfica, ingreso y grupo étnico. Estos datos precisos y desagregados no estaban tan abiertamente disponibles en 1986 como lo estaban en 1981; por ejemplo, pese a tener cuatro institutos de investigación controlando los niveles de nutrición en el país, hasta 1986 los datos de nutrición recolectados en 1982 todavía no habían sido dados a conocer por el Ministerio de Salud.

Pese a la escasez de datos, la mayor pobreza produjo, inevitablemente, niveles de nutrición y salud deteriorados. En 1977 el 25% de la población de Costa Rica estaba por abajo del nivel de pobreza, pero hasta 1982 el 71% de la población total y el 83% de la población rural vivía en la pobreza.<sup>19</sup> Desde la devaluación del colón en 1980, los salarios reales y el poder adquisitivo habían declinado (ver cuadros 3 y 4). En 1982, expertos en nutrición estimaron que un 111% del salario mensual promedio era necesario para alimentar a una familia de seis perso-

nas.<sup>20</sup> El nivel nutricional sufrió bajo estas condiciones, aunque en las figuras agregadas los números de niños hospitalizados con malnutrición severa subieron sólo de 152 casos en 1981, a 322 casos en diciembre de 1982,<sup>21</sup> y los índices de malnutrición moderada (segundo grado) en áreas rurales subieron entre 1978 y 1982.<sup>22</sup>

El sector agricultor fue el más afectado. En 1982 los agricultores tenían que ganar un 71% más que sus salarios actuales, sólo para poder permitirse la canasta básica familiar (cuadro 4). Entre los trabajadores de los bananales, cuyos salarios son elevados en comparación con otros agricultores, un 15.6% de los niños menores de 6 años sufrían de algún grado de malnutrición, comparado con un 8.6% en toda la nación. El alto nivel prevaeciente de malnutrición en regiones de cultivos de bananos, es atribuible al precio relativamente elevado de los productos alimenticios fuera del valle central. Al bajo poder adquisitivo de los salarios de los trabajadores y a la relativa ausencia de agricultura destinada a la subsistencia.<sup>23</sup>

Algunos índices de enfermedades infecciosas mostraban un incremento a principios de los años ochentas. La malaria —que había sido bien controlada durante los años setentas— comenzó a subir alarmantemente, de 189 casos reportados en 1981 a 569 casos en 1984.<sup>24</sup> Los refugiados de países vecinos eran responsables de más de la mitad de los casos tratados en 1984, pero los jefes de salud estaban preocupados de que la transmisión interna de malaria se agravara si los programas de control eran afectados por la crisis económica. La Caja reportó que 1984 había traído, en comparación con años anteriores, aumentos significativos en las estadísticas referentes a los egresos hospitalarios por enfermedades diagnosticadas como amibiasis, anquilostomiasis, hepatitis viral, tuberculosis y anemia producida por una deficiencia en hierro; y al final de 1985 reportaron aumentos similares en enfermedades intestinales producidas por protozoarios y helmintos, fiebre reumática, psicosis de drogadicción y alcoholismo.<sup>25</sup> El informe

19. M. Castro Gutiérrez. *Economic Development and Nutrition in Costa Rica*. [Delaware]: University of Delaware, 1983. College of Human Resources; núm. 9.

20. María Cecilia Fernández Saborío. *Deterioro de la condición socio-económica y sus consecuencias para la familia y la niñez*. [San José: Ministerio de Planificación Nacional], 1983. (Documento Mimeo-grafado).

21. *Ibid.*, p. 40.

22. "Suben índices de nutrición en el país, revela encuesta". *La Nación* (C.R.), 11 de mayo, 1985.

C. Díaz Amador. "Estudio comparativo del estado nutricional de la población menor de 6 años entre 1978-1982". En: Congreso Nacional de Salud Pública, San José, 1985.

23. A. Guerra O. "Estudios antropológicos de clasificación funcional: Análisis comparativo del poder adquisitivo del salario del obrero bananero". *Boletín Informativo del S.I.N.* 10:11-16, 1981.

24. J. Jaramillo Antillón. *Los problemas de la salud en Costa Rica*. San José: Ministerio de Salud, 1984.

M. I. Solís R. "Afirmar que no todos los males se pueden achacar a refugiados". *La Nación* (C.R.), 26 de mayo, 1985.

25. *Indicadores de Servicios de Salud (Caja Costarricense de Seguro Social)*. 5(53, 64).



CUADRO 3

COSTA RICA: EVOLUCION DEL SALARIO PROMEDIO REAL<sup>1</sup> POR SECTOR LABORAL  
PARA EL PERIODO ENTRE JULIO DE 1977 Y JULIO DE 1982

|               | Agricultura  |        | Industria    |        | Construcción |        | Comercio     |        | Servicio     |        |
|---------------|--------------|--------|--------------|--------|--------------|--------|--------------|--------|--------------|--------|
|               | Salario real | Indice | Salario real | Indice | Salario real | Indice | Salario real | Indice | Salario real | Indice |
| Julio de 1977 | 789          | 100    | 1.293        | 100    | 1.307        | 100    | 1.456        | 100    | 1.717        | 100    |
| Julio de 1978 | 823          | 104    | 1.385        | 107    | 1.392        | 107    | 1.505        | 103    | 1.823        | 106    |
| Julio de 1979 | 918          | 116    | 1.449        | 112    | 1.528        | 117    | 1.576        | 108    | 1.862        | 108    |
| Julio de 1980 | 894          | 113    | 1.360        | 105    | 1.492        | 114    | 1.611        | 111    | 1.800        | 105    |
| Julio de 1981 | 755          | 96     | 1.204        | 93     | 1.266        | 97     | 1.329        | 91     | 1.503        | 88     |
| Julio de 1982 | 568          | 72     | 921          | 71     | 908          | 69     | 962          | 66     | 1.048        | 61     |

1. Deflatado según el índice de precios al por mayor y expresado en colones de 1977.

Fuente: Deterioro de la condición socio-económica y sus consecuencias para la familia y la niñez. Documento ineditado preparado para UNICEF por María Cecilia Fernández Sabotio de MIDEPLAN, febrero de 1983, p. 20.

CUADRO 4

**COSTA RICA: POBLACION OCUPADA ASALARIADA, SEGUN SALARIO MENSUAL,  
COSTO DE CANASTA BASICA RESPECTO AL SALARIO Y SALARIO PROMEDIO  
DISPONIBLE PARA CUBRIR OTROS GASTOS**  
(Porcentajes)

|                                       | % del total<br>pob. ocup.<br>asalariada | % con sala-<br>rios menores<br>de los<br>Q 3.000/mes | Salario<br>promedio<br>(colones<br>corrientes) | Costo de la<br>canasta básica<br>alimentaria como<br>% del salario<br>promedio <sup>1</sup> | Porc. del sal.<br>prom. que queda<br>para cubrir<br>otros gastos |
|---------------------------------------|---|--|--|---|--|
| Total población<br>ocupada asalariada | 100                                     | 46   | 3.255  | 111   | -11  |
| <b>Sector de actividad</b>            |   |  |  |   |  |
| Servicios                             | 31                                      | 34   | 3.902  | 93  | 7  |
| Agricultura                           | 26                                      | 73   | 2.114  | 171   | -71  |
| Industria                             | 16                                      | 45   | 3.427  | 106   | -6   |
| Comercio                              | 15                                      | 41   | 3.581  | 101   | -1   |
| Construcción                          | 6                                       | 36   | 3.381  | 107   | -7   |
| Servicios básicos                     | 6                                       | 19   | 4.170  | 87  | 13   |

1. Se refiere al costo de la canasta alimentaria para una familia típica que consiste en dos adultos y cuatro menores de 12 años, siendo de Q 3,618 para esta fecha.

Fuente: *Deterioro de la condición socio-económica y sus consecuencias para la familia y la niñez. Documento inédito preparado por UNICEF por María Cecilia Fernández Saborio de MIDEPLAN, febrero de 1983, p. 24.*

de la Caja advirtió que la elevada incidencia de enfermedades infecciosas y abuso de sustancias podrían estar relacionados con condiciones sociales y de salud de la población.

Los índices totales de mortalidad infantil para la nación subieron sólo levemente entre 1980 y 1984; de cualquier manera en ciertos cantones fueron registrados agudos aumentos preocupando a los jefes de salud, quienes mencionaron niveles de vida en deterioro y dificultades en la expansión de los servicios de salud.<sup>26</sup> Un estudio longitudinal sobre nutrición y mortalidad infantil en el cantón de Puriscal mostró que un aumento en el número de niños nacidos con peso bajo, premadurez y falta de acceso o cuidado prenatal había sido el más grave resultado de la crisis.<sup>27</sup> Estas deficiencias sugieren que problemas similares podrían estar afectando a otras regiones del país. Los investigadores enfatizaron la necesidad de afrontar el problema para evitar un aumento en la mortalidad infantil en otras áreas.

## Efectos en la prestación de servicios de salud

La extensa infraestructura de cuidado médico desarrollada en los años setentas era muy costosa para ser mantenida, especialmente durante los años de carestía alrededor de 1980. Entre 1972 y 1979 el presupuesto de la Caja había subido en un

689%,<sup>28</sup> y los gastos de la Caja consumían una creciente porción de los gastos de salud totales. Pese a todo, el presupuesto de salud no sufrió un destino peor que el resto del presupuesto gubernamental durante la crisis económica. Como se muestra en el cuadro 5, los gastos en el sector público disminuyeron en un 22% en 1981 en relación a los gastos en años anteriores, mientras que los gastos en el sector salud disminuyeron en un 29% y los gastos de la Caja declinaron en un 26%. Luego, cuando la recuperación económica comenzó en 1983, los gastos del sector salud subieron casi con la rapidez de los gastos del sector público total, reflejando la persistencia del cometido del gobierno de proporcionar el cuidado de la salud con patrocinio estatal.

Durante el peor período de la crisis económica en 1981-82, el pueblo costarricense tenía dificultades en creer que el cuidado de la salud patrocinado por el estado era económicamente factible. Los sorprendentes costos de los servicios de universalización, juntamente con la devaluación del colón, habían creado en la Caja un déficit presupuestario de ₡1.200 millones, o más de un tercio de su presupuesto total de operación, en 1982.<sup>29</sup> Muchos observadores sentían que el déficit de la Caja contribuyó fuertemente a la crisis económica porque ellos sabían que el Estado estaba legalmente obligado a asumir la deuda de la Caja.

Medidas orientadas a aliviar los déficits alimentaron la insatisfacción pública con la Caja.<sup>30</sup> El primero de enero de 1983, el impuesto sobre la hoja de pago fue elevado nuevamente. La porción del patrono subió de un 6.75% a 9.25%, provocando una irritada respuesta de los hombres de negocios quienes argüían que el incremento causaría mayor desempleo y una reducción en la competitividad de Costa Rica en mercados internacionales. Otra medida exigía a los 22.000 empleados de la Caja comenzar a pagar un 4% de sus salarios al fondo, mientras que hasta finales de 1982 ellos habían sido beneficiados con la cobertura de la Caja exentos del pago de impuestos. Los beneficios de los empleados fueron reducidos, un con-

26. "Mortalidad infantil tuvo un ligero aumento". *La Nación* (C.R.), 1 de diciembre, 1984.

27. L. Mata. "Estado nutricional del niño en Puriscal durante la crisis". En: Congreso Nacional de Salud Pública, San José, 1985.

28. Costa Rica. Ministerio de Salud. 1981. *Op. cit.*, p. 173.

29. "CCSS anuncia nueva fijación de cuotas obrero patronales". *La Nación* (C.R.), 17 de noviembre, 1982.

Costa Rica. Ministerio de Salud. *El sector salud*. 1982. (Documento Mimeografiado).

30. C. Mesa-Lago. "Health care in Costa Rica: Boom and Crisis". *Social Science & Medicine*. 21(1):13-21, 1985.

podían ser importadas, causando en gran parte el desaliento de profesionales de salud, pacientes y compañías farmacéuticas.

En relación al Ministerio de Salud, la crisis previno la extensión adicional de los servicios de salud.<sup>33</sup> Los jefes de salud habían estimado en 1980 que el 94% de la población sería incorporada a la Caja hasta 1982,<sup>34</sup> pero en 1982, igual que en 1978, sólo 78% de la población estaba cubierta. El Ministerio de Salud anunció la reducción o eliminación de la construcción de letrinas, mejoras en la provisión de agua rural y saneamiento del medio. Una escasez de auxiliares y asistentes de salud entrenados forzó el cierre, o el funcionamiento con reducido personal, en varios puestos de salud rurales, pese a que este programa constituía la pieza central del sistema de salud rural de la nación.

Irónicamente, el exceso de enfermeras desempleadas que existía en aquel tiempo no podía ser utilizado para proveer de personal a aquellos puestos, ya que el Ministerio de Salud no podía permitirse los elevados salarios que ellas exigían. Entre 1980 y 1983 no fueron entrenados nuevos asistentes de salud rural, hasta que la UNICEF proporcionó becas de capacitación para trabajadores rurales de salud.

Los servicios proporcionados por la Caja también fueron afectados negativamente por la crisis económica, como cualquier costarricense que utiliza el sistema admitiría con rapidez, pero se realizaron pocos estudios para documentar el deterioro en la prestación de servicios. Una excepción fue un estudio sobre las consultas pediátricas realizadas con pacientes externos en clínicas metropolitanas y en el Hospital Nacional de Niños, el

cual mostró una reducción en los servicios proporcionados durante el período de cinco años entre 1981 y 1985. Las consultas externas declinaron en un 19.5% y las horas de los médicos contratados por la Caja para la atención de pacientes externos, disminuyeron en un 19.2%. Entretanto, la población pediátrica en Costa Rica (niños de 0-12 años de edad) subió en un 43% entre 1981 y 1985. El estudio concluyó que la reducción en el número de consultas pediátricas, combinada con el crecimiento de la población pediátrica, resultaba en una reducción neta en las consultas por cada cien habitantes de 84 al año en 1981 a 77 al año a finales de 1985.<sup>35</sup>

Otra muestra indirecta de una disminución de servicios de salud preventivos vino del registro de cáncer de la nación, el cual registró un incremento de cáncer cervical uterino invasivo en comparación con el *in situ* detectado entre 1982 y 1984. En 1982, el 62% de todos los casos de cáncer cervical uterino habían sido detectados *in situ*, donde las oportunidades de tratamiento permitían un diagnóstico más favorable. En 1984 sólo un 50% de los casos fue detectado *in situ*, el otro 50% de los casos ya estaban juzgados como invasivos en el momento del diagnóstico.<sup>36</sup> Los que evaluaron los datos concluyeron que los procedimientos de observación de la Caja habían sufrido, pese a que la naturaleza de la evidencia hacía imposible el saber si los médicos eran descuidados por realizar menos pruebas, o si menos mujeres estaban asistiendo para sus controles regulares. En los dos casos, el estudio pediátrico de consultas externas y los datos del cáncer, sugerían que la calidad del cuidado primario y preventivo ofrecido por medio de las facilidades de la Caja había declinado durante la crisis económica, y que esta caída había continuado en los años post-crisis.

## Efectos sobre la ayuda extranjera y dependencia

Desde su inicio en 1973, el programa de atención primaria en salud a cargo del Ministerio de Salud había sido muy de-

33. J. Jaramillo Antillón. *Op. cit.*, p. 47.

34. Costa Rica. Ministerio de Salud. 1980. *Op. cit.*, p. 14.

35. *Indicadoras de Servicios de Salud (Caja Costarricense de Seguro Social)*. Mer., 1986.

36. Costa Rica. Caja Costarricense de Seguro Social. *Registro nacional de tumores. Incidencia del cáncer cervicouterino en Costa Rica*, 1985. [San José: La Caja, s.f.].

gelamiento en la contratación fue impuesto y se ofrecieron incentivos a los trabajadores para que se retiraran voluntariamente. En abril de 1982 los médicos de la Caja entraron en una huelga, demandando aproximadamente ₡2.200 por mes. Antes de 1980 el salario de un médico de la Caja era considerado alto (15.000 colones al mes o US\$1.744). Después de la devaluación del mismo salario era equivalente a solo US\$278, lo que no permitía a los médicos mantener sus altos niveles de vida anteriores. Para

terminar con la huelga de 42 días, la Caja resolvió el problema con un acuerdo que accedía a muchas de las demandas de los médicos. El impacto divisorio de la huelga era evidente en comentarios hechos por el Presidente Ejecutivo de la Caja, quien dijo en 1983, dirigiéndose a un curso de médicos recién egresados, que los incrementos de salarios obtenidos como resultado de la huelga de los doctores hubieran sido de otra manera empleados en la creación de puestos de trabajo para su audiencia.<sup>31</sup>

## CUADRO 5

### GASTOS PUBLICOS, GASTOS EN SALUD, GASTOS DE LA CCSS 1981 - 1985

(Millones de colones, términos constantes)  
1978 = 100

| Año  | Gastos públicos | Tasa de crecimiento | Gastos en salud | Tasa de crecimiento | Gastos CCSS | Tasa de crecimiento |
|------|-----------------|---------------------|-----------------|---------------------|-------------|---------------------|
| 1981 | 14.536,7        | -22%                | 2.037,1         | -28,87%             | 1.725,9     | -26,06%             |
| 1982 | 10.986,9        | -24%                | 1.386,1         | -29,70%             | 1.218,5     | -26,63%             |
| 1983 | 13.695,2        | 25%                 | 1.565,4         | 12,9%               | 1.320,9     | 8,42%               |
| 1984 | 15.737,2        | 15%                 | 1.963,3         | 25,4%               | 1.526,1     | 15,53%              |
| 1985 | 17.888,8        | 14%                 | 2.107,7         | 7,3%                | 1.733,2     | 13,5%               |

Fuente: Caja Costarricense de Seguro Social. Gerencia División Financiera. Plan financiero maestro, 1987 - 1991.

Médicos y pacientes estaban igualmente exasperados por la escasez de provisiones resultante de la crisis. Una subida de un 400% en el precio de los artículos

importados, desde la devaluación limitó drásticamente la capacidad de la Caja para comprar medicinas, equipo y otros materiales de rutina para los hospitales. A finales de 1982, medicamentos e insumos médicos valorados en US\$8.5 millones, estaban sin ser reclamados en los almacenes de la aduana porque la Caja no podía pagarlos.<sup>32</sup> En un esfuerzo por reducir los costos, la Caja disminuyó de 1.000 a 400 el número de drogas que

31. "Culpan a huelga médica de haber impedido la creación de plazas". *La Nación* (C.R.), 16 de febrero, 1983.

32. "CCSS anuncia nueva fijación de cuotas obrero patronales". *La Nación* (C.R.), 17 de noviembre, 1982.

pendiente de la ayuda extranjera,<sup>37</sup> pero en 1977 esos contactos se habían extinguido. Incluso AID, la fuente más importante de ayuda extranjera para el país, quitó a Costa Rica de su lista de países elegibles para ayuda en el campo de la salud, porque el país se había puesto "muy saludable" para justificar la asistencia en la salud.<sup>38</sup> El Ministerio audazmente declaró en 1977 que de ahí en adelante el programa rural de salud sería apoyado en su totalidad por el gobierno. En 1982, pese a un clima económico alterado, un Ministro de Salud continuó defendiendo la autosuficiencia:

"No esperamos una salvación supranacional mediante la cooperación de países o entidades internacionales. Esto sería un grave error, ya que la solución de nuestros problemas debe proceder de la acción nacional. La crisis, en cuanto a salud, debe ser resuelta por nosotros, con nuestros recursos actuales y procurando soluciones mediante nuevas y más simples estrategias".<sup>39</sup>

A principios de 1984, Costa Rica tuvo que abandonar su plan para distanciar al

sector salud de la ayuda externa. Los jefes de salud costarricenses y otros dirigentes centroamericanos se reunieron con representantes de veinte organizaciones internacionales para pedir un total de \$640 millones de dólares en ayuda para la salud de la región.<sup>40</sup> Los dirigentes de la salud costarricense, subsecuentemente prepararon un brillante folleto para su utilización en la generación de donaciones extranjeras. El folleto introduce el "slogan" "salud sin riqueza" y propone que Costa Rica precisará \$180 millones de dólares destinados a la salud para 1986-91, de los cuales \$134 millones deben provenir de agencias de recursos externas.<sup>41</sup> En 1985, el Banco Interamericano de Desarrollo, la Fundación Kellogg, UNICEF y AID estaban proporcionando asistencia financiera al sector de la salud.

La atención primaria durante los años setentas había sido activamente apoyada por todas las agencias internacionales de salud. Paradójicamente, las prioridades cambiantes de estas agencias en los años ochentas ya no favorecían sistemas de salud al estilo costarricense. El más reciente (1982) trabajo sobre la política en el sector de la salud de la AID refleja el conservadurismo fiscal y social de la era Reagan, ataca los servicios de salud subsidiados por los gobiernos, promueve austeridad gubernamental y el cuidado médico privatizado.<sup>42</sup> Tendencias similares son evidentes en documentos de la política de salud editados por el Banco Mundial y el Programa de Desarrollo de las Naciones Unidas.<sup>43</sup> Las medidas de austeridad impuestas sobre Costa Rica en los años ochentas por el Fondo Monetario Internacional, ofrecen mayor evidencia de la confianza del sector de salud en políticas determinadas afuera del país. El FMI limitó los gastos del sector público en Costa Rica, restringiendo así la capacidad del gobierno para responder a problemas de salud y nutrición provocados por la crisis económica.

Pese a las prioridades cambiantes y restricciones impuestas por las agencias donadoras internacionales, la administración del PLN, la cual tomó el poder en 1982, hizo un fuerte compromiso político

37. Costa Rica. Ministerio de Salud. 1978. *Op. cit.*, p. 35.

"Extension of Health Service Coverage in Costa Rica". *PAHO Bulletin*. 11:303-310, 1977.

38. C. Poza U. S. Agency for International Development. San José : Embajada de los Estados Unidos, 1983. (Comunicación personal).

39. "Médicos piden nueva orientación en salud". *La Nación* (C.R.), 20 de octubre, 1982.

40. "Contadora apoya programa centroamericano de salud". *La Nación* (C.R.), 7 de mayo, 1984.

41. Costa Rica. Ministerio de Salud. *Priority Health Needs of Costa Rica*. San José : El Ministerio, 1985.

42. United States Agency for International Development. *Health Sector Policy Paper*. Washington, D. C. : [s.n.], 1982.

43. World Bank. *Health Sector Policy Paper*. Washington, D. C. : World Bank, 1980.

United Nations Development Programme. *Advisory Note: Primary Health Care, with Special Reference to Human Resource Development*. [s.l.]: UNDP Bureau for Program Policy and Evaluation, 1983. Technical Advisory Division.

en pro de la salud. Particularmente el programa rural se había convertido en un símbolo importante de la preocupación del PLN por los ciudadanos costarricenses, y la nueva administración no deseaba abandonar esa imagen. Los jefes de salud, apoyados por los niveles más altos del gobierno, insistieron en la fortificación del programa de salud rural, pese a la oposición del Fondo Monetario Internacional. Ellos demostraron su compromiso con la construcción de 150 puestos y centros de salud entre los años 1982 y 1985,<sup>44</sup> y con la capacitación de numerosos auxiliares de enfermería y asistentes de salud rural. Los esfuerzos del gobierno fueron acompañados por acciones dirigidas a la capacitación de ayuda extranjera, para así mantener y reforzar los servicios de salud en el área rural. Por el momento, Costa Rica posiblemente obtendrá lo que desea de las agencias internacionales, ya que la ayuda económica para naciones centroamericanas "amigables" está de moda en Washington. La verdadera prueba de la habilidad de Costa Rica para sostener este modelo de servicios primarios para el cuidado de la salud vendrá después de que Centroamérica haya desaparecido de los títulos estadounidenses y de su participación como receptor en las distribuciones del presupuesto de las agencias internacionales.

## Debate sobre el cuidado de la salud

En 1982 el sector de salud se convirtió en el foco de atención de un debate nacional que encapsuló muchos de los

44. Costa Rica. Ministerio de Salud. *Memoria Anual 1985*. San José : El Ministerio, [1986].

Jaramillo. *Op. cit.*, p. 186.

45. Ver: M. Edelman. *Op. cit.*, pp. 176-177.

46. "Un modelo en crisis, I". *La Nación* (C.R.), 5 de febrero, 1983.

47. Para un análisis del sistema médico dual que existía anteriormente en Costa Rica, ver: S. M. Low. "The Effect of Medical Institutions on Doctor-patient Interaction in Costa Rica". *Milbank Memorial Fund Quarterly*. 60:17-50, 1982.

El gobierno intentó atenuar el conflicto ofreciendo concesiones a ambos grupos. El primer grupo fue aplacado con un programa de "medicina mixta", el cual concedía a los pacientes la opción de elegir sus propios médicos y pagar los honorarios de los doctores, mientras que la Caja cubriría los costos de drogas y análisis médicos. El gobierno también comenzó un programa de "médico de empresa", el cual asignaba estos profesionales a los puestos de trabajo de grandes compañías. Los entusiastas del bienestar estatal fueron complacidos cuando el gobierno pasó la legislación obligando a empresas morosas a pagar sus exorbitantes deudas a la Caja. Ellos también fueron complacidos cuando la Caja nuevamente tomó medidas para universalizar la cobertura de la seguridad social, al comprometerse a brindar atención médica a los ciudadanos indigentes.

sismos ideológicos y políticos del país. Representantes de un extenso sector agricultor de exportación, el cual generalmente favorecía soluciones del mercado libre para los problemas económicos de Costa Rica,<sup>45</sup> componían un extremo. Ellos votaron por la "reprivatización" del cuidado de la salud por medio de la eliminación de la seguridad social forzosa y el fomento de la competencia en el mercado libre entre los proveedores de salud.<sup>46</sup> Como base de su argumento se encontraba un ruego por un cuidado de la salud clasista. Grupos comprometidos a expandir el bienestar social formaban el otro extremo en el debate. La federación de los sindicatos de los trabajadores de salud, empleados del sector público, leales de la democracia social, y el Partido Comunista, todos argüían (pese a tener motivos diferentes) que el sistema universal de atención primaria de la salud post-1970 había permitido a Costa Rica reducir desigualdades sociales en la salud y mejorar el perfil nacional de salud. Ellos dijeron que la "reprivatización" de la medicina regresaría a Costa Rica a la medicina desigual, con un sistema para los ricos y otro para los pobres.<sup>47</sup> Ellos pedían más, en vez de menos, participación del Estado en el cuidado de la salud.

Mientras el debate sobre la salud había cesado en 1986, esto probablemente se debía más al alivio general de la crisis económica que a las concesiones ofrecidas por el gobierno. Niveles de asistencia económica y militar estadounidense sin precedentes<sup>48</sup> disminuyeron los impactos de la crisis económica en el campo de la salud para todas las clases sociales, y así callaron el debate de salud. La suspensión es temporaria, pese a todo, pues cuando los niveles actuales de ayuda disminuyan, el debate sin duda se reanudará.

En un país económicamente dependiente como lo es Costa Rica, el dilema ha socavado la habilidad del Estado de mantener los programas para la atención primaria en salud. Primero, los intentos del gobierno para nacionalizar los servicios de salud han sido desviados por el debate sobre el nivel "aceptable" de participación del Estado en la provisión de servicios sociales. Segundo, la búsqueda de fuentes de donaciones estables y continuas es frustrada por las cambiantes y a veces caprichosas, políticas de las agencias de salud internacionales. Los programas de salud de Costa Rica no se autoabastecen, y las agencias que inicialmente ofrecieron apoyo están ahora desilusionándose con el enfoque sobre el cual el programa fue construido en su totalidad. El reto para el gobierno de Costa Rica será la ejecución de un acto de alta tensión: mantener el

control estatal sobre el sistema desarrollado durante los años setentas, no excediendo el presupuesto de austeridad de los años ochentas, pero sin reducir los servicios en este momento en que las personas los necesitan más.

### **Agradecimiento:**

Este trabajo fue completado mientras la autora estaba realizando su tesis doctoral, siendo auspiciada por fondos de una beca para investigación a nivel doctorado en el extranjero de la Fulbright-Hays Doctoral Dissertation Research Abroad Award; el fondo Robert H. Lowie Fund del departamento de Antropología de la Universidad de California en Berkeley; y Sigma XI, la Sociedad Científica de Investigación. La investigación previa en el campo para este proyecto fue auspiciada por una subvención de la Tinker Foundation por medio del Centro para Estudios Latinoamericanos de la Universidad de California en Berkeley. Muchas gracias al Dr. James Trostle, al Dr. Marc Edelman y a la Lic. Marlene Castro por comentarios útiles sobre versiones anteriores de este trabajo.

Gracias a Silvia Salinas, quien hizo la traducción tan competente del inglés al español.

---

48. U.S. AID dio a Costa Rica US\$ 214 millones de becas y préstamos en 1983, comparado con un promedio de US\$ 7.5 millones anuales entre 1962-79, según: "La Ayuda a Costa Rica". *La Nación* (C.R.), 11 de enero de 1985.



# Consideraciones sobre población que pueden orientar las acciones de planificación en salud

Mayra Cartín\*

---

LA DEMOGRAFIA, LA SALUD PUBLICA Y LA ADMINISTRACION ESTAN UNIDAS POR ESTRECHAS RELACIONES. POR UNA PARTE, LAS TENDENCIAS DEMOGRAFICAS TIENEN DECISIVA INFLUENCIA EN LOS PROBLEMAS Y PROGRAMAS DE SALUD. POR OTRO LADO, LA SALUD ES UNA VARIABLE DEMOGRAFICA, EN ESPECIAL PORQUE LA PLANIFICACION DE SERVICIOS AFECTA EL CURSO DE LA MORTALIDAD, MORBILIDAD Y FECUNDIDAD.

## Introducción

Las relaciones entre la población y la salud son múltiples, sin embargo, hay una que ha adquirido singular importancia, y ésta es el hecho de que la población es el objeto de trabajo del sector salud, debido a que su tarea es mantener a la población saludable. La forma y tipo de servicios que el sector salud debe brindar a la población que cubre va a depender del volumen, la distribución y las características de la población.\*\*

Una evidencia de dicha relación ha sido la estrecha unión que por más de 300 años ha existido entre la demografía y la salud pública, que se inició cuando John

Graunt (1662) realizó su análisis histórico de las tablas de Mortalidad de Londres (London Bills of Mortality). Estas tablas consistían en una enumeración de las muertes ocurridas durante una semana, información que se obtenía por medio de encuestas hechas de casa en casa. Dos siglos después, William Farr comentaba sobre la contribución que John Graunt había hecho al sustituir vagas conjeturas por expresiones numéricas, "iniciando en esta forma el verdadero desarrollo de las estadísticas demográficas en el mundo de habla inglesa".<sup>1</sup>

La enseñanza de la demografía ha sido frecuente en las escuelas de Salud Pública, esto porque el análisis estadístico de la ocurrencia y la distribución de las enfermedades es siempre un elemento muy importante en el estudio de la salud pública. Sin embargo, no ha ocurrido lo mismo en las escuelas de administración de salud, pese a que la administración involucra en muchos aspectos a las poblaciones.

En el presente artículo se expondrán algunas ideas entre la relación de la salud y la administración, haciendo referencia a la planificación de servicios y además se analizarán algunos aspectos de la población que puedan orientar las acciones de planificación dentro de un marco de desarrollo.

\* Antropóloga social, epidemióloga y demógrafa. Directora de la Sección de Medicina Preventiva y Social de la Escuela de Medicina. Universidad de Costa Rica. Docente de la Universidad de Costa Rica y de la Universidad Nacional.

\*\* Toda la población posee una estructura que está determinada por su tamaño, su distribución en el espacio y sus características. Dicha estructura se encuentra en constante cambio como acción de los componentes básicos de la dinámica poblacional, natalidad, mortalidad y migración. Cualquier cambio poblacional se puede explicar como resultado de estos componentes.

1. Fraser Brockington. "The History of Public Health". En: *The Theory and Practice of Public Health*. (Londres: Oxford University Press, 1961).

## 1. Demografía y salud

La demografía tiene una estrecha relación con el campo de la salud pública, entendida ésta última como el conjunto de medidas organizadas que una comunidad pone en acción para mejorar su nivel de salud. Por una parte, como las tendencias demográficas influyen directamente en los problemas de salud de la población, el crecimiento demográfico es uno de los elementos básicos en la programación sanitaria.

Por otro lado, los progresos en salud pública han condicionado en forma importante las tasas de mortalidad, la distribución de las causas de muerte y, por ende el crecimiento y la estructura de la población.

En la programación de las acciones de salud, la población es tradicionalmente considerada desde el punto de vista de la demanda. El interés se ha limitado a las informaciones tradicionales de mortalidad, fecundidad y migración. Sin embargo, otros aspectos igualmente importantes son los relativos a morbilidad y utilización de recursos. Ya que las necesidades en salud de una población están definidas no sólo por su tamaño y composición, sino también por el nivel y estructura de su morbilidad.

A manera de ejemplo, se muestra como el fenómeno demográfico de la migración urbano-rural es un problema de salud pública y por lo tanto de planificación. Primeramente, se pasa de formas de asentamiento de población dispersa rural, (que implica decisiones programáticas determinadas por la dispersión y dificultad al acceso a los servicios) a las grandes concentraciones urbanas, donde los problemas de hacinamiento y mayor riesgo de difusión de enfermedades transmi-

sibles es un problema prioritario. Además, el estado de salud de los emigrantes que de hecho es inferior al de la población receptora, se ve empeorado por las condiciones sociales y emocionales del viaje y el poco acceso a los servicios, aumentando en ellos la susceptibilidad a enfermar y la probabilidad de ser foco de contagio.

En relación con la fecundidad, el efecto de las acciones de salud puede ser para aumentarla, por medio del tratamiento de la enfermedad y la reducción de muertes de jóvenes, por la prevención del aborto espontáneo y el tratamiento de la esterilidad, o para disminuirla, con la incorporación de actividades de planificación de la familia para lograr el control del crecimiento de la población.

El proceso de urbanización, dado principalmente por la migración del campo a la ciudad, está determinando modificaciones cuantitativas y cualitativas en la magnitud y tipo de la necesidad y en la utilización de los recursos de salud.

Estos cambios por lo precario de las condiciones de vida de los migrantes, por la menor accesibilidad a los servicios médicos y por las modificaciones en sus pautas de consumo, obliga a una adaptación de los programas de salud; tanto en lo referente a las prioridades como en las técnicas y procedimientos administrativos que se van a utilizar. En estos grupos donde un mejoramiento sustancial del orden económico y social no es lo usual, la aplicación de medidas de salud pública es inminente.

Se presenta a continuación el caso de Costa Rica:

Actualmente, se estima que Costa Rica tiene 2.534.300 habitantes.\* Anualmente como producto de nacimientos se agregan a la población 74.000 habitantes, mientras la población disminuye como resultado de las defunciones en 10.000 habitantes.\*\*

El volumen de población que se deberá atender en un futuro dependerá fundamentalmente del número de hijos que tenga cada familia. Se estima que 4 hijos por

\* Estimación de la Dirección General de Estadísticas y Censos y CELADE. Información en: Costa Rica. Dirección de Demografía. *Costa Rica: Estimaciones y proyecciones de población 1950-2025*. (San José : La Dirección, 1983).

\*\* Costa Rica. Dirección General de Estadística y Censos. *Estadísticas vitales para 1983*. (San José : La Dirección, [s.f.]).

pareja producirá 3.800.000 para el año 2000 y 38.200.000 para el año 2100. Si los habitantes se redujeran a dos por pareja, la población sería de 3.600.000 para el año 2000 y 6.400.000 para el año 2100. Si se hubiese continuado como en el quinquenio 1955-60 con 7 hijos por pareja la población hubiese sido de 6.100.000 para el año 2000 y cerca de 333.200.000 para el año 2100.\* De ahí que las políticas en materia de población deberían ser de profunda definición por parte del sector salud.

Costa Rica presenta una marcada concentración de población en el área metropolitana (cantones centrales de San José, Alajuela, Cartago y Heredia) que alberga aproximadamente un tercio de la población del país, además, presenta un crecimiento anual muy superior al resto de las áreas urbanas (8.3 versus 5.2).\*\* Paralelamente, existe una concentración de servicios en la misma área que repercute en índices de salud marcadamente desiguales. Por ejemplo, mientras en el quinquenio 1976-1980 la tasa de mortalidad infantil para Costa Rica fue de 24.62, hubo cantones como Talamanca que presentaron una tasa de 55.70\*\*\* prácticamente duplicó el promedio nacional.

Si bien en el área, metropolitana existe alta concentración poblacional, existen los servicios que cubren a esta población. El problema se presenta en aquellas áreas del país que se han convertido recientemente en focos de atracción para corrientes migratorias internas, y son áreas que carecen de infraestructura o personal para brindar servicios al flujo migratorio —especialmente de trabajadores que reciben, estas zonas en la Región Atlántica, la Región Norte y los cantones que rodean el

área metropolitana—; por ejemplo para ésta última, el crecimiento demográfico experimentado fue de 4.10 muy superior al que mostró el país en su conjunto.

La población de Costa Rica es una población muy joven. Para el censo de 1963 el 48% de la población era menor de 15 años, para el siguiente censo (1973) esta proporción tuvo un ligero descenso constituyendo el 44% y se estima que para el año 1983 continuó la reducción al 38%. Por otro lado, la proporción de población de 65 años y más ha mantenido un aumento moderado representando entre el 3 y el 4% en los últimos 20 años, esta proporción aumentará al 5% para el año 2000 (si se continúa con el nivel de fecundidad que presenta ahora Costa Rica). Esto significa que el grupo de población con mayor peso dentro de la población es el adulto joven (15-65 años), este grupo para 1963 constituyó el 49.5% de la población, dos décadas después aumentó al 58.6%, y se estima que para el año 2000 agrupará el 62.4 de la población de Costa Rica. Consecuentemente, los riesgos a que mayormente está expuesto este grupo de población sufrirán un incremento, independientemente de la tendencia que presenten. El mejor ejemplo son los accidentes de tránsito, que constituye la primera causa de muerte en este grupo etario. Otro sector importante de esta población es el de las mujeres en edad reproductiva que representa el 51% de la población femenina.

El sistema de salud debe por lo tanto proveer acceso a los servicios de maternidad, ya que las dos primeras causas de hospitalización a nivel nacional son las complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio, y el parto normal y la planificación familiar.

Un tercer sector dentro del grupo de la población adulta joven es el de los trabajadores, grupo de muy alto riesgo para accidentes, en el que se debe intervenir dando la debida prevención, instrumentos para efectuarla, servicios en caso de accidente y rehabilitación. La prevención es de suma importancia para el trabajador debido a su capacidad productiva.

\* Luis Rosero Bixby. *Comentarios sobre la situación demográfica en Costa Rica*. (San José: Asociación Demográfica Costarricense, (s.f.), p. 12.

\*\* Costa Rica. Dirección General de Estadística y Censos y Oficina de Planificación Nacional y Política Económica. *Atlas Estadístico*. (San José: La Dirección, 1981). v.2.

\*\*\* Emilia León Vargas. "Niveles y tendencias de la mortalidad". En: *Octavo Seminario Nacional de Demografía*. (San José: Asociación Demográfica Costarricense, 1983), p.4.

Otra característica importante de la población costarricense, en cuanto a salud, es el hecho de que Costa Rica se encuentra en una etapa de transición en cuanto a tipo de enfermedad y causa de muerte que afecta a la población. Se produjo en la década de los setentas una notable disminución en la incidencia de los padeci-

mientos infecto-contagiosos que se pueden prevenir por vacunación y por saneamiento ambiental, con el consiguiente incremento de las enfermedades crónicas y degenerativas. Para dar un ejemplo, se pueden comparar las tres principales causas de muerte en dos fechas diferentes.

### MORTALIDAD POR GRUPOS DE CAUSAS, SEGUN ORDEN DE IMPORTANCIA COSTA RICA, 1970-81

| Grupos de causas<br>1970      | muertes | Grupos de causas<br>1981    | muertes |
|-------------------------------|---------|-----------------------------|---------|
| 1. Infecciosos y parasitarias | 2.362   | 1. Del aparato circulatorio | 2.285   |
| 2. Del aparato circulatorio   | 2.243   | 2. Tumores                  | 1.574   |
| 3. Del aparato respiratorio   | 1.584   | 3. Accidentes               | 980     |

*Fuente: Dirección General de Estadística y Censos. Anuarios de Estadísticas Vitales 1970-1981. San José, Costa Rica.*

## 2. La planificación y la población

La planificación involucra importantes consideraciones demográficas, esto debido a que el objetivo último de los planes en salud es elevar el bienestar de la población. Como quiera que se mida el nivel de bienestar, en términos de ingreso, salud, consumo o empleo, las metas de los planes tienen que formularse en unidades de población (habitantes, consumidores, consultas, trabajadores). Es clara entonces la necesidad de involucrar el tamaño, la composición y, eventualmente, la distribución geográfica de la población. Tratándose de la planificación de la salud, la variable población intervendrá en términos mucho más específicos y concretos.

Como la planificación es un proceso dinámico en el cual las variables varían, las metas en términos de mejorar el estado de salud deberán vincularse con el ritmo de crecimiento de la población y con ciertos cambios estructurales y de distribución. En su forma más simple, puede decirse que la planificación de la salud debe tomar en cuenta la tasa de crecimiento demográfico.

Como es comprensible, los factores demográficos son explícitamente incorporados en el proceso de planificación cuando el acceso a los servicios es una meta básica de la política de salud, o simplemente cuando al no haber disponibilidad de servicios por sectores definidos de la población, se deben definir metas para la extensión de cobertura.

## *Planificación de salud*

La planificación de la salud recae sobre los servicios para así mantener y promover la salud del individuo y la comunidad. Para justificar esta actividad bastaría recordar que, al igual que la educación, la salud es por sí misma un objetivo del desarrollo social, así como también un factor coadyuvante del progreso social y el crecimiento económico.

Los programas de salud contribuyen a elevar sustancialmente la calidad y la capacidad productiva, a elevar el ingreso per cápita y, con ello, el nivel de vida de la población. Los efectos del estado de salud de la población trabajadora se hacen sentir, particularmente, en el ausentismo provocado por la enfermedad y el grado de vigor aplicado a la actividad.

Por sus efectos favorables sobre el crecimiento económico, los gastos en servicios de salud pueden ser considerados como inversiones en capital humano. Por otra parte, como los planes de salud demandan importantes fondos de inversión, necesariamente entran a competir con los requerimientos de otros campos de la planificación. Dada la interdependencia entre los diversos sectores de la actividad de una sociedad, se supone que los niveles de salud alcanzables deben estar en armonía con el nivel de desarrollo alcanzado (9). En todo caso la planificación de la salud implica la determinación y selección de aquellas formas de actividades que mejor responden a las necesidades más urgentes de salud de la comunidad. En este sentido el punto de partida es la evaluación de dicha situación y sus correspondientes tipos de servicio.

El tamaño, el crecimiento y las características demográficas de la población constituyen parte de los factores importantes que determinan el volumen y características de la demanda de atención médica, explícita o potencial. El conocimiento demográfico se requiere para el estudio epidemiológico de la situación de salud y para la organización de los servicios y formulación de los programas respectivos.

enero-junio/1988

El tamaño de la población puede influir en el nivel de salud (asociado a una cierta densidad) en la medida en que influyen sobre las condiciones ecológicas, como ocurre frecuentemente en las ciudades en las que, debido al rápido crecimiento de la población y a los bajos niveles de vida de importantes grupos de población, las condiciones ambientales sufren serios deterioros.

La distribución geográfica de la población merece una importante consideración. Aparte de la existencia de grupos de población que están expuestos a riesgos ambientales distintos, las condiciones de salud varían en relación con las condiciones de vida que caracterizan a distintos segmentos geográficos de la población. Además las tendencias de la distribución geográfica están relacionadas con movimientos migratorios que inciden sobre el estado de salud. En términos epidemiológicos, el cambio del ecosistema en que han vivido el emigrante rural lo expone súbitamente a nuevos riesgos de enfermedad, pero al mismo tiempo puede llevar consigo enfermedades inexistentes en la ciudad, introduciendo una nueva patología. Adicionalmente el paso de un medio cultural a otro más moderno, puede ir asociado con una mayor percepción de la enfermedad por parte del individuo y, como resultado de ello, generar una mayor demanda de servicios. En consecuencia, la metropolización es un factor importante en la proyección médica de la demanda en las grandes ciudades, debido tanto al crecimiento demográfico como a los cambios de valores y actitudes respecto a la salud.

La consideración de la población por edad y sexo es fundamental para los planes y programas de salud.

Los distintos grupos de edad y sexo tienen también distintos grados de susceptibilidad y/o de exposición al riesgo de enfermedad que le son inherentes y que configuran lo que suele llamarse la "susceptibilidad básica" en relación a ciertas enfermedades. Por esto, el cuadro epidemiológico de una población está en parte definido por los tamaños absolutos y relativos de distintos grupos de edad y sexo.

De esta manera pueden identificarse grupos de población infantil y materna, ciertos grupos ocupacionales, grupos sociales de bajos ingresos, etc.

### *Relación entre las características demográficas de la población y los recursos de salud*

El volumen de muchos servicios de salud puede relacionarse directamente con el número de usuarios potenciales, sea toda la población o segmentos específicos de ella. Así, el número de obstetras y de pediatras deberá guardar una relación con el número de niños y de mujeres embarazadas, de la misma manera que ciertas especialidades médicas sobre enfermedades crónicas deberían tomar en cuenta la población en edades relativamente avanzadas. En consecuencia, la previsión de los servicios de salud debe tomar en cuenta la evolución futura de la población, incluyendo la incidencia de la morbilidad y la fecundidad y la probable evolución de estas dos variables.

La distribución geográfica de la población gravita, de manera importante, en la distribución de los recursos de salud. No obstante, es fácil comprobar que la distribución geográfica de los recursos de salud generalmente no corresponde bien a la distribución de la población, en el sentido de que las facilidades médicas y sanitarias están más concentradas en las ciudades importantes y, en general, en ciertas regiones que gozan de un nivel de vida más elevado. Entre los objetivos de una política de salud debería considerarse una distribución geográfica más racional, que tomará en cuenta los problemas de accesibilidad física a los servicios de salud para las poblaciones rurales dispersas y en general la accesibilidad económica para las poblaciones de las regiones más atrasadas del país. Entre los servicios de salud habría que considerar entre otros, los servicios de atención médica, como aquellos de previsión de agua potable, la nutrición y la disposición de excretas.

### *Utilidad de los datos demográficos en la planificación de la salud*

El diagnóstico sobre la situación de la salud requiere también de datos sobre el número, la composición y la distribución de la población, así como de los hechos vitales (mortalidad y fecundidad) y de migración determinantes de la dinámica de la población. En tal sentido, se utilizan las tasas de mortalidad por sexo, edad y enfermedades específicas, las que son necesarias para medir incidencia y magnitud de distintos fenómenos de salud, así como también para evaluar en el futuro los resultados de los programas de salud. En lo posible esta información debería estar disponible por zonas geográficas y de igual manera para grupos sociales que soportan distintos problemas de salud. Con frecuencia no se dispone de información específica con este nivel de detalle, debiendo ser reemplazado por indicadores más globales.

El panorama general de las condiciones sanitarias puede deducirse de una serie de indicadores de salud. En primer lugar, la esperanza de vida al nacer y la mortalidad infantil son seguramente los índices más significativos del nivel de mortalidad. Una pauta importante de los servicios de salud la dan la relación que hay entre el número de habitantes por médicos, la distribución geográfica de estos últimos, así como los gastos del gobierno en salud. Aparte de la atención médica, una alimentación suficiente y adecuada es la base de una buena salud; éste factor puede estar representado por tres indicadores: producción de alimentos, disponibilidad de calorías y disponibilidad de proteínas, en cada caso por habitante. Por último, como indicadores de la condición socioeconómica están las condiciones sanitarias de las viviendas (urbanas-rurales), población que dispone de agua potable y población que dispone de servicios de eliminación de aguas servidas. Es evidente el valor limitado de estos indicadores globales, pero no cabe duda que son de gran utilidad para hacer comparaciones entre países. Por otra parte, son estimaciones

sujetas a márgenes apreciables de error. De cualquier modo, a nivel del país sería de gran importancia disponer de indicadores similares por divisiones geográficas, especialmente los que se refieren a mortalidad, número de médicos, disponibilidad de proteínas y agua potable.

Para planificar los servicios de salud habría que tomar en cuenta el diagnóstico o situación de salud a que se llega con la información anterior, lo cual permitirá estimar las necesidades en términos de personal médico y paramédico, camas hospitalarias, consultorios de distintas especialidades, laboratorios, instrumental, ambulancias, etc., y servicios administrativos. Nuevamente, para poder prever la demanda potencial futura de estos servicios, será necesario proyectar las tendencias de población, sus características y distribución especial.

### 3. Planificación para el desarrollo

El objetivo básico del desarrollo es elevar las condiciones de vida. Esto generalmente significa aumentar la disponibilidad y la calidad de la atención en salud, la educación, la nutrición, la vivienda y el empleo. Ahora, la cantidad, calidad, naturaleza y ubicación potenciales futuras de estos servicios se ve modificada por los procesos demográficos, especialmente por la fecundidad y la migración. Igual importancia tiene el hecho de que estos procesos demográficos también se ven afectados por la producción y ubicación de los servicios públicos. Por lo tanto, al formular políticas y programas en las áreas de salud, educación, vivienda y empleo deben tenerse en cuenta constantemente las consecuencias demográficas. Existen dos requisitos para que la planificación sea eficaz: datos demográficos actuales y proyecciones alternativas de población.

Una segunda meta de la planificación para el desarrollo es el mayor grado de

igualdad en la distribución del ingreso. Si bien se acepta que la igualdad absoluta del ingreso no es posible, la mayoría de los países en desarrollo aspiran a llevar todos los ingresos por encima de un mínimo social. Así, si en un país específico la alta fecundidad está relacionada con la pobreza extrema, como es frecuente, entonces no tiene sentido intentar aumentar los niveles de ingreso sin tratar también de disminuir la fecundidad.

F.W. Taussing, economista norteamericano hace más de 60 años, opinó: "Las altas tasas de natalidad, las altas tasas de mortalidad, las condiciones de retraso en la industria y los salarios bajos, se presentan generalmente juntos. Pero cuál es la causa y cuál es el efecto".<sup>2</sup> La respuesta "malthusiana" convencional es que la tasa de natalidad es la causa y los demás son los efectos. Sin embargo, Taussing no estaba tan seguro. Afirma que la productividad y los ingresos bajos significan pobreza y niveles cercanos a los de subsistencia para numerosas familias. Estas circunstancias pueden desmoralizar de tal manera al individuo que los esfuerzos de autosuperación se consideran inútiles. Además de la baja productividad y los reducidos salarios, el valor de los hijos para la familia, debido a su poder potencial de ingreso, puede estimular la alta fecundidad.

Taussing dice "Una limitación en el número de hijos no es causa de altos salarios, pero es una condición para el mantenimiento de altos salarios".<sup>3</sup> En resumen, Taussing niega que la reducción en número ocasione automáticamente algún cambio en las condiciones económicas, pero dice que es necesaria para mantener el cambio, una vez esté ya iniciado.

El objetivo de alejar a las familias de la "cultura de la pobreza" no es pronatalista ni antinatalista en sí, pero es muy posible que el proceso de movilidad económica ascendente de los grupos socioeconómicos más bajos tenga un efecto antinatalista. Por lo tanto, una política gubernamental de "nivelación ascendente" es antinatalista por lo menos a largo plazo.

Un tercer objetivo de la planificación para el desarrollo es el cambio estructural.

2. F.W. Taussing, *Principles of Economics*. (New York: McMillan Co., 1918). v. 2, p. 212.

3. *Ibid.*

El cumplimiento de este objetivo altera la distribución de la población, ya que, una vez que el proceso de industrialización ha surtido efecto, casi con seguridad se concentrará en unos pocos centros urbanos, por efecto de la migración rural-urbana, donde el emigrante proveniente del campo con una fecundidad mayor que la existente en la ciudad, aumentará la concentración urbana por efecto de su propia fecundidad.

Tal vez el objetivo más obvio de la planificación para el desarrollo es elevar el nivel de ingreso del individuo. Históricamente los países y grupos de alto ingreso han mostrado una fecundidad baja, y los de bajo ingreso una fecundidad alta.

Por lo tanto, muchas personas creían que las políticas destinadas a aumentar el ingreso nacional probablemente reducirían la fecundidad. En realidad, la relación entre ingreso y fecundidad es bastante complicada. El surgimiento reciente de los trabajos sobre "teoría económica" de la fecundidad han planteado muchos interrogantes nuevos. Los elementos claves de este enfoque conceptual son los de la teoría de la demanda del consumidor. De esta manera, a niveles de ingresos muy bajos, la noción de selección en gran parte está ausente del pensamiento de los hogares implicados. La ocupación, la dieta, la vivienda y el tamaño de la familia parecen ser determinados por fuerzas que están fuera del control del individuo. A niveles de ingreso ligeramente más altos, comienzan a aparecer las opciones de alternativas y de selección. Surgen los intercambios y la noción de "tamaño deseado" de la familia adquiere significado. Más comúnmente, el tamaño logrado de la familia excede al deseado por falta de conocimiento, la habilidad y la tecnología para usar eficazmente la anticoncepción. A niveles de ingreso aún más altos, a medida que el acceso a la educación y a la tecnología anticonceptiva se transforman en algo seguro, disminuye la brecha entre el tamaño real de la familia y el deseado.

Cuando se elimina el "exceso" de fecundidad, las familias adquieren una especie de equilibrio: están planificando y cumpliendo sus metas. Sin embargo, el tamaño deseado de la familia puede aún ser tal que, en el agregado, produzca un crecimiento considerable de la población. La norma de la familia de cuatro hijos, con una tasa "moderna" de mortalidad, puede significar un crecimiento de la población anual cercano al dos por ciento.

Por lo tanto, la pregunta teórica clave es: ¿cómo se relaciona el ingreso y el tamaño de la familia una vez que el ingreso absoluto es razonablemente alto y el ingreso relativo ha pasado a ser el determinante principal de la composición de la demanda? Existe alguna evidencia de que la elasticidad ingreso de la demanda por hijos adicionales es positiva y que, en ausencia de una limitación del ingreso, las familias desearían y planificarían tener más hijos.\*

Resumiendo, la forma en que los procesos demográficos modifican, y son modificados por el desarrollo en todos sus aspectos, han planteado la posibilidad de incorporar la planificación en general para el desarrollo de la población. Esto ha permitido que en los últimos años se haya ido afirmando el reconocimiento del papel de la población en la planificación, pero en la práctica la incorporación de las variables demográficas en los planes de la mayoría de los países ha sido hasta ahora bastante incompleta. Ello se podría atribuir a la falta de información actual apropiada, falta de conocimientos y metodologías suficientes sobre las interacciones de las variables demográficas y sociales y su incorporación en modelo de probada eficiencia; en fin, en actitudes conservadoras que obstaculizan el trabajo interdisciplinario en este campo.

## Literatura citada y consultada

Costa Rica. Dirección General de *Estadística y Censos. Estadísticas vitales para 1983*. San José: La Dirección, [s.f.].

\* Dennis J. O'Donnell *The Micro-economics of Completed Family Size: A Simultaneous Approach*. [s.p.i.].



- \_\_\_\_\_ y Centro Latinoamericano de Demografía. *Costa Rica: Estimaciones y proyecciones de población 1950-2025*. San José: La Dirección. [s.f.].
- \_\_\_\_\_ y Oficina de Planificación Nacional y Política Económica. *Atlas Estadístico*. San José: La Dirección, 1981, V. 2.
- León Vargas, Emilia. "Niveles y tendencias de la mortalidad". En: *Octavo Seminario Nacional de Demografía*. San José: Asociación Demográfica Costarricense, 1983.
- O'Donnell, Dennis J. *The Micro-economics of Completed Family Size: A Simultaneous Approach*. [s.f.].
- Rosero Bixby, Luis. *Comentarios sobre la situación demográfica en Costa Rica*. San José: Asociación Demográfica Costarricense, [s.f.].
- \_\_\_\_\_ *Las políticas socioeconómicas y su efecto en la mortalidad costarricense*. [s.p.i.].
- Taussing, F. W. *Principles of Economics*. New York: McMillan Co., 1918.

# Hacia una propuesta conceptual operativa de la participación comunitaria en salud

Luis Bernardo Villalobos Solano\*

*Si no pones el pie donde debes, hermano,  
todos nos doblaremos,  
Si no escuchas a tiempo el fondo del barranco,  
todos nos hundiremos.*

JORGE DEBRAVO

EN EL PRESENTE TRABAJO SE PRESENTA UNA PROPUESTA PARA LA CONCEPTUALIZACIÓN OPERATIVA DE LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN SALUD, QUE CONTEMPLA: ASPECTOS DE LA POLÍTICA DE SALUD, ALGUNAS REFLEXIONES EN TORNO A LOS CONCEPTOS DE PARTICIPACIÓN, COMUNIDAD Y SALUD; UNA PROPUESTA PARA ALCANZAR SU IMPLANTACIÓN TOTAL; ASÍ COMO EL ROL QUE DEBERÍA TENER EL EQUIPO DE SALUD DENTRO DEL PROCESO.

## Introducción

En 1977 la Asamblea Mundial de la Salud en su resolución W.H.A. 30-43, decidió que en los próximos decenios se trabaje en "...alcanzar para todos los ciudadanos del mundo un grado de salud tal, que les permita llevar una vida social y económicamente productiva",<sup>1</sup> a esto se le denominó la "Meta de Salud para Todos en el Año 2.000" (SPT/200).

Posteriormente en 1978, durante la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud, se enfatizó que "...la

atención primaria es la clave para alcanzar la meta de salud para todos en el año 2.000, como parte del desarrollo general, conforme al espíritu de justicia social".<sup>2</sup>

Dentro del contexto anterior, los gobiernos de los países miembros de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), definieron que la participación comunitaria en salud es una estrategia complementaria de la atención primaria<sup>3</sup> y así quedó establecido en la Declaración de Alma-Ata en 1978, donde se afirmó que "...El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud".<sup>4</sup>

Aunque esta orientación mundial para la política de salud con los planes y programas que ella implica, quedó explícita hace casi una década, aún no ha sido posible encontrar en nuestros países una fórmula satisfactoria para implantar un programa que involucre en la participación a toda la comunidad organizada, y segui-

\* Médico, Consultor en Salud Pública, Instituto Centroamericano de Administración Pública.

1. Organización Panamericana de la Salud. *Salud para todos en el año 2.000: estrategias*. (Washington, D.C.: OPS, 1980). Documento oficial, Núm. 173, p. i.

2. *Ibid.*

3. *Ibid.*, p. 165.

4. *Ibid.*, anexo III, p. 2.

mos teniendo comunidades, políticos y funcionarios de salud que plantean iniciativas locales, regionales o nacionales que luego de un tiempo se convierten en frustración para todos.

Así, la discusión debería estar orientada a los aspectos relacionados con la puesta en marcha del proceso de participación comunitaria total en cada uno de los países.

## 1. La política nacional de salud

La política nacional de salud, como objetivo fundamental del Gobierno en materia de salud pública, es definida acorde con el estilo de desarrollo económico y social que adopta el Estado. En ella confluyen además otros factores como las presiones de la sociedad nacional, los intereses corporativos, las orientaciones y compromisos suscritos por los gobiernos a nivel internacional, y el concepto que se tenga en el país en relación a la causalidad del proceso salud-enfermedad.

Los aspectos anteriormente anotados, entre otros, pueden hacer que una vez planteada la política de salud, ésta restrinja o facilite las acciones encaminadas a lograr el bienestar de la población.

En ocasiones, la política no define en forma precisa qué es lo que se persigue en materia de participación comunitaria. Esto, pasa a ser un factor limitante que lleva a los funcionarios de salud a plantear estrategias para la participación, que más bien convierten la iniciativa en manipulación o utilización del grupo social.

Si compartimos el criterio de que el estado de salud de la población está determinado no solamente por aspectos biológicos, sino por aquellos factores sociales, económicos, culturales y geográficos que

influyen sobre el individuo y la colectividad; en otras palabras, si tenemos un enfoque integral con respecto al proceso salud-enfermedad, podemos entonces comprender que la política de salud debe involucrar a la comunidad para que tenga parte en la atención del proceso, y más aun, la participación definida por la política debe integrar no solamente algunos grupos comunitarios, sino a toda la comunidad nacional.

La política debe tener criterios compatibles con las otras políticas del sector social y productivo del Estado, es decir, el lenguaje que define la participación comunitaria en educación y vivienda, por ejemplo, debe ser unívoco con el adoptado por el sector salud.

La participación comunitaria no sólo tiene que darse en salud, sino que estamos obligados a concebirla como parte inherente de la política nacional de desarrollo económico y social; al respecto Blas Tomic apunta "...lo que hace falta es una estrategia de desarrollo que cuente con un instrumental de políticas capaz de entrar en estrecho contacto con el mundo desagregado en que vive el ciudadano con nombre y apellido en quien se encarnan las carencias básicas que cualquier definición de "desarrollo" debe pretender superar, y en quien debe ser comprobable empíricamente el éxito o el fracaso de dichas políticas".<sup>5</sup>

## 2. El concepto de participación comunitaria en salud

Aun cuando en la agenda cotidiana del sector salud se suele hablar del término participación comunitaria, es frecuente que no se tenga una claridad conceptual acerca de éste.

Es múltiple la bibliografía que trata sobre el tema en el medio latinoamericano, pero pocos le han prestado atención suficiente al hecho de que es preciso adoptar un concepto nacional en torno a lo que debemos entender por participación comunitaria en el campo de salud. Podemos

5. Blas Tomic. Participación popular y desarrollo en la base. En: OIT, PREALC. *Buscando la equidad: planificación para la satisfacción de las necesidades básicas*. (Santiago, Chile: OIT, Servicio de Publicaciones, 1986), p. 162.

incluso preguntar a un auditorio de funcionarios de salud y es probable que no haya un concepto unívoco con respecto al término.

Si no manejamos un lenguaje común, ¿cómo pretendemos que toda la comunidad nos entienda? Es necesario entonces tratar de dilucidar ¿qué entendemos por participación, por comunidad y por salud?

El término participación ha sido entendido habitualmente como "tener parte en una cosa",<sup>6</sup> dentro de esta línea de análisis, cualquier persona puede participar en eventos que afectan positiva o negativamente la dinámica social, económica, psicológica, cultural, etc., de la comunidad con la cual está relacionada. De acuerdo con lo anterior, hay participación por ejemplo, cuando los obreros constituyen un sindicato, los campesinos se agrupan en una cooperativa, los precaristas urbanos se organizan para gestionar un proyecto de vivienda, la comunidad rural dispersa constituye un comité para solicitar la construcción de un puesto de salud, etc.

Pero, ¿ha sido esa participación bien orientada, dirigida y planificada?, ¿está la población educada para participar en la construcción de un Estado cuyos ciudadanos adquieren el compromiso solidario para ayudar al desarrollo de toda la comunidad nacional?, ¿participarán todos los ciudadanos del país en las decisiones y actividades que afectan su bienestar?. Probablemente las respuestas no sean en todos los casos positivas.

Todo sistema de salud debe llevar implícito y hacer explícito el principio de la participación comunitaria. Sin embargo, hay tres aspectos fundamentales que se debe tener presentes: se consigue un mayor grado de participación de acuerdo a

cuan adecuada sea la organización, el estado debe permitir la participación, y es necesario tener parte no solamente de las acciones sino también de las decisiones.

El término comunidad ha sido definido por algunos como "...un grupo concentrado o disperso, con asentamiento fijo o migratorio, con diversas formas de organización social. Sus integrantes comparten con distinta intensidad características socioculturales, socioeconómicas y sociopolíticas, e intereses, aspiraciones y problemas comunes, entre los cuales se incluyen los referentes a la salud".<sup>7</sup> Así, la comunidad tiene "...características externas comunes tales como el lenguaje, el área territorial, la tradición, el tipo de trabajo. Pero de allí a afirmar la completa homogeneidad que presentaría el grupo humano, sin diferencias, con intereses, aspiraciones y problemas comunes, hay un salto conceptual que no se puede admitir".<sup>8</sup> Los intereses y la territorialidad de una comunidad, con todo lo que estos implican, se materializan en determinadas relaciones sociales.

Dentro de un mismo territorio encontramos varios tipos de comunidad, cada una de ellas con determinadas necesidades básicas, con condiciones materiales de vida algunas veces diferentes, e incluso con estilos de vida diversos, aún cuando la proximidad geográfica sea evidente; tal es el caso de las comunidades fronterizas que están a uno y otro lado de la línea divisoria.

Muchos programas de participación han sido implantados en los países sin tomar en cuenta que deben adaptarse a las características del grupo social al que se dirigen. Actualmente estos proyectos, que están extintos o en vías de extinción, lamentablemente no han tenido siquiera un análisis "postmortem" y se continúan implantando programas, muchos de ellos condenados al fracaso. Mientras tanto, el desarrollo comunitario se atrasa, la satisfacción de necesidades básicas no alcanza a divisarse, y es así como todos estos fracasos se expresan muchas veces en la poca atención que presta la comunidad a los programas de salud o bien por medio de indicadores sanitarios desfavorables.

6. *Diccionario General Ilustrado de la Lengua Española*. (Barcelona: BIBLIOGRAF, 1973), p. 1165.

7. Luz Estela Vásquez Ochoa. *Participación de la comunidad en salud*. Resultados de una experiencia. Medellín, Colombia, 1979. (México: Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, 1980), p. 51.

8. *Ibid.*, p. 51.

Todo programa de participación comunitaria que se piense desarrollar, debe tener presente las características inherentes de cada comunidad.

En relación con el concepto de salud, debemos partir de que es muy difícil alcanzar un completo estado de bienestar físico, mental y social, ya que las condiciones concretas por las que atraviesan nuestros países en lo que respecta al plano social, económico y político, entre otros, limitan esa concepción. Preferimos entonces, pensar como la misma O.M.S. sugiere en la definición de la meta S.P.T./2.000, en "un grado de salud".

Debido a esto, también deberíamos considerar que ha sido difícil aceptar la concepción integral del proceso salud-enfermedad en el sector salud en la cual, como decíamos, no se tome en cuenta solamente la expresión biológica de la enfermedad, sino también los aspectos sociales, económicos, culturales y geográficos que participan o inciden en la determinación del proceso.

No se puede concebir la salud aislada de la enfermedad ya que ambas forman parte de un fenómeno, en el cual el individuo, la familia y la comunidad tienen en un momento determinado un estado de salud que algunas veces es satisfactorio y otras no lo es, dependiendo ésto inclusive, de lo que la comunidad ya ha concebido en relación al hecho de estar sano o enfermo.

La concepción íntegra también va a requerir de una atención global que incluya acciones de carácter preventivo, de forma tal que cuando se dé una atención curativa, ésta deba llevar complementariamente y de manera explícita, acciones de promoción y prevención. Si bien es cierto, esta forma de entender la salud debe ser comprendida primero por los funcionarios que trabajan en ese campo, este conocimiento debe ser ampliado a toda comunidad por la vía de los programas de participación.

Una vez revisados los conceptos de participación, comunidad y salud, podemos decir que la participación comunitaria en salud debe concebirse como un proceso mediante el cual, dentro de un marco

de desarrollo social integral, se implantan las condiciones para que toda la comunidad organizada comparta con las instituciones del aparato estatal las decisiones y acciones que inciden sobre su estado de salud.

### **3. Una propuesta para la conceptualización operativa de la participación comunitaria**

Uno de los desafíos que enfrenta el sector salud es cómo lograr la implantación de programas de participación de la comunidad cuya existencia esté sustentada y asegurada por un concepto unívoco que sea compartido por políticos, funcionarios de salud y la propia comunidad; esto por cuanto, el ensayo de "fórmulas" para promover la participación se ha dado en los países con alguna frecuencia y no en pocas ocasiones con resultados desfavorables. Es así como encontramos por ejemplo, estrategias nacionales de participación comunitaria en salud donde se hace promoción para que la comunidad colabore con programas o proyectos de salud que muchas veces son ajenos a lo que ésta realmente necesita.

Teniendo como referencia el aspecto mencionado anteriormente de atención integral del proceso salud-enfermedad, en el cual también participa la colectividad, encontramos que la comunidad se expresa para la atención de su bienestar por medio de diferentes organizaciones tales como: comités de salud, juntas de salud y seguridad social, comités de nutrición, asociaciones de desarrollo comunitario, comités de acueductos rurales, juntas de educación, patronatos escolares, asociaciones deportivas, comités de caminos vecinales, asociaciones culturales, comités de la tercera edad, asociaciones para la protección del ambiente, etc. Al procurar el bienestar comunitario, estas organizaciones participan por ende en salud, pero actúan en forma dispersa, poco coordinada y sin una orientación para que

sus actividades y decisiones se enmarquen dentro del objetivo de desarrollo integral de la comunidad. Esto último, determina en algunos casos que los grupos aparezcan y desaparezcan del escenario social con frecuencia y lo más grave es que muchas veces no alcanzan la meta propuesta, lo que conlleva a un temor a la participación en ocasiones posteriores.

Con las consideraciones elaboradas en este documento, se estima pertinente hacer una propuesta que oriente la operativización de un programa nacional de participación comunitaria en salud. Así, dentro del proceso de participación es necesario tener en cuenta tres tipos de actores: los directamente participativos, los vinculados y los no vinculados.

Los directamente participativos son aquellos que toman las decisiones que se van a expresar en acciones que inciden sobre el estado de salud de la población.

Los vinculados promueven o proponen por medio de su gestión para que los directamente participativos tomen las decisiones.

Los no vinculados no participan del todo en el proceso, ya sea porque no les interesa o más probable aún, porque no se dan las condiciones para que ellos tengan parte; en otras palabras, porque la estructura vigente en el país ha dificultado su incorporación. Dentro de estos encontramos a los que algunos autores han denominado los "marginalizados". A este respecto se menciona que "son precisamente los marginalizados los que deberían participar en su desarrollo y en este sentido la participación no puede significar sólo compartir deberes, sino también el poder de decisión y control".<sup>9</sup> Los marginalizados han migrado del campo a la ciudad y en ésta se convierten en los habitantes habituales de los anillos de miseria. Si deciden permanecer en el área rural, en muchas ocasiones no cuentan con terrenos para cultivar, y cuando siembran lo hacen en tierra prestada o alquilada,

sus cosechas son mal pagadas y sus condiciones de vida continúan siendo desfavorables.

Los programas de salud, con la estrategia de extensión de cobertura por medio de los programas de atención primaria en los últimos 10 años, han tomado en cuenta con mayor énfasis los "marginalizados"; sin embargo, los servicios prestados a esta población, muchas veces están orientados dentro de una concepción unicausal que enfrenta la enfermedad en forma puntual, teniendo como enfoque la relación causa-efecto desde la óptica biológica. Así, las diarreas, la malaria, las parasitosis y las infecciones respiratorias agudas, se atienden con sus medicamentos respectivos, pero en no pocas ocasiones se olvida el contexto social, económico, cultural o geográfico que determinó su aparición. Esto es también un síntoma de los problemas de coordinación intersectorial, intrasectorial e intrainstitucional que existen para la atención integral de salud.

Los tres tipos de actores descritos no presentan posiciones estáticas. El rol que cada uno ejecuta puede variar sin que cambie su posición de clase; es decir, el directamente participativo como individuo, o como grupo organizado puede en un determinado momento pasar a ser un vinculado al proceso de participación; los vinculados pueden participar directamente en algunas oportunidades; o bien, un no vinculado puede incorporarse en determinada coyuntura, al proceso de participación.

Veamos algunos ejemplos en que los roles cambian: un ministro de salud que protagoniza con mucha frecuencia la toma de decisiones, puede pasar a ser vinculado al plantear al presidente de la reública o a otros ministros para que resuelvan sobre un determinado aspecto. Un director regional ante una epidemia de hepatitis en la región plantea el problema para que la institución de acueductos tome las decisiones pertinentes y asegure un abastecimiento de agua más constante, pero a su vez el director determina que en esa comunidad se aplique gamaglobulina a los contactos familiares de los casos de hepatitis, entonces actuaría como

9. Frederik Muller. *Participación popular en programas de atención sanitaria primaria en América Latina*. (Antioquia: Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública, 1979), p. 25.

vinculado por un lado y directamente participativo por otro. Una organización comunitaria, que generalmente es vinculada, puede ser directamente participativa cuando decide construir un acueducto y realizar las acciones necesarias para su consecución. Los no vinculados cuando deciden organizarse, si se dan las condiciones para ello, pueden asumir también los roles de los vinculados o los directamente participativos.

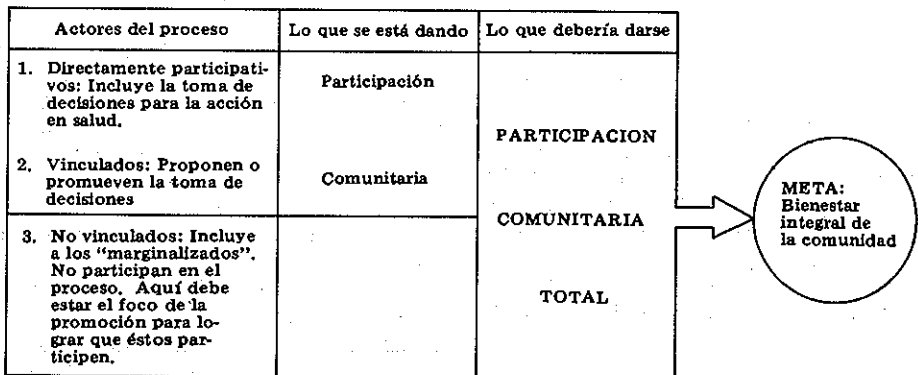
Las políticas sociales y particularmente las políticas de salud, deben definirse de tal manera que sus acciones se orienten a lograr una participación comunitaria total; para ello, los no vinculados y entre ellos los "marginalizados", deben tener parte en el proceso. En este sentido, toda política nacional que pretenda impulsar un programa de este tipo no puede "...desconocer la existencia de contradicciones y hasta antagonismos entre los "incluidos" y los "excluidos". De ahí que en casos extremos resulta justificada una es-

trategia participativa que comience por "desintegrar" es decir, por enfrentar resueltamente el sometimiento a que a veces se encuentran reducidos los "hasta aquí excluidos". Ello no obstante, sigue siendo indiscutible que "en última instancia" el horizonte de una estrategia de desarrollo que pretenda un carácter participativo debe ser integrador. Evidentemente, aún entonces se tratará de una integración (participación) inevitablemente conflictiva y de la cual no desaparecerán algunas tendencias concentradoras del poder y, por ende, excluyente. No se trata pues de ignorar o aplastar esas tendencias, sino más bien de dar cuenta de ellas a través de mecanismos institucionales lo suficientemente flexibles como para absorber las tensiones que de ahí se derivan".<sup>10</sup>

En la figura siguiente se expone en forma esquemática la propuesta para la conceptualización operativa de la participación comunitaria en salud:

FIGURA 1

**ESQUEMA DE UNA PROPUESTA PARA LA CONCEPTUALIZACION OPERATIVA DE LA PARTICIPACION COMUNITARIA EN SALUD**



10. Tomic. *Op. cit.*, p. 160

#### **4. El rol del equipo de salud en la implantación de la estrategia nacional de participación.**

El personal de salud tiene que desarrollar sus acciones con criterios de trabajo en equipo claros y definidos. En esta forma de trabajo las autoridades de salud del nivel central, regional y local, deben tener presente la importancia del enfoque integral en la atención del proceso y por lo tanto no se pueden privilegiar profesionales o técnicos, tampoco se deben considerar como poco relevantes los aportes que en materia de atención de la salud hacen las disciplinas relacionadas con las ciencias sociales. Son todos los funcionarios de todas las ramas, quienes aportan precisamente ese trabajo interdisciplinario que debe privar en las acciones que realizan en procura del bienestar de la población.

El equipo de salud debe asumir un rol de agente capacitador y catalizador del proceso de participación. Es necesario que sus acciones se dirijan a orientar la participación de los vinculados y a promover, en conjunto con estos últimos, la incorporación de los no vinculados, de tal forma que la comunidad organizada, técnicamente dirigida y políticamente sustentada, pueda accionar y tener parte en las decisiones que se relacionan con su salud.

Los funcionarios de salud, en su accionar como promotores y facilitadores de la participación, deben estar previamente capacitados para ello, manejar un concepto único acerca de esta estrategia y tener un conocimiento adecuado de los grupos organizados que existen en la comunidad, así como de la política que ha sido definida respecto a la participación de la comunidad en salud, todo esto con el propósito final de mantener un estado de salud satisfactorio en los individuos y la colectividad.

#### **5. Consideraciones complementarias para la implantación de una estrategia de participación**

Una estrategia nacional de participación de la comunidad en el campo de salud está obligada a contemplar, además de un sustrato político bien definido, los siguientes elementos o directrices para su implantación:

- a) La concepción unívoca nacional de la estrategia.
- b) La capacitación del equipo de salud para que sea catalizador y promotor y su intervención no restrinja la participación.
- c) Identificar en los niveles nacional, regional y local, todos los grupos organizados que propician con sus acciones el bienestar comunitario, esto quiere decir que no sólo se deben de incluir los grupos que tradicionalmente se han vinculado con el sector salud. Estos grupos deben estar registrados en el sistema de información institucional en todos sus niveles y el equipo local debe ocuparse de estarlos actualizando.
- ch) Es necesario promover la comunicación constante, fluida y objetiva de todos los grupos organizados del nivel local, de tal forma que cada uno de ellos conozca las acciones que desarrollan los demás y de esta manera evitar la duplicidad y las contradicciones en los objetivos de trabajo de las organizaciones.
- d) Conviene que el equipo de salud local capacite en técnicas para el trabajo en equipo a los grupos organizados de su comunidad de trabajo, así tam-



bién que promuevan actividades de educación para la salud, partiendo de las necesidades sentidas y del diagnóstico integral de salud de esa comunidad.

- e) Se deben crear las condiciones para la incorporación de los no vinculados al proceso.
- f) La estrategia debe asegurar la participación comunitaria en el proceso de planificación de salud, entendido éste como aquel que comprende el diagnóstico, la planeación, la programación, el control, y la evaluación de todas las acciones que tienen relación con la atención integral del proceso salud-enfermedad de la población.

## 6. Una reflexión final

La participación comunitaria como estrategia complementaria a la atención primaria de la salud, y como compromiso internacional y nacional suscrito por los gobiernos, debería estar en la agenda de discusión permanente de los políticos, los funcionarios de salud y la propia comunidad organizada. Esa discusión debería centrarse en el estudio de mecanismos, estrategias o vías para hacerla realidad.

## Literatura citada

1. *Diccionario General Ilustrado de la Lengua Española*. Barcelona: BIBLIOGRAF, 1973.
2. Muller, Frederik. *Participación Popular en Programas de Atención Sanitaria Primaria en América Latina*. Antioquia: Facultad Nacional de Salud Pública, 1979.
3. Organización Panamericana de la Salud. *Salud para Todos en el Año 2.000: Estrategias*. (Washington, D.C.: OPS, 1980). Documento Oficial, número 173.
4. Tomic, Blas. Participación popular y desarrollo en la base. En OIT. PREALC. *Buscando la Equidad: Planificación para la Satisfacción de las Necesidades Básicas*. (Santiago, Chile: OIT, Servicio de Publicaciones, 1986).
5. Vásquez Ochoa, Luz Estela. *Participación de la Comunidad en Salud. Resultados de una experiencia*. Medellín, Colombia, 1979. México: Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, 1980.

# Aspectos técnico administrativos de un programa de vacunación

Emilia Ma. León de Coto\*

---

LA VACUNACION EN SU PROCESO DE ADQUISICION, ALMACENAJE, DISTRIBUCION, TRANSPORTE Y CONSERVACION DE LOS BIOLOGICOS IMPLICA UNA SERIE DE PROBLEMAS QUE ES NECESARIO RESOLVER ADECUADAMENTE A FIN DE GARANTIZAR LOS BUENOS RESULTADOS DE UN PROGRAMA.

## Introducción

La vacunación se ha considerado como la tecnología más completa utilizada en salud. Lo ideal sería contar con vacunas para todas las enfermedades, desafortunadamente sólo se dispone de unas pocas, y se puede decir que sólo unas doce se utilizan a gran escala y hay un número similar en etapa de prueba e inicio de comercialización.

Los estudios para producir nuevas vacunas son costosos, científicamente complicados y de larga duración debido a los problemas de tipo ético que representa la experimentación en seres humanos. Sin embargo, las vacunas llamadas "convencionales" ya pasaron esas etapas, ahora su producción es sencilla, se hace a gran escala y a costes muy bajos; por otra parte, la aplicación también es sencilla y en términos generales las vacunas son bien aceptadas por la población.

¿A qué se debe entonces que los programas de vacunación no se realicen con la oportunidad debida? Cuando se estudia el problema, la respuesta se resume simplemente a falta de organización, y a defectos en la administración de los programas y no a la falta de recursos humanos, técnicos o materiales.

## Administración del programa

Un programa de vacunación necesita una dirección técnica con un componente administrativo fuerte. Quizás el error más grave esté en que se trata de que sea una persona la que asuma ambas funciones y entonces se recurre a un profesional médico, que conoce muy bien los aspectos técnicos, pero no dirige algunas veces en forma adecuada la parte administrativa.

Como cualquier programa, el de vacunación tiene sus componentes básicos; la programación debe abarcar aspectos tales como: tipos de vacunas, necesidades de la población, tácticas para la aplicación de vacunas, población y áreas geográficas a cubrir y recursos disponibles.

Se puede decir que todos los países tienen actividades de vacunación independientemente de su grado de desarrollo socioeconómico. Inicialmente, si pensamos implantar un programa de vacunación, nos encontramos con estructuras formadas que pueden ser defectuosas, pero también con recursos humanos y materiales que serán de utilidad.

Al comenzar un programa, tendremos algunos aspectos técnicos que definir, entre ellos: qué vacuna se va a utilizar, a quiénes (grupos de edad) se les va a aplicar, cuál esquema se va a utilizar (número de dosis, intervalo entre dosis, refuerzos); quiénes, dónde y cuándo se aplicarán las vacunas. Por otra parte, existen otra serie de aspectos administrativos que deben

\* Médico-Cirujano-Epidemiología. Jefe Programa de Inmunizaciones de Costa Rica 1978-1987. Ministerio de Salud.

responder a esas necesidades técnicas, y que se relacionan con el abastecimiento, almacenamiento, distribución, transporte y conservación de las vacunas, así como también los recursos humanos y materiales necesarios para la aplicación de dichas vacunas.

En realidad, lo anterior es simplemente una división que podríamos llamar didáctica, porque tanto los aspectos técnicos como los administrativos se mezclan. Se supone que las vacunas que se van a utilizar son conocidas, que han pasado por todas las pruebas y que de acuerdo a la epidemiología del país se sabe que serán útiles y necesarias, el aspecto por definir es su coste y las posibilidades que tiene el país de adquirirlas. Las vacunas, lógicamente, se aplican a grupos de mayor riesgo que a su vez se fijarán de acuerdo a las posibilidades de adquisición. Aún los esquemas para vacunas con dosis múltiples serán fijados por los recursos de que se disponga, de igual forma el personal, los establecimientos, los días o las fechas de vacunación deben fijarse de acuerdo a las posibilidades financieras.

Dado que esos aspectos técnico-administrativos están más o menos bien establecidos, así como los márgenes o la flexibilidad que pueden tener, nos gustaría comentar algunos de los puntos que llamamos administrativos y que influyen en gran medida en el buen desarrollo de los programas.

Al hablar de abastecimiento, y en el caso de países como los centroamericanos, donde no hay producción de vacunas, se debe iniciar un arduo camino para la búsqueda de vacunas de buena calidad y bajo coste. Esto, que siempre había sido un problema serio, lo ha resuelto en parte la Región de las Américas con la creación de un Fondo Rotario de Vacunas, dirigido por la Organización Panamericana de la Salud (O.P.S.), el cual se encarga de licitar las vacunas de todos los países afiliados, lo cual abarata los costos y permite controlar la calidad de las vacunas. Lógicamente, los problemas administrativos siempre existen, solo que la O.P.S. es quien los absorbe; los países por su parte, deben solicitar las vacunas

de acuerdo al calendario establecido y a las necesidades estimadas para cada uno de los períodos.

Este asunto, que parece sencillo, encuentra sus problemas en las leyes vigentes en el país, como por ejemplo, se debe tener un permiso de la Contraloría General de la República para hacer la licitación correspondiente y solicitar permiso al Departamento de Drogas del Ministerio de Salud cuando ingresa un producto de una casa que no está registrada en el país o no tiene la vacuna inscrita.

## Cadena de frío

Las vacunas son productos perecederos, deben transportarse frías a temperatura no mayor de 8° C., con el grave problema de que si la temperatura no es la adecuada, pierde su potencia, aunque externamente no sufre ningún cambio, ya que no se altera el color o el olor y no se precipita. Por lo tanto, es necesario hacer pruebas biológicas para el control de calidad, las cuales son complicadas y especialmente caras. En la actualidad, existen indicadores colorimétricos que se adjuntan a los lotes de vacunas y que indican si las vacunas estuvieron a temperaturas superiores a las recomendadas, el problema está en que no indican por cuanto tiempo estuvieron a temperaturas no deseadas y por lo tanto se deben siempre realizar el control de calidad.

Si las vacunas tienen un problema de este tipo, se deben iniciar una serie de reclamos por parte del administrador del programa y lógicamente también hay trastornos con la distribución a los centros que aplican vacunas y, en ocasiones, se agotan las reservas de biológicos con los respectivos problemas para los usuarios.

El desalmacenaje de las vacunas representa otra serie de pasos administrativos. Se deben llevar los respectivos permisos y pólizas de desalmacenaje, tomando siempre en cuenta que la vacuna requiere refrigeración y que, al momento de llegar

al país, a veces tienen tres o más días de estar en tránsito y es posible que los refrigerantes que trae hayan perdido mucho de su poder de enfriamiento. La cámara de refrigeración que existe en el aeropuerto es pequeña y por las noches está cerrada, por lo que el desalmacenaje debe efectuarse lo más pronto posible, a cualquier hora del día o de la noche, y transportarse rápidamente a las cámaras de refrigeración o congelación del Ministerio de Salud.

Este aspecto de conservación de las vacunas a las temperaturas adecuadas desde su elaboración hasta su aplicación a nivel local, es lo que se conoce como cadena de frío, y requiere un estricto control y una programación muy precisa. Se debe conocer la cantidad de vacunas que se van a utilizar, si necesita congelación (-20° C) solo refrigeración (4-8° C), el volumen que utiliza cada lote de vacuna y el espacio disponible en las cámaras de almacenamiento. Una cámara de refrigeración sólo puede ocuparse en un 50% y la de congelación en un 65% para así permitir la circulación del aire frío. Se debe, establecer controles para vigilar que la temperatura sea la adecuada, que los cambios de voltaje no afecten los sistemas de frío. Debe existir una planta eléctrica que opere en forma automática si falta la corriente eléctrica. El nivel central donde se almacenan las vacunas de todo el país requiere de una estricta vigilancia porque si llega a fallar eso determinará la falla total del programa.

## Transporte y distribución

La distribución del nivel central al nivel regional requiere de los mismos cuidados en el transporte de una programación precisa, a fin de que el abastecimiento sea adecuado. El nivel regional, que también almacena cantidades importantes de vacuna, debe tener controles similares en sus bodegas. Este nivel enviará las vacunas al nivel local, esto es, centros de salud y puestos de salud, y debe tener un cálculo muy preciso de las necesidades y

enero-junio/1988

evitar los excesos de vacunas. Por lo general, la cadena de frío se debilita conforme se aleja del nivel central. Hay aspectos tan simples como los cortes de electricidad que no pueden ser solucionados por el nivel local y que en ocasiones hacen que se pierdan todos los biológicos existentes en el centro.

El transporte de las vacunas entre cada nivel debe ser rápido; las vacunas deberán ir en cajas frías o termos con material refrigerante apropiado. En el caso del nivel local donde se visitan las casas para aplicar vacunas se deben establecer normas y controles adicionales.

En esta descripción nos hemos ocupado de la vacuna desde su adquisición hasta su transporte a nivel local, y esto es solo el inicio de la actividad de vacunación, se debe considerar quiénes van a recibir las vacunas, cuántas dosis, por qué vía, si son necesarios otros insumos tales como: jeringas, algodón, alcohol; quiénes van a administrar las vacunas (enfermeras, auxiliares, voluntarios); cuánto tiempo se requiere para aplicar una vacuna, si se aplica en un Centro de Salud, si se visita una escuela, una casa; ¿qué otro material se requiere? (carnés, registros de vacunas, totales de vacunas aplicadas), transporte y viáticos para el personal que se desplaza fuera de los Centros de Salud, etc.

## Evaluación

La evaluación del programa desde el punto de vista técnico se efectúa aplicando diferentes sistemas: cobertura de vacunación en cada uno de los grupos utilizando los datos de vacunación que reportan los establecimientos, encuestas por muestreo y encuestas serológicas. La explicación de cada una de estas técnicas escapa al interés de este artículo.

Señalaremos además que la evaluación de los resultados del programa se efectúa mediante una estrecha vigilancia epidemiológica de las enfermedades objeto de la vacunación.

En la parte administrativa se debe eva-

luar la pérdida de vacunas, el desperdicio de éstas, el rendimiento de los vacunados, los costes de la vacuna y de los insumos necesarios para la vacunación, el costo-beneficio del programa, todo esto a nivel central, regional y local.

Todos estos pasos que se resumen en algunas páginas, parecen simples y se puede pensar que desarrollando la gestión administrativa se lograría el objetivo fácilmente, sin embargo, como se dijo al inicio, la práctica ha demostrado que la ejecución de los programas de vacunación tiene problemas.

A pesar de que todos los países tienen un diferente nivel de desarrollo en sus programas de inmunización, aún mueren cada año tres millones y medio de niños en el mundo por causa de enfermedades que se pueden prevenir con la vacunación, y al menos un cuarto de millón sobreviven con graves secuelas que los incapacitará por el resto de sus vidas. De ahí nuestra obligación de luchar por mejorar y perfeccionar el sistema a fin de conseguir el objetivo de la vacunación o sea eliminar la enfermedad.

# Incidencia del sarampión en Costa Rica: un análisis comparativo

Mariana Chávez Araya\*

---

LA AUTORA ANALIZA LA INCIDENCIA DEL SARAMPION EN EL AREA DE SALUD DE SAN RAMON DE ALAJUELA, SEGUN DISTRIBUCION EN EL TIEMPO Y GRUPOS DE EDAD, COMPARANDOLAS CON LOS NIVELES REGIONAL Y NACIONAL DE COSTA RICA.

## Introducción

La República de Costa Rica, está situada en América Central, tiene una extensión de 50.900 km<sup>2</sup> y una población para 1987 de 2.663.702 habitantes. Política y administrativamente se divide en 7 provincias, 81 cantones y 411 distritos.

Para la atención en salud, el país se divide en 5 regiones programáticas; las que a su vez se dividen en áreas de salud.

El área de salud de San Ramón (ver figura No. 1) está conformada por cinco cantones (San Ramón, Palmares, Naranjo, Alfaro Ruiz y Valverde Vega) y por 38 distritos. Tiene una extensión de 1430.68 km<sup>2</sup> y una población para 1987 de 108.272 habitantes y pertenece a la región programática de salud Central Norte.

Esta área inicia su conformación en 1971 con el programa "Hospital sin Paredes". Es aquí donde se inician los programas de atención primaria en el país y en donde, por más de 10 años, el hospital del área se proyecta a la comunidad, bajo los siguientes principios orientadores.

"El éxito de la acción en salud no solo se mide por las iniciativas emprendidas en el interior del recinto hospitalario, sino básicamente por aquellas puestas en práctica en el área de su influencia. Por ello, es responsabilidad del hospital y de sus au-

toridades, sacar "fuera de las paredes del local hospitalario la acción en materia de salud. A su vez, ésta debe ser asumida por la comunidad e implica acciones tendientes al mejoramiento del nivel de vida de los habitantes".

Es así como el área de San Ramón tiene una trayectoria en salud particular en relación con el contexto nacional.

El presente trabajo pretende analizar la incidencia del sarampión en el área de salud de San Ramón, con el fin de determinar su comportamiento en relación con el nivel Regional y Nacional.

Se analiza la incidencia según variables persona, tiempo y lugar durante el año 1986 y primer cuatrimestre de 1987.

Se revela un acontecimiento epidemiológico en un período determinado, que ilustra el perfil de susceptibilidad para el sarampión en los niveles de área, regional y nacional.

## 1. Justificación

En 1986 se inició en Costa Rica una epidemia de sarampión que alcanzó una tasa de incidencia de 16.7 por diez mil habitantes, lo cual desde 1982 no llegaba al 1 por diez mil.

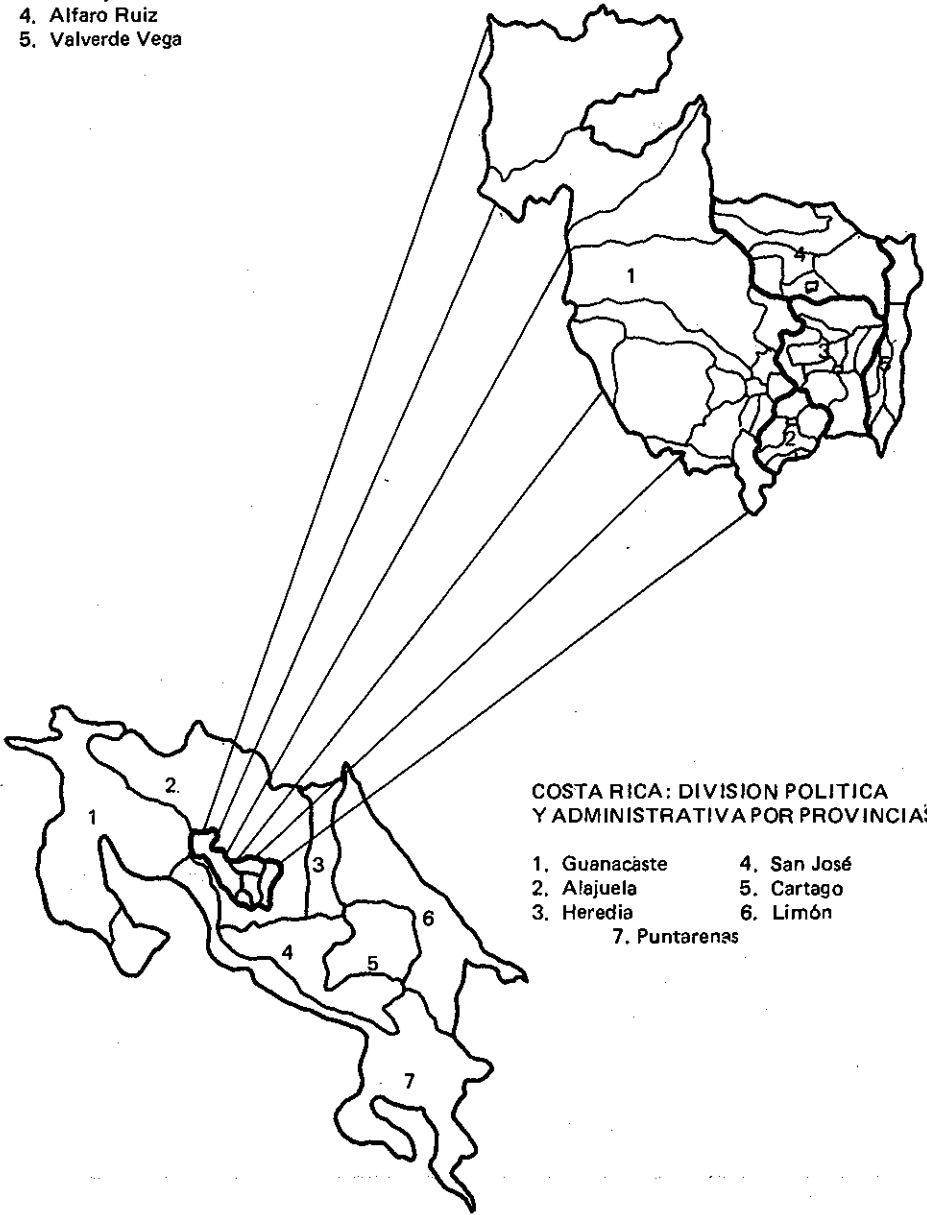
---

\* Enfermera y Especialista en Salud Pública.

AREA SAN RAMON

- 1. San Ramón
- 2. Palmares
- 3. Naranjo
- 4. Alfaro Ruiz
- 5. Valverde Vega

FIGURA 1



COSTA RICA: DIVISION POLITICA Y ADMINISTRATIVA POR PROVINCIAS

- 1. Guanacaste
- 2. Alajuela
- 3. Heredia
- 4. San José
- 5. Cartago
- 6. Limón
- 7. Puntarenas

Ante esta situación se ha considerado conveniente determinar la magnitud del problema en el área de salud de San Ramón, a fin de conocer su comportamiento y compararlo con el nivel regional y nacional y así dar las pautas necesarias a fin de que esta situación no se repita.

## 2. Determinación del problema

Según el Boletín I Trimestre 1987, de la Sección de Vigilancia Epidemiológica, Departamento de Estadística, Ministerio de Salud; muestra que el número de casos registrados de sarampión para los cantones San Ramón, Palmares, Naranjo, Alfaro Ruiz y Valverde Vega alcanza la cifra de 199, lo que implica que esta área registra el 46.6% de los casos de sarampión de la región central noreste.

## 3. Objetivos

*General:* Determinar la incidencia del sarampión en el área de los cantones: San Ramón, Palmares, Naranjo, Alfaro Ruiz y Valverde Vega, según su distribución en el tiempo y grupos de edad y comparar estas variables con el nivel regional y nacional para el año 1986 y los meses de enero, febrero, marzo y abril de 1987.

### *Específicos:*

- Determinar la tasa de incidencia del sarampión en la población costarricense a nivel nacional y regional, para los años 1982 a 1986.
- Establecer la tasa de incidencia del sarampión en la población costarricense para el año 1986, según mes y grupo etéreo para el nivel nacional, regional y área.
- Determinar la incidencia del sarampión, para el I trimestre de 1987 en el nivel nacional, regional y área.

- Establecer la incidencia del sarampión, según mes y grupo etéreo en el I trimestre del 1987 para el área mencionada.
- Establecer comparaciones de la incidencia del sarampión, según las variables, con respecto a los diferentes niveles.

## 4. Metodología

Para la elaboración de este trabajo se siguen los siguientes pasos:

- Se hace una revisión de los casos registrados de sarampión en el país de 1982 a 1986, tanto a nivel nacional como en la región central norte. Se calcula la tasa de incidencia por 10.000 habitantes.
- Se obtiene la incidencia por grupo de edad para 1986, del nivel nacional, de la región central norte y del área.
- Se obtienen las tasas de incidencia para el primer trimestre de 1987 del nivel nacional, regional y del área.
- Se analiza la incidencia del sarampión, según variables: persona, tiempo y lugar para 1986 en los diferentes niveles.
- Se analiza la incidencia del sarampión, según variables: persona, tiempo y lugar para 1986 - 1987 en las áreas mencionadas.

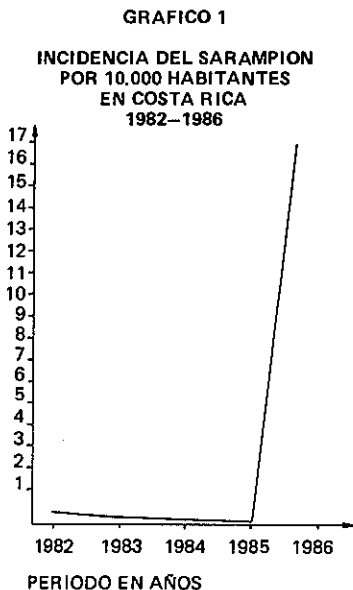
## 5. Resultados

### *Incidencia general del sarampión en Costa Rica*

Desde 1982 la incidencia del sarampión era de menos de 1 por 10.000 habitan-

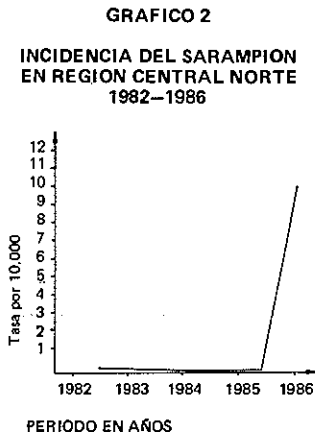


tes, sin embargo en 1986 se produce un incremento significativo que muestra claramente que el país se enfrenta ante una epidemia según se aprecia en el gráfico No. 1.



***Incidencia general del sarampión para la región central norte***

Para esta región se observa una situación semejante al nivel nacional que muestra la misma tendencia, según se aprecia en el siguiente gráfico.



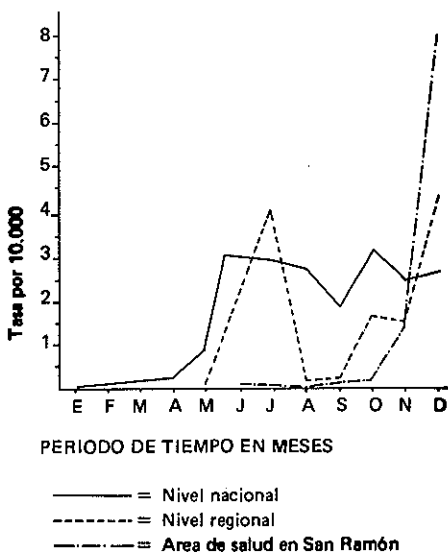
A nivel nacional la epidemia de sarampión se inició en mayo, alcanzando las tasas más altas en los meses de junio, julio y octubre y manteniendo una incidencia alta en el segundo semestre de 1987.

En la región central norte la epidemia se inicia en el mes de junio, alcanzando una tasa superior a la nacional en julio y semejante en octubre, con un marcado descenso en los meses de agosto y setiembre para tener un fuerte ascenso en diciembre.

A diferencia del nivel nacional y regional, en el área de salud de San Ramón, la epidemia de sarampión se inicia en setiembre, alcanzando una tasa superior a la regional y nacional en el mes de diciembre de 8.26 por diez mil habitantes.

Por lo anterior, se puede afirmar, que el inicio de la epidemia fue diferente según el nivel, y que el número de casos aumentó en determinado momento en unos lugares más que en otros.

**GRAFICO 3**  
COSTA RICA: INCIDENCIA  
DEL SARAMPION SEGUN NIVELES  
1986



## *Incidencia según grupos de edad 1986*

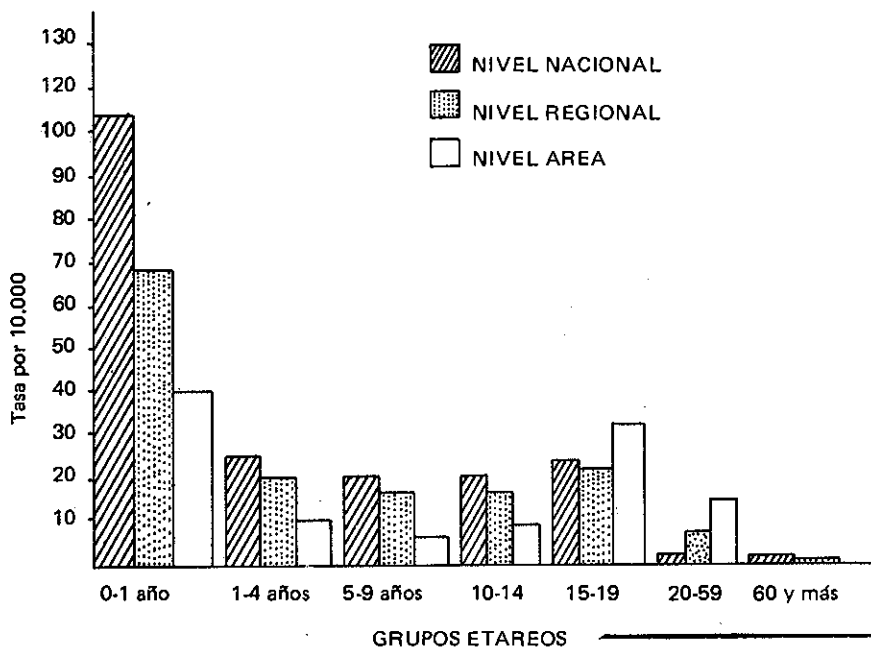
Se encuentra que a nivel nacional el grupo con mayor tasa de incidencia es el menor de un año, en el cual es tres veces mayor que en la de otros grupos.

A nivel regional, la tasa de incidencia se mantiene alta para el grupo menor de un año, aunque en menor proporción que a nivel nacional.

Para el nivel del área de San Ramón, se observa que el grupo menor de un año tiene una tasa de incidencia alta, sin em-

### GRAFICO 4

**INCIDENCIA DE SARAMPION SEGUN GRUPOS ETAREOS, A NIVEL NACIONAL, REGIONAL Y DE AREA 1986**



bargo es menor que el nivel regional y nacional.

Llama la atención que los grupos de 15 a 19 años y de 20 a 59 años manejan tasas de incidencia altas, superiores a las regionales y nacionales; esto indica que la enero-junio/1988

concentración de susceptibles está en los mayores de 15 años, mientras que a nivel nacional y regional la mayor incidencia se da en los grupos menores de 15 años, lo que revela la concentración de susceptibles en estos grupos.

## CUADRO 1

### INCIDENCIA DEL SARAMPION POR DIEZ MIL HABITANTES EN CUARTO TRIMESTRE 1986 Y PRIMER TRIMESTRE 1987 SEGUN NIVEL NACIONAL, REGIONAL Y AREA

| Nivel    | 4to. trimestre 86 | 1er. trimestre 87 |
|----------|-------------------|-------------------|
| Nacional | 6.9               | 5.4               |
| Regional | 6.7               | 5.7               |
| Area     | 10.5              | 17.6              |

*Fuente: Departamento de Estadística, Ministerio de Salud.*

#### *Incidencia del sarampión en 1987 área de San Ramón*

Se puede observar que mientras en el nivel nacional y regional la incidencia tiende a bajar, en el nivel del área tiende a subir; esto se puede explicar ya que el inicio de la epidemia se da posteriormente, por lo que es de esperar que en este trimestre aumentará la incidencia.

GRAFICO 5

#### INCIDENCIA DE SARAMPION EN LOS CANTONES DE ESTUDIO\* Abril 86 - Abril 87



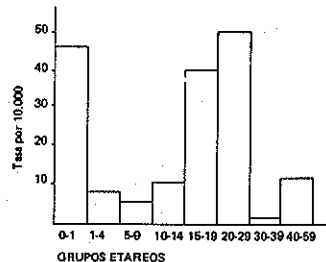
Período de tiempo 1986 - 1987

\* Referido a la población de los cantones de San Ramón, Palmares, Alfaro Ruiz, Naranjo y Valverde Vega.

Como se observa, para estos cantones la epidemia se da en los meses de diciembre, enero, febrero y marzo para iniciar su descenso en abril.

GRAFICO 6

#### INCIDENCIA DEL SARAMPION SEGUN GRUPO ETAREO POR CANTONES\*



\* Referido a los cantones de San Ramón, Palmares, Alfaro Ruiz, Naranjo y Valverde Vega.

Se observa que la tasa se mantiene elevada para menores de un año. Llama la atención las tasas tan altas que maneja la población entre los 15 y 40 años. Es probable que dos no recibieron una inmunidad activa, ya sea por no haber padecido

la enfermedad o por no estar vacunados, lo que hace suponer que tampoco la población menor de un año ha recibido inmunidad pasiva. Esto explica que las tasas sean altas en menores de un año, pues si los padres no tienen inmunidad, no la pueden transmitir. Se ve que el problema está dado por estos dos factores, que quedaron resagados cuando se iniciaron los programas de extensión de coberturas.

## 6. Conclusiones

La epidemia de sarampión se inició en Costa Rica en el mes de mayo de 1986, alcanzando su mayor incidencia en los meses de junio, julio y octubre.

Para la región central norte, la epidemia se presentó el mes de junio, alcanzando tasas superiores a la nacional en julio y diciembre de 1986.

Para el área de salud de San Ramón la epidemia de sarampión se inició en noviembre, alcanzando una tasa de incidencia superior a la regional y nacional en diciembre de 1986.

Tanto a nivel nacional, regional y de área, el grupo de mayor incidencia es el menor de un año; para el nivel nacional el grupo que ocupa el segundo lugar es el de 1 a 4 años y para la región central norte también. En el área estudiada es el grupo de 15 a 19 años. Por lo que a nivel nacional, el problema es la no aplicación de vacuna a los niños de 1 a 4 años.

El área de los cantones estudiados, muestra la menor incidencia de sarampión en los grupos menores de un año, de 1 a 4 años, de 5 a 9 años y de 10 a 14 años, en comparación con el nivel regional y nacional para 1986.

La incidencia del sarampión del último trimestre de 1986 y del primero de 1987, tiende a bajar en el nivel nacional y regional, mientras que en el área de los cantones estudiados tiende a subir, lo cual se explica por el inicio tardío de la epidemia en esta zona.

La epidemia de sarampión, en los cantones de San Ramón, Palmares, Naranjo, enero-junio/1988

Alfaro Ruiz y Valverde Vega se establece en los meses de diciembre, enero, febrero y marzo, para iniciar luego un marcado descenso en el mes de abril.

Los cantones mencionados, en los meses de enero, febrero, marzo y abril de 1987, presentan una mayor incidencia en los grupos menores de un año y de 15 a 59 años; ante esta situación se plantea la hipótesis de que esas dos cohortes de 15-19 y 20-59 años, no recibieron una inmunidad activa; lo que hace que no transmitan inmunidad pasiva a sus hijos y de ahí que se presente la incidencia en menores de un año. Por esta razón, se considera que la epidemia en el área está dada por grupos que quedaron resagados hace 15 años, que no fueron vacunados, ni expuestos al virus, por lo que al estar ahora expuestos padecen la enfermedad después de los 15 años; es posible que las mujeres de estos grupos no están transmitiendo inmunidad pasiva, por lo tanto el menor de un año está sufriendo la enfermedad.

Para el primer trimestre de 1987 la incidencia aumenta significativamente, lo que confirma que la epidemia se establece en estos meses. Para este año los cantones que más casos padecen son Palmares y Naranjo. San Ramón mantiene una incidencia semejante al 4to trimestre de 1987.

Queda planteada la hipótesis: Las cohortes de los mayores de 15 años no reciben inmunidad activa, por lo que no transmiten inmunidad pasiva a sus hijos, lo que hace que aumenta la incidencia del sarampión en este grupo.

## 7. Recomendaciones

- Incrementar la vacunación en los grupos susceptibles a nivel nacional, regional y local.
- Incrementar la lactancia materna.
- Que el Departamento de Vigilancia Epidemiológica, estudie las posibilidades

de proteger las cohortes mayores de 15 años; pues al ser susceptibles, la enfermedad seguirá haciendo epidemias similares; aunque se proteja adecuadamente los grupos menores de 15 años.

- Que a nivel nacional se hagan estudios serológicos por muestreo para determinar grados de susceptibilidad en la población y se puedan tomar las medidas pertinentes.

## Bibliografía

- Caja Costarricense Seguro Social. Datos sobre casos de sarampión registrados 1986 - 1987 en hospital Dr. Carlos Luis Valverde Vega y Clínicas de San Ramón, Palmares, Alfaro Ruiz, Naranjo y Valverde Vega.
- Colimon, Kahl. Martin. *Fundamentos de Epidemiología*. Colombia, Medellín. 1978.
- Krugman, Saul y Ward, Robert. *Enfermedades Infecciosas Infantiles*. 4ta ed. Ed. Interamericana. S. A. México. 1968.
- Macmahon, B. y Pugh, T. *Epidemiología - Principios y Métodos*. 2da. ed. Ed. La Prensa Médica Mexicana, S. A. México, 1975.
- Ministerio de Salud. *Boletín I Trimestre 1987*. Sección Vigilancia Epidemiológica. Departamento de Estadística.
- Ministerio de Salud. *Datos sobre casos registrados de sarampión 1982 - 1986*. Sección de Vigilancia Epidemiológica. Departamento de Estadística.
- Ministerio de Salud. *Datos sobre casos registrados de sarampión 1986 - 1987 en Centros de Salud de San Ramón, Palmares, Alfaro Ruiz, Naranjo y Valverde Vega*.

# cifras

## Situación de salud en Centroamérica

Mauricio Vargas Fuentes\*

---

EL AUTOR RESUME LA SITUACION DE SALUD EN AMERICA CENTRAL, VISTA A LA LUZ DE INDICADORES DE SALUD, SOCIO-ECONOMICOS Y DEMOGRAFICOS.

En la actualidad se reconoce que el estado de salud de una población está condicionado por factores políticos, económicos, sociales y culturales, lo que ha traído como consecuencia el surgimiento de nuevos enfoques para el tratamiento de los problemas de salud que enfrenta la comunidad mundial. Obviamente esta realidad también se presenta en los países centroamericanos.

En ellos, las luchas ideológicas, las barreras culturales internas y la profunda crisis socio-económica que los afecta han influido en la precaria situación de salud de sus moradores.

Sumados a estos factores, se encuentran otros que han limitado la eficacia y la eficiencia de la organización estatal, habiéndose tornado ésta incapaz de brindar respuestas adecuadas a las crecientes demandas de una población que aumenta aceleradamente.

América Central se encuentra conformada por países de pequeña extensión territorial, pero con una importante densidad poblacional, que como en el caso de El Salvador, es de 224 habitantes por kilómetro cuadrado. La población es esencialmente joven (un 44% menores de 15 años) de la cual un 56% habita en zonas rurales, presentándose valores extremos de un 64% en el caso de Honduras y de un 45.7% en el caso de Panamá.

A pesar de que su población en su mayoría es rural, las migraciones hacia los polos de desarrollo urbano están causan-

do, en los países del istmo, la aparición de anillos de pobreza alrededor de las ciudades, las que han comenzado a demandar del Estado una multiplicidad de servicios entre los que se encuentran los correspondientes a la salud.

Esta condición se ha visto agravada por un nuevo problema social, las migraciones masivas dentro y entre los países, originadas fundamentalmente por los conflictos bélicos que afectan a algunas de las naciones del istmo.

El Cuadro 1 detalla la situación de los refugiados en el área en cifras válidas para 1983, las que han aumentado sustancialmente en los últimos años debido al recrudescimiento de los conflictos armados antes citados.

Esta situación expresada gracias a algunos indicadores macroeconómicos, se observa en los Cuadros del 2 al 8.

A este contexto económico se agrega el bajo nivel educativo de la comunidad centroamericana, el que se ejemplifica en el Cuadro 9.

En este contexto demográfico, educativo y económico, está inserta una situación de salud preocupante. En países como Nicaragua y Honduras, la esperanza de vida al nacer no alcanza los 60 años. En estos mismos países la mortalidad infantil y la mortalidad general continúan siendo elevadas debido a las enfermedades infecto contagiosas que en muchos casos se pueden prevenir. Dichas enfermedades coexisten con las de origen crónico y degenerativo, lo que ensombrece aún más el panorama.

---

\* Médico-cirujano. Coordinador PROASA-ICAP.  
enero-junio/1988

En los Cuadros 10 al 17 se pueden observar algunos indicadores de salud para América Central que aclaran bastante la dimensión del problema.

En los Cuadros 18 al 36 se particulariza la situación de salud de cada uno de los países centroamericanos.

La problemática aquí presentada se ve agravada por una organización y un funcionamiento de los servicios de salud, poco eficiente en la mayoría de los casos, y por la falta de recursos humanos capacitados para afrontar la situación apuntada.

Esta afirmación se puede apreciar en forma gráfica en el Cuadro 37 en el que se presentan las coberturas de población que tienen los institutos de seguridad social en los diferentes países del istmo.

De lo anterior se infiere, que a excepción de Costa Rica y en cierto modo Panamá, el resto de los países centroamericanos cubren con sus instituciones de seguridad social un porcentaje muy precario de su población.

Aquí cabe resaltar, que este tipo de instituciones es el que puede lograr la redistribución del ingreso que en nuestros países, históricamente, ha estado concentrado en pequeños grupos de población.

Hoy, las prioridades definidas por los Ministros de Salud en 1984 para la atención a la salud continúan siendo las mismas; por lo que el ICAP con sus programas de formación, capacitación, asesoría e investigación en salud intenta reforzarlas para que se lleven a cabo en forma exitosa y puedan cumplir su cometido.

**CUADRO 1**  
**REFUGIADOS EN AMERICA CENTRAL, MEXICO Y BELICE. 1983**

| País receptor | Total          | Salvadoreños   | Guatemaltecos | Nicaragüenses |
|---------------|----------------|----------------|---------------|---------------|
| Belice        | 7.000          | 7.000          | —             | —             |
| Costa Rica    | 13.454         | 10.000         | 300           | 3.154         |
| Guatemala     | 70.000         | 70.000         | —             | —             |
| Honduras      | 39.200         | 19.000         | 1.000         | 19.200        |
| México        | 160.000        | 120.000        | 40.000        | —             |
| Nicaragua     | 18.000         | 17.500         | 500           | —             |
| Panamá        | 1.000          | 1.000          | —             | —             |
| <b>TOTAL</b>  | <b>308.654</b> | <b>244.500</b> | <b>41.800</b> | <b>22.354</b> |

Nota: En 1983 existían 468.000 salvadoreños, 100.000 guatemaltecos y 85.000 nicaragüenses desplazados.

Fuente: Alto Comisionado de las Naciones Unidas para Refugiados. Tomado de Necesidades prioritarias en materia de salud en América Central.

## CUADRO 2

### PRODUCTO NACIONAL BRUTO, PERCAPITA AMERICA CENTRAL, 1980-1984

(Dólares USA a precios de 1970)

|             | 1970  | 1980  | 1981  | 1982  | 1983  | 1984  |
|-------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Costa Rica  | 995   | 974   | 926   | 836   | 834   | 861   |
| El Salvador | 489   | 437   | 394   | 369   | 364   | 367   |
| Guatemala   | 584   | 589   | 577   | 541   | 512   | 498   |
| Honduras    | 359   | 356   | 348   | 331   | 318   | 316   |
| Nicaragua   | 316   | 337   | 344   | 329   | 333   | 317   |
| Panamá      | 1.062 | 1.174 | 1.197 | 1.236 | 1.214 | 1.173 |

*Fuente: CEPAL en base a cifras oficiales.*

## CUADRO 3

### TASAS DE CRECIMIENTO DE LOS PRINCIPALES INDICADORES ECONOMICOS, GUATEMALA 1979 - 1985

| Indicadores                          | Tasa de crecimiento |      |      |      |      |      |       |
|--------------------------------------|---------------------|------|------|------|------|------|-------|
|                                      | 1979                | 1980 | 1981 | 1982 | 1983 | 1984 | 1985* |
| Producto interno bruto               | 4.7                 | 3.8  | 0.7  | -3.5 | -2.7 | 0.2  |       |
| Producto interno bruto por habitante | 1.9                 | 0.9  | -2.1 | -6.2 | -5.4 | -2.7 |       |
| Tasa de desocupación abierta*        |                     |      |      |      |      |      |       |
| Precios al consumidor                | 13.7                | 9.1  | 8.7  | -2.0 | 8.4  | 5.2  |       |

\* No hay datos.

*Fuente: CEPAL sobre la base de cifras oficiales.*



**CUADRO 4**

**TASAS DE CRECIMIENTO DE LOS PRINCIPALES  
INDICADORES ECONOMICOS. HONDURAS  
1979 - 1985**

| Indicadores                          | Tasa de crecimiento |      |      |      |      |      |      |
|--------------------------------------|---------------------|------|------|------|------|------|------|
|                                      | 1979                | 1980 | 1981 | 1982 | 1983 | 1984 | 1985 |
| Producto interno bruto               | 5.8                 | 3.3  | 0.7  | -0.6 | -1.2 | 2.6  | 1.6  |
| Producto interno bruto por habitante | 5.5                 | 2.2  | -2.7 | -4.0 | -4.5 | -0.7 | -1.8 |
| Tasa de desocupación abierta         | —                   | 8.8  | 9.0  | 9.2  | 9.5  | 10.7 | 11.7 |
| Precios al consumidor                | 22.5                | 11.5 | 9.2  | 8.8  | 7.8  | 3.7  | 4.2  |

*Fuente: CEPAL sobre la base de cifras oficiales.*

**CUADRO 5**

**TASAS DE CRECIMIENTO DE LOS PRINCIPALES  
INDICADORES ECONOMICOS. EL SALVADOR  
1979 - 1985**

| Indicadores                          | Tasa de crecimiento |       |       |      |      |      |      |
|--------------------------------------|---------------------|-------|-------|------|------|------|------|
|                                      | 1979                | 1980  | 1981  | 1982 | 1983 | 1984 | 1985 |
| Producto interno bruto               | -1.8                | -9.0  | -8.4  | -5.7 | 0.6  | 1.4  | 1.4  |
| Producto interno bruto por habitante | -4.6                | -11.6 | -11.0 | -8.4 | -2.3 | -1.5 | -1.6 |
| Tasa de desocupación abierta         | 6.7                 | 16.1  | 25.0  | 30.0 | 30.0 | 30.0 | 30.0 |
| Precios al consumidor                | 14.8                | 18.6  | 11.6  | 13.4 | 14.8 | 9.8  | 30.8 |

*Fuente: CEPAL sobre la base de cifras oficiales.*

**CUADRO 6**

**TASAS DE CRECIMIENTO DE LOS PRINCIPALES  
INDICADORES ECONOMICOS. NICARAGUA  
1979 - 1985**

| Indicadores                          | Tasa de crecimiento |      |      |      |      |      |       |
|--------------------------------------|---------------------|------|------|------|------|------|-------|
|                                      | 1979                | 1980 | 1981 | 1982 | 1983 | 1984 | 1985  |
| Producto interno bruto               | -26.5               | 4.6  | 5.4  | 0.8  | 4.4  | -1.4 | -2.6  |
| Producto interno bruto por habitante | -28.5               | 1.5  | 2.0  | -4.0 | 1.0  | -4.7 | -5.9  |
| Tasa de desocupación abierta         | 22.9                | 22.4 | 19.0 | 22.0 | 18.9 | 21.1 | 22.3  |
| Precios al consumidor                | 70.3                | 24.8 | 21.2 | 22.2 | 32.9 | 50.2 | 334.3 |

*Fuente: CEPAL sobre la base de cifras oficiales.*

**CUADRO 7**

**TASAS DE CRECIMIENTO DE LOS PRINCIPALES  
INDICADORES ECONOMICOS. COSTA RICA  
1979 - 1985**

| Indicadores                          | Tasa de crecimiento |      |      |      |      |      |      |
|--------------------------------------|---------------------|------|------|------|------|------|------|
|                                      | 1979                | 1980 | 1981 | 1982 | 1983 | 1984 | 1985 |
| Producto interno bruto               | 4.9                 | 0.8  | -2.4 | -7.3 | 2.7  | 7.3  | 1.6  |
| Producto interno bruto por habitante | 1.8                 | -2.2 | -5.0 | -9.7 | 0.1  | 4.6  | -1.0 |
| Tasa de desocupación abierta         | 4.1                 | 5.3  | 8.3  | 8.5  | 7.9  | 6.4  | 6.2  |
| Precios al consumidor                | 13.1                | 17.8 | 65.1 | 81.7 | 10.7 | 17.4 | 10.9 |

*Fuente: CEPAL sobre la base de cifras oficiales.*

**CUADRO 8**

**TASAS DE CRECIMIENTO DE LOS PRINCIPALES  
INDICADORES ECONOMICOS. PANAMA  
1979 - 1985**

| Indicadores                          | Tasa de crecimiento |      |      |      |      |      |       |
|--------------------------------------|---------------------|------|------|------|------|------|-------|
|                                      | 1979                | 1980 | 1981 | 1982 | 1983 | 1984 | 1985* |
| Producto interno bruto               | 4.5                 | 15.1 | 4.2  | 5.5  | 0.4  | -1.2 |       |
| Producto interno bruto por habitante | 2.1                 | 10.5 | 1.9  | 3.2  | -1.8 | -3.4 |       |
| Tasa de desocupación abierta         | 8.8                 | 8.2  | —    | 8.4  | 9.7  | 9.4  |       |
| Precios al consumidor                | 10.0                | 14.4 | 4.8  | 3.7  | 2.0  | 0.9  |       |

\* No hay datos.

Fuente: CEPAL sobre la base de cifras oficiales.

**CUADRO 9**

**ANALFABETISMO EN AMERICA CENTRAL 1950 - 1980**

—Cifras relativas—

| País        | AÑO  |      |      |      |
|-------------|------|------|------|------|
|             | 1950 | 1960 | 1970 | 1980 |
| Guatemala   | 70.7 | 62.2 | 54.0 | 44.2 |
| Honduras    | 64.8 | 55.0 | 43.1 | —    |
| El Salvador | 60.6 | 51.0 | 42.9 | —    |
| Nicaragua   | 61.6 | 50.2 | 42.5 | —    |
| Panamá      | 30.1 | 23.2 | 18.7 | 12.9 |
| Costa Rica  | 20.6 | 15.6 | 11.6 | —    |

Fuente: CEPAL. Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe. Naciones Unidas.

CUADRO 10

DATOS BASICOS DE CENTROAMERICA Y PANAMA

| Información básica  | Costa Rica |          | El Salvador |          | Guatemala |           | Honduras |           | Nicaragua |           | Panamá |          |
|---|------------|----------|-------------|----------|-----------|-----------|----------|-----------|-----------|-----------|--------|----------|
|   | Año        | Indice   | Año         | Indice   | Año       | Indice    | Año      | Indice    | Año       | Indice    | Año    | Indice   |
| <b>Indicadores demográficos</b>                               |            |          |             |          |           |           |          |           |           |           |        |          |
| Población estimada (en miles)                                 | 1983       | 2.435,5  | 1983        | 6.229,1  | 1983      | 7.610,4   | 1983     | 4.092,2   | 1983      | 3.015,0   | 1983   | 2.048,9  |
| Extensión en km <sup>2</sup>                                  | 1983       | 51.100,0 | 1983        | 21.041,0 | 1983      | 108.889,0 | 1983     | 112.088,0 | 1983      | 127.368,0 | 1983   | 77.082,0 |
| Densidad (habitantes por km <sup>2</sup> )                    | 1983       | 47,7     | 1983        | 248,5    | 1983      | 89,8      | 1983     | 36,5      | 1983      | 23,7      | 1983   | 26,8     |
| Porcentaje población menor 15 años                            | 1981       | 37,7     | 1981        | 45,2     | 1980      | 44,1      | 1983     | 47,8      | 1981      | 47,9      | 1981   | 39,8     |
| Porcentaje población 65 años y más                            | 1981       | 3,6      | 1981        | 3,4      | 1980      | 2,9       | 1983     | 2,8       | 1981      | 2,4       | 1980   | 4,2      |
| Porcentaje población en los-Edades de 20.000 habitantes y más | -          | -        | 1980        | 24,1     | 1980      | 2,5       | 1980     | 26,7      | 1981      | 37,4      | 1981   | 39,1     |
| Porcentaje población rural                                    | 1980       | 56,6     | 1980        | 58,9     | 1980      | 61,1      | 1980     | 64,0      | 1980      | 47,0      | 1980   | 45,7     |
| Tasa natalidad por 1000 habitantes                            | 1981       | 31,1     | 1980        | 37,7     | 1980      | 41,4      | 1980     | 46,0      | 1981      | 45,1      | 1981   | 27,7     |
| Tasa de crecimiento vegetativo                                | 1981       | 27,4     | 1980        | 25,1     | 1980      | 31,0      | 1980     | 35,2      | 1981      | 34,0      | 1981   | 23,5     |
| Tasa fecundidad por 1000 mujeres de 16 a 49 años              | 1981       | 132,8    | 1979        | 174,4    | 1980      | 181,1     | 1980     | 220,9     | 1981      | 200,8     | 1981   | 118,4    |

Fuente: Janamillo Anzillon, Juan. *Los problemas de la salud en Costa Rica. Políticas y estrategias*, San José, (s.n.), 1984.

CUADRO 11

DATOS BASICOS DE CENTROAMERICA Y PANAMA

| Información básica                                  | Costa Rica |        | El Salvador |        | Guatemala |        | Honduras |        | Nicaragua |        | Panamá |        |
|---|------------|--------|-------------|--------|-----------|--------|----------|--------|-----------|--------|--------|--------|
|   | Año        | Indice | Año         | Indice | Año       | Indice | Año      | Indice | Año       | Indice | Año    | Indice |
| <b>Indicadores del estado de salud</b>              |            |        |             |        |           |        |          |        |           |        |        |        |
| Esperanza de vida al nacer                          | 1981       | 73,2   | 1980        | 64,5   | 1980      | 57,8   | 1980     | 58,8   | 1982      | 57,7   | 1981   | 70,2   |
| Tasa bruta de mortalidad                            | 1981       | 8,9    | 1980        | 8,6    | 1980      | 10,4   | 1980     | 10,8   | 1981      | 11,1   | 1981   | 4,2    |
| Tasa mortalidad infantil por 1000 nacidos vivos     | 1981       | 18,0   | 1980        | 64,8   | 1980      | 85,9   | 1981     | 87,0   | 1981      | 88,2   | 1981   | 21,2   |
| Tasa mortalidad materna por 1000 nacidos vivos      | 1981       | 0,3    | 1980        | 1,2    | 1980      | 1,0    | 1979     | 0,8    | 1978      | 0,7    | 1981   | 0,7    |
| Tasa de mortalidad de 1 a 4 años por 1000           | 1981       | 1,1    | 1980        | 6,9    | 1980      | 12,4   | 1979     | 4,3    | 1978      | 10,4   | 1981   | 2,1    |
| Porcentaje defunciones por:                         |            |        |             |        |           |        |          |        |           |        |        |        |
| — enfermedades infecciosas y parasitarias (001-188) | 1981       | 3,9    | 1980        | 10,7   | 1980      | 33,2   | 1980     | 26,8   | 1978      | 20,8   | 1980   | 7,9    |
| — tumores (140-239)                                 | 1981       | 17,5   | 1980        | 2,5    | 1980      | 3,2    | 1980     | 5,5    | 1978      | 5,4    | 1980   | 16,2   |
| — enfermedades del corazón (390-429)                | 1981       | 16,2   | 1980        | 2,4    | 1980      | 3,9    | 1980     | 13,1   | 1978      | 20,8   | 1980   | 16,2   |
| — accid. tráfico, vehículos motor (E 810-812)       | 1981       | 4,9    | 1980        | 3,7    | 1980      | 2,1    | 1980     | —      | 1978      | 4,3    | 1980   | 4,9    |
| — signos, síntomas y estados morbosos mal definidos | 1981       | 9,7    | 1980        | 28,0   | 1980      | 14,3   | 1980     | 35,5   | 1978      | 28,5   | 1980   | 9,9    |

Fuente: Jaramillo Antillón, Juan. *Los problemas de la salud en Costa Rica: Políticas y estrategias*. San José, (s.n.), 1984.

CUADRO 12

DATOS BASICOS DE CENTROAMERICA Y PANAMA

| Información básica  | Costa Rica |        | El Salvador |        | Guatemala |        | Honduras |        | Nicaragua |        | Panamá |        |
|---|------------|--------|-------------|--------|-----------|--------|----------|--------|-----------|--------|--------|--------|
|   | Año        | Índice | Año         | Índice | Año       | Índice | Año      | Índice | Año       | Índice | Año    | Índice |
| <b>Indicadores de cobertura de servicios</b>                  |            |        |             |        |           |        |          |        |           |        |        |        |
| Porcentaje de niños menores de un año inmunizados contra:     |            |        |             |        |           |        |          |        |           |        |        |        |
| -- difteria   | 1981       | 83,2   | 1981        | 82,2   | --        | --     | 1981     | 35,0   | 1981      | 61,5   | 1981   | 48,5   |
| -- poliomielitis  | 1981       | 85,4   | 1981        | 47,1   | --        | --     | 1981     | 37,0   | 1981      | 88,1   | 1981   | 49,7   |
| -- sarampión  | 1981       | 52,0   | 1981        | 57,8   | --        | --     | 1981     | 35,0   | 1981      | 20,0   | 1981   | 52,2   |
| -- tétanos  | 1981       | 83,2   | 1981        | 52,2   | --        | --     | 1981     | 36,0   | 1981      | 61,5   | 1981   | 48,5   |
| -- tosferina  | 1981       | 83,2   | 1981        | 52,2   | --        | --     | 1981     | 36,0   | 1981      | 61,5   | 1981   | 48,5   |
| -- tuberculosis   | 1981       | 81,2   | 1981        | 54,6   | 1981      | 30,3   | 1981     | 42,0   | 1981      | 65,2   | 1981   | 76,2   |
| Porcentaje de población servida con agua potable              | 1981       | 87,5   | 1981        | 53,0   | 1979      | 42,0   | 1980     | 56,0   | 1981      | 42,2   | 1980   | 100,0  |
| Porcentaje de población con eliminación sanitaria de excretas | 1981       | 91,4   | 1979        | 20,0   | 1980      | 28,0   | 1980     | 15,0   | 1981      | 21,9   | 1980   | 33,0   |
| Número de atenciones por 100 habitantes                       | 1981       | 26,0   | 1978        | 51,0   | 1980      | 40,0   | 1981     | 90,0   | 1981      | 19,0   | 1977   | 171,0  |
| Número de camas por 1000 habitantes                           | 1981       | 3,0    | 1980        | 1,7    | 1980      | 1,1    | 1981     | 1,1    | 1981      | 1,7    | 1981   | 3,9    |
| Número de egresos por 100 habitantes                          | 1981       | 11,7   | 1980        | 5,9    | 1980      | 2,6    | 1982     | 3,0    | 1981      | 7,0    | 1981   | 8,3    |

Fuente: Jerónimo Anzillon, Juan. Los problemas de la salud en Costa Rica: Políticas y estrategias, San José, (s.n.), 1984.

CUADRO 13

DATOS BASICOS DE CENTROAMERICA Y PANAMA

| Información básica   | Costa Rica |         | El Salvador |        | Guatemala |         | Honduras |        | Nicaragua |        | Panamá |         |
|--|------------|---------|-------------|--------|-----------|---------|----------|--------|-----------|--------|--------|---------|
|  | Año        | Índice  | Año         | Índice | Año       | Índice  | Año      | Índice | Año       | Índice | Año    | Índice  |
| <b>Indicadores de recursos humanos</b>                                 |            |         |             |        |           |         |          |        |           |        |        |         |
| Médicos por 10.000 habitantes  | 1983       | 9,3     | 1983        | 5,0    | 1982      | 5,1     | 1983     | 3,2    | 1983      | 5,1    | 1983   | 8,0     |
| Dentistas por 10.000 habitantes  | 1983       | 3,5     | 1983        | 1,3    | 1982      | 1,0     | 1983     | 1,0    | 1983      | 0,6    | 1983   | 1,4     |
| Veterinarios por 10.000 habitantes                                     | 1983       | 1,5     | 1983        | 0,3    | 1980      | 0,5     | 1979     | 0,0    | 1983      | —      | 1980   | 1,2     |
| Enfermeras por 10.000 habitantes                                       | 1983       | 9,6     | 1983        | 4,1    | 1982      | 1,1     | 1983     | 1,9    | 1983      | 3,4    | 1983   | 10,5    |
| Auxiliares de enfermería por 10.000 habitantes                         | 1983       | 22,8    | 1983        | 8,2    | 1982      | 6,1     | 1983     | 8,4    | 1983      | 14,2   | 1983   | 16,5    |
| <b>Indicadores económicos</b>  |            |         |             |        |           |         |          |        |           |        |        |         |
| P.I.B. per cápita en \$EE.UU.A.  | 1980       | 1.536,9 | 1980        | 688,2  | 1980      | 1.206,1 | 1982     | 700,5  | 1981      | 902,2  | 1980   | 1.958,4 |
| Porcentaje del gasto de salud del total de gastos del Gobierno Central | 1981       | 4,2*    | 1980        | 7,5    | 1982      | 10,0    | 1980     | 11,0   | 1981      | 12,0   | 1979   | 6,3     |
| Gasto en salud per cápita  | 1981       | 295,7   | 1980        | 14,4   | 1982      | 151,9   | 1982     | 35,4   | 1981      | 39,5   | 1982   | 128,2   |

\* No incluye instituciones descentralizadas.

Fuente: Jaramillo Antillón, Juan. Los problemas de la salud en Costa Rica: Políticas y estrategias, San José, (s.n.), 1984.

CUADRO 14

DATOS BASICOS DE CENTROAMERICA Y PANAMA

| Información básica                                       | Costa Rica |        | El Salvador |        | Guatemala |        | Honduras |        | Nicaragua |        | Panamá |        |
|--|------------|--------|-------------|--------|-----------|--------|----------|--------|-----------|--------|--------|--------|
|  | Año        | Indice | Año         | Indice | Año       | Indice | Año      | Indice | Año       | Indice | Año    | Indice |
| Otros indicadores  |            |        |             |        |           |        |          |        |           |        |        |        |
| Porcentaje de recién nacidos con peso menor de 2.500 gr. | 1980       | 6,8    | 1980        | 6,7    | 1980      | 10,0   | 1981     | 9,8    | 1982      | 15,0   | 1980   | 9,7    |
| Disponibilidad de calorías per cápita por día            | 1978       | 2.267  | 1977        | 1.890  | 1978      | 1.936  | 1978     | 1.800  | 1974      | 2.141  | 1978   | 2.425  |
| Porcentaje de población alfabetizada                     | 1982       | 92,5   | 1981        | 40,0   | 1981      | 50,0   | 1980     | 40,5   | 1982      | 87,0   | 1980   | 79,0   |
| Porcentaje de niños desnutridos de 0-4 años              | 1982       | 38,6   | 1978        | 52,9   | 1980      | 73,0   | 1980     | 80,0   | 1976      | 56,8   | 1978   | 50,0   |

Fuente: Jaramillo Ansilión, Juan. *Los problemas de la salud en Costa Rica: Políticas y estrategias*, San José, (s.n.), 1984.



**CUADRO 15**

**MORTALIDAD POR INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS  
EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS, POR PAIS Y AÑO**

|                   | Mortalidad por ira<br>(por 1000 niños) | Mortalidad por ira<br>(Porcentaje de todas<br>las causas) |
|-------------------|--|---|
| Costa Rica, 1979  | 0,8                                    | 12,1  |
| El Salvador, 1974 | 2,3                                    | 13,7  |
| Guatemala, 1978   | 5,6                                    | 20,7  |
| Honduras, 1978    | 1,1                                    | 11,4  |
| Nicaragua, 1968   | 2,1                                    | 10,3  |
| Panamá, 1974      | 2,1                                    | 20,0  |

*Fuente: Jaramillo Antillón, Juan. Los problemas de la salud en Costa Rica: Políticas y estrategias. San José, (s.n.), 1984.*

**CUADRO 16**

**PORCENTAJE DE NIÑOS DE 0 - 5 AÑOS INMUNIZADOS EN CENTROAMERICA,  
POR TIPO DE VACUNA Y PAIS**

|   | Costa Rica | El Salvador | Guatemala | Honduras | Nicaragua | Panamá |
|---|------------|-------------|-----------|----------|-----------|--------|
| Difteria<br>Tosferina<br>Tétanos<br>(DPT) | 89         | 40          | 58        | 51       | 23        | 62     |
| Polio                                     | 81         | 38          | 58        | 52       | 64        | 63     |
| Sarampión                                 | 78         | 40          | 45        | 63       | 37        | 69     |
| Tuberculosis<br>(BCG)                     | 76         | 42          | 44        | 51       | 38        | 77     |

*Fuente: Jaramillo Antillón, Juan. Los problemas de la salud en Costa Rica: Políticas y estrategias. San José, (s.n.), 1984.*

**CUADRO 17**

**CENTROAMERICA Y PANAMA. 1981: POBLACION TOTAL  
POBLACION MENOR DE 5 AÑOS: TASA CRUDA DE NACIMIENTOS  
TASA DE MORTALIDAD DE NIÑOS DE 1-4 AÑOS  
TASA DE MORTALIDAD INFANTIL POR 1000 NACIDOS VIVOS, POR PAIS**

| <b>País</b>  | <b>Población total<br/>(millones)</b> | <b>Población infantil<br/>de 0 a 4 años<br/>millones</b> | <b>%</b>   | <b>Tasa cruda<br/>nacimientos</b> | <b>Tasa de<br/>mortalidad<br/>de niños<br/>1-4 años</b> | <b>Tasa de<br/>mortalidad<br/>infantil</b> |
|--------------|---------------------------------------|--|------------|-----------------------------------|---|--|
| Costa Rica   | 2.3                                   | 0.3  | 8          | 30                                | 1   | 18   |
| Guatemala    | 7.5                                   | 1.3  | 32         | 39                                | 5   | 70   |
| Honduras     | 3.8                                   | 0.7  | 18         | 44                                | 9   | 90   |
| Nicaragua    | 2.8                                   | 0.5  | 12         | 44                                | 10  | 90   |
| Panamá       | 1.9                                   | 0.3  | 8          | 30                                | 2   | 29   |
| El Salvador  | 4.9                                   | 0.9  | 22         | 40                                | 7   | 80   |
| <b>TOTAL</b> | <b>23.2</b>                           | <b>4.0</b>   | <b>100</b> |                                   |   |  |

*Fuente: Jaramillo Antillón, Juan. Los problemas de la salud en Costa Rica: Políticas y estrategias. San José, (s.n.), 1984.*

CUADRO 18

VEINTE PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL  
SEGUN LISTA BASICA (CIE 9a. REVISION)  
COSTA RICA - 1982

| Código    | Causas de muerte   | Número | Tasa por<br>10.000 hab. |
|-----------|--|--------|-------------------------|
|           | TOTAL  | 9.168  | 38.7                    |
| 410       | Infarto agudo del miocardio  | 698    | 2.9                     |
| 760-779   | Ciertas afecciones originadas en el período perinatal  | 633    | 8.7*                    |
| 414       | Otras formas de la enfermedad isquémica crónica del corazón  | 493    | 2.1                     |
| 151       | Tumor maligno del estómago   | 420    | 1.8                     |
| 740-759   | Anomalías congénitas   | 356    | 1.5                     |
| 480-486   | Neumonía   | 314    | 1.3                     |
| 797       | Senilidad sin mención de psicosis  | 296    | 1.2                     |
| E810-E819 | Accidentes de tráfico de vehículos de motor  | 285    | 1.2                     |
| 495-496   | Otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas  | 240    | 1.0                     |
| 436       | Enfermedad cerebrovascular aguda pero mal definida   | 226    | 1.0                     |
| 200-208   | Tumor maligno del tejido linfático y de los órganos hematopoyéticos (204-208 leucemias 116 defun. con una tasa de 0,5) | 187    | 0.8                     |
| 433-434   | Infarto cerebral   | 160    | 0.7                     |
| 009       | Infección intestinal mal definida  | 158    | 0.7                     |
| 162       | Tumor maligno de la tráquea, de los bronquios y del pulmón   | 153    | 0.6                     |
| 431-432   | Hemorragia intracerebral y otras hemorragias intracraneales  | 148    | 0.6                     |
| 490-493   | Bronquitis crónica y la no especificada, enfisema y asma   | 148    | 0.6                     |
| 571       | Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado  | 141    | 0.6                     |
| 250       | Diabetes Mellitus  | 133    | 0.6                     |
| E880-E888 | Caidas accidentales  | 132    | 0.6                     |
| 401-405   | Enfermedad hipertensiva  | 124    | 0.5                     |
| 580-589   | Nefritis, síndrome nefrótico y nefrosis  | 115    | 0.5                     |
|           | Las demás causas   | 3.608  | 15.2                    |

\* Tasa por 1,000 nacimientos vivos.

Fuente: Jaramillo Antillón, Juan. *Los problemas de la salud en Costa Rica: Políticas y estrategias*. San José, (s.n.), 1984.

CUADRO 19

INFORMACION DE CASOS DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS  
DE DECLARACION OBLIGATORIA EN COSTA RICA  
(Incluye todo 1983 incluso semana 53)

| Casos                               | Acumulados por año |        |        |
|-------------------------------------|--------------------|--------|--------|
|                                     | 1983               | 1982   | 1981   |
| Brucelosis                          | 9                  | 14     | 18     |
| Difteria                            | —                  | —      | —      |
| Encefalitis vírica                  | 22                 | 11     | 2      |
| Escarlatina                         | 339                | 529    | 282    |
| Fiebre reumática                    | 143                | 117    | 46     |
| Fiebre tifoidea                     | 7                  | 6      | 9      |
| Fiebre paratifoidea                 | 1                  | 1      | 1      |
| Hepatitis: Total                    | 5.599              | 4.179  | 2.562  |
| a) Hepatitis viral                  | 2.650              | 2.401  | 2.562  |
| b) Otras                            | 189                | 47     | —      |
| c) Hepatitis sin especificar        | 2.760              | 1.731  | —      |
| Influenza epidémica                 | 20.383             | 16.195 | 20.289 |
| Leishmaniasis                       | 2.497              | 1.608  | 1.248  |
| Lepra                               | 32                 | 22     | 71     |
| Meningitis bacteriana: Total        | 233                | 302    | 316    |
| a) Mening. e infec. por N. Mening.  | 2                  | 4      | —      |
| b) Mening. por otras bact. especif. | 108                | 205    | 105    |
| c) Mening. no especificada          | 123                | 93     | 211    |
| Meningitis viral                    | 194                | 208    | 273    |
| Paludismo                           | 245                | 111    | 189    |
| Parotiditis epidémica               | 226                | 398    | 1.528  |
| Parotiditis sin especificar         | 2.773              | 1.139  | —      |
| Poliomielitis                       | —                  | —      | —      |
| Rubeola                             | 202                | 351    | 248    |
| Salmonelosis                        | 34                 | 29     | 18     |
| Sarampión                           | 39                 | 167    | 170    |
| Shigelosis (Disenterfa bacilar)     | 25                 | 49     | 21     |
| Tétanos                             | 7                  | 16     | 11     |
| Tosferina                           | 74                 | 63     | 168    |
| Tuberculosis, todas formas          | 363                | 409    | 388    |
| Varicela                            | 2.077              | 3.365  | 2.882  |
| Conjuntivitis hemorrágica epidémica | 52                 | 1.518  | 15.203 |
| Tifus murino                        | 2                  | —      | —      |
| Venéreas:                           |                    |        |        |
| Blenorragia                         | 9.715              | 10.186 | 9.085  |
| Chancro blando                      | 663                | 472    | 390    |
| Chancro sin etiol. especificada     | 18                 | 29     | 31     |
| Sífilis: Total                      | 2.443              | 1.928  | 1.894  |
| a) Sífilis congénita                | 27                 | 17     | 35     |
| b) Sífilis adquirida reciente       | 1.220              | 741    | 644    |
| c) Sífilis tardía                   | 669                | 706    | 601    |
| d) Sífilis sin especificar          | 527                | 464    | 614    |
| Rabia en animales                   | —                  | —      | 1      |

Fuente: Jaramillo Antillón, Juan. *Los problemas de la salud en Costa Rica: Políticas y estrategias*. San José, (s.n.), 1984.

CUADRO 20

TASAS DE INCIDENCIA DE ALGUNAS ENFERMEDADES DE DECLARACION OBLIGATORIA  
 POR AÑO Y PORCENTAJE DE REDUCCION. COSTA RICA 1970, 1973, 1980, 1983

| Enfermedad    | Año   |       |       |       |       |      |      |      |     |      |     |      | % Reducción 1983<br>respecto a 1970 |
|---------------|-------|-------|-------|-------|-------|------|------|------|-----|------|-----|------|-------------------------------------|
|               | 1970  |       | 1973  |       | 1980  |      | 1983 |      |     |      |     |      |                                     |
|               | No.   | Tasa  | No.   | Tasa  | No.   | Tasa | No.  | Tasa | No. | Tasa | No. | Tasa |                                     |
| Sarampión     | 4.627 | 267.9 | 2.241 | 120.0 | 1.002 | 44.6 | 39   | 1.6  |     |      |     |      | 99.4                                |
| Tétanos       | 87    | 5.0   | 81    | 4.3   | 14    | 0.6  | 7    | 0.3  |     |      |     |      | 94.0                                |
| Tosferina     | 1.241 | 71.8  | 1.059 | 56.5  | 963   | 42.9 | 74   | 3.0  |     |      |     |      | 95.8                                |
| Tuberculosis  | 401   | 23.2  | 416   | 22.2  | 573   | 25.5 | 363  | 14.9 |     |      |     |      | 35.8                                |
| Difteria      | 57    | 3.3   | 25    | 1.3   | —     | 0.0  | —    | 0.0  |     |      |     |      | 100.0                               |
| Poliomielitis | 22    | 1.3   | 3     | 0.2   | —     | 0.0  | —    | 0.0  |     |      |     |      | 100.0                               |

Fuente: Jaramillo Antillón, Juan. *Los problemas de la salud en Costa Rica: Políticas y estrategias.* San José, (s.n.), 1984.

## CUADRO 21

### MORTALIDAD POR GRUPOS DE CAUSAS, SEGUN ORDEN DE IMPORTANCIA (01) COSTA RICA, 1970 - 1982 (Tasas por 10.000)

| Grupos de causas                               | 1970    |      |    | 1982    |      |    |
|--|---------|------|----|---------|------|----|
|  | Muertes | Tasa | OI | Muertes | Tasa | OI |
| TOTAL  | 11.504  | 66,2 |    | 9.168   | 38,6 |    |
| Infeciosas y parasitarias                      | 2.362   | 13,6 | 1  | 364     | 1,5  | 8  |
| Del aparato circulatorio                       | 2.243   | 12,9 | 2  | 2.557   | 10,8 | 1  |
| Del aparato respiratorio                       | 1.584   | 9,1  | 3  | 819     | 3,5  | 4  |
| Síntomas y estados mal definidos               | 1.264   | 7,3  | 4  | 532     | 2,2  | 6  |
| Tumores  | 1.146   | 6,6  | 5  | 1.764   | 7,4  | 2  |
| Accidentes, envenenamientos y violencias       | 763     | 4,4  | 6  | 971     | 4,1  | 3  |
| Afecciones originadas en* el período perinatal | 651     | 3,7  | 7  | 633     | 2,7  | 5  |
| De aparato digestivo                           | 429     | 2,5  | 8  | 371     | 1,6  | 7  |
| De las glándulas endocrinas y metabolismo      | 281     | 1,6  | 9  | 251     | 1,1  | 10 |
| Anomalías congénitas                           | 196     | 1,0  | 10 | 356     | 1,5  | 9  |
| Las demás causas                               | 585     | —    | —  | 550     | —    | —  |

El porcentaje total de las enfermedades circulatorias, tumores y accidentes, constituye el 57,7% de las causas de muerte.

*Fuente: Dirección General de Estadística y Censos - Planificación de la Salud - Departamento de Estadística.*

## CUADRO 22

### DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE DEFUNCION, NUMERO DE DEFUNCIONES, PORCENTAJE DEL TOTAL Y TASAS POR 100.000 HABITANTES, EL SALVADOR, 1983

| No. de orden | Principales causas  | No. de defunciones | % del total de defunciones | Tasa por 100.000 hab. |
|--------------|---|--------------------|----------------------------|-----------------------|
|              | Todas las defunciones   | 31.826             | 100,0                      |                       |
|              | Subtotal, 10 primeras causas  | 14.027             | 44,1                       |                       |
| 1            | Ciertas afecciones originadas en el período perinatal                                 | 3.552              | 11,2                       | 75,2*                 |
| 2            | Infecciones intestinales debidas a otros organismos especificados y los mal definidos | 2.206              | 6,9                        | 46,7                  |
| 3            | Homicidios y lesiones infligidas intencionalmente por otras personas                  | 2.198              | 6,9                        | 46,5                  |
| 4            | Enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón      | 1.102              | 3,5                        | 23,3                  |
| 5            | Tumor maligno en todas las localizaciones (incluye leucemia)                          | 966                | 3,0                        | 20,4                  |
| 6            | Bronquitis, enfisema y asma   | 945                | 3,0                        | 20,0                  |
| 7            | Enfermedad cerebrovascular  | 886                | 2,8                        | 18,7                  |
| 8            | Enfermedades isquémicas del corazón   | 876                | 2,7                        | 18,5                  |
| 9            | Accidentes de vehículos de motor  | 685                | 2,2                        | 14,5                  |
| 10           | Neumonía  | 611                | 1,9                        | 12,9                  |
|              | Síntomas y estados morbosos mal definidos   | 2.607              | 8,2                        |                       |
|              | Las demás causas  | 15.192             | 47,7                       |                       |

\* Tasa por 1000 nacidos vivos, 20,1.

Fuente: OPS/OMS. *Las condiciones de salud en las Américas, 1981-1984, (S.P.I.) - (Separata).*

**CUADRO 23****DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD POR ENFERMEDADES  
DE NOTIFICACION OBLIGATORIA, NUMERO DE CASOS  
Y TASAS DE MORBILIDAD NOTIFICADA,  
EL SALVADOR, 1984**

| No. de orden | Enfermedad             | Casos notificados | Tasa de morbilidad notificada por 100.000 habitantes |
|--------------|------------------------|-------------------|--|
| 1            | Parasitismo intestinal | 137.731           | 2.943,3  |
| 2            | Enfermedad diarreica   | 123.010           | 2.628,7  |
| 3            | Influenza              | 100.908           | 2.156,4  |
| 4            | Malaria                | 66.844            | 1.428,5  |
| 5            | Amebiasis              | 8.692             | 185,7  |
| 6            | Escabiosis             | 8.680             | 183,6  |
| 7            | Varicela               | 5.721             | 122,3  |
| 8            | Gonorrea               | 5.674             | 121,5  |
| 9            | Fiebre tifoidea        | 5.452             | 116,5  |
| 10           | Sarampión              | 4.760             | 101,7  |

Fuente: OPS/OMS. *Las condiciones de salud en las Américas, 1981-1984 (S.P.I.) - Separata.*



CUADRO 24

LAS PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCION POR 100.000 HABITANTES, GUATEMALA, 1981

| País y causas de defunciones<br>(CIE, 9a. revisión)                          | Todas las edades |        |       | Menores de 15 años |        |       | 15 años y más |        |       |
|--|------------------|--------|-------|--------------------|--------|-------|---------------|--------|-------|
|  | No. de orden     | No.    | % *   | No. de orden       | No.    | % *   | No. de orden  | No.    | % *   |
| Todas las defunciones  |                  | 71.748 | 100,0 |                    | 32.179 | 100,0 |               | 39.029 | 100,0 |
| Síntomas y estados morbosos mal definidos (780-799)                          |                  | 10.217 | 14,2  |                    | 4.884  | 15,2  |               | 5.220  | 13,4  |
| Total de defunciones por causas definidas*                                   |                  | 61.531 | 100,0 |                    | 27.295 | 100,0 |               | 33.809 | 100,0 |
| Infección intestinal por organismos específicos y la mal definida (007-009)  | 1                | 11.113 | 18,1  | 1                  | 7.784  | 28,5  |               | 3.313  | 9,8   |
| Influenza y neumonía (480-487)   | 2                | 8.415  | 13,7  | 2                  | 5.538  | 20,3  |               | 2.857  | 8,5   |
| Homicidio, intervención legal y operaciones de guerra (E960-E978, E990-E999) | 3                | 8.111  | 13,2  | —                  | 177    | 0,6   | 1             | 7.667  | 22,7  |
| Accidentes (E800-E949, E980-E989)  | 4                | 5.787  | 9,4   | —                  | 550    | 2,0   | 2             | 5.202  | 15,4  |
| Ciertas afecciones originadas en el período perinatal (760-779)              | 5                | 3.432  | 5,6   | 3                  | 3.432  | 12,6  | —             | —      | —     |
| Enfermedades del corazón (390-429)   | —                | 2.813  | 4,6   | —                  | 56     | 0,2   | 5             | 2.749  | 8,1   |
| Deficiencias de la nutrición (260-269)                                       | —                | 2.552  | 4,1   | 5                  | 1.262  | 4,6   | —             | 1.270  | 3,8   |
| Sarampión (055)  | —                | 2.214  | 3,6   | 4                  | 2.117  | 7,8   | —             | 96     | 0,3   |

\* El porcentaje por causa se basa en el total de las muertes por causas definidas.

Fuente: OPS/OMS. *Las condiciones de salud en las Américas, 1981-1984, (s.p.i.). (Separata).*

---

**CUADRO 25****TASAS DE MORTALIDAD GENERAL, MATERNA E INFANTIL  
GUATEMALA, 1970 Y 1982-1984**

| Tasas   | 1970 | 1982 | 1983 | 1984 |
|---|------|------|------|------|
| Mortalidad general<br>por (1000 habitantes)     | 14,4 | 9,5  | 10,1 | 8,6  |
| Mortalidad materna<br>(por 1000 nacidos vivos)  | 1,6  | 1,3  | 1,2  | 0,8  |
| Mortalidad infantil<br>(por 1000 nacidos vivos) | 80,5 | 48,3 | 81,1 | 68,5 |

*Fuente: OPS/OMS. Las condiciones de salud en las Américas, 1981-1984, (s.p.i.). (Separata).*

---

CUADRO 26

PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA EXTERNA  
GUATEMALA, 1983

| Causas principales                                     | No. de Consultas | %      |
|--|------------------|--------|
| Otras enfermedades infecciosas y parasitarias          | 120.405          | 10,49  |
| Otras enfermedades del aparato respiratorio            | 93.910           | 8,18   |
| Otras enfermedades del aparato digestivo               | 73.770           | 6,43   |
| Otras enfermedades del sistema nervioso y los sentidos | 71.198           | 6,20   |
| Enfermedades de la piel y sistema osteomuscular        | 68.036           | 5,93   |
| Otras enfermedades del aparato genitourinario          | 65.373           | 5,70   |
| Otras infecciosas intestinales                         | 53.452           | 4,66   |
| Malaria  | 50.231           | 4,38   |
| Anemias  | 37.598           | 3,28   |
| Deficiencias de nutrición                              | 35.100           | 3,06   |
| Resto de las causas                                    | 478.441          | 41,69  |
| Subtotal, causas conocidas                             | 1.147.514        | 100,00 |
| Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos      | 212.083          | 18,48  |
| Total consultas  | 1.359.597        |        |
| Población total estimada:                              | 7.926.692        |        |

Fuente: OPS/OMS. *Las condiciones de salud en las Américas 1981-1984.* (s.p.i.) - (Separata).

CUADRO 27

DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL  
EN 1983 Y TASAS POR 100.000 HABITANTES  
HONDURAS, 1979 y 1983

| No. de orden | Causa  | Tasas por 100.000 habitantes |      |
|--------------|--|------------------------------|------|
|              |  | 1979                         | 1983 |
| 1            | Infección intestinal mal definida (009)  | 56,5                         | 33,5 |
| 2            | Disritmia cardíaca (427)   | 17,5                         | 16,2 |
| 3            | Descripciones y complicaciones mal definidas de las enfermedades del corazón (429) | 15,4                         | 12,6 |
| 4            | Neumonía, organismo causal no especificado (486)                                   | 11,7                         | 9,5  |
| 5            | Ataque por otros medios y por los no especificados (E-968)                         | 9,5                          | 8,7  |
| 6            | Otras causas accidentales y ambientales y las no especificadas (E-928)             | 8,8                          | 8,4  |
| 7            | Otras enfermedades cerebrovasculares y las mal definidas (437)                     | —                            | 8,3  |
| 8            | Tumor maligno de sitio no especificado (199)                                       | 9,6                          | 6,8  |
| 9            | Ataque con armas de fuego y explosivos (E-965)                                     | —                            | 6,6  |
| 10           | Otras afecciones y las mal definidas que se originan en el período perinatal (779) | —                            | 6,4  |

Fuente: OPS/OMS. *Las condiciones de salud en las Américas, 1981-1984.* (s.p.i.) — (Separata).

**CUADRO 28**

**PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD EN 1984  
Y TASAS POR 100.000 HABITANTES  
HONDURAS, 1980 y 1984**

| No. de orden | Causa                     | Tasas por 100.000 habitantes |         |
|--------------|---------------------------|------------------------------|---------|
|              |                           | 1980                         | 1984    |
| 1            | Enfermedad diarreica      | 4.346,5                      | 4.373,2 |
| 2            | Influenza                 | 4.401,5                      | 2.767,0 |
| 3            | Angina estreptocócica     | 1.779,9                      | 2.688,6 |
| 4            | Malaria                   | 1.159,9                      | 645,9   |
| 5            | Infección gonocócica      | 153,1                        | 195,7   |
| 6            | Sarampión                 | 113,5                        | 118,8   |
| 7            | Sífilis, todas las formas | 71,6                         | 111,0   |
| 8            | Varicela                  | 55,3                         | 74,0    |
| 9            | Parotiditis               | 63,6                         | 61,6    |

*Fuente: OPS/OMS: Las condiciones de salud en las Américas, 1981-1984. (s.p.i.) -- (Separata).*

**CUADRO 29**

**PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL  
EN 1983 Y TASAS POR 100.000 NACIDOS VIVOS  
HONDURAS, 1979 y 1983**

| No. de orden | Causa  | Tasas por 100.000 nacidos vivos |       |
|--------------|--|---------------------------------|-------|
|              |  | 1979                            | 1983  |
| 1            | Diarrea (009)  | 645,5                           | 342,1 |
| 2            | Otras afecciones y las mal definidas que se originan en el período perinatal (779)                         | 192,6                           | 158,8 |
| 3            | Trastornos relacionados con la duración corta de la gestación y con otra forma de peso bajo al nacer (765) | —                               | 74,5  |
| 4            | Neumonía (486)   | 107,2                           | 73,9  |
| 5            | Bronquitis (490)   | 119,9                           | 62,3  |
| 6            | Otras afecciones respiratorias del feto y del recién nacido (770)  | 67,7                            | 53,1  |
| 7            | Infecciones del período perinatal (771)  | 73,4                            | 49,5  |
| 8            | Disritmia cardíaca (427)   | —                               | 40,9  |
| 9            | Tosferina (033)  | 62,1                            | 33,6  |
| 10           | Bronconeumonía (485)   | 48,0                            | 26,3  |

*Fuente: OPS/OMS. Las condiciones de salud en las Américas, 1981-1984. (s.p.i.) — (Separata).*

**CUADRO 30**

**MORTALIDAD GENERAL E INFANTIL, NICARAGUA  
EVOLUCION EN EL PERIODO 1977-1984**

| Indicadores  | 1977  | 1978  | 1979  | 1980 | 1981 | 1982 | 1983 | 1984 |
|--|-------|-------|-------|------|------|------|------|------|
| Tasa de mortalidad general por 1000 habitantes     | 11,9  | 12,9  | 11,7  | 11,4 | 11,1 | 10,9 | 9,7  | 9,7  |
| Tasa de mortalidad infantil por 1000 nacidos vivos | 121,0 | 121,6 | 113,6 | 98,2 | 88,2 | 80,2 | 75,2 | 71,5 |

*Fuente: OPS/OMS. Las condiciones de salud en las Américas, 1981-1984. (s.p.i.) - (Separata).*

**CUADRO 31**

**DEFUNCIONES POR ENFERMEDADES TRANSMISIBLES SELECCIONADAS  
SEGUN CIFRAS PRELIMINARES, NICARAGUA, 1983-1984**

| Principales causas                  | No. de defunciones |      |
|-------------------------------------|--------------------|------|
|                                     | 1983               | 1984 |
| Tuberculosis pulmonar               | 237                | 218  |
| Tétanos                             | 130                | 101  |
| Meningitis                          | 119                | 100  |
| Hepatitis vírica                    | 41                 | 20   |
| Otras formas de tuberculosis        | 38                 | 42   |
| Dengue y otras enfermedades víricas | 16                 | 9    |
| Amebiasis                           | 14                 | 14   |
| Infecciones meningocócicas          | 6                  | 5    |
| Sarampión                           | 4                  | 1    |
| Tosferina                           | 2                  | 1    |
| Leishmaniasis                       | 2                  | 2    |
| Rabia humana                        | 1                  | 1    |
| Sífilis y otras venéreas            | 1                  | 1    |

*Fuente: OPS/OMS. Las condiciones de salud en las Américas, 1981-1984. (s.p.i.) - (Separata).*

**CUADRO 32**

**CINCO CAUSAS PRINCIPALES DE DEFUNCION  
NICARAGUA 1983 y 1984**

| No. de orden | Causas  | 1983          |             | 1984          |             |
|--------------|---|---------------|-------------|---------------|-------------|
|              |   | No.           | %           | No.           | %           |
| 1            | Accidentes, envenenamiento y muertes violentas        | 2.288         | 15,8        | 2.591         | 19,1        |
| 2            | Enfermedades del corazón y aparato circulatorio       | 1.855         | 12,8        | 1.719         | 12,7        |
| 3            | Enfermedades infecciosas intestinales                 | 1.523         | 10,5        | 1.390         | 10,3        |
| 4            | Ciertas afecciones originadas en el período perinatal | 1.150         | 7,9         | 1.140         | 8,4         |
| 5            | Tumores malignos                                      | 974           | 6,7         | 901           | 6,6         |
|              | Las demás causas                                      | 6.681         | 46,2        | 5.800         | 42,8        |
|              | <b>TOTAL</b>  | <b>14.471</b> | <b>99,9</b> | <b>13.541</b> | <b>99,9</b> |

*Fuente: OPS/OMS. Las condiciones de salud en las Américas, 1981-1984. (s.p.i.) - (Separata).*

**CUADRO 33**

**CASOS NOTIFICADOS DE ENFERMEDADES PREVENIBLES  
POR VACUNACION, NICARAGUA, 1980-1984**

| Enfermedades  | No. de casos en: |       |      |      |      |
|---------------|------------------|-------|------|------|------|
|               | 1980             | 1981  | 1982 | 1983 | 1984 |
| Poliomielitis | 21               | 45    | 0    | 0    | 0    |
| Tosferina     | 2.469            | 1.935 | 313  | 97   | 60   |
| Sarampión     | 3.784            | 224   | 226  | 112  | 153  |
| Difteria      | 5                | 2     | 2    | 4    | 0    |
| Tétanos       | 89               | 132   | 109  | 9    | 195  |

*Fuente: OPS/OMS. Las condiciones de salud en las Américas, 1981-1984. (s.p.i.) - (Separata).*



**CUADRO 34**

**NUMERO DE ORDEN DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCION  
PANAMA, 1971, 1975, 1979 y 1983**

| Principales causas<br>(Se excluyen las defunciones<br>fetales)                                   | No. de orden |      |      |      |
|--|--------------|------|------|------|
|  | 1971         | 1975 | 1979 | 1983 |
| Enfermedades isquémicas del corazón  | 1            | 3    |      | 2    |
| Accidentes, suicidios y homicidios   | 2            | 1    | 2    | 3    |
| Tumores malignos   | 3            | 2    | 1    | 1    |
| Neumonía   | 4            | 5    | 7    | 6    |
| Enteritis y otras enfermedades diarreicas  | 5            | 6    |      | 8    |
| Enfermedades cerebrovasculares   | 6            | 4    | 3    | 4    |
| Sarampión  | 7            |      |      |      |
| Lesiones al nacer, partos distócicos y otras afecciones anóxicas e hipóxicas de menores de 1 año | 8            | 7    | 4    |      |
| Bronquitis, enfisema y asma  | 9            | 9    |      | 10   |
| Tuberculosis en todas las formas   | 10           | 11   |      |      |
| Otras causas de mortalidad en menores de 1 año   | 11           | 8    |      |      |
| Diabetes mellitus  | 15           | 12   | 10   | 9    |
| Otras formas de enfermedades del corazón   |              | 10   |      |      |
| Infarto agudo del miocardio  |              |      | 5    |      |
| Otras enfermedades isquémicas del corazón  |              |      | 6    |      |
| Enfermedades de la circulación pulmonar y otras enfermedades del corazón                         |              |      | 8    | 5    |
| Anomalías congénitas   |              |      | 9    | 7    |

*Fuente: OPS/OMS. Las condiciones de salud en las Américas, 1981-1984. (s.p.i.) – (Separata).*

CUADRO 35

TASA DE MORTALIDAD GENERAL, INFANTIL, NEONATAL, POSNEONATAL Y MATERNA POR AREA, PROVINCIA Y CIUDADES DE PANAMA Y COLON, PANAMA 1978 - 1983

| Año                                 | Lugar de residencia |       |                |       |         |          |        |         |            |        | Ciudad   |                     |        |       |         |  |            |  |        |  |          |  |
|-------------------------------------|---------------------|-------|----------------|-------|---------|----------|--------|---------|------------|--------|----------|---------------------|--------|-------|---------|--|------------|--|--------|--|----------|--|
|                                     | Provincia           |       |                |       |         |          |        |         |            |        | Panamá   | Colón               |        |       |         |  |            |  |        |  |          |  |
|                                     | Arao                |       | Bocas del Toro |       | Coclé   |          | Colón  |         | Chiriquí   |        |          |                     | Darién |       | Herrera |  | Los Santos |  | Panamá |  | Veraguas |  |
| Total                               | Urbana              | Rural | Toro           | Coclé | Colón   | Chiriquí | Darién | Herrera | Los Santos | Panamá | Veraguas | Comarca de San Blas | Panamá | Colón |         |  |            |  |        |  |          |  |
| Tasa de mortalidad e/               |                     |       |                |       |         |          |        |         |            |        |          |                     |        |       |         |  |            |  |        |  |          |  |
| Lugar de residencia                 |                     |       |                |       |         |          |        |         |            |        |          |                     |        |       |         |  |            |  |        |  |          |  |
| GENERAL b/                          |                     |       |                |       |         |          |        |         |            |        |          |                     |        |       |         |  |            |  |        |  |          |  |
| 1978                                | 4.1                 | 4.0   | 4.3            | 4.8   | 3.6 e/  | 5.5      | 4.1    | 2.2     | 4.6        | 3.8    | 4.8      | —                   | 3.9    | 8.2   |         |  |            |  |        |  |          |  |
| 1979                                | 4.4                 | 4.2   | 4.5            | 5.2   | 4.0 e/  | 5.6      | 4.4    | 2.1     | 4.7        | 3.9    | 5.2      | —                   | 4.2    | 6.7   |         |  |            |  |        |  |          |  |
| 1980                                | 4.1                 | 4.1   | 4.2            | 4.9   | 4.0 e/  | 5.1      | 4.3    | 1.4     | 4.0        | 3.7    | 4.8      | —                   | 4.0    | 6.3   |         |  |            |  |        |  |          |  |
| 1981                                | 4.0                 | 4.2   | 4.3            | 4.8   | 4.0 e/  | 5.7      | 3.8    | 2.5     | 3.9        | 3.7    | 4.3      | 2.7                 | 4.1    | 5.5   |         |  |            |  |        |  |          |  |
| 1982                                | 4.1                 | 4.2   | 3.7            | 4.5   | 4.0 e/  | 5.7      | 3.8    | 3.7     | 4.2        | 3.9    | 4.1      | 2.1                 | 4.7    | 6.6   |         |  |            |  |        |  |          |  |
| 1983                                | 4.1                 | 4.2   | 3.9            | 4.7   | 4.2     | 5.4      | 3.8    | 3.6     | 3.7        | 3.9    | 4.1      | 2.5                 | 4.9    | 6.5   |         |  |            |  |        |  |          |  |
| INFANTIL c/ (Menores de 1 año)      |                     |       |                |       |         |          |        |         |            |        |          |                     |        |       |         |  |            |  |        |  |          |  |
| 1978                                | 24.4                | 22.3  | 25.2           | 29.2  | 24.4 e/ | 28.0     | 27.0   | 18.2    | 23.7       | 24.3   | 19.9     | —                   | 23.0   | 23.0  |         |  |            |  |        |  |          |  |
| 1979                                | 24.7                | 21.6  | 23.7           | 27.4  | 26.0 e/ | 26.5     | 27.4   | 22.4    | 25.9       | 20.8   | 25.1     | —                   | 19.6   | 24.9  |         |  |            |  |        |  |          |  |
| 1980                                | 21.7                | 19.4  | 23.9           | 27.3  | 25.3 e/ | 20.5     | 26.0   | 12.4    | 23.2       | 19.7   | 16.8     | —                   | 19.9   | 21.8  |         |  |            |  |        |  |          |  |
| 1981                                | 21.7                | 19.4  | 23.9           | 27.3  | 25.3 e/ | 20.5     | 26.0   | 12.4    | 23.2       | 19.7   | 16.8     | 16.2                | 18.7   | 18.2  |         |  |            |  |        |  |          |  |
| 1982                                | 20.0                | 17.1  | 22.6           | 24.9  | 22.6 e/ | 17.4     | 22.6   | 11.3    | 25.4       | 21.0   | 19.3     | 16.2                | 18.1   | 17.8  |         |  |            |  |        |  |          |  |
| 1983                                | 20.4                | 18.2  | 21.6           | 23.0  | 25.2 e/ | 13.7     | 23.3   | 16.9    | 23.0       | 18.8   | 22.0     | 12.8                | 18.1   | 17.8  |         |  |            |  |        |  |          |  |
| NEONATAL c/ (Menores de 28 días)    |                     |       |                |       |         |          |        |         |            |        |          |                     |        |       |         |  |            |  |        |  |          |  |
| 1978                                | 14.1                | 15.6  | 12.8           | 6.6   | 12.6 e/ | 10.6     | 13.8   | 6.1     | 18.4       | 16.6   | 12.2     | —                   | 17.3   | 11.2  |         |  |            |  |        |  |          |  |
| 1979                                | 13.4                | 14.4  | 12.5           | 10.8  | 13.2 e/ | 10.8     | 13.4   | 12.8    | 17.3       | 14.3   | 12.9     | —                   | 15.4   | 11.6  |         |  |            |  |        |  |          |  |
| 1980                                | 12.0                | 12.7  | 11.4           | 7.0   | 14.3 e/ | 9.0      | 12.7   | 3.1     | 13.6       | 13.7   | 9.2      | —                   | 14.1   | 12.2  |         |  |            |  |        |  |          |  |
| 1981                                | 12.6                | 13.3  | 11.9           | 10.5  | 14.0 e/ | 9.3      | 12.4   | 6.8     | 18.6       | 14.3   | 9.7      | 2.5                 | 13.3   | 9.4   |         |  |            |  |        |  |          |  |
| 1982                                | 11.5                | 12.3  | 10.2           | 12.3  | 12.4 e/ | 6.3      | 12.5   | 5.9     | 18.6       | 10.1   | 11.4     | 8.1                 | 14.8   | 6.4   |         |  |            |  |        |  |          |  |
| 1983                                | 11.5                | 13.0  | 10.2           | 10.2  | 14.4 e/ | 6.3      | 13.9   | 6.3     | 18.1       | 12.6   | 7.7      | 11.8                | 13.5   | 7.0   |         |  |            |  |        |  |          |  |
| POSNEONATAL c/ (26 días a 11 meses) |                     |       |                |       |         |          |        |         |            |        |          |                     |        |       |         |  |            |  |        |  |          |  |
| 1978                                | 10.3                | 6.8   | 13.4           | 20.5  | 11.9 e/ | 17.4     | 13.2   | 12.1    | 5.8        | 26     | 7.7      | —                   | 5.7    | 11.8  |         |  |            |  |        |  |          |  |
| 1979                                | 11.3                | 7.0   | 15.2           | 26.5  | 12.7 e/ | 15.7     | 14.0   | 9.6     | 11.6       | 10.4   | 6.6      | —                   | 4.2    | 13.0  |         |  |            |  |        |  |          |  |
| 1980                                | 9.7                 | 6.7   | 13.6           | 30.4  | 12.0 e/ | 11.5     | 13.2   | 9.3     | 9.6        | 6.7    | 7.6      | —                   | 5.8    | 9.7   |         |  |            |  |        |  |          |  |
| 1981                                | 7.4                 | 6.4   | 12.6           | 34.6  | 11.7 e/ | 6.4      | 10.2   | 4.6     | 9.6        | 6.0    | 6.6      | 13.7                | 5.4    | 8.8   |         |  |            |  |        |  |          |  |
| 1982                                | 7.8                 | 6.4   | 12.6           | 34.6  | 11.7 e/ | 6.4      | 10.2   | 4.6     | 9.6        | 6.0    | 6.6      | 13.7                | 5.4    | 8.8   |         |  |            |  |        |  |          |  |
| 1983                                | 6.9                 | 6.2   | 11.8           | 20.8  | 13.8 e/ | 7.4      | 9.4    | 11.7    | 3.2        | 3.4    | 4.6      | 14.7                | 3.4    | 6.4   |         |  |            |  |        |  |          |  |
| MATERNA d/                          |                     |       |                |       |         |          |        |         |            |        |          |                     |        |       |         |  |            |  |        |  |          |  |
| 1978                                | 0.9                 | 0.4   | 1.3            | —     | 0.5 e/  | 1.0      | 1.7    | —       | 1.8        | 1.4    | 1.4      | —                   | 0.3    | 1.1   |         |  |            |  |        |  |          |  |
| 1979                                | 0.7                 | 0.4   | 1.0            | 0.4   | 1.4 e/  | 0.8      | 0.6    | —       | 1.8        | 1.3    | 0.4      | —                   | 0.3    | 0.5   |         |  |            |  |        |  |          |  |
| 1980                                | 0.7                 | 0.2   | 1.1            | 0.4   | 1.6 e/  | 1.2      | 0.6    | 1.5     | 0.4        | 2.0    | 0.2      | —                   | 0.1    | 0.6   |         |  |            |  |        |  |          |  |
| 1981                                | 0.8                 | 0.5   | 1.2            | 1.1   | 2.1 e/  | 0.6      | 0.6    | 1.1     | 0.6        | 0.7    | 0.5      | 1.2                 | 0.2    | 1.0   |         |  |            |  |        |  |          |  |
| 1982                                | 0.8                 | 0.5   | 1.2            | 1.1   | 2.1 e/  | 0.6      | 0.6    | 1.1     | 0.6        | 0.7    | 0.5      | 1.2                 | 0.2    | 1.0   |         |  |            |  |        |  |          |  |
| 1983                                | 0.9                 | 0.6   | 1.0            | 0.7   | 0.5 e/  | 0.4      | 0.7    | 2.1     | —          | 0.7    | 0.3      | 3.9                 | 0.2    | 0.6   |         |  |            |  |        |  |          |  |

e/ Excluye defunciones fatales.

b/ Tasa por 1000 habitantes, con base en la estimación de la población al 1 de julio del año respectivo.

c/ Tasa por 1000 nacidos vivos.

d/ Tasa por 1000 nacidos vivos. Defunciones por complicaciones del embarazo, el parto y el puerperio, e/ Incluye residentes de la Comarca de San Blas.

Fuente: OPS/OMS. Las condiciones de salud en las Américas, 1981-1984, (s.p.i.) —(Separata).

CUADRO 36

PRINCIPALES CAUSAS DE EGRESOS HOSPITALARIOS  
PANAMA, 1981, 1977 Y 1973

| Causas   | 1981    |       | 1977    |       | 1973    |       |
|--|---------|-------|---------|-------|---------|-------|
|  | Egresos | %     | Egresos | %     | Egresos | %     |
| TOTAL  | 124.497 | 100,0 | 113.560 | 100,0 | 87.066  | 100,0 |
| Parto normal   | 26.583  | 21,4  | 29.212  | 25,7  | 24.541  | 28,2  |
| Causas obstétricas directas                            | 10.721  | 8,6   | 7.899   | 7,0   | 6.381   | 6,2   |
| Traumatismos y envenenamientos                         | 10.715  | 8,6   | 9.293   | 8,2   | 5.817   | 6,7   |
| Neumonías  | 5.666   | 4,6   | 4.453   | 3,9   | 3.238   | 3,7   |
| Infección intestinal mal definida                      | 5.383   | 4,3   | 4.360   | 3,8   | 2.545   | 2,9   |
| Bronquitis, enfisema y asma                            | 4.726   | 3,8   | 2.895   | 2,5   | 1.745   | 2,0   |
| Abortos  | 3.939   | 3,1   | 3.901   | 3,4   | 3.197   | 3,7   |
| Infecciones de la piel y del tejido celular subcutáneo | 2.184   | 1,8   | 2.408   | 2,1   | 1.381   | 1,6   |
| Tumores malignos                                       | 2.063   | 1,7   | 1.657   | 1,5   | 1.198   | 1,4   |
| Hernia de la cavidad abdominal                         | 1.899   | 1,5   | 1.911   | 1,7   | 1.676   | 1,9   |
| Las demás causas                                       | 50.618  | 40,6  | 45.573  | 40,2  | 36.347  | 41,7  |

Fuente: OPS/OMS. Las condiciones de salud en las Américas, 1981-1984, (s.p.i.) - (Separata).

CUADRO 37

PAISES MIEMBROS DEL AISSCAP  
(Seguro Social Centroamérica y Panamá)  
(Datos estadísticos)\* 1981-1982

| País                 | Población total | Organización administrativa   | Contingencias cubiertas   | Población cubierta   |
|----------------------|-----------------|---|---|--|
| Costa Rica           | 2.319.793       | Caja Costarricense de Seguro Social<br>Financiamiento:<br>Tripartito        | Enfermedad, maternidad, vejez, invalidez y muerte. Programa adicional la Ley de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares (1974)    | 1.811.711,4<br>78,2%   |
| El Salvador          | 4.939.354       | Instituto Salvadoreño del Seguro Social<br>Financiamiento:<br>Tripartito    | Enfermedad, accidentes de trabajo, maternidad, invalidez, vejez, muerte y cesantía involuntaria                                       | Por el régimen de salud:<br>311.946<br>6,3%<br>Por el régimen de invalidez, vejez y muerte:<br>389.671<br>7,8% |
| Guatemala            | 7.604.767       | Instituto Guatemalteco de Seguridad Social<br>Financiamiento:<br>Tripartito | Accidentes en general (invalidez, vejez y sobrevivencia (en toda la república), enfermedad y maternidad (en varios departamentos)     | 1.034.289<br>13,60%  |
| Honduras             | 3.900.000       | Instituto Hondureño de Seguridad Social<br>Financiamiento:<br>Tripartito    | Enfermedad, maternidad, accidentes de trabajo y enfermedad profesional, invalidez, vejez, muerte y cesantía involuntaria              | 289.601<br>8,7%  |
| Nicaragua            | 2.792.520       | Instituto Nicaragüense de Seguridad Social<br>Financiamiento:<br>Tripartito | Invalidez, vejez, muerte, riesgos profesionales y asignaciones familiares   | 241.886<br>8,6%  |
| Panamá               | 1.887.000       | Caja de Seguro Social de Panamá   | Invalidez, vejez, muerte, maternidad, enfermedad, riesgos de trabajo  | 1.063.000<br>56,5%   |
| República Dominicana | 5.431.000       | Instituto Dominicano de Seguros Sociales<br>Financiamiento:<br>Tripartito   | Enfermedad, maternidad, invalidez, vejez y muerte. (El seguro de accidentes de trabajo se reglamentó por el Decreto No. 1807 de 1944) | 534.000<br>6,3%  |

\* Cifras aproximadas.

Fuente: Jaramillo Antillón, Juan. Los problemas de la salud en Costa Rica. Políticas y estrategias. San José, (s.n.), 1984.

# documentos

## El concepto de salud, enfermedad y salud pública según los diferentes modos de producción

Jorge Cardona Osorio\*

EN ESTE DOCUMENTO SE ANALIZA LOS CONCEPTOS DE SALUD, ENFERMEDAD Y SALUD PÚBLICA.

LA REVISIÓN QUE HA SIDO ELABORADA, PRETENDE CONTRIBUIR A DILUCIDAR UN PROBLEMA QUE ATAÑE TODOS LOS QUE DE UNA U OTRA FORMA ESTÁN RELACIONADOS CON EL CAMPO DE LA SALUD.

### Introducción

Si preguntamos a alguien por la definición de cibernética, entropía o heurística es probable que nos conteste que no la sabe. Al contrario, si le preguntamos por la definición de salud, casi con seguridad habrá una respuesta enmarcada desde lo más simple y en muchas ocasiones tautológico (por ejemplo, salud es estar sano, o salud es no estar enfermo) hasta las definiciones más complejas y recientes tales como la de Organización Mundial de la Salud (O.M.S.): "Salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o malestar".

Causa preocupación que la mayoría de trabajadores en los sistemas de servicios de salud se inclinen por esta última respuesta, ya que la definición de salud, cualquiera que ella sea, debe diferenciarse del concepto de salud.

Por *concepto* se entiende las nociones, ideas o pensamientos que tenemos acerca de las propiedades esenciales de una cosa, así como de aquellas características que la distinguen de otras cosas.

Por *definición* se entiende la operación lógica por medio de la cual concretamos los rasgos esenciales del objeto definido y al mismo tiempo lo diferenciamos de todos los objetos que le son parecidos. En resumen:

- El *concepto* es primero y sus imperfecciones se reflejan en la definición.
- La *definición* es después y ir más allá del contenido del concepto.
- El *concepto* es lo que pensamos del objeto.
- La *definición* es lo que concretamos del concepto para una comunicación precisa.
- El *concepto* resuelve un problema de cognición.
- La *definición* resuelve un problema de comunicación.

\* Médico, Master en Salud Pública. Profesor del Departamento de Formación Avanzada de la Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

De aquí se desprende que una definición pobre, pueda deber sus fallas, bien sea a una técnica incorrecta de definición o a un problema de conceptualización. En el caso de la salud el problema parece ser de conceptualización pues en lugar de conceptualizar y definir el fenómeno salud se ha hecho lo mismo con la palabra salud que es simplemente un elemento simbólico cultural.<sup>1</sup>

El concepto de salud (y por tanto de enfermedad, salud pública y medicina), está históricamente determinado y no puede entenderse ni estudiarse fuera de los Modos de Producción o Formaciones Económico-Sociales, ya que en cada uno de éstos se han presentado una o varias conceptualizaciones y definiciones de salud, de acuerdo al desarrollo de la sociedad concreta de que se trate. En formaciones Económico-Sociales más avanzadas interactúan y coexisten varias definiciones al mismo tiempo.

Desde el punto de vista materialista histórico, si aceptamos que la medicina es una ciencia o conjunto de ciencias, las leyes principales de ella surgirán de los cambios de las condiciones materiales de vida, es decir, de la producción: "La producción y tras ella el cambio de sus productos, es la base de todo orden social; en todas las sociedades que desfilan por la historia, la distribución de los productos y junto a ella la división social de los hombres en clases o estamentos, es determinada por lo que la sociedad produce y cómo lo produce y por el modo de cambiar sus productos. Según eso, las últimas causas de todos los cambios sociales y de todas las revoluciones políticas no deben buscarse en las cabezas de los hombres ni en la idea que ellos se forman de la verdad eterna ni de la eterna justicia, sino en las transformaciones operadas en el modo de producción y de cambio: han

de buscarse no en la filosofía, sino en la Economía de la época que se trate".<sup>2</sup>

Una gran cantidad de conceptos de la medicina (e incluimos aquí el concepto de salud, enfermedad y salud pública), hace parte de la super-estructura, en un principio fuertemente influenciada por el animismo, la magia, la religión y la ideología y luego por la ciencia, pero siempre determinada en última instancia por la base económica.

## 1. Salud pública en el modo de producción de la comunidad primitiva

Los rasgos principales de este modo de producción relacionados con la salud, la enfermedad y la salud pública fueron los siguientes:

No existe ningún documento escrito por no haber sido inventada aún la escritura.

Los datos primarios provienen de investigaciones arqueológicas y antropológicas, incluyendo tribus actuales que subsisten en condiciones similares a las de la comunidad primitiva.

En el período cuaternario, aproximadamente un millón de años antes de nuestra era (a.n.e.), surge el hombre. Este, inicialmente usaba utensilios de piedra convertidos en instrumentos de trabajo, diferenciándose plenamente de los animales más desarrollados. Gracias al trabajo, usaba cada vez más las manos y abandonaba la posición cuadrúpeda para adoptar la posición erecta bípeda y la marcha en posición vertical.

La organización social más primitiva fue la horda y su actividad fundamental era la búsqueda de alimentos (recolección de raíces, frutos y semillas, caza de pequeños animales y pesca). En esta actividad apareció el lenguaje articulado y se desarrolló el cerebro.

Simultáneamente, y casi instintivamente como los animales, se fueron seleccionando plantas con poder curativo, especialmente sintomáticas. Esta actividad estaba centralizada en las mujeres. La

1. David Bersh. *El fenómeno de la salud: Bases ideológicas y conceptuales para el trabajo académico y la labor administrativa*. (Bogotá: Ascofame, 1981).

2. Federico Engels. "El origen de la familia, la propiedad privada y el Estado". En: *Obras escogidas de Marx y Engels*. (Moscú: Editorial Progreso, 1966).

cocción de los alimentos trajo consigo problemas digestivos al no estar acostumbrados a tal medida. Quizás estas fueron las primeras dolencias del hombre primitivo, excepción hecha de los diversos traumatismos.

Muy tardíamente (150.000 a 90.000 años a.n.e.), aparecen las primeras armas especializadas lo que posibilitó el consumo de carne de mamut y otros animales salvajes.

La invención del arco y la flecha, el descubrimiento del fuego y las mayores posibilidades de pesca, posibilitaron una mayor reserva de víveres para la alimentación, aunque el desconocimiento de técnicas de conservación de alimentos hacía que el consumo tuviera que hacerse rápidamente.

A pesar de la alta tasa de natalidad (no existía control alguno), la tasa de crecimiento era muy baja (se calcula en 0.02% anual), debido a la alta tasa de mortalidad general (cerca de 30-40 por mil), debido al hambre crónica y a la hostilidad del medio.

Según Gordon Childe, en el paleolítico medio y superior, el 100% moría antes de los 60 años, el 88-95% antes de los 40 años y el 55% antes de los 20 años. En el mesolítico, el período inmediato antes de la revolución neolítica, el 37% muere antes de los 20 años y el 1.5% muere a los 60 años o más, fenómeno no encontrado hasta el momento. Los datos de libros religiosos que relacionan períodos de vida de cientos de años parecen haberse obtenido con medidas diferentes a las de años solares (Matusalén 900 años).<sup>3</sup>

En los esqueletos encontrados de este período se pueden detectar fracturas, anquilosis, osteomielitis, necrosis, caries dentales (3%), raquitismo, periostitis, lesión de las articulaciones intervertebrales (al pasar a la posición erguida), artritis deformante (gota de los cavernícolas favorecida por la humedad), gota propiamente dicha diagnosticada mediante la medición

de los depósitos de ácido úrico en los huesos.

Es prácticamente imposible detectar enfermedades infecto-contagiosas, ya que éstas no dejan señales en los esqueletos. El paludismo se heredó de los monos antropoides.

Las mujeres reconocían las hierbas o raíces alimenticias y observaban las que tenían propiedades tóxicas, vomitivas o purgantes y fueron las primeras en aprender a preparar y emplear los remedios y contravenenos. Ellas asistían a las parturientas y acumulaban conocimientos prácticos sobre el cordón umbilical y la placenta. Conservaban los remedios, eran las iniciadoras en el uso del fuego y su conservación y utilizaban el agua caliente y la sudorificación en casos de enfermedad.

Por la plena dependencia del hombre primitivo con respecto a la naturaleza, su concepción del mundo, en los períodos más antiguos (el salvajismo) era espontáneamente materialista y realista. Esto se refleja en las manifestaciones artísticas y en la medicina. Muchas ideas y términos del lenguaje popular reflejan hasta hoy, los conceptos que los pueblos antiguos tenían de las causas de las enfermedades: pinchazo, punzada, dolor lancinante, entre otros.

En los tiempos más lejanos del desarrollo de la medicina, el hombre trataba de resolver el problema de la naturaleza de la enfermedad. El desarrollo de la teoría médica, el surgimiento y los cambios en las concepciones que el hombre tenía de la enfermedad, sus causas y naturaleza, reflejan las condiciones de la vida material y la producción del hombre primitivo. Dichas concepciones se iban formando a medida que se estructuraba su concepción general del mundo. Por eso los métodos de tratamiento en la comunidad primitiva experimentaban la influencia de la concepción de mundo del hombre de aquellas épocas.

La medicina operaba sólo con algunos síntomas sin conocer el cuadro general de la enfermedad. Los procedimientos del primer auxilio y las operaciones más pri-

3. V. Childe Gordon. *La evolución social*. (Madrid: Editorial Alianza, 1973).

mitivas precedieron a las nociones del hombre acerca de la estructura del cuerpo humano y sus funciones. Los conocimientos basados en la práctica acerca del efecto de algunas plantas sobre el organismo humano, precedieron a la comprensión de las causas de las enfermedades.

La práctica médica surgió de las necesidades prácticas de la vida.

La teoría médica nació mucho más tarde que la práctica.

El hombre empezó a poner en práctica sus experiencias en el manejo de partos, envenenamientos, diarreas y traumas.

Necesariamente se debió ver impelido a dar algún tipo de asistencia a las lesiones traumáticas, incluyendo heridas, fracturas y dislocaciones. La observación de los animales muestra que éstos tienen instintos que los ayudan a sobreponerse o minimizar los efectos de los accidentes o enfermedad. Esto conduce a pensar que el hombre primitivo y sus inmediatos antecesores en la cadena evolutiva, debieron tener también instintos semejantes mucho antes de que la especie humana evolucionara a la etapa de "Homo Sapiens", capaz de generar una cultura.

El hombre llegó a identificar momentos durante los cuales sentía malestar o dolor y momentos en los cuales se sentía no solo libre de molestias sino además, bien y eufórico. Es lógico suponer que en su constante deseo de simbolizar crea expresiones que le permitieran comunicar a otros sus vivencias de malestar o bienestar. En esta forma nació posiblemente el dualismo cultural de las palabras salud y enfermedad.

Los símbolos, en este caso palabras utilizadas para comunicar la vivencia de cada uno de estos estados físicos y emocionales, se determinaron por los mecanismos lingüísticos propios de cada región. Por lo tanto la palabra salud y sus equivalentes en lenguas y dialectos, existieron como un producto cultural en la mayoría de los grupos humanos, mucho antes de que los técnicos en salud intentaran definirla y conceptualizarla. De hecho, la palabra existía porque era símbolo de algo y lo que parece más legítimo de

aceptar, era que simbolizara la vivencia de sentirse bien. Por otra parte, no siendo constante esta vivencia o sensación de bienestar, el hombre debió incorporar en el contenido del símbolo, el hecho de su temporalidad, es decir, el reconocimiento de que durante cierto tiempo se sentía bien y en ciertos momentos se sentía mal. Cambiando los términos, el hombre reconoció estados de bienestar y malestar desde este momento, por transposición de términos, se transmite oralmente la definición de salud como ausencia de enfermedad.

En relación directa con las condiciones de vida se formaban los métodos prácticos de defensa contra las condiciones nocivas exteriores, lo que creó los gérmenes de la higiene popular elemental. En el proceso de las labores domésticas se iban creando las bases de la higiene (por ejemplo, el uso de zapatos para evitar molestias que prevenían, aunque indirectamente, la parasitosis, el lavado de las manos antes de las comidas que evitaba la contaminación de éstas, etc.)

En los primeros tiempos de la existencia humana no se utilizó ningún tipo de control de la natalidad. Prácticamente, actuaba el principio de la selección natural, sobreviviendo los más fuertes. Ya muy avanzado el modo de producción de la comunidad primitiva, los pueblos sedentarios cuidaban mucho a los niños, mientras que los pueblos nómadas los mataban, especialmente si eran del sexo femenino, por los problemas que les causaban en sus frecuentes desplazamientos.

El progresivo, aunque lento desarrollo de las fuerzas productivas como resultado de los descubrimientos que el hombre hacía en la naturaleza, llevó a un perfeccionamiento en los procedimientos y usos médicos, a una ampliación del conocimiento de la medicina primitiva y a su desarrollo práctico.

La medicina surgió de una lucha entre el instinto y la acumulación y la comprensión empírica de la propia experiencia en el proceso de su trabajo. Es decir, el nacimiento de la medicina data del momento en que el instinto de conservar la vida y



aliviar los dolores llegaron a ser objeto de la conciencia colectiva de los hombres, e impulsaron la voluntad a ejercer su influencia sobre la naturaleza. Desde su nacimiento, la medicina fue el producto de un medio social determinado y luego, pasando de una generación a otra, vino a ser parte integrante de la cultura humana, entendida ésta como la manifestación del modo de vida social de una época determinada.

De esta manera, la concepción naturalista del hombre primitivo, ingenuamente materialista, fue dando paso a concepciones idealistas ontológicas de la enfermedad. Estas tenían un alto contenido religioso que reflejaba su impotencia frente a las fuerzas de la naturaleza para las cuales todavía no encontraba explicación.

Un período empírico de muchos miles de años precedió al desarrollo de los conceptos animistas acerca del origen de las enfermedades, que según se creía se debían a la penetración en el cuerpo bien de seres minúsculos, concretos y materiales hostiles al hombre y que causaban la enfermedad, o bien de unos espíritus inmateliales que se apoderaban de su organismo y a los cuales se trataba de ahuyentar mediante exorcismos, conjuraciones, expulsiones mediante amenazas, amuletos, creencias, engaños y trepanaciones. Muchas de estas creencias todavía subsisten en muchos países.

Surgieron también concepciones fantásticas de la enfermedad relacionadas con fetiches y tabúes. La muerte sólo era explicable si ocurría en un accidente de caza. En caso contrario se atribuía a hechicería.

Estos conceptos fueron tomando una forma ideológica-religiosa, en cuya base se encuentra siempre la lucha de dos principios, el bien y el mal, la divinidad y el espíritu maligno.

Las creencias mitológicas complicaron la situación hasta el punto que se trataba de ganar la benevolencia del espíritu maligno por medio de sacrificios simbólicos o reales. Se pensaba que la enfermedad se podía engañar cambiando de nombre, disfrazando al enfermo o al que podía enfermar.

Se expulsaban las enfermedades del cuerpo con purgantes o vomitivos. Se chupaban las heridas y las llagas, se hacían trepanaciones. Además, se usaban pases mágicos, bailes, vestiduras con adornos extravagantes, panderetas, etc., algunos de los cuales se encuentran en la actualidad en los brujos africanos e indígenas.

Con la división social del trabajo se creó la profesión de curandero, mago o hechicero, muy relacionado después con el sacerdocio o actividades religiosas. Estos se dedicaron a tratar a los enfermos con métodos rudimentarios. La actividad médica surgió antes que la religión y durante mucho tiempo no estuvo relacionada con ella. La vida obligó al hombre a pensar en la necesidad de asistir al enfermo.

La primera representación pictórica del primer "médico" (curandero-hechicero-mago) se encuentra en la caverna de Trois-Frères en los Pirineos, 15.000 años a.n.e. Se le ve envuelto en la piel de un animal, con las piernas adornadas por franjas pintadas y luciendo en la cabeza un par de enormes astas de ciervo.

## **2. Salud pública en el modo de producción esclavista**

La actuación médica seguía basándose en la medicina popular y comenzó a concentrarse cada vez más en sacerdotes y jefes de tribu. En tiempos posteriores a este Modo de Producción, estas actividades se segregaron de las demás profesiones, apareciendo el médico profesional que llegó a ocupar un puesto muy importante en la sociedad y obtuvo su pleno reconocimiento por el Estado. Recibían su preparación en la familia y los conocimientos se transmitían de padres a hijos e iban ampliándose verbalmente. Al aparecer la escritura surgieron las primeras anotaciones de recetas, descripciones de las enfermedades y tratamientos y la forma de preparar los remedios medicinales. Se usaban preferentemente los de origen

vegetal y menos los de origen animal (leche, mantequilla) y algunos minerales (mercurio, arsénico).

Se perfeccionaba la asistencia a las mujeres embarazadas, se crearon consultas para la higiene de la mujer durante la gestación y el parto, se elaboraban métodos de actuación en casos de partos difíciles o de posición anormal del feto (versión podálica, cesárea, embriotomía). Los médicos conocían la cirugía y la aplicaban en la paz y en la guerra. Se idearon instrumentos quirúrgicos (escalpelos, pinzas, tijeras); en las cirugías se usaban analgésicos (opio, belladona, cáñamo, infusión de raíces de mandrágora).

Las actividades médicas estuvieron vinculadas por mucho tiempo con la religión, el culto y los templos, conocida en la historia de la medicina como la Medicina Sacerdotal de los Templos. Sin embargo, con el desarrollo de la religión se modificaron las concepciones sobre el origen y naturaleza de las enfermedades.

En la mitología existen claramente diferenciados los dioses malos de la enfermedad (demonios) y los dioses buenos de la salud. También, se relacionaba la salud y las enfermedades con los fenómenos de la naturaleza; el sol era el dios de la salud y la fertilidad.

La medicina sacerdotal se caracterizaba por sus concepciones demonológicas de la enfermedad, ya que se consideraba castigo de los dioses. De aquí surgieron los dioses de los médicos, los protectores de los enfermos y de las mujeres embarazadas, los que posteriormente tendrían su símil en los santos de la Iglesia Católica (Santa Lucía para los ojos, etc.).

Los sacerdotes muy eruditos se consideraban intermediarios entre los dioses y los hombres. La medicina en manos de los sacerdotes servía para mantener en el pueblo el temor a los dioses y para fines lucrativos. Combinaron con sus fórmulas mágicas y místicas de medicación, la medicina popular y escribieron sobre ello.

Este modo de producción podemos dividirlo en dos etapas: la antigua, en donde florecieron China, la India, Mesopotamia, Egipto; todos ellos alrededor de grandes ríos, en fértiles valles que ayudaron a con-

solidar esas civilizaciones antiguas milenios antes de nuestra era, y la reciente: Grecia y Roma.

## *Esclavismo antiguo*

### *China*

En el III-II milenio a.n.e. comienza el período de florecimiento del Modo de Producción Esclavista. Se consideraba el organismo como un mundo en miniatura y todos sus procesos estaban en relación con los elementos primarios: fuego, tierra, agua, madera y metal. En todo se suponía la existencia de una lucha de dos fuerzas polares. La salud y la enfermedad se determinaban por su relación entre sí, existiendo un principio activo masculino (el yan) y otro pasivo femenino (el yin). La hiperfunción o hipofunción de un órgano se traducía en enfermedad.

Existían concepciones anatómicas y fisiológicas tales como la contracción del corazón, que se consideraba la causa del movimiento de la sangre. Se describían 200 formas diferentes de pulso, cada una correspondiente a diferentes enfermedades, lo cual se usa todavía en la actualidad. Se efectuaban exámenes de la lengua y los orificios naturales, de los excrementos y de la orina.

Había un régimen higiénico general que promulgaba una moderación racional, una planificación adecuada del trabajo, descanso, sueño y alimentación. Se aconsejaban métodos de fortalecimiento general con dietas especiales, masajes, hidroterapia, baños de sol y gimnasia.

El tratamiento era sólo accesible a los amos y existía un establecimiento médico estatal que atendía la corte del Emperador. Por primera vez se describe la vacuna contra la viruela utilizando costras de las fosas nasales y se sugiere el aislamiento de los casos de viruela, lepra y otros, describiéndose también epidemias. Se prescriben tratamientos antagónicos: frío en caso de fiebre y se utiliza el mercurio para el tratamiento de la sífilis, el azúfre para la sarna y muchos medicamentos de origen animal, vegetal y mineral. Se describe la

acupuntura y la moxa o cauterización. Se emplea la analgesia utilizando mandrágora, opio y haschich. Se efectúan operaciones bajo anestesia en cavidad abdominal y torácica. Existían ya farmacéuticos y médicos seculares, independientes de los médicos-sacerdotes, que continuaron su actuación inclusive después de que la actividad médica se concentró en templos y monasterios, conservando un pensamiento materialista.

### India

El Modo de Producción Esclavista data del IV-III milenio a.n.e. Se consideraba la salud como el resultado de la conjunción normal de tres principios del organismo: aéreo, mucosidad y hiel. Lo más desarrollado fueron los elementos de la higiene, tomando en cuenta el clima, las estaciones, la limpieza del hogar, las reglas privadas de higiene, la gimnasia, la alimentación, el sueño, la higiene bucal, los baños, el aseo de ropa, el corte de pelo y de uñas. Las leyes condenaban la suciedad, limitaban el consumo de la carne y recomendaban la ingestión de vegetales frescos, leche y miel. Los restos de alimentos, el agua sucia, los orines y excrementos, debían desecharse y los utensilios y vajillas debían limpiarse.

En los mismos milenios IV-III a.n.e. existían ciudades con alcantarillado y tubos de dos metros de diámetro. Cada casa poseía su propia alberca de agua y retretes de vaciamiento automático.

Los libros religiosos traen muchísimas referencias acerca de la medicina y los médicos. En el libro del Ayurveda ("Conocimiento de la Vida"), están descritas más de 150 enfermedades, 760 plantas medicinales y más de 120 instrumentos quirúrgicos útiles en sangrías, amputaciones, herniotomías, litotomías, laparatomías, cataratas, plastías de cara, versión podálica, craneotomía. Se describen también, los síntomas de la inflamación que serán luego retomados por Celso. Se describe la acupuntura y se sugiere la curación de

las heridas con vendajes impregnados de aceite. Se indican reglas del comportamiento del médico, del cual se exigían cualidades morales y físicas muy altas y se habla de la preparación por preceptores especiales, previa selección de los candidatos.

### Mesopotamia\*

Se consideraba que la vida, la salud y la enfermedad dependían de los espíritus benignos o dioses, malignos o diablos. Por lo tanto, para curar al enfermo había que echar al demonio para lo cual eran muy utilizados los amuletos, talismanes, ídolos. En el tratamiento se utilizaban métodos simbólicos como pelar una cebolla, deshacer un ovillo de lana, desenredar nudos. El pronóstico de la enfermedad se vaticinaba con órganos internos de animales especialmente hígados de ovejas. Los modelos hígados en bronce o barro servían para que los futuros médicos-sacerdotes estudiaran en las escuelas médicas pertenecientes al Estado, aunque también existía la medicina empírica.

En el Código de Hamurabi (s. XVIII a.n.e.) se fija el pago diferencial al médico por un servicio prestado al amo o al esclavo. En caso de un desacierto que cueste la vida al amo se le cortan las manos, pena ésta que no existía si se trataba de un esclavo. Esta medida servía para contener la ambición de los médicos.

Los pobres que enfermaban, como no tenían con qué pagar al médico, eran sacados a la calle y los transeúntes tenían la obligación de darles consejos detallados fundados en su propia experiencia. Prácticamente todas las personas en Babilonia eran médicos por afición, en lo que sería una de las primeras formas conocidas de participación de la comunidad en salud.

Existían leyes para expulsar enfermos contagiosos (especialmente leprosos) y las ciudades tenían acueductos y alcantarillados hechos con tubos de barro.

### Egipto\*\*

La medicina estaba en manos de los sacerdotes que gozaban de gran prestigio.

\* (Babilonia y Asiria del III-I milenio a.n.e.).

\*\* (IV milenio a.n.e.).

En el II milenio a.n.e. se diferencia el cirujano del médico internista y otras especializaciones. Todo está muy bien descrito en los diferentes papiros descubiertos: el de Kahun (año 1850 a.n.e.) se refiere a Ginecología; el de Smith (año 1550 a.n.e.) se refiere a cirugía, cura de heridas y anatomía; el de Ebers se refiere a las enfermedades según las diferentes partes del cuerpo; el de Brugsch (año 1450 a.n.e.) se refiere a la salud de madre e hijo en lo que se considera el documento más antiguo sobre Pediatría.

En los primeros papiros llama la atención la no alusión a elementos religiosos pero en los posteriores esta alusión se hace muy notoria.

Es muy clara la oposición entre la medicina sacerdotal y la medicina empírica. Se consideraban cuatro elementos principales: agua, aire, tierra y fuego y se mencionaba el *pneuma* (correspondiente al oxígeno). Se consideraba que el alma continuaba existiendo si se conservaba el cuerpo, por lo que se desarrollaron muchísimo las técnicas de embalsamamiento para la clase dominante.

Los médicos tenían conocimientos de los órganos pero sin detalles anatómicos o fisiológicos. Los síntomas se elaboraban muy detalladamente. Se sabía la significación del cerebro y la médula y adelantaron conceptos acerca de la parálisis, el plazo del embarazo y la fertilidad. Surgen médicos castrenses.

En el milenio III a.n.e. en Menfis, Heliópolis y Sais, existían, adjunto a los templos, escuelas para la preparación de médicos, que en el año 600 a.n.e. llegaron a recibir estudiantes extranjeros, especialmente griegos.

Vemos pues, cómo lo más desarrollado en todas estas culturas fueron los elementos de la higiene y cómo dichos elementos aparecen fundamentalmente en libros religiosos que se vienen a convertir así en los primeros libros de Salud Pública. No sólo en los libros mencionados con anterioridad, sino también en la Biblia y el Talmud, están escritas normas que regulaban la vida diaria del judío. No estaban ellas basadas en un razonamiento higiénico pero sirvieron para mejorar las

condiciones higiénicas individuales y comunitarias. En estos libros se habla de diferentes plagas, del consumo de carne de animales limpios, libres de enfermedades y heridas. El cuchillo para el sacrificio animal debía estar limpio. Se insiste en el aseo personal y se describen sanitarios individuales y transportables, dado el carácter nómada de las tribus. No se hace referencia a médicos, puesto que se considera que es Dios quien da la salud.

### *Esclavismo reciente: Grecia y Roma*

La medicina separada de la magia se inspiró por primera vez en el espíritu de investigación científica que domina toda la obra de Hipócrates, Padre de la Medicina, cuyas enseñanzas y guías han trascendido hasta hoy.

Demócrito, exponente de la tendencia materialista ingenua escribía a Hipócrates: "los hombres, en sus oraciones, piden salud a los dioses y no saben que los medios para ello los tienen ellos mismos a su disposición".

Pindaro, definía la salud como una sana felicidad y pleno goce de la vida.

Alcmeón de Crotona (500 a.n.e.), discípulo de Pitágoras, además de ser un famoso anatomista, nos dejó una clara definición de salud y enfermedad, diciendo que salud era la armonía perfecta de los elementos que componen el cuerpo y que enfermedad era la desarmonía o desacuerdo de esos elementos.

Empédocles de Agrigento (500 a.n.e.), distinguía 4 elementos: agua, aire, fuego y tierra, conformando una teoría de los humores. Decía que el corazón distribuía el *pneuma* por todo el cuerpo. Combatió una epidemia desecando un pantano y fumigando casas.

En los siglos IV-V a.n.e. aparecieron médicos en grandes ciudades y algunas comunidades invitaban médicos por temporadas.

Era de Pericles (490-429 a.n.e.): Demócrito, Sócrates, Platón y Aristóteles, en Filosofía; Eurípides (Teatro), Estrabón (Geografía), Fidias (Arquitectura); Parte-

nón), Herodoto y Tucídides (Historia), Praxiteles (Escultura). Al decir de Marx, "el florecimiento supremo interior de Grecia".

· Era el momento para el nacimiento de la Medicina Científica y para la entrada del más insigne médico de todos los tiempos en el escenario de la historia. Es un postulado del materialismo histórico que: "La humanidad se propone siempre únicamente los objetivos que puede alcanzar, pues bien miradas las cosas vemos siempre que estos objetivos sólo brotan cuando ya se dan o por lo menos se están gestando las condiciones materiales para su realización".<sup>4</sup>

En Grecia había escuelas donde se preparaba a los médicos a la manera de aprendices artesanos. Las más famosas eran las de Cnidos y Cos y de ésta salió el famoso médico Hipócrates (355-460 a.n.e.), quien nació en una familia de médicos, viajó mucho por Egipto, Asia Menor, Colonias Griegas del Egeo y tuvo una gran influencia de los médicos escitas. Probablemente fue médico militar, pues hizo tratamiento de fracturas, luxaciones y heridas. Escribió mucho, su colección hipocrática consta de más de 100 trabajos, entre ellos: "Pronóstico", "Epidemia", "Sobre las heridas de la cabeza", "Sobre fracturas". Sus discípulos y continuadores a nivel de los conocimientos de aquellos tiempos dieron una interpretación materialista a los problemas principales de la medicina (la causa, la etiología y la naturaleza, su tratamiento y prevención).

Para Hipócrates, la enfermedad era una manifestación de la vida del organismo como resultado del cambio del sustrato material y no una manifestación de la voluntad divina o del espíritu maligno. Con sus concepciones refutaba la medicina sacerdotal. Hipócrates buscaba la explicación de las enfermedades en los factores que las condicionaban y en el cambio de esos factores. Según él, las causas, inclusive las llamadas divinas, son naturales. Cada enfermedad tiene sus causas

naturales y todo se realiza de acuerdo con la naturaleza, por lo que cada enfermedad tiene su causa natural sin la cual no puede tener lugar.

En el estudio del alba o despertar de la medicina griega, separando la realidad de la ficción, la historia de la leyenda, los dioses de los hombres, podemos encontrar, a lo largo de ese laberinto, el hilo de pensamiento que conduce por tortuosos caminos hasta el fundamento de la medicina científica.

En aquella época, la práctica de la medicina, aunque dominada por el empirismo y la superstición había alcanzado ya un nivel bastante alto. Mesopotamia (Asiria y Babilonia), Egipto y la India pasaron a Grecia la antorcha del conocimiento. En las islas griegas se recogió y amplió este conocimiento durante el período prehelénico. En Creta, 4.200 a.n.e., era frecuente la utilización de la serpiente (símbolo de curar) en estatuas y baños y las excavaciones muestran menaje sanitario.

En ese período tomaron auge en los Asklepiónes y Asklepietas la llamada Incubación o Sueño del Templo, cuyos objetivos eran hacer un sacrificio y hacer purificación u ofrecimiento a los dioses. En los primeros días del culto de la incubación, los métodos empleados eran místicos y sobrenaturales. En los días siguientes era importante la terapéutica física, la dieta, baños y ejercicios (similitud con el balneario o gimnasio moderno). Esto, conjuntamente con el dormir, constituían una verdadera psicoterapia.

Llama la atención en las descripciones de los casos: 1. Que todos los casos sin excepción son curados y la curación aparece como milagrosa. 2. Que no queda explicado un sólo fracaso ni se menciona una sola muerte. Al contrario de esto, Hipócrates va a registrar lealmente todas sus observaciones fuese cual fuese el resultado.

Pero antes de pasar del período prehelénico a la era hipocrática, debemos examinar otras dos fuentes de información, pues ambas nos muestran cómo la medicina, rompiendo los lazos con la magia y el empirismo, apareció finalmente como objeto de estudio científico.

4. Carlos Marx. *Obras escogidas de Marx y Engels*. (Moscú: Editorial Progreso, 1966).

## *La Medicina y Cirugía Homéricas*

Es difícil, leyendo a Homero en busca de datos acerca de la medicina, distinguir a los dioses de entre los hombres (fantasía poética). En la *Ilíada* se menciona el ejército dotado de cirujanos, entre ellos dos hijos de Esculapio. O sea que por lo menos en el ejército la medicina no estaba en manos de sacerdotes.

La cirugía, naturalmente, es por sí misma menos adaptable que la medicina los métodos mágicos de curación, pero puede inferirse con cierta verosimilitud que los médicos-sacerdotes y los médicos-militares practicaban cada uno su arte en la misma época y cada uno era consultado por una diferente clase de paciente, siendo ambas profesiones probablemente independientes la una de la otra.

Como podemos advertir hoy, la obra médica de Hipócrates tenía poco de común con la de los sacerdotes del Asklepión. Aún en tiempos de Homero (1000 a.n.e.) hubo un movimiento hacia la medicina científica guiada por la observación y la razón en vez de serlo por la superstición y la magia.

## *Los Filósofos Médicos de la Antigua Grecia*

En ese entonces las ciencias no estaban diferenciadas. La Filosofía era la Ciencia de las Ciencias.

Hipócrates creó la doctrina de la influencia del medio ambiente y de las condiciones de la vida sobre la salud y llamó la atención al médico para que los tuviera en cuenta, lo que se puede considerar una concepción materialista. Como causas generales de la enfermedad, consideraba las que con su acción provocaban las enfermedades en varias personas: estaciones, temperaturas, clima, condiciones del terreno, aguas y miasmas. Decía que en muchos casos existían causas individuales de las enfermedades en personas aisladas: modo de vivir, dieta, edad, herencia y predisposición a algunas enfermedades. El médico al llegar a una

población debía estudiar clima, terreno, etc.

Decía Hipócrates que la vida del organismo se determinaba por cuatro humores: sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra, cuya base estaba constituida por diferentes combinaciones de los principios de la naturaleza: calor, frío, sequedad y humedad. A cada humor correspondía cierto temperamento: sanguíneo, flemático, colérico y melancólico. Aunque alejado de lo científico "ahora se puede ver claramente cómo el genio griego, en la persona de Hipócrates, ha sabido captar entre las innumerables variedades de conducta humana, los rasgos principales" (Carlos Marx). Sus obras dan testimonio de su don de observación y su gran experiencia.

Auscultando el tórax con el oído comparando las burbujas en los pulmones con vinagre hirviendo y el roce de la pleura lo compara con el ruido del cuero nuevo.

Renuncia a la sistematización de las enfermedades en grupos y en esencia renuncia al diagnóstico. Después de un examen minucioso se debe hacer un pronóstico y un tratamiento sintomático individualizado. Prestaba atención a la enfermedad en su relación con el medio ambiente y estimulaba las posibilidades naturales del organismo exhortando a no dañar. Sugería una observación sistemática y general del enfermo para lo cual debía verse lo más a menudo posible. La enfermedad era un fenómeno variable que tenía su principio, su estado y su fin con tres estadios: humedad, cocción y erupción (crisis).

Aún hoy se menciona en semiología la facies hipocrática, la sucusión hipocrática y los dedos hipocráticos, todo ello descrito por él. Describe unos 250 remedios vegetales y unos 50 remedios de origen animal. Sin embargo utiliza también algunos elementos mágicos o cabalísticos. Decía, por ejemplo, que las enfermedades agudas terminan a los 7 días y las crónicas a los 21. Era más frecuente enfermarse en días y años impares. En el tratamiento utilizaba el método de los contrarios lo cual fue positivo en el desarrollo posterior, sirviendo de contraposi-

ción materialista al idealismo imperante.

En el Juramento de Hipócrates se fijan las relaciones del médico con el enfermo y con los maestros. Si bien no es muy original, pues casi que copia normas éticas de civilizaciones anteriores, influiría mucho, como el resto del pensamiento hipocrático, en la dirección del pensamiento médico posterior.

### *Desarrollo de la Medicina Griega después de Hipócrates*

Abandonadas en parte las concepciones materialistas, se retorna al idealismo con Platón (374-428 a.n.e.) quien partiendo de sus concepciones clasistas-esclavistas, sólo concedía en sus leyes "la posibilidad de la administración de los cuidados sobre la prevención de las enfermedades a la clase gobernante y la guardia estatal". Recomendaba "curar a los artesanos exclusivamente en caso de enfermedades leves, ya que en caso de gravedad lo mejor para ellos era la muerte bienhechora". En cuanto a los esclavos, "para ellos los conocimientos eran inaccesibles e innecesarios y les hacía falta dinero para pagarlos". De este modo Platón fue el fundador de las corrientes reaccionarias en Medicina.

Aristóteles (322-384 a.n.e.), discípulo de Platón fue el hombre de ciencia más destacado de la antigüedad. Hijo de un médico, recibió instrucción médica. Oscilaba entre el idealismo y el materialismo.

El último período de la historia de la Grecia antigua esclavista, es el llamado período del helenismo (S. IV a.n.e.) propagándose la influencia a Egipto y Asia. El centro cultural estaba localizado en Alejandría, que llegó a poseer una biblioteca con 700.000 volúmenes. Los Ptolomeos favorecieron el desarrollo de las ciencias y de la medicina. Descollaron Herófilo (300 a.n.e.), anatomista quien hizo la primera disección pública de un cuerpo humano. Y Erasistrato (280 a.n.e.), fundador de la Fisiología, quien trabajó observando animales vivos y practicando vivisecciones.

### *Medicina romana*

El sistema médico de Grecia se pasó a Roma mediante un gradual proceso de infiltración iniciado mientras Grecia era todavía el centro intelectual del mundo. En ciencia, como en arte, Roma vivía del préstamo. Los etruscos, fundadores de Roma, predecían el futuro mediante hígados de animales sacrificados en altares. Se practicaban métodos góseros y rudimentarios de curar, pero el tiempo borró toda huella de un sistema autóctono de medicina. La medicina romana no existió como entidad propia. La medicina como profesión se consideraba por debajo de la dignidad del ciudadano romano quien se doctoraba así mismo y a su familia invocando la ayuda de los dioses.

Antes de venir los griegos no había médicos en Roma, lo que la constituyó en un atractivo campo de operaciones para el médico ambulante griego. Muchos de estos primeros médicos griegos eran esclavos de las familias romanas. El nivel de la profesión fue muy bajo hasta el año 46 a.n.e. cuando Julio César concedió a los médicos todos los derechos de los ciudadanos romanos.

Descollaron, dentro de la medicina romana, Asclepiades (56-128 a.n.e.) quien indicó que la naturaleza no es siempre benévola e impecable, sino que es capaz de estorbar la curación del organismo enfermo. Rechazó la concepción de la enfermedad como castigo divino y el hecho de que una vez empezada debía pasar por todas las fases terminando en la muerte o cura del enfermo. Según él, la enfermedad puede detenerse en cualquier momento, especialmente con intervención médica. Decía que el organismo humano consta de átomos que se forman del aire en los pulmones y de los alimentos en el estómago, pasando luego a la sangre que los distribuye por el organismo para ser utilizados por los tejidos.

Celso (30 a.n.e. - 40 d.n.e.), era un rico esclavista no médico. Escribió, sin embargo, un compendio imparcial de la medicina griega anterior y trató de dar conocimientos útiles a los esclavistas para que curaran a sus esclavos aduciendo que és-

tos eran caros y era ventajoso curarlos. Su gran obra se llama "De Re médica" y consta de 8 libros.

Galeno (131-201 d.n.e.), médico de gran influencia hasta el siglo XVI, compiló y sistematizó los conocimientos médicos anteriores agregando sus propias observaciones. Investigaba y experimentaba con monos y gladiadores. Adelantó una definición de salud, diciendo que "salud es la ausencia de dolor y la posibilidad de funcionar bien en la sociedad". Todo esto entendido con criterios clasistas, en el sentido de que iba dirigido para la clase esclavista, la única por otra parte que podía dedicarse al cultivo de la armonía corporal con las artes gimnásticas. Desde él, son conocidas las preparaciones "galénicas" y su propio nombre, galeno, se hace sinónimo de médico.

Surgen en Roma especies de clínicas privadas (latreas), de las cuales se encontraron en Pompeya algunas casi intactas, aledañas a la residencia del médico. También, las campañas militares romanas llevaron a la creación de un servicio médico militar organizado que se denominó *Vale-tudinarias*, especies de sanatorios u hospitales militares provisionales, con médicos de campamento y de legión.

Igual que en el esclavismo antiguo, y seguramente favorecido por el gran número de esclavos, se construyeron grandes obras de higiene comunal: acueductos, alcantarillados, baños incluyendo termas para 1.000 bañistas en el siglo III a.n.e. El sistema sanitario y de conducción de agua no ha sido igualado en la historia: Roma contaba con 14 acueductos que daban un promedio de 500 litros de agua por persona diaria. Las lagunas cercanas fueron saneadas. Se prohibió inhumar dentro de los límites de la ciudad y se crearon ediles para obligar al cumplimiento de las leyes sanitarias, en lo que sería los primeros inspectores de sanidad o promotores de saneamiento actuales. En América, a la llegada de los conquistadores españoles, se estaba comenzando a dar el paso hacia la sociedad esclavista, especialmente desarrollada entre Incas y Aztecas. Ya existía el Estado, y la diferenciación de clases daba origen a la explota-

ción. Los esclavos eran prisioneros, deudores, criminales y sirvientes.

Entre los Incas había una escuela en la capital, en donde se enseñaba medicina a los nobles. La medicina popular y sacerdotal estaba muy desarrollada. Se describían más de 1.000 plantas medicinales, entre ellas la quina, el guayabo, la coca, la jalapa; todas ellas desconocidas en Europa. Se utilizaban métodos quirúrgicos tales como la limpieza de heridas, las curaciones, las suturas con pelo, la trepanación y la reducción de luxaciones. La viruela, traída de Europa produjo grandes epidemias.

Entre los Aztecas, la profesión de médico se transmitía de padres a hijos. Existían jardines botánicos para plantas medicinales. En el Manuscrito de Badianus, existente en el Vaticano, están descritas más de 100 enfermedades entre ellas la sarna, el glaucoma, la angina, la epilepsia, la gota, la helmintiasis, y se describen igualmente los medicamentos y los dibujos de 185 plantas medicinales.

### 3. Salud pública en el modo de producción feudal

Los rasgos progresivos del régimen feudal no se hicieron sentir pronto; las nuevas formas de la vida social surgían lentamente.

La economía y la cultura decayeron completamente pues una forma ideológica, la religión cristiana, dominaba la base económica y supraestructural. Las riquezas se las repartían el clero y la nobleza, que crearon una extraña simbiosis para su propio usufructo. Las herejías reflejaban la protesta social de siervos, campesinos y ciudadanos. Tardíamente, se va a crear la Inquisición. El clero era el único grupo con instrucción. La ciencia era considerada sirvienta de la religión y no se le permitía rebasar los límites establecidos por ella.

La escolástica era la forma filosófica dominante en manos de la iglesia. Ella justificaba la jerarquía feudal y la ideología re-



ligiosa, trayendo como consecuencia la explotación de los siervos y ahogando los pensamientos progresistas. La división fue tajante y se decía: "Dios en el cielo y el señor feudal en la tierra". Más importante que preocuparse por la vida terrenal, era preocuparse por la otra vida. Quizás esto explique en parte la corta expectativa de vida, inclusive de los señores feudales y de la nobleza, y la altísima mortalidad infantil que ha sido calculada en 660 por mil nacidos vivos. Igualmente la mortalidad materna alcanzó cifras asombrosas.

Se suponía que el cúmulo de conocimientos posibles ya estaban dados en las Sagradas Escrituras o en las obras de los padres de la Iglesia y que por lo tanto no se justificaba investigar. El escolasticismo, como pensamiento filosófico, descansaba en los postulados de Aristóteles, completamente idealista. En la medicina, se recurrió a la parte de Hipócrates que no era materialista y a Galeno pero rechazando lo más valioso de él: su método de investigación y experimentación.

Surgieron las primeras universidades que luego se generalizaron por toda Europa, en donde los estudiantes aprendían de memoria los textos y las lecciones de los profesores, confirmando la justeza de las doctrinas anteriores. Se prohibieron las autopsias, cuya práctica solo se volvería a generalizar en el siglo XVI. No se produjo ninguna nueva definición de salud. La evolución de la medicina se dio en dos vertientes, la representada por la religión cristiana y la representada por la medicina árabe.

La primera retrasó el progreso de todas las ciencias, incluyendo la medicina. Conceptualmente no se agregó nada a lo que ya existía y persistió la definición de salud como ausencia de enfermedad, fuertemente asociada a concepciones religiosas que casi calcaban las concepciones paganas de la antigüedad considerándola como una dádiva divina y la enfermedad como una prueba de Dios.

Se volvió a ideas análogas a las que prevalecieron en tiempos de los templos de la época prehelénica. Las curaciones milagrosas mediante rezos y letanías se

sobreponían a las drogas y tratamientos, y las iglesias se consagraron a determinados santos que reemplazaron a los especialistas: Santa Lucía, los ojos; San Roque, la peste; San Ramón Nonato, el parto. Estas iglesias eran lugares de peregrinación de los enfermos, quienes, al igual que en la antigüedad, llevaban ofrendas votivas y reapareció la cura del sueño en las iglesias cristianas.

Las curaciones milagrosas tuvieron gran auge, y la iglesia las proclamaba. Los cristianos no admitían ni permitían otros métodos de curación. El cuerpo humano era sagrado por lo que se prohibía la disección. La anatomía y fisiología se estudiaban en textos clásicos de Galeno.

A pesar de esto, las primeras medidas de gobierno tuvieron lugar en las ciudades italianas y francesas para defenderse de los terribles efectos de la peste que las invocaciones divinas no bastaban a contener y que desquiciaban totalmente la vida comercial. Venecia y Rogusa prohibieron en el decenio de 1.370 la entrada de barcos e individuos infectados o sospechosos, la última hasta después de 2 meses de observación y Marsella aprobó la primera ley y montó la primera estación de cuarentena en 1.383. El cólera y la lepra en particular fueron objeto de aislamiento cruel pero efectivo. Los enfermos debían utilizar ropas distintas y campanillas anunciadoras de su presencia. Las pandemias de sífilis, peste y viruela provocaron medidas desesperadas pero menos acordes con nuestro actual conocimiento.

La medicina monástica debe a la paciencia de los frailes, el haber conservado en manuscritos toda la ciencia anterior y haber continuado la atención "hospitalaria" en instituciones que semejaban palacios y basílicas para ayudar a bien morir y para aliviar y consolar el alma "torturada". Volvió pues la Medicina a recaer en una clase sacerdotal. El llamado hospital de estos tiempos está completamente desmedicalizado y los medios físicos de curar eran considerados como una simple ayuda de la cura espiritual.

Contiguo a los monasterios existían, generalmente, jardines con plantas medi-

cinales. La enfermedad, más que un castigo al pecado, era una prueba para adquirir paciencia y fortaleza, desdeñándose toda investigación de las causas naturales de la enfermedad.

*La Escuela de Salerno:* después de 5 siglos de estancamiento en los dispersos monasterios cristianos, la enseñanza de la medicina va a establecerse en Salerno sobre sólidas bases, pues aún cuando la Escuela de Salerno no produjera brillantes genios ni realizara ningún descubrimiento portentoso, puede por lo menos afirmarse que allí se sembró la semilla que habría de fructificar pocos siglos después en la brillante época del Renacimiento.

Salerno, famosa por su saludable clima y situación geográfica, paso obligado de las cruzadas, fue sitio escogido desde el S. VI para reuniones médicas en donde se leía a Hipócrates. En el S. IX se fundó la Escuela de Medicina que floreció en el S. X y XI, entrando luego en decadencia y desapareciendo en 1811. La escuela era laica y abierta a todos, sin distinciones de lengua o nacionalidad. Como existía una relación amistosa con los monjes benedictinos se podían utilizar los libros de la inmensa biblioteca de Montecasino.

El Estado regulaba los estudios y el ejercicio de la medicina. El estudiante tenía que ser públicamente examinado y aprobado por los médicos de Salerno, tener 21 años y ser hijo legítimo, y haber estudiado lógica por 3 años. Los estudios duraban 5 años, más un curso complementario de práctica con un experto facultativo. El candidato juraba honrar a la escuela, atender gratis a los pobres, no administrar medicamentos nocivos, no enseñar falsedades y no abrir tienda de boticario. Por primera vez se llamó Doctor al médico, con las connotaciones ideológicas de diferenciación que esta palabra produce al interior de los grupos humanos. Fue el primer intento de coordinar la enseñanza de la medicina sin ninguna restricción por causa de religión o nacionalidad (aunque conservando carácter clasista) y la primera que concedió grados después de un curso de estudios con pro-

grama oficial y tras los exámenes correspondientes.

Luego surgieron las universidades de París (1110), Bolonia (1158), Oxford (1167), Cambridge (1209), Padua (1222), Praga (1348), Viena (1365), Heidelberg (1386). El número de estudiantes no pasaba de unas decenas y los estatutos y planes eran controlados por la iglesia. Muchos médicos pertenecían a las órdenes monásticas y los seglares prestaban juramento similar al de los votos eclesiásticos.

*Medicina Árabe:* hasta el Renacimiento, la medicina árabe se constituyó en la fuerza progresista que conservó y desarrolló el pensamiento materialista. No todos eran árabes pues había sirios, persas, españoles, muchos cristianos y algunos judíos no mahometanos.

El sistema médico se construyó en forma lógica y regular: empezaron por traducir al árabe las obras clásicas de los griegos y más tarde escribieron comentarios sobre ellas agregando observaciones propias. Por la alta frecuencia de enfermedades de los ojos estudiaron muy bien este órgano pero su mayor contribución fue a la farmacología: del árabe provienen droga, alcohol, álcali, jarabe, azúcar. Expertos alquimistas y químicos inventaron la destilación, la sublimación y la cristalización cuando estaban buscando la piedra filosofal y el elixir de la larga vida.

En Oriente, en Bizancio, surgieron los primeros hospitales propiamente civiles, de casas (hosterías) para peregrinos o comerciantes que enfermaban y de los hospicios para inválidos, incurables y alienados, cuyas formas primitivas se encuentran en el modo de producción anterior.

En el año 372 d.n.e. San Basilio de Cesárea, funda un Hospital Monástico que servirá de prototipo para la creación de hospitales semejantes en Oriente y Occidente. El estatuto estipulaba el orden de admisión y tratamiento de los enfermos, la estructura económica del hospital, la medicación y la enseñanza de la profesión médica.

Ar-Razi (Razes) 850-923 d.n.e. fundó el Hospital de Bagdad eligiendo el lugar de acuerdo al sitio en que más demoró en podrirse pedazos de carne que previamente había distribuido. Reconoció la inmunidad y la vacuna de la viruela. Fue el primero en utilizar algodón en los vendajes e hilos hechos de tripa de carnero para suturar heridas abdominales. Escribió el libro *Universal de la Medicina* en 25 tomos y el libro *Medicinal* en 10.

Averroes (1126-1198 d.n.e.), filósofo, desarrolló los elementos materialistas existentes en la filosofía aristotélica. Escribió que la materia es eterna y no fue creada por nadie, negando de paso la inmortalidad del alma y la vida de ultratumba. Luchaba por una sociedad justa y se rebelaba contra la diferenciación del hombre y la mujer. Su pensamiento tuvo amplia difusión y los elementos progresistas lo utilizaron contra el feudalismo y la Iglesia.

Avicena (980-1037) Persa, llamado Príncipe de los Médicos, fue un verdadero niño prodigio. A los 18 años era ya médico de la Corte con acceso a la inmensa biblioteca. La independencia en el pensar era el rasgo característico de su vida. Aplicaba la observación y la experimentación. Escribió el "Canon de la Ciencia Médica". Acerca de la tuberculosis, describió su diagnóstico, tratamiento y contagiosidad.

En España la medicina árabe tuvo un florecimiento grande especialmente en Córdoba, donde vivieron Moisés Maimónides y Abucalsis. Existían allí 50 hospitales y se privilegiaba la dietética y la higiene. Con la Inquisición vino la decadencia y España quedó a la zaga de los países europeos.

Muy famoso fue el Hospital Mansur en el Cairo (1284 d.n.e.). Tenía salas diferenciadas para hombres y mujeres, para heridos, para oftalmología y para fiebres (refrigeradas por fuentes). Patios para lectura, jardín botánico, biblioteca con 6 bibliotecólogos. Cincuenta lectores recitaban el Corán día y noche; había música suave y se relataban cuentos. A los enfermos pobres se les daba dinero para sostenerse en la convalecencia.

#### 4. Salud pública en el modo de producción capitalista

La fase de transición del feudalismo al capitalismo comprende la época del Renacimiento que surge en Italia a fines del S. XIV y que alcanzó su auge 200 años después. Coincide, hablando en términos económicos, con el mercantilismo, que fue dando origen a la acumulación originaria de capital en los países que alcanzaron primero el desarrollo económico: fue una época de intensa colonización y reparto del mundo por los países más poderosos en ese entonces.

El llamado Renacimiento no fue un mero renacer de la antigua cultura de Grecia y Roma. Fue también un cambio completo de orientación en los pensadores que trataron de escapar al escolasticismo dogmático y a las trabas impuestas por la Iglesia surgiendo un humanismo que infiltró los cimientos de la nueva sociedad.

Varios descubrimientos facilitaron el logro de los ideales del Renacimiento y de la nueva sociedad capitalista: la invención de la imprenta, la pólvora, el descubrimiento de América y la nueva ruta a la India bordeando África. Pero lo más importante fue la transformación de los hombres como producto de unas nuevas relaciones sociales de producción.

El Modo de producción capitalista generalizando la producción de mercancías y su compra y venta, estableció unas nuevas relaciones sociales de producción que a la larga van a tener una gran influencia sobre la medicina y las concepciones de la salud, la enfermedad y la salud pública.

El Modo de Producción Capitalista debe entenderse también en su periodización, pues se presentan rasgos particulares en la fase mercantilista, en la premonopolista y en la monopolista o imperialista. Igualmente es notoria la diferencia que existe entre los países centrales desarrollados y los países de la periferia, neocolonias dependientes de las grandes metrópolis.

Aparecen innumerables hombres que descuellan en una u otra ciencia. Entre los más importantes, están:

Nicolás Copérnico (1543) quien revolucionó todas las ciencias con su libro "De Revolutionibus Orbium Coelestium", que por primera vez ponía en duda que la tierra fuera el centro del Universo.

Leonardo Da Vinci, gran anatomista, pintor, escultor, arquitecto, etc., esquizás la mente más brillante de toda la época.

Andrés Vesalio (1514-1564), gran anatomista, publica su libro "De Humanis Corporis Fabrica", con hermosas láminas anatómicas. Por primera vez Vesalio hace correcciones a Galeno siendo muy atacado en su época.

Ambrosio Pare (1510-1590), Padre de la Cirugía moderna. Su poder de observación lo llevó a un cambio en el tratamiento de las heridas producidas por pólvora. Estas se trataban con aceite de sauco caliente pero en cierta ocasión, habiéndose agotado éste, lo reemplazó por un digestivo preparado con huevos, agua de rosas y trementina con magníficos resultados, ya que con el primer tratamiento eran más los que se agravaban que los que curaban. Abolió la castración en caso de hernia inguinal, inventó las pinzas hemostáticas, sugirió que la sífilis era causa de aneurisma y desarrolló el tratamiento correcto de fracturas.

Paracelso (1490-1514). Su verdadero nombre era Philippus Aureolus Theophrastus Bombastus von Hohenheim. Viajó mucho y fue muy controvertido en su tiempo. El mismo decía: "no gusto a nadie excepto al enfermo a quien curo". Inició sus lecciones quemando públicamente las obras de Galeno y Avicena. El mismo predijo que no sería comprendido hasta 20 años después de su muerte. En su obra principal "Paramirum", afirma que el hombre está compuesto por tres elementos: azufre, mercurio, y sal. Toda acción del cuerpo depende de la proporción y acción de estos tres elementos y toda enfermedad es resultado de su desequilibrio y puede curarse con ellos o con sus derivados. Hay pues 3 enfermedades y tres remedios.

Jerónimo Fracastoro (1483-1553). Describió y dió nombre a la sífilis. Fundador de la moderna epidemiología, fue uno de los primeros en reconocer el Tifus

Exantemático. En su obra "De Contagione", describe tres formas de infección: por contacto directo, por fomites y a distancia. Previó la existencia de los microbios a los cuales denominó "Seminaria o Semillas de la enfermedad que se multiplican rápidamente y propagan el mal".

Para esta época ya prácticamente todos los médicos eran graduados de diferentes escuelas de medicina aunque persistía la medicina popular. En 1551, gracias al empeño puesto por Thomas Linacre, se crea el Real Colegio de Médicos de Londres que regulaba el ejercicio de la medicina.

El médico general, separado del cirujano-barbero, era el elemento fundamental y no habían aparecido las especializaciones en la forma como las entendemos hoy. Ese médico general cumplía funciones de médico familiar en las familias de la naciente burguesía.

Lo básico de la atención médica era curar el enfermo y éste era el centro de los estudios consecuentes con la idea de que salud era la ausencia de enfermedad. El enfoque era esencialmente individualista, sintomático y cuando el enfermo tenía muchos síntomas, se actuaba por separado contra cada uno de ellos, actuación ésta que va a persistir hasta la fase imperialista del capitalismo, en donde el consumismo de medicamentos encontrará un terreno abonado para incrementar la ganancia. No existiendo una norma que regulara la relación médico-paciente, ésta se consideraba un contrato individual, en donde el médico ponía las condiciones y el paciente las aceptaba o no, y la profesión en sí comenzó a considerarse una de las profesiones liberales.

La orientación de esta medicina era clasista, dada preferentemente al burgués capitalista y al comerciante. Los trabajadores asalariados y campesinos recibían la atención en los hospitales financiados por la caridad pública; en su mayoría regentados todavía por órdenes religiosas. Para quien pudiera pagar, existía ya la posibilidad de hacer llamar a un médico a su propio hogar o ir al consultorio privado del médico en donde se hacía el pago directo establecido por este último.

Los hospitales de caridad, aledaños a las Escuelas de Medicina, eran para aprender y no para curar y sólo comenzarán a medicalizarse alrededor de 1760.

Francis Bacon (1561-1626). En su obra "Novum Organum" invita a abandonar los cuatro ídolos: la autoridad aceptada, la opinión popular, la orientación oficial y el prejuicio personal y a sustituirlos por el método inductivo de razonamiento basado en la experiencia, que dará gran impulso a la ciencia.

Renato Descartes (1596-1650). Publica un texto de fisiología: "De Homine" pero descuella también como matemático y como filósofo especialmente con su obra: "Discurso del Método". Es considerado también uno de los iniciadores del Materialismo Mecanicista, con implicaciones en el campo de la salud al considerar al cuerpo humano como una máquina susceptible de curación reemplazando o tratando el órgano enfermo.

William Harvey (1578-1657). En su obra: "Tratado anatómico del movimiento del corazón y la sangre en los animales" de sólo 72 páginas, describe magistralmente la circulación de la sangre que, hasta ese entonces, se consideraba que tenía movimientos de vaivén.

Malpighi Y Leeuwenhoek se destacan como microscopistas. La invención del microscopio va a permitir, más tardíamente, el descubrimiento y la visualización de los microbios con lo cual se creyó durante un tiempo haber llegado al fin del ciclo, pues ya sólo se trataba de encontrar cómo hacerlos desaparecer, en una relación unicausal que después se mostró falsa.

Thomás Sydenham (1689). Llamado el mayor clínico del S. XVII, era poco dado a creer lo que decían los libros. Y aconsejaba: "Leed el Quijote. Id a la cabecera del enfermo. Sólo así sabréis algo de la enfermedad". Demostró cómo el sentido común, era en muchas ocasiones, preferible a vagas teorías. Utilizó el hierro para el tratamiento de la anemia y quinina para el paludismo. Un derivado del opio se convirtió en la famosa Tintura de Sydenham. Pero su mayor servicio a la ciencia fue apartar las frías inteligencias de la fría es-

peculación y volverlas a la cabecera del enfermo. Tuvo una gran actividad en la famosa Peste de Londres de 1665.

Sir Isaac Newton (1642-1727). Sin ser médico publicó sus "Principia" que se han dado en llamar "el mayor triunfo de la mente humana" y donde prácticamente se fijan leyes para todo.

Linneo (1707-1778). Establece un sistema de clasificación que va a tener grandes repercusiones en las clasificaciones posteriores de todo tipo.

Herman Boerhaave (1668-1738). Llamado el mayor de los clínicos del S. XVIII.

Bichat (1771-1802). Crea la ciencia de la Histología.

Edward Jenner (1749-1823). Descubre la vacuna contra la viruela.

Por esta misma época, Laennec inventa el estetoscopio al auscultar un paciente obeso en quien era imposible utilizar la auscultación auditiva directa.

Bernardino Ramazzini (1633-1714). Publica en 1700 su libro: "sobre las enfermedades de los artesanos a que están expuestos por razón de sus profesiones especiales", en donde se estudia la relación entre las condiciones sociales y la salud de un grupo específico de población.

Como derivación de la Ciencia del Estado que aparece en Europa por esta época, surge la Policía Médica con W. Thomas Raus en 1764, quien propone la división de las enfermedades en dos grandes grupos: naturales (contagiosas y epidémicas) y sociales (hechas por el propio hombre). Casi simultáneamente, Rickmann elabora un Código de la Policía Médica.

Este movimiento tiene en Alemania su punto culminante con Johann Peter Frank (1745-1821), quien en su libro: "Policía Médica", esboza un esquema para la legislación sanitaria, sosteniendo que el gobierno de un país es responsable de la salud pública. Propone una serie de medidas de carácter gubernamental para la protección de la salud de los individuos, recomendando el análisis de la población y la necesidad de una legislación que beneficie a la parturienta. Estudiar los problemas de la salud del niño (hi-

giene, cultura física, alimentación y recreación), los accidentes, las enfermedades transmisibles, la organización de los hospitales.

En Patología van a sobresalir Carl Rokitsky (1804-1878) checoslovaco, profesor durante 30 años en Viena, quien realizó miles de necropsias y en base a este enorme material escribió descripciones de enfermedades que son, aún hoy, modelos de claridad y lógica y, más distinguido aún, Rudolf Virchow (1821-1902), antropólogo, patólogo y político. Proclama que "La medicina es una ciencia social y la política no es otra cosa que la medicina en gran escala". Se opuso a Bismarck y debido a sus esfuerzos, el sistema de cloacas y abastecimientos de aguas se construyeron de conformidad con orientaciones modernas. Con menos de 30 años fue enviado a estudiar una epidemia de tífus en Silesia en 1847. Su informe, en el cual identifica como causas, además de las biológicas y físicas, las económicas, sociales y políticas, reveló tan deplorables condiciones sociales y sus recomendaciones fueron tan revolucionarias que las autoridades gubernamentales lo desterraron de Berlín a donde sólo pudo regresar después de varios años de ejercer como profesor de Patología en Wurzburg. Fue el primero en observar el fenómeno de la leucocitosis pero su logro más importante fue su concepción de la célula como centro de los cambios patológicos, creando en esta forma la Patología Celular que acabó de una vez con la Teoría de los Humores. Sin embargo, al decir de Engels, asume posiciones mecanicistas al querer convertir el organismo vivo en una "federación de estados celulares".

En Inglaterra, en el S. XVIII concurren las ideas de W. Petty sobre la ganancia que representaría el control de las epidemias y la necesidad de hacer estudios de grupos ocupacionales de interés para el Estado. En 1707, N. Grew planteó la necesidad de regular las tarifas de pagos de los médicos y J. Bellens propone un plan para un servicio de salud que incluye la asistencia gratuita y la construcción de institutos y hospitales.

Si bien en el S. XIII y XVI habían surgido

gremios de artesanos que repartían beneficios de ayuda financiera en casos de enfermedad, incapacidad o muerte, éstos desaparecieron totalmente en tiempos de la Revolución Francesa, principalmente debido al desplazamiento de las herramientas manuales por las máquinas, pero también por la implantación en 1793-94 de un Sistema Nacional de Asistencia Social que incluía la atención médica.

L.L. Sinke publica la primera geografía médica que pone de manifiesto la relación entre el clima, el terreno, las ocupaciones y las causas morales y físicas de las enfermedades.

L. R. Villierme, con su estudio en 1840 de las condiciones sanitarias de la industria textil, genera un movimiento que termina en 1841 en la Ley Laboral sobre la Infancia. Realiza estudios de mortalidad en distintos sectores del país que ponen en evidencia la relación entre la pobreza y la enfermedad, entre el ingreso y el desarrollo físico, la ocupación y la tuberculosis pulmonar, e investiga las enfermedades causadas por el plomo en fábricas de fosforos.

El maquinismo creó dos condiciones nuevas: la rápida concentración de las poblaciones en centros industriales con ávida demanda de obreros en máxima capacidad de trabajo y el hacinamiento e insalubridad consiguientes, y la explotación implacable de hombres, mujeres y niños en toda clase de faenas agotadoras.

Se comienza entonces a prestar atención a la salud del obrero, no como una dádiva del capitalismo sino porque la enfermedad de ellos afectaba la eficiencia y la eficacia laboral. Sin embargo, en esos primeros estadíos del capitalismo, todavía no hay conciencia por parte de los trabajadores de la necesidad de tener buena salud, entendida todavía como ausencia de enfermedad, enfrascados como estaban en esos momentos en su lucha contra el trabajo en las fábricas y contra el maquinismo.

En el campo social culminaba un largo proceso intelectual de aceptación de la dignidad del hombre, contenida en los Derechos del Hombre y del Ciudadano. Posteriormente, Marx y Engels lo enfoca-

rán con claridad en el Manifiesto Comunista y Engels, refiriéndose específicamente al campo de la salud dará datos diferenciales en su obra: "La Situación de la Clase Obrera en Inglaterra".<sup>5</sup> Todavía se mencionan mortalidades infantiles del orden del 500 por mil nacidos vivos, 2.5 veces mayor entre hijos de obreros asalariados. Al reconocerse a la salud como un derecho a cargo del Estado, se trató de llevarlo a la Constitución de los países pero con dos grandes limitantes: la falta de cobertura y el desorden administrativo. Se crea la estructura sin los recursos suficientes, en un momento en que el proletariado está creciendo desafortunadamente y los hospitales no tienen cómo atender la demanda.

La Salud Pública, como profesión, es hija de la medicina y del movimiento social del siglo pasado. Era necesario el desarrollo social y administrativo que permitió el modo de producción capitalista para imponer en la conciencia colectiva el reconocimiento y respeto al individuo y la dignidad personal. Hoy, nadie discute eso, pero en 1847, en vísperas de la fracasada revolución alemana, Salomón Newman lo justificó en términos de propiedad privada: "siendo la capacidad de trabajo basada en la salud, el único bien de la mayoría de los individuos, es deber del Estado, defensor de la propiedad, proteger la salud". Parecidas razones movieron a los que en ese mismo tiempo abogaron por una legislación sanitaria, siendo sus móviles puramente utilitarios.

Así, Jeremy Bentham (1748-1832), estudiante de leyes y filósofo utilitarista que predicó la doctrina de la mayor felicidad para el mayor número de personas, donó su cadáver para disección con el fin de que la humanidad pudiera recibir siquiera un pequeño beneficio de su muerte. Llamó la atención acerca de la necesidad de una legislación sanitaria y se ganó el nombre o apelativo de Padre de la Medicina Preventiva Moderna. Su discípulo Sir Edwin Chadwick (1800-1890), abogado in-

glés, pidió en la Cámara de los comunes en Londres, mejoría en las condiciones ambientales en que vivían los trabajadores británicos. Practicó la filosofía utilitarista y humanitarista de Bentham y por su continua insistencia en lo que llamó la "idea sanitaria" convenció al gobierno de que nombrara una comisión se fundó en 1848 la Cámara General de Salud, que se disolvió 10 años después por no existir las condiciones subjetivas para ello. En 1842 impulsó la Reforma de la Ley de Pobres y antes de morir le tocó ver triunfar su idea.

Simultáneamente, Thomas Southwood (1788-1861), médico, cumplió la última voluntad de Bentham y en su obra "Filosofía de la Salud" puso de relieve la importancia de la salud nacional. Apoyó con energía a Chadwick como miembro de la Oficina General de Salud Pública, mientras con sus escritos llamaba la atención acerca del predominio de las enfermedades prevenibles entre los pobres y la urgente necesidad de una organización sanitaria más perfecta.

La importancia de minuciosos datos estadísticos fue, en esta época, recalcada por William Farr (1807-1833), Padre de la Estadística. Un pobre muchacho que llegó a ser el mayor estadístico de la época y cuya vida transcurrió en la Oficina de Registro General, aunque para empezar se hubiera iniciado en el ejercicio de la medicina en Londres. Su libro "Estadísticas Vitales", constituye una valiosa contribución al problema de la salud pública. Estableció la clasificación y nomenclatura de las enfermedades, que, con algunas modificaciones se usa todavía para fines estadísticos.

John Snow (1813-1858), padre de la epidemiología. Antes de que se conociera el origen bacteriano de algunas enfermedades, aseguró que el cólera residía en las aguas y que cierta erupción que se padecía en ese momento en Londres, cesaría si se cambiaba la manivela de la bomba comunal de Broad Street, sugestión que fue atendida con excelentes resultados.

Sir John Simon (1816-1904), hizo valiosas contribuciones a los progresos de la higiene. Longevo como sus padres, que

5. Federico Engels. *La situación de la clase obrera en Inglaterra*. (La Habana, Cuba: Editorial de Ciencias Sociales, 1974).

murieron de 97 y 95 años respectivamente, tuvo 14 hijos. En 1848 fue nombrado Primer Oficial Médico Sanitario de Londres. Informó acerca de las deplorables condiciones de vida de la época. Señaló el peligro de que el mal alcantarillado contaminara las aguas, demostrando que el cólera tenía una mortalidad de 73 por mil en el área surtida por aguas sin alcantarillado y de 130 por mil en aguas contaminadas. Demostró la urgencia y el valor de la vacuna obligatoria desde 1853. Sus inspectores sanitarios tuvieron gran éxito. Expresó que ciertos organismos vivos causaban el tífus, el cólera, la difteria y otras infecciones cuando aún la bacteriología no era aún ciencia.

Lemuel Shattuck (1793-1859), librero y editor, hizo un censo y de él concluyó la necesidad de mejorar los servicios sanitarios y las viviendas. Como miembro de la Comisión Sanitaria redactó el Informe de la Comisión Sanitaria de Massachusetts en 1850, que es uno de los más notables documentos en los anales de la Salud Pública y puede proponerse actualmente como ideal. Señala el predominio de las enfermedades prevenibles y hace sugerencias que fueron aceptadas. A raíz de éstos se establecieron Oficinas de Salud Pública en todo el país.

El nacimiento de la especialidad de Salud Pública está marcado por uno o más de estos hechos:

1. Creación de la función específica en la Administración local o nacional, autorizando para exigir certificado de conocimientos especiales. Ejemplo: ley inglesa de 1888 sobre Gobierno Local; ley Chilena de 1952; ley Colombiana de 1975.
2. Designación de médicos sanitarios a tiempo completo por resolución: Chile: 1942, o por mandato de ley: Kentucky - Estados Unidos 1908, y Chile 1952.

3. Creación de cursos y escuelas para enseñar la especialidad: París 1794, Munich 1865, Dublin 1871, Harvard, Estados Unidos 1910 para ingenieros sanitarios, 1912 para médicos. México y Sao Pablo 1923, Chile 1943, Colombia 1963.
4. Formación de sociedades de salud pública: Chile 1940, Colombia y Argentina 1961, Estados Unidos, 1872.<sup>6</sup>

Los primeros móviles de la Salud Pública fueron, pues, utilitarios: obtener obreros y soldados sanos y de alto rendimiento para las insalubres industrias nacientes y para las guerras imperialistas. De esta actividad esporádica no surgió la profesión como tal, hasta que la presión de los propios interesados de las clases más pobres, hizo posible la aplicación organizada por la comunidad de los grandes progresos científicos que se continuaban produciendo a un ritmo acelerado porque el desarrollo de las fuerzas productivas que había generado el Modo de Producción Capitalista había creado las condiciones propicias, consecuente con la idea de que la humanidad sólo se propone aquellas cosas que puede lograr en un momento dado.

Así, Luis Pasteur (1822-1895), quien no era médico, descubre el virus de la rabia en el cerebro.

Roberto Koch (1843-1910), quien disputa con el anterior el título de fundador de la Bacteriología, descubre el Bacilo del ántrax o pústula maligna, el vibrión cólico y la forma de transmitirse por el agua, de donde fácilmente se deducía su posibilidad de prevención. Especialmente es famoso por el descubrimiento del Bacilo de la tuberculosis que desde ese entonces lleva su nombre y por los llamados Postulados del Koch que son prueba de la especificidad de un organismo y que son los siguientes:

1. El germen debe estar invariablemente presente.
2. Debe ser capaz de cultivarse por fuera del cuerpo.

6. Gustavo Molina. *Introducción a la salud pública*. (Medellín: Universidad de Medellín, 1978). (Capítulos I, II y III).



3. Debe ser capaz de reproducir la enfermedad si se inyecta a un animal sano.

Emil Von Berhring (1854-1917); inventa la sueroterapia y la antitoxina diftérica contra la difteria, que cegaba la vida de miles de personas hasta ese momento.

Friedrich Loeffler (1852-1915), descubre el bacilo de la difteria y del muermo y se ingenia una tinción especial para visualizarlo.

Allbert Neisser (1855-1916), descubre el microbio y la tinción del gonococo.

Armauer Hansen (1841-1912), descubre el bacilo de la lepra.

Howard Taylor Ricketts (1871-1910), descubre las Rickettsias. Muere de tifus en México.

Sin embargo, todos los descubrimientos médicos del S. XIX palidecen y resultan insignificantes al lado del de Joseph Lister (1827-1912), quien descubre la antisepsia, relacionando la alta mortalidad quirúrgica con la infección bacteriana. Antes de él, Philip Semmelweiss (1818-1865), relaciona la fiebre puerperal con la infección proveniente de las salas de necropsias al no lavarse los médicos que intervenían a las parturientas, pero no habiendo logrado convencer a nadie, enloqueció y murió de septicemia.

Simultáneamente, comienza la conquista de las llamadas enfermedades tropicales; Alphonse Laveran, en 1880 observa al parásito en tinciones de sangre de pacientes aquejados de paludismo o malaria (considerado hasta entonces aire malsano de los pantanos) y Ronald Ross (1857-1932), descubre el parásito en el estómago del anopheles. Patrick Manson hace aportes acerca de la filariasis y su transmisión por el Culex. Carlos Finlay en Cuba (1881), demuestra el agente transmisor de la fiebre amarilla que es luego confirmada por Walter Reed.

En Radiología Wilhelm Conrad Roentgen, descubre los Rayos X en 1895.

En 1849, y por primera vez en la historia de la medicina, una mujer, Elizabeth Blackwell, recibe el título de Doctora.

El siglo pasado vio también surgir uno de los máximos descubrimientos de la historia no sólo de la medicina sino de la

humanidad: la anestesia. Ello se debe a Crawford Long (1815-1878), quien en 1842 aplica éter a un niño para extirparle un tumor en el cuello. No publica su trabajo hasta 1849. Entretanto, William Thomas Morton (1819-1868), utiliza primero óxido nitroso y luego éter siendo especialmente significativa la fecha del 16 de octubre de 1846 cuando se aplica anestesia a un paciente teniendo al famoso Warren como cirujano.

El auge de la Epidemiología, una vez conocidos muchos ciclos naturales de muchas enfermedades y el surgimiento de la Ecología como ciencia de la relación del ser vivo con el ambiente, hizo prosperar una definición de salud ecológica o epidemiológica: salud es el equilibrio existente entre el agente, el huésped y el ambiente. Pero seguía prevaleciendo el concepto de salud como ausencia de enfermedad, máxime ahora cuando con los sistemas de clasificación se comenzaron a cuantificar los casos de enfermedad y muerte por diferentes causas. Los indicadores que se fueron construyendo, todos ellos negativos, señalaban la enfermedad o la muerte en forma directa y en forma indirecta la salud.

Cuando comienza a presentarse la posibilidad de una programación de salud, toma un mayor auge esta definición a causa( en ausencia de una mejor), de su carácter operativo y a su aplicabilidad. Los registros necesarios para la conformación de estos indicadores van a provenir fundamentalmente de los Registros de consulta Médica y Hospitalización y de los Certificados de defunción, que cada vez van siendo adoptados como obligatorios por los diferentes países. Surge el problema de la creciente Medicina Privada con proliferación de médicos en consultorios propios que no rinden información a ningún sistema.

La medicina privada, con su inherente tratamiento individual, no puede ser incluida buenamente entre las funciones de la Salud Pública o Administración Sanitaria, pues su finalidad es francamente lucrativa y prescinde con mucho de las medidas de promoción y prevención. ¿Qué sería de la Medicina Privada sin enfermos?

Como habíamos visto, la medicina de grupos que subsiste en hospitales a cargo de órdenes religiosas, cuidaba a los enfermos indigentes, financiándose a través de legados filantrópicos y limosnas que obviamente no alcanzaban a cubrir los altos costos y la demanda creciente de servicios. Fue necesario que el Estado interviniera, administrando hospitales, inicialmente para pacientes infecciosos o incurables, por ser el riesgo económico o epidemiológico de tal magnitud que exigía el apoyo colectivo. Posteriormente se hará cargo de otro tipo de hospitales (generales, maternos, pediátricos) y de consultas externas con nombres diferentes en los diversos países. A principios de este siglo comienzan a surgir organismos responsables de la salud en los países, que adoptan luego el nombre de Secretarías de Salud y por último, a mediados del siglo, el nombre de Ministerios de Salud.

Es interesante observar que, en prácticamente todos los países, los servicios sanitarios han sido creados para combatir alguna epidemia: el cólera, viruela y tífus exantemático, le dieron vida en Chile a fines del S. XIX, como en el resto de Latinoamérica. La lucha contra la fiebre amarilla y la malaria, fue por años su impulso más fuerte en Colombia y Brasil.<sup>7</sup>

El desarrollo es desigual en los países desarrollados y en los llamados subdesarrollados. Los primeros logran un notable mejoramiento de sus indicadores de salud con medidas que directamente no están relacionadas con el Sistema de Salud, tales como empleo, ingresos altos, medidas de saneamiento ambiental, educación, vivienda adecuada. En esta forma logra reducirse la mortalidad y la morbilidad por enfermedades infecto-contagiosas mucho antes que los antibióticos y las vacunas sean de uso generalizado. Pero el encarecimiento de los servicios y las necesidades de dar prelación a la salud de los obreros debido a la generalización de las industrias capitalistas, hace surgir los seguros sociales, un nuevo mecanismo de financiamiento de los servicios de salud que presta servicios dentro

de la estructura existente, como en el caso de los Países Escandinavos y los Países Bajos, o con organismos propios como en Chile, México y Colombia.

Estos seguros, obligatorios para obreros y trabajadores, aparecen aparentemente financiados en una forma tripartita: trabajador, gobierno y patrón, pero todos los análisis conducen a que es finalmente el trabajador quien financia el sistema de seguros, que rápidamente comienza a sufrir un proceso de deterioro por falta de confianza del trabajador, ya que el ejercicio de la medicina se deshumaniza por la diferente posición de clase de las personas comprometidas y por las diferentes expectativas que se crean entre pacientes y médicos y dentro de éstos entre los médicos generales y los especialistas.

Surgen otras formas de seguros, tales como los seguros médicos voluntarios, asociaciones privadas de médicos que ofrecen sus servicios por una cuota periódica y una de cuyas modalidades es el mutualismo en España y Cuba.

Prácticamente, el médico de familia ha sido reemplazado por los diferentes especialistas que como producto de la división social del trabajo dividen convencionalmente el cuerpo humano y se apoderan de determinado órgano o sistema, convirtiendo al médico general en un remitente de pacientes, atendidos diferencialmente según la atención sea dada en el consultorio privado, en un consultorio del Seguro Social o en un consultorio del Estado. Las especializaciones, en el modo de producción capitalista surgen en relación directa con las necesidades de salud de la burguesía, la única clase que puede absorber los altos costos de este tipo de medicina.

Con la aparición de las especializaciones y las profesiones llamadas paramédicas, indispensable para que el sistema funcione en conjunto, va a surgir en forma definida el concepto de equipo médico y luego de equipo de salud en donde el médico siempre se abroga la dirección del mismo y que asume una modalidad muy específica en el capitalismo, tratando de disminuir costos con personal mal calificado, poco supervisado y peor pagado.

7. *Ibid.*

La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.): en la década del 40 y como contraposición a la definición prevaleciente y operativa de que salud es la ausencia de enfermedad, surge la definición de salud de la O.M.S.: "salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o malestar".<sup>8</sup>

La definición es inmediatamente acogida por los estados miembros de la O.M.S. (prácticamente todos los países del mundo) e incorporada en las diversas declaraciones de esos países, capitalistas en su gran mayoría. Sin embargo, con posterioridad será también acogida de una manera igualmente acrítica por diversos países socialistas.

Sólo finalizando la década del 60, comienza la definición a ser cuestionada, reconociéndosele sin embargo como positivo el reintroducir nociones y actitudes de la antigüedad clásica sobre el cuerpo humano y muy especialmente el definir la salud como algo positivo y distinto de no estar enfermo, agregando el bienestar mental y más aún el social, en un mundo que se reconocía dividido en clases sociales en pugna.<sup>9</sup>

Las críticas fundamentales tenían que ver con su carácter de gran generalidad al no especificar con claridad que se entendía por lo físico, lo mental y lo social. Se le reprochaba también su carácter ahistórico, pues no era posible pensar esta definición para ninguno de los modos de producción anteriores ni futuros. La vinculaban a tesis desarrollistas y a explicaciones de la sociedad de tipo círculo viciosos, muy en boga en esos tiempos, que ofrecían modelos de desarrollo para países considerados subdesarrollados, tomados de países capitalistas desarrollados que habían conseguido su desarrollo por vías ahora cerradas para estos otros países.

Si bien la definición era audaz en el sentido de mencionar lo social, no sólo no definía en qué consistía ésto, sino que en la práctica se desconocían las enormes diferencias existentes en la sociedad.

En síntesis, la definición fue tildada de utópica en el sentido de expresar un conjunto de ideales imposibles de conseguir, en ningún tipo de sociedad, especialmente por la palabra *completo*. Y sobre todo, se encasilló la definición dentro del idealismo, pues es la definición la que está creando el objeto a definir, contraponiéndose al principio lógico, universalmente aceptado, de que el objeto definido debe existir antes que la definición e independientemente de ella. La definición es subjetiva y crea al objeto definido. Cuando en ella se afirma que la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad, inmediatamente lleva a pensar si tal estado realmente existe o es más bien la expresión de un estado deseable. Si bien es posible, al menos en teoría encontrar una persona con tal estado, es indudable que si hablamos de grupos humanos este estado no existe.

La definición no precisa de qué o de quién es el estado y ésta es condición necesaria para complementar el sentido de la expresión, puesto que la palabra estado, en el sentido en que es usada aquí, indica condición o situación de algo o de alguien. Seguramente lo obvio del significado dio lugar a la omisión, ya que tal estado es sólo aplicable a una cosa o ser, capaz de experimentar el fenómeno salud y en tal categoría no parece lógico aplicarlo sino a los hombres y tal vez a algunos animales. Por otra parte y por la misma omisión, no se precisó si era aplicable al hombre en singular o colectivamente. Esta omisión ha dado lugar a confusión por permitir tratar la salud individual y colectiva como una misma cosa.

Y más importante que la falta de precisión en cuanto al objeto del estado, es determinar si el objeto del concepto es realmente un estado de algo o alguien o realmente es otra cosa, por ejemplo un fenómeno o apariencia, una capacidad, un

8. Organización Mundial de la Salud. *Constitución*. (Ginebra : OMS, 1960).

9. Molina. *Op. cit.*

proceso, o mejor aún la manifestación de un proceso (un continuo).<sup>10</sup>

Por otra parte, la dualidad salud-enfermedad es consecuente con el proceso cultural que dio origen a las dos palabras, en el sentido de bienestar-malestar.

En la década del 70 comienza una crítica a la definición de salud de la O.M.S., la cual trata de ser suplantada por otras que en términos generales conservan sus aspectos positivos, evaden los negativos y agregan elementos de indicadores positivos. Tal es el caso de la definición de salud de Milton Terris, famoso salubrista norteamericano, quien adelantó su definición diciendo que: "salud es un estado de bienestar físico, mental y social con capacidad de funcionamiento y no únicamente la ausencia de malestar (illness) o dolencia".<sup>11</sup>

Introduce Terris en su definición un aspecto subjetivo de sentirse bien y un aspecto objetivo de capacidad de funcionar. Elimina la palabra completo aduciendo, correctamente a nuestro juicio, que la salud no es un absoluto, que hay distintos grados de salud. Sustituye el término "enfermedad" (disease) por "malestar" (illness), ya que es posible que la salud, sentirse bien, y la enfermedad, coexistan.

Con su definición, Terris abre un inmenso campo a la epidemiología social y a la posibilidad de la evaluación del rendimiento laboral o escolar del ser humano aunque en las condiciones históricas del capitalismo ya puede deducirse a quien convendrá este rendimiento.

### *La definición de salud Pública*

Utilizando una definición latinoamericana, recurriremos a la del Doctor Gustavo

Molina Guzmán quien dice: "salud pública es la ciencia y el arte de organizar y dirigir los esfuerzos colectivos para proteger, fomentar y recuperar la salud de los habitantes de una comunidad. Es sinónimo de administración sanitaria".<sup>12</sup>

Mejor que ciencia, es un conjunto de ciencias o mejor se auxilia de ellas: físico-química, ingeniería, biología, epidemiología, microbiología, medicina, economía, sociología, agronomía, educación.

En cuanto a arte, muchos de sus problemas y actividades están entregados todavía a la mera habilidad personal, a la labor artesanal individual.

Esta definición hace énfasis en la participación activa e informada de la comunidad en la lucha por la salud. Permite incorporar la definición de la O.M.S., lo que a nuestro modo de ver sería un defecto. Sustenta una concepción unitaria de la salud, negando una estructura independiente a actividades que se ejerzan más o menos aisladamente, e incorpora el servicio único de salud.

Las funciones fundamentales de la salud pública, en parte expresadas en la definición, serían: promoción o fomento de la salud, prevención de la enfermedad, curación, rehabilitación e investigación.

Después de 1960, la historia de los sistemas de servicios de salud es la historia de la crisis de la medicina y de esos sistemas de salud capitalistas, en donde los costos aumentan a límites inconcebibles, las demandas continúan creciendo sin que se vea la posibilidad de ponerles coto, la falta de auditoría médica lleva a denunciar atropellos que atentan contra los mismos derechos humanos (extracción de órganos sanos, operaciones quirúrgicas innecesarias, procedimientos inconsultos de castración en hombres y mujeres, alto consumo de medicamentos innecesarios, problemas en las licitaciones de medicamentos y materiales y equipos, uso de alta tecnología médica de elevado costo y sin una evaluación previa, etc.)

El sistema de salud capitalista al formar parte de un sistema social que es fuertemente individualista, desorganizando, anárquico, injusto y dividido en clases an-

10. David Bersh. *El fenómeno de la salud: Bases ideológicas y conceptuales para el trabajo académico y la labor administrativa*. (Bogotá: ASCO-FAME, 1981).

11. Milton Terris. "Aproximaciones a una epidemiología de la salud". En: *La revolución epidemiológica y la medicina social*. (México: Siglo XXI, 1980).

12. Molina. *Op. cit.*

togónicas, no puede reflejar características diferentes a éstas.

Se comienza a sugerir la planificación de salud como una medida racionalizadora de la crisis y se impone a los países latinoamericanos como parte de una política imperialista claramente expuesta en la Reunión de Punta del Este en el año 1962.

Cuando llega el momento de evaluar los resultados se encuentra que el único país excluido de dicha reunión, Cuba, es quien ha alcanzado los indicadores propuestos, pero el fracaso se atribuye a razones diferentes a las reales. Se cree que cambiando la orientación de la planificación (sin cambiar el sistema social), se podrá lograr el anhelado desarrollo económico para países que año tras año están más endeudados y que por sólo servicios de la deuda están completamente empeñados a los países capitalistas desarrollados.

En 1978 se celebra la Reunión de Alma Ata de donde surge la Meta de Salud para Todos en el año 2.000 con las estrategias de atención primaria y participación de la comunidad<sup>4</sup>

Todos los estudios económicos que se han publicado hasta el presente, muestran cómo la brecha entre los países ricos y pobres se ampliará para fines de siglo y desde ya se puede asegurar que muchísimos países ni siquiera, se acercarán a las metas propuestas, no obstante saberse que en 25 años de lucha de la O.M.S. para erradicar la viruela gastó 300 millones de dólares, mientras que los países dominantes, en 1980 gastaron la misma cantidad en 5 horas de la carrera armamentista.

En el Continente Americano, la medicina española desplazó violentamente la medicina aborígen, pero esa misma medicina española estaba en completa decadencia y los pocos "médicos" que se arriesgaban a venir eran aventureros, muchos de ellos huyendo de la justicia. Sin embargo, Felipe II, "deseando que sus vasallos se conservaran en perfecta salud y alcanzaran larga vida" creó los Protomedicatos con instrucciones precisas:

1. Debía hacerse un inventario de médicos, cirujanos, herbolarios y personas afines y enterarse de las hierbas, árboles, plantas y semillas medicinales.
2. Debía experimentarse con lo anterior.
3. Debían efectuarse envíos a Castilla.
4. Los médicos residirían en ciudades donde hubiera Audiencia y Cancillería y su jurisdicción se limitaría a tal ciudad y 5 leguas alrededor.
5. Para sus fallos se debían asesorar.

Hasta fines del primer tercio del S. XVII los aspirantes a cirujanos, barberos, boticarios y parteras necesitaban examinarse en Nueva España, en donde existía un Protomedicato de alta reputación. Después, la Corona fue delegando esta posibilidad en sus distintas colonias.

Con el transcurso del tiempo, los médicos que se formaban generalmente provenían de Europa, especialmente de Francia y se convertían en médicos de familia que "de caridad" atendían al resto de población. Con la creación de las Secretarías y Ministerios de Salud comenzaron a ser absorbidos por estos organismos y posteriormente por los Seguros Sociales conservándose siempre una gran cantidad en su práctica privada.

Como fiel reflejo del subdesarrollo y dependencia del imperialismo norteamericano, a partir de 1920 casi todos los países de América Latina son estimulados a iniciar campañas, primero de control y luego de erradicación de enfermedades principalmente tropicales (anquilostomiasis, malaria, fiebre amarilla, etc.), a fin de elevar la productividad de los trabajadores en área subdesarrolladas de interés para las compañías extranjeras. Se ha sugerido que esto ha sido el mayor impulso para el surgimiento de secretarías y ministerios de salud que comenzaron con dichas campañas y; luego se extendieron a la creación de centros de salud, hospitales y escuelas de salud pública.

La educación médica comenzó a estar fuertemente influenciada por la medicina norteamericana que desplazó por completo a la medicina europea, especialmente la francesa.

Respecto a las organizaciones internacionales de salud más importantes tenemos que la Primera Conferencia Sanitaria Internacional se reunió en París, en 1851 para hacer frente al cólera. La Organización Panamericana de la Salud surge en Washington en 1902, pero se consolida en 1948 como agencia para América de la Organización Mundial de la Salud. En 1907 en París, se crea la Oficina Internacional de Higiene Pública, antecesora del Comité de Higiene de la Liga de las Naciones (1920), creada inmediatamente después de la I Guerra Mundial. En 1946, después de la II Guerra Mundial surge la O.M.S. (Organización Mundial de la Salud) con cuatro funciones: cuarentena y servicios epidemiológicos (con un Reglamento Sanitario Internacional), servicios de estandarización, educación y diseminación de información técnica y servicios de asesoría a los gobiernos.

## **5. Salud pública en el modo de producción comunista**

El modo de producción comunista está dividido en dos fases (el socialismo y el comunismo) y cuatro etapas; dos de ellas de transición: la etapa de transición del capitalismo al socialismo y la etapa de transición del socialismo al comunismo científico, además de la etapa socialista propiamente dicha y la etapa del comunismo científico. Es absolutamente imposible tratar de analizar el modo de producción comunista en su conjunto pues existen diferencias marcadas entre las fases y las etapas, además de que experiencia práctica sólo existe sobre la etapa de transición del capitalismo al socialismo y en pocos casos sobre la fase socialista. Es a esta primera etapa y a esta primera fase a la que sustancialmente nos referiremos en el presente documento.

La Medicina Socialista surge con el triunfo de la Revolución de Octubre (25 de octubre de 1917) en Rusia, con un objetivo muy bien definido: integrarse a la ley económica fundamental del Socialismo dirigida a la satisfacción máxima de las crecientes necesidades materiales y culturales de los trabajadores. La medicina socialista, según esto, debe satisfacer las necesidades crecientes de salud de los trabajadores y el pueblo en general.

En el período inmediatamente anterior a la Revolución, Lenin había expuesto el problema de salud de la Rusia Zarista, en los siguientes términos: "miles y decenas de miles de personas que trabajan toda la vida creando una riqueza ajena, mueren de hambre y de desnutrición permanente, fallecen prematuramente a causa de las enfermedades engendradas por las repugnantes condiciones de trabajo, viviendas miserables e insuficiente descanso".

En 1913, el año más favorable desde el punto de vista del nivel de desarrollo de la economía y del estado sanitario del país, la mortalidad general en Rusia fue de 29.1 por cada mil habitantes, o sea 2 a 2.5 veces superior a la de los países económicamente desarrollados. La mortalidad infantil fue de 268.6 por cada mil nacidos vivos (o sea que el 25% de los niños, la cuarta parte de los nacidos vivos murieron antes de cumplir un año especialmente por enfermedades infectocontagiosas).

La expectativa de vida, según datos del censo de población de 1896-1897 era de 32 años.

Existían 28.000 médicos, correspondiéndole a cada uno 5.665 habitantes en promedio, pero el dato es engañoso pues la mayoría de ellos estaban concentrados en las grandes ciudades. Se disponía de 208.000 camas o sea 13 camas por 10.000 habitantes. Prácticamente no existía industria médica y farmacéutica ni servicios estatales sanitarios y epidemiológicos. Ni siquiera el servicio médico militar estaba regido por un centro único. Las sumas asignadas del presupuesto estatal para la asistencia médica alcanzaron en 1913 su más alta cuota: 91 kópeks per cápita (menos de un rublo per cápita). De esta cifra solamente 5 Kópeks se destina-

ban para medidas sanitario-epidémicas.

Una vez triunfante la Revolución, el Partido Comunista y el Gobierno Soviético dedicaron gran atención a la organización de la asistencia médica. V.I. Lenin firmó personalmente cerca de un centenar de decretos referentes a la asistencia sanitaria, el seguro de enfermedad, etc.

En las durísimas condiciones de la Guerra Civil se fueron creando los primeros órganos e instituciones populares de sanidad pública, sin precedentes en la historia. Instituciones de este tipo fueron las secciones médico-sanitarias anexas a los órganos locales del poder. A raíz de la insurrección armada, el 26 de octubre de 1917, se creó, adjunta al Comité Militar Revolucionario de Petrogrado, la sección médico-sanitaria encabezada por el médico M. Barzukov. A esta sección, que fue el primer organismo central de sanidad pública de la República de los Soviets, no sólo se le confió la ayuda médica a los insurrectos, sino también la reestructuración de todo el sistema de sanidad.

En enero de 1918, por un decreto del gobierno fue creado como órgano superior de la sanidad pública del país el llamado Consejo de Colegios Médicos que unió la actividad de todos los departamentos de medicina o médico sanitarios de los diferentes comisariados del pueblo, equivalentes a Ministerios. Inicialmente no se creó un comisariado del pueblo de Sanidad por la oposición de muchos médicos a la estatización. Sin embargo, en junio de 1918; se convocó el primer congreso de mayor representatividad de trabajadores de la sanidad pública, un congreso de las secciones médico-sanitarias, en el cual se aprobó una resolución especial sobre la conveniencia de crear el Comisariado del Pueblo de Sanidad. A éste siguió el Decreto firmado por V. I., LENIN. Cor este Decreto, fechado el 11 de julio de 1918, se creaba por primera vez no sólo en la República de los Soviets, sino también en el mundo, un órgano sanitario central de todo el pueblo: El Comisariado del Pueblo de Sanidad, siendo nombrado como primer Comisario, el Doctor N.Semashko, destacado teórico y organizador de la sanidad.

Por un decreto del Gobierno se creó, adjunto al Comisariado del Pueblo de Sanidad, el Consejo Médico-Sanitario Central, organismo en el que los representantes de las distintas organizaciones sociales, así como de los obreros, campesinos y otras capas de la población participaban en el examen de las cuestiones sanitarias. En calidad de órgano consultivo, se organizó, anexo al Comisariado del Pueblo de Sanidad, el Consejo de Medicina que desempeñó un relevante papel en la unificación de las fuerzas científico-médicas del país, unificación dirigida a resolver las urgentes tareas prácticas de la sanidad.

En el VIII Congreso del Partido Comunista de Rusia, celebrado en marzo de 1918, se aprobó el Programa del Partido, elaborado bajo la dirección de Lenin y en el que por primera vez se introducía un apartado especial dedicado a la sanidad. En diciembre del siguiente año, en el VII Congreso de los Soviets, se definen los tres enemigos más peligrosos para el socialismo: la guerra, el hambre y los piojos. Y se dice: "o los piojos vencen al socialismo o el socialismo vencerá a los piojos". Y en el II Congreso de los trabajadores de la Medicina, reunido el 5 de marzo de 1920 dijo Lenin: "la cooperación de los representantes de la ciencia y de los obreros y solamente esta cooperación, podrá aniquilar la plaga de la miseria, las enfermedades y la suciedad". Y agrega: "hemos comenzado una gran guerra que no terminaremos pronto; una guerra por una Rusia instruída, luminosa, saciada y sana. Espero que en esta guerra, los médicos vayan, conjuntamente con el maestro y el agrónomo, en las primeras filas".

En 1922 se crea la Cátedra de Higiene Social de la Universidad de Moscú y en 1923 el Instituto de Higiene Social. Alrededor de 1930 las tareas fundamentales fueron la creación de las cátedras de higiene social, la formulación de los textos y programas básicos de la disciplina, la lucha contra las teorías reaccionarias de la higiene burguesa occidental, la elaboración de los principios de la medicina preventiva y la realización de diferentes investigaciones higiénico-sociales.

Los propios higienistas sociales soviéticos reconocen que en esta etapa se verifica una marcada inclinación hacia los problemas teóricos, con una atención insuficiente a la práctica de la organización de la salud pública.

En la década del 30 se opera una transformación en la orientación de la Higiene Social, pasando a un primer plano los aspectos relacionados con la organización de la salud pública, lo que inclusive provoca un cambio en la denominación de las cátedras (de Higiene Social a Organización de la Salud Pública en 1941).

La II Guerra Mundial agrega nuevas tareas de aseguramiento en el frente y después transcurre un largo período de reconstrucción de la salud pública devastada como todo el país por la guerra.

En 1947 se reúne una Conferencia Multinacional de los Jefes de Cátedra de Organización de Salud Pública, donde se insiste en la necesidad de profundizar en el campo teórico.

La década del 60 concreta un amplio movimiento de investigaciones higiénico-sociales, clínico-estadísticas y de utilización de métodos matemáticos, en medio de una fuerte corriente nacional de impulso de las investigaciones sociológicas. En 1966, por Decreto del Ministerio de Salud Pública, se transforman las Cátedras de Organización de la Salud Pública en Cátedras de Higiene Social y Organización de la Salud Pública.

En 1949 triunfa la Revolución China y rápidamente expone los principios generales que regirán para el sector salud:

1. La medicina debe estar al servicio de los obreros, los campesinos y los soldados que antes no tenían servicios.
2. Se debe dar preferencia a la medicina preventiva.
3. Se deben integrar la medicina tradicional y la medicina científica occidental.

4. La labor sanitaria deberá llevarse a cabo con participación de las masas.

A este último respecto, y en las condiciones concretas del país con su gran número de población y la notable escasez de recursos, se crean los Médicos Descalzos, campesinos que trabajan en los arrozales (de ahí su nombre) integrados a una Brigada de Producción de la Comuna y elegidos por la mayoría de los miembros de la misma. Existen 1.600.000 Médicos Descalzos en China, uno por cada 600 personas que trabajan a nivel de las brigadas en las zonas rurales. Reciben capacitación, periódicamente son supervisados y reciben educación continuada. El Médico Descalzo trabaja en la Brigada y además desempeña sus nuevas funciones "médicas" siendo pagado por cuatro fuentes: una prima anual pagada por los miembros, honorarios por los servicios, asignaciones del fondo de bienestar social de la brigada y en ocasiones subsidios del gobierno de los respectivos municipios. Este financiamiento debe cubrir todos los aspectos concernientes a las necesidades de salud de la Brigada.

Con el triunfo del Socialismo en los países de Europa Oriental (Alemania Democrática, Hungría, Rumanía, Bulgaria, Checoslovaquia, Yugoslavia, Polonia, Albania), se comienzan a establecer nuevos servicios de salud socialistas unificados que brindan, cada uno, experiencias nuevas y ricas que se comienzan a compartir con los demás países que están en la misma situación.

En América, en 1953, tras el ataque al Cuartel Moncada en Cuba, Fidel Castro es sometido a un juicio en el salón de Enfermería del Hospital de Santiago lo que le da pie para decir que "la justicia en Cuba está tan enferma que los juicios deben celebrarse en hospitales y no en juzgados". Aprovecha su famoso alegato<sup>13</sup> para describir descarnadamente la situación de salud de los cubanos y para exponer, cómo de haber triunfado en su intento, una de las 6 primeras prioridades habría sido la salud.

En 1959 triunfa la Revolución Cubana y rápidamente ponen en práctica el progra-

13. Fidel Castro. *La historia me absolverá*. (La Habana, Cuba: Editorial de Ciencias Sociales, 1985).



ma del Moncada. En relación con la salud se parte de unos principios generales muy sencillos.

1. La salud de la población es responsabilidad del Estado.
2. Los servicios de salud son gratuitos y están al alcance de toda la población, llegando a cualquier ciudadano en el lugar y en el momento necesario.
3. Los servicios de salud tienen un carácter integral preventivo-curativo.
4. Los servicios de salud son planificados e integrados al Plan de Desarrollo Económico y Social del país, de acuerdo a los adelantos de la ciencia.<sup>14</sup>

Con posterioridad muchos otros países en Asia (Viet-Nam, Laos, Kampuchea, Corea del Norte, Mongolia), y en Africa (Angola, Etiopía, Tanzania, Mozambique, Somalia, Yemen), emprendieron el difícil camino del tránsito del capitalismo al socialismo y aunque cada uno tiene sus propias modalidades de establecer sus sistemas de salud de acuerdo a sus circunstancias concretas, todos ellos en una u otra forma responden a algunos principios comunes de la Salud Pública Socialista.

En términos generales esos principios son:

1. Su carácter partidista que responde a determinados intereses de clase que son el reflejo de la salud como fenómeno social vinculado a la lucha por la construcción del socialismo y el comunismo.
2. La interpretación materialista dialéctica del fenómeno salud-enfermedad en el hombre.
3. La unidad de la teoría y la práctica y la relación de la higiene social con la

organización de la salud pública socialista, con un profundo contenido humanista.

4. La orientación fundamentalmente preventiva sin olvidar lo curativo.
5. La resolución del problema metodológico central de la medicina acerca de la relación de lo biológico y lo social definiendo que entre lo biológico y lo social no existe un vínculo estructural inmediato, ya que el individuo no es un ser propiamente biológico sino un ser biosocial. Pero como lo social no existe independientemente de lo natural (lo físico, químico, o biológico) eso hace que las formas superiores de movimiento —esto es una tesis fundamental de la filosofía marxista—, subordinen e incluyan a las formas inferiores; por tanto la forma social del movimiento de la materia incluye la biología y también la físico-química, cuestión que es muy importante en el análisis de la correlación de lo biológico y lo social, porque lo biológico no actúa como biológico puro, sino como biológico meditado por lo social.
6. La participación activa de las masas organizadas dependiente de la línea de masas del Partido Comunista.
7. La creación de sistemas únicos de salud bajo el comando de un Ministerio de Salud.
8. El carácter planificado de la salud como parte del Plan Único de la Economía Nacional.
9. La desaparición de los servicios de salud como mercancías, ya que la inmensa mayoría son gratuitos y su costo es absorbido por el Estado.
10. La total accesibilidad, continuidad e integralidad.
11. La importancia dada al medio o ambiente.

14. Cuba. Ministerio de Salud. *Organización de los servicios y nivel de salud*. (La Habana, Cuba: El Ministerio, 1974).

## 12. El internacionalismo proletario.

El 1 de enero de 1984, comienza en el área del Policlínico Lawton del Municipio 10 de Octubre en la Ciudad de la Habana (Cuba), la experiencia quizás más interesante y prometedora en la historia de la medicina: el Nuevo Plan del Médico de la Familia.

La idea había partido del Comandante Fidel Castro y se gestó como una decisión política para amoldar un Sistema Único de Salud bastante desarrollado, a un tipo de médico y de medicina que satisficiera las necesidades de salud del pueblo cubano. Se seleccionaron 10 médicos y 10 enfermeras jóvenes, a quienes se les asignó una casa-consultorio como domicilio permanente para atender una población promedio de 120 familias (unas 500 personas). A la población, inicialmente, se le ofreció el Plan y se le dió la oportunidad de rechazarlo: nadie lo hizo y nadie lo ha hecho. La población asignada habita en 2 a 4 cuadras.

En un comienzo no se creó ningún modelo arquitectónico para la casa-consultorio pero con posterioridad se han experimentado diferentes modelos.

En las mañanas se realizan consultas y en las tardes visitas de terreno casa por casa o visitas a pacientes hospitalizados o consultas a especialistas diferentes a los que directamente van a la interconsulta al consultorio del médico de familia o al mismo hogar (especialidades básicas).

En 1985 se cubre toda el área asignada al Policlínico Lawton con médicos de familia, quedando, en toda el área, 43 médicos de familia.

El Policlínico Comunitario desaparece como tal y se convierte en Policlínico de Especialidades, en donde un paciente siempre es atendido por el mismo especialista en unión de su médico familiar, convirtiéndose ésto en la mejor forma de mantener actualizado al médico de familia. Este Policlínico concentra también el Laboratorio, Rayos X y Fisioterapia.

En este mismo año comienza la especialización de Medicina General Integral con un programa propio de 3 años, consecutivos a un año de servicio social.

Pero a nivel de secundaria, en los dos últimos años, ya se están seleccionando los candidatos a estudiantes de medicina, teniendo en cuenta criterios de vocación, rendimiento académico, concepto de sus compañeros y actitudes político-revolucionarias e ideológicas. Ellos integran finalmente el Contingente Carlos J. Finlay, cantera para los futuros médicos de familia.

La diferencia fundamental de estos médicos de familia de la experiencia cubana, con otros médicos de familia en experiencias de países capitalistas desarrollados y no desarrollados, está dada no por la cantidad y calidad de los conocimientos científicos que pueden darse por igual en los dos sistemas económicos, sino por la diferenciación político-ideológica que conlleva, en el caso cubano, a una posición de clase semejante a la de los pacientes que se atienden.

En la década del 60, el Comandante Ernesto Che Guevara, había expresado en una graduación de médicos presidida por él, que muchos de los problemas médicos dejarían de serlo el día en que los médicos fueran hijos de los obreros y campesinos que es precisamente lo que se observa en la actualidad: hijos de obreros y campesinos convertidos en médicos de familia, con una posición de clase proletaria y atendiendo a una clase proletaria en el mejor sentido de la palabra.

La experiencia se ha ido expandiendo paulatina pero seguramente y encontrando un símil para el médico rural: el médico de montaña que cubre ahora buena parte del campo cubano. Es probable que para el año 2000, toda Cuba esté cubierta por este tipo de médico de familia y que su experiencia acumulada haya de servir, en buena parte, para otros países que transitan por la vía del Socialismo.

La evaluación de la experiencia muestra una magnífica aceptación por parte de la población, un dinamismo propio que lleva a innovaciones continuas, tales como la hospitalización en el propio hogar para algún tipo de morbilidad no complicada, los llamados turnos deslizantes para permitir a la población trabajadora consultar con su médico de familia en el horario de 6

p.m. a 9 p.m., la garantía de permanencia del médico de familia durante años, la dispensarización de los pacientes sanos y enfermos con la consecuente posibilidad de realizar acciones conjuntas con grupos de pacientes, etc.

Con respecto a la concepción de la salud en este modo de producción y específicamente en la etapa y fase que estamos analizando, ya habíamos dicho cómo con la aparición de la definición de la salud de la O.M.S., la mayoría de países socialistas la incorporaron acríticamente, quizás porque en esos momentos estaban sumergidos en problemas prácticos que acaparaban toda su atención.

Algunos higienistas soviéticos dieron sus propias definiciones que no eran sino variantes de las de la O.M.S. Así, Petrakov: "la salud representa en sí el bienestar completo, social, biogénico, psicofisiológico y físico, durante el cual el sistema del organismo del hombre está en equilibrio con el medio social y natural y no existen estados de malestar, defectos físicos y enfermedades". El académico V.P. Kaznachev dice que "la salud es el proceso de preservación y desarrollo de las funciones biológicas, fisiológicas y psicológicas, de la capacidad laboral óptima y de la actividad social con una prolongación máxima de la vida activa". Obsérvese que mientras la primera definición se acerca más a la de la O.M.S., la segunda se aproxima más a la de Milton Terris.

En septiembre de 1984, en una conferencia pronunciada por el Doctor Kamó Nicolaevich Simonian, de la Unión Soviética, todavía se observa el influjo de la definición de la O.M.S.: "salud es el estado de completa satisfacción socio-biológica y psíquica, cuando las funciones de todos los órganos y sistemas del organismo están en equilibrio con el medio natural y social, con la ausencia de cualquier enfermedad, estado patológico defecto físico".<sup>15</sup>

Por supuesto, la crítica hecha con anterioridad a la definición de la O.M.S., sigue siendo válida para éstas.

En el Instituto de Desarrollo de la Salud de La Habana (Cuba), un grupo de pensadores salubristas proponen la siguiente definición en 1978 aunque sale publicada en 1980: "salud es una categoría biológica y social que existe en Unidad dialéctica con enfermedad resultante de la interrelación dinámica entre el individuo y su medio y que se expresa por un estado de bienestar físico, mental y social y está condicionado por cada momento histórico del desarrollo social".

Como se puede observar, esta definición retoma los aspectos positivos de la definición de la O.M.S., trata de soslayar los aspectos negativos y agrega además el importante componente del medio, ubicándola diferencialmente, en cada momento histórico del desarrollo social (es decir, en cada modo de producción). Se le puede hacer la crítica de utilizar la palabra "estado" y de no proponer indicadores positivos. Igualmente presenta una gran generalidad al no diferenciar que se entiende por lo físico, lo mental y lo social. Es clara al hablar de categoría biológica y social (remitiendo al problema metodológico central de la medicina) y mucho más al conformar el par dialéctico salud-enfermedad, que como negativo tendría que remitir al aspecto cultural de las palabras.

Su extensión es igualmente criticable, pero por otra parte, si se le acusa de dejar cosas por fuera, es que todavía no hay forma de dar una definición precisa con menor extensión. En esos términos el Doctor Aldereguia Henriquez dice que la discusión no está cerrada, y propone algunas exigencias metodológicas que se requieren para arribar a una correcta definición producto de una conceptualización. Esas exigencias son, según él, las siguientes:

15. Simonian Kamó Nicolaevich. *La higiene social y la organización de la salud pública como ciencia y materia de enseñanza*. (La Habana, Cuba : Instituto de Desarrollo de la Salud, 1984).

1. La adecuada delimitación de lo natural y lo humano.

2. El reconocimiento del fundamento material de la salud y la enfermedad humana.
3. La unidad indestructible, en el proceso de la vida, de salud y enfermedad.
4. La esencia social del proceso salud-enfermedad-humano lo que no niega en ningún momento su fundamento biológico natural.
5. La posibilidad que tiene el hombre de conocer las regularidades de su funcionamiento y desarrollo y de reflejarla en categorías, principios, leyes y sistemas teóricos que sintetizan sus rasgos esenciales y son demostrativos del desarrollo ininterrumpido del conocimiento humano.
6. El contenido filosófico de las categorías, que refleje el proceso salud-enfermedad-humano, con lo que se quiere remarcar su alto grado de generalidad por su fundamento sociobiológico.

En este sentido sería prometedor lo adelantado por Marx en alguno de sus primeros escritos, cuando señaló que "la enfermedad no es más que la vida reducida en su libertad". Sobre esta base, el Doctor Aldereguia Henríquez trata de aproximarse a la definición marxista del proceso salud-enfermedad-humanidad diciendo que "es una forma de existencia de la vida en su grado correspondiente de libertad".<sup>16</sup>

El desarrollo de la medicina socialista, en la etapa de transición y en la fase socialista, ha estado también marcado por la consolidación de la higiene social como ciencia de la salud pública socialista que define dos términos o conceptos básicos de partida: estado de salud de la población y salud pública socialista.

Por supuesto, esta consolidación se ha ido dando en forma de proceso dinámico a partir fundamentalmente del triunfo de la Revolución de Octubre de 1917 y de las diversas experiencias de los países que han efectuado una revolución. Incluso se pueden encontrar antecedentes no sólo en las obras de los clásicos marxistas sino también en el legado positivo que la medicina y la salud pública de otros modos de producción han aportado a la higiene social en el socialismo.

Los resultados obtenidos hasta el presente con la experiencia de los diversos países socialistas son ampliamente satisfactorios, aunque, como es de presumir, son disímiles de acuerdo al tiempo transcurrido en la nueva formación económica social. Ellos van desde un incremento inusitado de los recursos humanos, materiales, financieros y tecnológicos hasta unos indicadores tradicionales de salud comparables a los de los países más desarrollados.

Se podría argumentar que los mejores indicadores de salud tradicional se encuentran todavía en los países de más alto desarrollo capitalista, pero debe tenerse en cuenta que todos esos indicadores son negativos, de enfermedad y muerte. La salud pública anda a la búsqueda de indicadores positivos generalizables y universales. Hasta el presente la búsqueda ha sido infructuosa, pero no es de dudar que cuando se encuentren, probablemente surgirán como producto de la elaboración teórica de la higiene social y que en ese momento esos indicadores positivos sobrepasarán con mucho a los indicadores de países capitalistas, inclusive de aquellos más desarrollados, pues tendrán estrecha relación precisamente con el modo de producción en el cual se insertan, es decir, con las nuevas relaciones sociales de producción y de colaboración recíproca, con un gran avance tecnológico, con la superación de problemas heredados del modo de producción capitalista y con la resolución de contradicciones no antagónicas que se den en el seno del pueblo. En cambio, en el capitalismo persistirán las contradicciones antagónicas de clase, con su diferenciación en

16. Jorge Aldereguia Henríquez y Francisco Rojas Ochoa. "La relación de lo biológico y lo social". En: *Temas de higiene social*. (La Habana, Cuba: Instituto de Desarrollo de la Salud, 1983).

cuanto a la atención médica, las relaciones de explotación y toda la secuela de problemas engendrados por el mismo modo de producción.

En cuanto a la etapa de tránsito del socialismo al comunismo científico y a la fase del comunismo científico mismo, aunque en cierta forma se esté especulando, se puede adelantar que desaparecerán para siempre las clases sociales y cada uno de los componentes de la nueva sociedad, aportando de acuerdo a sus capacidades, recibirá de acuerdo a sus necesidades, siendo ésto también válido desde el punto de vista de su salud. Para este entonces, los adelantos de la ciencia y la técnica, permitiendo una gran inversión social una vez superada la irracional inversión armamentista, habrán logrado encontrar solución al cáncer, enfermedades crónicas y degenerativas, infarto de miocardio, etc. Seguramente nuevas formas de enfermedad aparecerán pero igualmente existirán mecanismos de control y tratamiento. Las enfermedades infectocontagiosas serán cosa del pasado relegadas a museos de medicina.

Con la extinción del Estado adquirirán mayor fuerza los sistemas automatizados de dirección y control como parte de los elementos administrativos que necesariamente registrarán las relaciones de colaboración recíproca entre los hombres.

## Literatura consultada

- Abad Gómez, Héctor. "Concepto ecológico de enfermedad". *Boletín ACOM-SAP*. 1(2):3-4, Mar., 1971.
- Albuquerque Cordeiro, Hesio de y otros. *Los Determinantes de la producción y distribución de la enfermedad*. [s.p.i.].
- Aldereguia Henriquez, Jorge y Rojas Ochoa, Francisco. *La higiene social*. La Habana, Cuba : Instituto de Desarrollo de la Salud, 1983.
- \_\_\_\_\_ y otros. "Algunas consideraciones sobre salud y enfermedad". *Revista Cubana de Administración de Salud*. 2(4):333-3545, Oct., 1976.
- Barquín, Manuel. *Historia de la medicina : Su problemática actual*. México : [s.n.], 1971.
- Cano G., Eduardo. "Una mirada al pasado de la salud pública". *Revista Antioquia Médica*. 19(9):653-666, 1969.
- \_\_\_\_\_. *Salud y desarrollo*. Medellín : Escuela Nacional de Salud Pública, [s.f.]. (Documento mecanografiado 2290).
- Cardona Osorio, Jorge. "Discurso pronunciado en la clausura de los programas académicos de 1974 en la Escuela Nacional de Salud Pública". *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*. 1(2), Jun., 1975.
- Granados Torado, Ramón. *La higiene social marxista como ciencia*. La Habana, Cuba : Instituto de Desarrollo de la Salud, 1983.
- Gurthrie, Douglas. *Historia de la medicina*. Barcelona : Editorial Salvat, 1947.
- Jervis, Giovanni. "Bienestar, enfermedad, sistema sanitario". En: *Manual crítico de psiquiatría*. [s.p.i.].
- Kelman, Sander. "The social nature of the definition problem in health". *International Journal of Health Services*. 5(4):625-641, 1975.
- Lain Entralgo, Pedro. *El Estado de enfermedad*. Madrid : Raycar S. A., 1968.
- \_\_\_\_\_. *Historia universal de la medicina*. Barcelona : [s.n.], 1972.
- Lisityn, Yu y Batyguin, K. *La U.R.S.S., la sanidad y la seguridad social*. Moscú : Editorial Progreso, 1975.

Malher, H. "El sentido de la salud para todos en el año 2000". *Foro Mundial de la Salud*. 2(1):5-15, 1981.

Multanovsky, M. P. *Historia de la medicina*. La Habana, Cuba : Academia de Ciencias de Cuba, 1967.

San Martín, Hernán. *La crisis mundial de la salud*. Madrid : Editorial Karpos, 1982.

---

. *Salud, sociedad y enfermedad. Estudios de epidemiología social*. Madrid : Editorial Ciencia 3, 1986.

Sigerist, H. E. *Historia y sociología de la medicina*. Bogotá : Guadalupe 1974.

Timio, Mario. *Clases sociales y enfermedad*. México : Editorial Nueva Imagen, 1980.

Vasco U., Alberto. "Enfermedad y sociedad". *Revista de la Escuela Nacional de Salud Pública*. 4(2):50-61, 1978.

---

. *Estructura y proceso en la conceptualización de la enfermedad*. [Medellín : Taller Latinoamericano de Medicina Social], 1987.

---

. *Medicina y clases sociales*. Medellín : Editorial La Pulga, 1975.

# Evaluación de la calidad en la atención de la salud

Mauricio Vargas Fuentes\*

ESTE DOCUMENTO PRETENDE SISTEMATIZAR LOS ASPECTOS METODOLOGICOS FUNDAMENTALES QUE ORIENTAN LA EVALUACION DE LA CALIDAD EN LA ATENCION DE SALUD QUE SE BRINDA EN LOS PAISES CENTROAMERICANOS POR MEDIO DE LOS DIFERENTES PROGRAMAS.

## 1. Introducción

Desde 1955 y gracias al esfuerzo del Dr. Juan Guillermo Ortíz Guier, del personal de salud del Hospital Carlos Luis Valverde Vega con sede en San Ramón de Alajuela, Costa Rica y de la comunidad organizada, se ha desarrollado una forma novedosa de abordar los problemas de salud que presenta la población adscrita a dicho hospital.

La concepción que ha privado es la que interpreta al proceso salud-enfermedad como condicionado por factores múltiples entre los que se cuentan los de índole biológico, de comportamiento, socio cultural y ambiental. Es por esto que el propósito de la atención de salud que se ha ofrecido a dicha población es el de brindar una medicina integral que no solamente entregue atención curativa dentro del Hospital, sino que tiende a cubrir toda la situación vital que incide en el bienestar del individuo.

Todo este esfuerzo se lleva a la práctica gracias a lo que desde 1971 se conoce como Programa de Salud Comunitaria "Hospital sin Paredes" y que atiende en la actualidad cinco cantones de la provincia de Alajuela con una extensión territorial de 1430 Km<sup>2</sup> y una población de 108.272 habitantes.

El presente documento contiene los lineamientos generales de la labor que las

personas encargadas de la evaluación del Programa de Salud Comunitaria a que se hace referencia van a desarrollar.

Se pretende tomarlo como punto de partida y establecer una evaluación permanente de los diferentes programas y acciones que se ejecutan en el programa, adaptando el enfoque sistémico a este propósito.

Se hace un desglose de los aspectos que consideramos deben tomarse en cuenta en los esquemas metodológicos que se desarrollen con posterioridad a este primer intento formal de evaluar la calidad.

Finalmente, los lineamientos que aquí se presentan son muy generales y se ha tratado de presentar las ideas con la mayor claridad posible pero en forma concisa.

Los resultados serán motivo de publicación posterior y se hará con un tratamiento particular de los detalles.

## 2. Marco de trabajo

El marco de trabajo de la evaluación de la calidad en el Programa de Salud Comunitaria, es la atención de salud que este debe brindar a sus beneficiarios por medio del cumplimiento de los objetivos propuestos para cada uno de los subprogramas que lo constituyen.

Cabe anotar, que dadas las características de este programa, los propósitos y objetivos sobre los cuales se cimentó en

\* Médico-Cirujano. Coordinador PROASA-ICAP.

su origen, no han sido motivo de revisión periódica, por lo cual no se encuentran redefinidos en documentos recientes.

Esto no invalida el enorme esfuerzo realizado en pro de la solución de los problemas de salud del área, realizado por un equipo de salud altamente calificado y una importante organización comunitaria.

### *Propósito de la atención a la salud*

Brindar una medicina integral que no solamente entregue atención curativa dentro del hospital, sino que tienda a cubrir toda la situación vital que incide en el bienestar del individuo.\*

### *Objetivos de la atención a la salud*

Los objetivos generales que aquí se presentan, son los que en forma particular se definieron para cada uno de los programas y subprogramas componentes del programa global.

Su desglose en objetivos específicos y componentes, se encuentra contenido en uno de los primeros documentos escritos por los gestores del programa.\*\*

- a) Reducir los riesgos de enfermedad y muerte de madres y niños y extender la cobertura de los servicios de salud materno infantil.
- b) Crear conciencia sobre la necesidad de procreación responsable.
- c) Disminución de la morbilidad en la población con base en la atención de la demanda, previniendo la invalidez.

d) Disminuir la morbilidad y mortalidad por enfermedades susceptibles de control por inmunización.

e) Disminuir la incidencia de la tuberculosis.

f) Reducir la morbilidad y mortalidad por enteroparasitosis.

g) Disminución de la morbilidad y la mortalidad causadas por enfermedades relacionadas con el medio ambiente insalubre, mejoramiento de las condiciones ambientales y otros factores negativos para la salud.

h) Organizar la educación para la salud como parte del proceso de participación activa e informada de las comunidades en todas las acciones de prevención y curación de enfermedades.

i) Incorporación de las comunidades rurales en los programas de desarrollo que deberán incluir la salud como componente destacado.

j) Promoción, protección y recuperación de una adecuada nutrición en grupos más vulnerables y socialmente necesitados.

k) Formación y capacitación de personal para el cumplimiento de las actividades programadas.

Los objetivos aquí enumerados, fueron condicionados por una situación dada en los inicios del programa por lo que probablemente y de acuerdo a la situación actual, requieran de una redefinición.

### *Características de la atención*

La atención que presta el programa a los beneficiarios, debe reunir las siguientes características, enmarcadas en el contexto de un proceso administrativo modelo, eficiente y eficaz.

\* Organización Panamericana de la Salud. Programa de Adiestramiento en Salud Comunitaria de Centroamérica y Panamá. *Hospital sin paredes, Programa de Medicina Comunitaria*. (San Ramón, Alajuela: PASCAP, 1981).

\*\* J. Ortiz y otros. *Salud rural, Área Programática Piloto de Salud*. (San Ramón, Alajuela: (s.n.), 1974).



### *a) Racionalidad lógico-científica*

Esta característica indica que los procedimientos aplicados a un beneficiario del programa, forman parte de la tecnología eficaz existente, los beneficios esperados superan a los riesgos y que debe existir un costo-beneficio racional.\*

El estudio de la racionalidad lógico-científica se facilita con la existencia de *criterios explícitos\*\** que regulan el uso de una tecnología y que válidamente reflejan la eficacia, riesgo, valores predictivos, sensibilidad, especificidad y otras evidencias científicas que respalden el uso apropiado.

Para los programas y subprogramas, con una normatización perfectamente definidas (por ejemplo, actividades a cumplir por la Auxiliar de Enfermería en la visita domiciliaria), los criterios explícitos son fácilmente definibles en función de esas normas. Esto no se cumple para la atención médica, donde esta definición se dificulta sustancialmente.

Dado lo complejo de la misma, y de las muchas facetas que encierra, se han definido *criterios implícitos\*\*\** para su evaluación.

### *b) Oportunidad*

La atención a la salud que brinde el programa, debe ser oportuna, cualidad entendida como la satisfacción de las necesidades de salud en el momento indicado, con los recursos adecuados y de acuerdo

con la naturaleza y la severidad de cada caso.

### *c) Suficiencia e integridad*

La atención que da el Programa debe comprender acciones de promoción, prevención, curación, rehabilitación y asistencia social.

### *d) Continuidad*

Esta cualidad se entiende, como la secuencia lógica, bajo la responsabilidad ininterrumpida de un profesional y/o personal auxiliar, de las acciones que conforman cada una de las fases del proceso de atención de un problema o situación determinada de salud.

### *e) Humana*

El aspecto de la interrelación con el individuo. El respeto de sus valores es el aspecto más importante para los consumidores de los servicios de salud. Esto puede estar explicado en parte, en el hecho de que consideran que la racionalidad científica está presente en el proceso de la atención médica.

### *Programas y acciones*

Los programas y sub-programas de salud del Programa de Salud Comunitaria del área, han incorporado las siguientes actividades y acciones de carácter universal, tendientes al cuidado de la salud de todos los beneficiarios.

#### *a) Programa Materno Infantil y Bienestar Familiar*

En relación con este programa, se contemplan las siguientes acciones: control prenatal y post-natal, detección oportuna de embarazadas de alto riesgo obstétrico, fomento del parto institucional, control de parteras empíricas, control de crecimiento y desarrollo del niño de cero a seis años, fomento de lactancia materna, atención de la morbilidad del niño con énfasis en el pre-escolar, extensión de la cobertura de los servicios de Planificación Familiar.

En este plano, se consideran acciones

\* Costo Beneficio: costo-monetario de un programa que normalmente (hay excepciones) es comparado con sus beneficios esperados y estos beneficios son normalmente expresados en dólares.

\*\* Criterios explícitos: criterios predeterminados de buen cuidado de la salud según entidad, caso o evento que le dio origen a una consulta médica u hospitalización. Puede referirse a otro tipo de actividades programadas en el campo de la salud.

\*\*\* Criterios implícitos: criterios particulares de buen cuidado de la salud según entidad, caso o evento que dio origen a una consulta médica u hospitalización. Puede referirse a otro tipo de actividades programadas en el campo de la salud.

de carácter integral, acorde con las características enumeradas en el punto 2. Esto implica que necesariamente, se involucre la atención médica ambulatoria (consulta programada y urgencias) a nivel intra y extrahospitalario y la consulta odontológica en el proceso evaluativo.

*b) Subprograma de Planificación y Bienestar Familiar*

Este subprograma involucra como acciones o componente la consulta y orientación en planificación familiar y educación sexual a maestros y alumnos.

*c) Programa atención médica y referencia de pacientes*

Sus acciones específicas son la consulta médica general y especializada en función de la demanda, el sistema de referencia de pacientes y la consulta odontológica a grupos de riesgo.

*d) Programa de Epidemiología*

Contempla tres subprogramas específicos:

- Subprograma de control de enfermedades prevenibles por vacunación, que contiene como acciones la vacunación contra sarampión, tosferina, difteria y tétano, poliomielitis y tuberculosis y la estricta vigilancia epidemiológica de estas enfermedades.
- Subprograma de control de tuberculosis. Contempla vacunación con B.C.G., referencia de pacientes sospechosos, consulta médica, exámenes diagnósticos complementarios y tratamiento de casos conocidos.
- Subprograma de control de enteroparasitosis. Contiene como acciones específicas la consulta médica, exámenes complementarios de diagnóstico y tratamiento de casos conocidos.

*e) Programa de Saneamiento Ambiental*

Para este Programa se consideran las siguientes acciones: provisión de sistemas individuales de eliminación de excretas, establecimiento de sistemas de eliminación de desechos sólidos, control adecuado de expendios de alimentos y mejoramiento de vivienda y escuelas rurales.

*f) Programa de Educación para la Salud*

Se contemplan las siguientes acciones: educación para la salud en escuelas y colegios, educación para la salud a otros miembros de la comunidad y formación de responsables de salud.

Para el subprograma Organización y Desarrollo Comunal, no se pueden definir acciones específicas susceptibles de evaluación. Esta requiere de una metodología particular, inmersa en el contexto de la participación popular impulsada por el programa.

*g) Programa de Nutrición*

Este programa involucra acciones específicas de educación nutricional, atención a los desnutridos, detección de niños con riesgo nutricional y complementación alimentaria a grupos vulnerables.

*h) Programa de Capacitación de Personal*

Se contemplan aquí acciones específicas de educación en servicio y cursos de capacitación y adiestramiento para el equipo de salud.

### **3. Marco conceptual**

#### *Consideraciones preliminares*

La evaluación de calidad de la atención de salud viene siendo desde hace varios

enero-junio/1988

años, tema de discusión y preocupación por parte de los encargados de planificar y prestar los servicios de éstos.

Su necesidad es incuestionable, pero la deficiencia existente en este campo del conocimiento ha llevado, en unos casos, a no tomar la decisión de implementarla y en otros, a hacerlo sobre una sustentación teórica y conceptual totalmente errada.

Las experiencias de algunos países han sido importantes y clarificadoras, especialmente en los Estados Unidos de Norteamérica a partir del informe Flexner de 1913, que fija las bases conceptuales sobre el tema.

Además de los E.E.U.U., la mayoría de los países industrializados occidentales han realizado esfuerzos por hacer operativos dichos conceptos, pero en Latinoamérica, ningún país posee una política o programa específico que se relacione con la evaluación de calidad y tecnologías en salud, aspectos que van de la mano en la prestación de servicios.

Las motivaciones que han tenido las autoridades rectoras del sector salud en los diferentes países donde se ha intentado desarrollar metodologías de evaluación, han ido acordes con sus intereses particulares.

Básicamente, son tres las motivaciones que impulsan a evaluar la calidad de la atención de salud: motivos éticos, motivos de seguridad y motivos de eficiencia. Los tres son de vital importancia. La eficiencia se entiende como la relación entre impacto y costo. Se pretende el logro del mayor impacto posible a un costo razonable, acorde con la realidad económica que se viva y aprovechando al máximo los recursos existentes. En cuanto a seguridad lo fundamental que debe recordarse es que, administrar servicios de salud implica administrar vidas de seres humanos, por lo que se debe garantizar la calidad óptima en cuanto al acceso a los servicios, capacidad del personal que los brinda y tecnología apropiada para atención de los problemas de salud de la región.

Ambos aspectos son vitales, pero en un país como Costa Rica, donde hoy nos ufamamos de los logros alcanzados en el campo de la salud, medidos únicamente en forma cuantitativa, el factor de primordial importancia es el motivo ético.

El consumo de servicios de salud es considerado un valor social, por lo que el brindar la mejor calidad en esos servicios es una obligación ética. Además, en Costa Rica, el Estado ejerce un control monopolizador en el campo. Los consumidores no pueden escoger entre diferentes proveedores (solamente 1.8% de la población tiene acceso a servicios médicos privados) y son, muchas veces, (la mayoría tal vez) ignorantes de la calidad de servicios que reciben.

En este contexto, es imperativo definir el objetivo fundamental de la evaluación de calidad de la atención de salud. Hablar de motivación es diferente a hablar de objetivo. El objetivo debe ser el bienestar del usuario de los servicios. Paralelamente, se obtienen otros resultados importantes como lo son costos razonables en la atención, mejora del proceso administrativo y estímulo a un mejor desempeño profesional de los proveedores directos de la atención. Estos son resultados de una buena calidad por lo que se hace obvio, que la investigación evaluativa es un método adecuado de diagnóstico de la situación para la toma de decisiones.

Esto es lo que se pretende desarrollar en el Programa de Salud Comunitaria del Área de San Ramón, Palmares, Naranjo, Alfaro Ruiz y Valverde Vega.

Por último, la metodología que aquí se propone, pretende ser un modelo metodológico útil, aplicable a otras entidades en el país, sean éstas Hospitales, Clínicas, Centros o Puestos de Salud, etc., así como otros programas específicos de los muchos que desarrolla nuestro Sistema de Salud.

No se desglosa cada una de las metodologías, que son particulares así sea el rubro a evaluar, pero debe quedar claro que el esquema metodológico debe servir a los propósitos que se definan en un momento dado.

## Definiciones

- a) Calidad de la atención: Es el conjunto de características técnico-científicas y humanas que debe tener la atención de salud que el Programa de Salud Comunitaria provee a sus beneficiarios para alcanzar los efectos deseados, tanto por los usuarios, como por los proveedores de la atención.
- b) Evaluación: "Es el proceso por el cual se describe, mide, compara, analiza y explica una situación que se desea modificar o mantener según objetivos predeterminados".<sup>1</sup>
- c) Evaluación de calidad: "Es la medición, análisis comparativo y valoración de las características de la atención de salud que presta el Programa de Salud Comunitaria a sus beneficiarios, así como de los efectos alcanzados por esta atención, en términos de resultados en el estado de salud y en la satisfacción del usuario y del proveedor".<sup>2</sup>

## Propósito de la evaluación de calidad

El propósito de la evaluación de calidad en el programa es el de mejorar permanentemente la atención de salud que se provee a los beneficiarios.

Debe quedar claro "que, la evaluación de calidad, no se constituirá en un instrumento de carácter punitivo y que debe entenderse como un procedimiento continuo, moderno, de desarrollo personal, orientado hacia la superación profesional".<sup>3</sup>

---

1. Colombia. Instituto de Seguros Sociales. Oficina Nacional de Evaluación de Calidad. *La Evaluación de la calidad en la atención de salud*. (Bogotá: El Instituto, 1984), p. 7.

2. *Ibid.*

3. *Ibid.*

## Componentes de la evaluación de calidad

Los componentes de la evaluación de calidad que se aceptan para el Programa de Salud Comunitaria, son los que se han descrito tradicionalmente: estructura, proceso y resultado.

### a) Estructura

La evaluación de este componente están dirigidas a las características de las instalaciones, equipos, administración, organización y recurso humano, profesional y auxiliar, disponibles y utilizados en la prestación de la atención.

### b) Proceso

Su evaluación se dirige al logro de la información sobre la forma en que funciona el sistema de prestación de la atención, por medio de la actividad clínica que desarrollan los profesionales de la salud y las actividades complementarias que son desarrolladas por el personal auxiliar de salud del programa y su interacción con las actividades de soporte administrativo.

### c) Resultados

Las evaluaciones de este componente reflejan cambios en el estado fisiopatológico (enfermedad, muerte) o en el estado psicosocial (insatisfacción y malestar), tanto de parte del usuario como del proveedor.

## Criterios de Calidad

Los criterios de calidad, adoptados para el desarrollo de la evaluación del programa se refieren a:

- a) Las características de racionalidad lógica-científica, oportunidad, suficiencia e integridad, continuidad y humanas, que debe tener la prestación de

la atención de salud en el programa, tanto en el manejo clínico del paciente, como en la organización y el funcionamiento de los servicios. Las definiciones de estas características ya han sido dadas en el apartado 2.3 del presente documento.

- b) Los cambios que se presentan en el estado de salud (enfermedad, incapacidad, muerte, mejoría, recuperación).
- c) El nivel de satisfacción del proveedor y del usuario de la atención.

### *Características de la evaluación de calidad en el programa*

El proceso evaluativo en el programa deberá tener las siguientes características. Debe ser:

#### *a) Confidencial*

"Los casos que se analizan y las instituciones que están involucradas en la evaluación, no aparecerán señalados con su nombre; se pretende además que durante la presentación que se haga de los casos, la identificación de beneficiario y proveedor no sea posible".<sup>4</sup>

#### *b) Impersonal*

"La evaluación de calidad no debe confundirse con evaluación del desempeño del personal, es por esto, que el análisis se hace sobre la atención que se presta y no sobre las personas proveedoras de dicha atención".<sup>5</sup>

#### *c) Permanente*

Como parte integrante del proceso cotidiano de prestación de servicios de sa-

lud, la evaluación debe ser continua en el tiempo y no hacerse por excepción.

#### *d) Participativo*

Tomarán parte los niveles directivo, administrativo, asistencial y los usuarios del servicio como un todo, a lo largo de todo el proceso evaluativo, desde el diseño hasta el informe de resultados.

#### *e) Flexible*

En sentido estricto, no requiere de normas técnicas preestablecidas, por lo cual pueden definirse durante el proceso evaluativo.

## **4. Funciones de evaluación de calidad en el Programa de Salud Comunitaria**

La evaluación de la calidad comprende tres aspectos generales: establecimiento de normas, su aplicación y soporte de información. En este plano y en el contexto del Programa, el establecimiento de normas estará a cargo del nivel directivo del programa y el hospital, que serán definidas en su debido momento y durante el proceso de evaluación. Los dos aspectos siguientes, serán responsabilidad de los centros asistenciales: clínicas de la C.C.S.S., Centros de Salud, Puestos de Salud y Servicios Hospitalarios.

## **5. Marco metodológico**

La Dirección de la Evaluación de Calidad necesita la definición de una metodología para llevar a cabo, de manera organizada y coherente, el trabajo que debe realizar en el desarrollo de sus funciones. Esta metodología se ajusta al contexto descrito anteriormente.

4. *Ibid.*, p.8.

5. *Ibid.*

## *Metodología y Líneas de Acción*

La evaluación de calidad en el programa se realizará en la población beneficiaria a partir de los resultados de la atención de salud.

Luego, se analiza, retrospectivamente y en forma integral, la estructura, el proceso y las decisiones clínicas tomadas durante el proceso de atención.

"Este proceso comprende el inicio de la enfermedad o del evento, el primer contacto con el servicio, la atención recibida, el resultado de esta atención y la satisfacción de ésta".<sup>6</sup>

Dada la multiplicidad de programas y subprogramas, así como de actividades por desarrollar por cada uno de ellos, se dan, para una primera fase de la evaluación, los lineamientos de acción en cuanto a atención médica, con lo cual se incluyen consulta médica ambulatoria intra y extra hospitalaria, análisis de casos de atención médica en las áreas específicas de crecimiento y desarrollo, consulta pre y post-natal, planificación familiar, medicina general, dermatología, pediatría, otorrinolaringología, ginecología.

### *Instrumentos para el desarrollo de la metodología propuesta*

#### *a) Definición de prioridades*

En el contexto del programa que nos ocupa, la definición de prioridades para evaluar la calidad de la atención parte del análisis del daño más severo que se produce en la salud de los individuos, la muerte, para plantear posteriormente esquemas metodológicos que permitan el análisis de egresos hospitalarios, urgencias y atención médica ambulatoria.

#### *b) Metodología para el desarrollo de un proyecto*

Se siguen los lineamientos generales de formulación de proyectos que tradicionalmente se han empleado y que a continuación se esquematizan:

- Identificación del problema: Se describe la situación que se va a estudiar en forma general. (Contiene introducción y justificación del proyecto).
- Marco Teórico: Revisión sistemática del conocimiento actual sobre el problema identificado.
- Identificación de alternativas de estudio: Se analizan la factibilidad técnica, operativa y financiera de las diferentes alternativas para estudiar el problema planteado.
- Desarrollo de la alternativa escogida: Incluye propósito, objetivos, metodología detallada y limitaciones.
- Consulte y ajuste: Se garantiza la aplicabilidad de la alternativa escogida, al presentarse a expertos, técnicos y personal operativo.
- Experimentación y ajuste: Se confirma la operatividad de la alternativa aplicándola a pequeña escala.
- Implantación: Se extiende la alternativa escogida y probada a todo el país.
- Seguimiento, control y evaluación: Vigilancia continua y estricta sobre el desarrollo de la alternativa escogida.
- Cronograma de actividades.

#### *c) Metodología para la programación de actividades*

Comprende como contenidos generales:

enero-junio/1988

6. *Ibid.*, p.12.

- Desglose del proyecto en etapas y actividades.
- Se calcula tiempo requerido en cada actividad.
- Determinación de la interrelación entre las diferentes actividades.
- Se elabora un modelo gráfico y se describen los recursos humanos asociados a cada actividad.

## 6. Desarrollo de las líneas de acción

Los esquemas metodológicos que se proponen para el análisis de las prioridades propuestas son las siguientes:

### *Análisis de los casos de defunción hospitalaria*

Para analizar las defunciones que se presentan en el hospital de referencia de la población que atiende el Programa, se requiere desarrollar dos factores que se complementan entre sí:

- El estudio de las características generales de la mortalidad.
- El estudio individual de los casos de defunción para conocer la calidad de la atención brindada.

La primera fase depende del análisis sistemático de la información sobre mortalidad que ofrece el Departamento de Estadísticas del Hospital. Supone la revisión de las causas básicas de muerte que se registran y que poseen un alto grado de confiabilidad, requisito indispensable para el trabajo que aquí se propone desarrollar.

En la segunda fase del estudio, se utilizará una metodología retrospectiva que permite establecer la oportunidad, contenero-junio/1988

nidad, suficiencia e integralidad de las decisiones y acciones tomadas y ejecutadas del proceso de atención.

Las etapas del proceso de atención que contempla el análisis son:

- Desde la percepción de la enfermedad y de la necesidad de atención, hasta el primer contacto institucional.
- Desde el primer contacto institucional, hasta la primera hospitalización.
- Desde la hospitalización, hasta la muerte.

El campo de estudio lo constituye la totalidad de las muertes ocurridas en el hospital Carlos Luis Valverde Vega.

Los informes han de ser confidenciales e impersonales, y servirán para plantear acciones correctivas y, si es necesario, mejorar la calidad de la atención.

### *Análisis de egresos hospitalarios*

Dado el volumen de egresos que se produce anualmente en el hospital Carlos Luis Valverde Vega, sólo es factible analizar una muestra del total de casos. Para esto se requiere de criterios para su definición, los cuales se enuncian a continuación:

- Primeras causas de egreso
- Primeras causas de egreso por servicio
- Enfermedades trazadoras
- Muestra aleatoria

El enfoque metodológico sigue los mismos lineamientos del caso anterior, ya que se analiza el caso retrospectivamente a partir del alta, hasta llegar al comienzo de la enfermedad. Las diferencias con la metodología anterior son las siguientes:

- En la entrevista familiar se detectan también, si fuera del caso, las medidas preventivas tomadas.

- En la historia clínica se considerarán las incapacidades concedidas, con el propósito de medir su oportunidad y suficiencia.
- Se establecerán criterios para clasificar el estado de salud del paciente en el momento del alta.
- Se medirá la satisfacción, tanto del proveedor como del usuario, para lo cual se sugiere una entrevista.

Al igual que el caso anterior los informes deben ser confidenciales e impersonales y habrán de servir para introducir medidas correctivas y mejorar la calidad de la atención.

### *Metodología para el análisis de casos ambulatorios*

El volumen de consultas médicas dadas por el programa en el 1983 (exceptuando psiquiatría) fue de 36.956.

Dado este volumen de casos, es necesario que se analice una muestra de casos atendidos.

Los criterios para definirla pueden ser:

- Primeras causas de consulta ✓
- Enfermedades prevenibles ✓
- Severidad de los casos ✓
- Definición de enfermedades trazadoras\*
- Atención a grupos prioritarios ✓
- Muestra aleatoria ✓

Para el caso particular del programa se ha decidido seguir los siguientes pasos para su elección.

\* Las Enfermedades Trazadoras son aquellas que cumplen con los siguientes criterios:

- tener impacto funcional.
- estar relativamente bien definida y ser de fácil diagnóstico.
- tener altas tasas de prevalencia.
- la historia natural de la entidad clínica debe tener modificaciones con la utilización y efectividad de la atención médica.
- el manejo médico de la entidad clínica debe estar bien definido.
- se deben entender los efectos de los factores no médicos sobre el trazador.

a) Definición de las cuatro primeras causas de consulta que de acuerdo a registros son: medicina general, crecimiento y desarrollo, pre-natal, pediátrica.

b) Se realiza un muestreo estratificado polietápico. Se adopta como criterio de estratificación el siguiente:

- Centro y Puesto de Salud: para los propósitos de la evaluación, se define como Centro de Salud aquel que tiene personal médico y auxiliar fijo para la prestación de servicios preventivos y curativos y que cuenta con la infraestructura en equipo y materiales mínima para la misma.

- Puesto de Salud: es aquel que cuenta únicamente con personal auxiliar y el cual es responsable de funciones específicas en el campo del área preventivo de la atención de salud. Además recibe visitas periódicas de profesionales médicos para atención de la demanda de salud. Cuenta con la infraestructura en equipo y materiales mínima para el cumplimiento de las actividades programadas.

c) Definidos los criterios de estratificación se decide analizar los cinco Centros de Salud y cinco clínicas de la C.C.S.S., del área y se realiza un muestreo simple al azar de los Puestos de Salud, según cantón previa definición del tamaño de la muestra.

d) Muestreo sistemático de expedientes clínicos según Centro y Puestos de Salud, previa definición del tamaño de la muestra.

Se pretende hacer un análisis retrospectivo de cada caso, desde su alta en la consulta externa hasta el inicio de la enfermedad.

Los informes serán confidenciales e impersonales y han de servir, si es necesario, para plantear acciones correctivas



con el propósito de mejorar la calidad de la atención.

### *Análisis de la atención de urgencias*

Para este análisis se entiende por atención de urgencias, aquella mediante la cual se suministran los cuidados indispensables, que demande el paciente en estado crítico, riesgo inmediato de muerte o proceso rápido de agravamiento por efecto de enfermedad o accidente.

El volumen de casos de urgencias atendidos en 1983, por el Servicio respectivo del hospital Carlos Luis Valverde Vega, asciende a 7.627 (18.6% del total hospitalario).

Se hace imposible separar los casos que corresponden a verdadera urgencias, de los que no lo son. Se consideran sólo los casos de urgencia resueltos a nivel de este servicio (se excluyen hospitalizaciones y defunciones).

Determinado el volumen de casos por estudiar, se establece la muestra que se va a analizar. Esto puede hacerse de las siguientes formas:

- Primeras causas
- Enfermedades trazadoras
- Muestra aleatoria

Para el caso particular del programa se hará en base a las primeras causas de consulta, con el criterio de especialidad a la cual pertenece el caso atendido.

A partir de esta definición se realiza un análisis retrospectivo del caso, partiendo del alta del paciente, hasta llegar a la iniciación del episodio o evento que originó la urgencia.

Al entrevistar al usuario o a los familiares, han de analizarse los síntomas o circunstancias que le llevaron a la solicitud del servicio, el conocimiento sobre como utilizar éste, y los mecanismos de acceso, la oportunidad de la atención, así como la satisfacción por la atención recibida. Esta ha de estudiarse en la Hoja de Atención de Urgencias y la Historia Clínica General, enero-junio/1988

en caso de que exista relación del episodio con enfermedad tratada con anterioridad por los proveedores vinculados al Programa. Esta parte busca establecer la racionalidad lógica científica, la oportunidad y suficiencia de la atención y el estado de salud del paciente al alta.

La información se complementa con la consulta a los proveedores de los servicios. El propósito es, al igual que en el caso anterior, plantear las acciones correctivas correspondientes para mejorar la calidad de la atención.

## **7. Mecanismos operativos en la evaluación de calidad**

Para hacer operativa la evaluación de calidad se requiere una sólida organización que haga cumplir responsabilidades y actividades a los diferentes niveles.

En el caso del programa deberá existir, en su nivel directivo, una comisión central multidisciplinaria con las siguientes funciones:

- Establecer metodologías de investigación evaluativa.
- Validar y adecuar las metodologías establecidas.
- Coordinar los estudios a nivel local.
- Dar asistencia técnica al realizarse los estudios.
- Dar seguimiento y controlar los estudios.
- Analizar e interpretar la información que brinden los estudios.
- Hacer del conocimiento de los involucrados en el proceso evaluativo los resultados de éste.

En el nivel local operativo se deberán asignar responsabilidades, en el desarrollo de los proyectos, al director del Centro de Salud o clínica de la C.C.S.S., al jefe del Departamento de Urgencias del hospital Carlos Luis Valverde Vega, (en su debido momento de todos los servicios a evaluar), a los auxiliares de enfermería responsables de los Puestos de Salud, a las jefaturas de enfermería y otros departa-

mentos de los Centros de Salud y clínicas de la C.C.S.S.

Los anteriores serán responsables de la dirección, coordinación, supervisión y control de los comités organizados para realizar la evaluación y del cumplimiento y supervisión de los procedimientos administrativos para el registro, recolección y procesamiento de información requerida para llevar adelante el proyecto.

Los comités básicos y subcomités se conformarán de acuerdo a:

- metodología de cada proyecto,
- información según tipo y cantidad que sea necesaria recolectar y analizar y,
- nivel de complejidad de los centros de atención

Para la primera fase de este proyecto se requieren los siguientes comités:

- a) Comité de Atención Ambulatoria
- b) Comité de Urgencias
- c) Comité de Egresos
- d) Comité de Mortalidad

Los comités serán conformados por profesionales que participen directamente en el proceso de atención. Estos serán seleccionados con criterios de idoneidad, experiencia asistencial o docente, capacidad de liderazgo y trayectoria en el programa.

Estos, se nombrarán por resolución de la jefatura de la evaluación, por un período de un año.

Un modelo similar, se propone para el nivel nacional.

## Literatura citada y consultada

Agudelo, Carlos: Cuartas O., Julio E. y Zambrano H., Lucila. *Indicadores hospitalarios: Conceptos de interpretación administrativa*. Bogotá: Centro de Educación en Administración de Salud, 1983.

Banta, David H. "Aplicaciones de la tecnología moderna. Problemas y perspectivas en los países industrializados y en vías de desarrollo". *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. 96 (6): 471-488, Jun., 1984.

Brook, Robert Henry; Williams, Kathleen Nies y Avery, Allyson Davies. "Quality Assurance Today and Tomorrow: Forecast for the future". *Annals of International Medicine*. 85 (2): 4-6, 1976.

Colombia. Instituto de Seguros Sociales. Oficina Nacional de Evaluación de Calidad. *La evaluación de la calidad en la atención de salud*. Bogotá: El Instituto, 1984.

Ministerio de Salud/UNICEF. *Modelo de Evaluación para el Sistema Nacional de Salud "Moses"*. Bogotá: El Ministerio, 1978.

Constanzo, G. y Vertinsky, Ilan. *Medición de la calidad de atención de la salud*. Una Clasificación para Traducciones, núm. 48.

Espinoza Vergara, Mario. *Evaluación de proyectos sociales*. San José: Ministerio de Cultura, Juventud y Deportes, 1980. Serie Quehacer Ministerial, núm. 1.

Estes, E. Harvey y Sullivan, Roberto. "Standards for practice: Effectiveness and Acceptance". *Annals of International Medicine*. 89 (5): 826-828, Nov., 1978.

González, J. "La calidad de la atención médica". *Acta Médica Colombiana*. 9 (2): 60-64, mar., 1984.

Gómez, L. C. "El uso de la estadística en la investigación de salud". En: *Primer Seminario Nacional de Investigaciones en Salud*. Bogotá: (ss.n.), 1976.

Lohr, K. N. y Brook, R. H. "Quality of Care in Episodes of Respiratory Illness

- among, Medical Patients in New Mexico". *Annals of International Medicine*. 92 (1): 1980.
- México. Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco. División de Ciencias Biológicas y de la Salud. *Integración de la investigación, docencia, servicio en el Programa de Salud en la Comunidad, "Hospital sin Paredes"*. San Ramón, Costa Rica. Oaxtepec, Morelos: la Universidad, 1984.
- \_\_\_\_\_. *Programa de Salud en la Comunidad "Hospital sin Paredes"*. San Ramón, Costa Rica. Oaxtepec, Morelos La Universidad, 1984.
- Organización Mundial de la Salud. "Quality Assurance of Health Services". En: *Conceptual Framework of Quality Assurance*. (Washington, D. C.): 1982. p. 5.
- Organización Panamericana de la Salud. Programa de Adiestramiento en Salud Comunitaria de Centroamérica y Panamá. *Hospital sin Paredes, Programa de Medicina Comunitaria*. San Ramón, Alajuela: PASCAP, 1981.
- Ortiz, J. y otros. *Salud Rural, Area Programática Piloto de Salud*. San Ramón, Alajuela: (s.n.), 1974.
- Programa de Salud en la Comunidad "Hospital sin Paredes"*. San Ramón, Alajuela: (s.n.), 1982.
- "Quality measures". En: Griffith, John R. *Measuring hospital performance*. (s.n.): An Inquiry Book, 1978.
- Ross, Ana; Vargas, Mauricio E. y Marín, Fernando. "Algunas determinantes del consumo de medicamentos en Costa Rica y análisis de las políticas institucionales relacionadas". Tesis de Maestría en Administración de Salud, Facultad de Estudios Interdisciplinarios: Pontificia Universidad Javeriana, 1984.
- Sierra, Jaime y Brenes, Carlos. "Recuperación crítica de indicadores socioeconómicos: La experiencia del programa de salud comunitaria". En: Ramalinga Iyer, R. y otros. *Centroamérica: Indicadores socioeconómicos para el desarrollo*. San José: FLACSO, 1983. p. 271-313.
- Slee, Vergil N. "PSRO and the Hospital's Quality Control". *Annals of International Medicine*. 81 (1): 97-106, jul., 1974.
- Smith, Warren F. "Cost Effectiveness and Cost Benefit Analysis for Public Health Programs". *Health Reports*. 83 (1): 899-906, 1988.
- Welch, C. E.; Mc Donough, J.F. "Effectiveness of Medical Care". *The New England Journal of Medicine*. 289: 1-3, 1979.

**ESQUEMA GENERAL PARA LA EVALUACION  
DE LA CALIDAD DE LA ATENCION  
DE SALUD EN EL PROGRAMA**

**ANALISIS RETROSPECTIVO**

| <b>Iniciación del evento</b>              | <b>Primero contacto</b>   | <b>Atención recibida</b> | <b>Resultado</b>  |
|---|---|--------------------------|---|
| <b>Entrevista familiar para analizar:</b> | <b>Revisión de Historia Clínica y entrevista a proveedores para analizar:</b> |                          | <b>Análisis del caso y encuesta a usuarios y proveedores para analizar:</b> |
| — Percepción de la necesidad              | — Diagnóstico   |                          | — Estado del paciente (muerte, mejoría, complicaciones)                     |
| — Medidas tomadas                         | — Exámenes y pruebas diagnósticas   |                          | — Satisfacción  |
| — Oportunidad en el acceso                | — Prescripciones y aplicación de tratamientos                                 |                          |   |
|   | — Procedimientos quirúrgicos realizados                                       |                          |   |
|   | — Procedimientos complementarios  |                          |   |
|   | — Seguimiento y control   |                          |   |
|   | — Acciones de soporte   |                          |   |

## MODELO DE EVALUACION SISTEMICO AREAS DE ESTUDIO

| DEMANDA<br>(Ambiental)  | OFERTA<br>(Estructural)  | PROCESO                         | RESULTADO<br>(Producto)                      | IMPACTO<br>(Efecto)                                  |
|-------------------------|--------------------------|---------------------------------|--|--|
| <b>DEMOGRAFIA</b>       | <b>ORGANIZACION</b>      | <b>PRESTACION DE SERVICIOS</b>  | <b>SERVICIOS BASICOS DE ATENCION DIRECTA</b> | <b>DISMINUCION DEL RIESGO DE ENFERMEDAD Y MUERTE</b> |
| Estructura              | Complejidad              | Naturaleza                      | Egresos                                      | Morbilidad   |
| Edad                    | Niveles de respons.      | Contenido de la atención        | Consultas                                    | Mortalidad   |
| Sexo                    | Niveles de At. médica    | Tecnología utilizada            | Médicas                                      | Incapacidad  |
| Zona                    | Reglamentación formal    | Secuencia de los procedimientos | Urgentes                                     | Expectativa de vida                                  |
| Crecimiento             | Informal                 | Rendimiento ocupacional         | Odontológicas                                |  |
| Natalidad               | Recursos humanos físicos | días estadía                    | Visitas domiciliarias                        | <b>CAMBIOS DE ACTIVIDAD DE LOS USUARIOS</b>          |
| Mortalidad              | Recursos económicos      | Egresos cama por año            | Vacunaciones                                 |  |
| Migración               | Sistema de información   | Coordinación                    | Visitas saneamiento                          | Calidad de la atención                               |
| Factores condicionantes | Contenido                | Recepción de servicios          | Fórmulas despachadas                         | Costo beneficio                                      |
| Condiciones de salud    | Niveles de agregación    | Contenido                       | Partos y abortos At.                         | Satisfacción   |
| Morbilidad              |                          | Cobertura                       | Exámenes de lab.                             | Equipo de salud                                      |
| Mortalidad              |                          | Concentración                   | Concentración de servicios                   | Comunidad  |
| Incapacidad             |                          | Oportunidad                     | Utilización                                  |  |
| Factores relacionados   |                          | Utilización                     | Gastos de atención                           |  |
| Necesidad Biológica     |                          |                                 |  |  |
| Demanda Social          |                          |                                 |  |  |
| Efectiva                |                          |                                 |  |  |
| No atendida             |                          |                                 |  |  |

# Proyecto ICAP-Fundación

Mauricio Vargas Fuentes\*

W. K. Kellogg

## 1. Introducción

La enseñanza en administración de salud se inició, en América Latina en 1951, cuando se estableció el primer programa educativo específico en administración hospitalaria en la Escuela de Salud Pública de Sao Paulo Brasil.

Siguiendo esta iniciativa, otras escuelas iniciaron programas similares con un contenido curricular que hacía énfasis en aspectos de procedimientos y con enfoques particulares de los problemas de salud y la forma de abordarlos.

En 1977, se realizó un estudio integral que pretendía determinar la naturaleza, impacto y contenido de los cursos de administración de salud en América Latina y que fue realizado por la Organización Panamericana de la Salud con apoyo de la Fundación W.K. Kellogg. En este estudio se identificaron 44 programas, los cuales eran de la más diversa índole y sin seguir un patrón determinado.

El estudio generó el inicio de un programa tendiente a estimular la generación de programas con un enfoque innovador y avanzado en administración de servicios de salud. Esta iniciativa se conoce con el nombre genérico de PROASA (Programa de Estudios Avanzados en Administración de Salud) y se han venido desarrollando en diferentes instituciones dedicadas a la educación en América Latina.

En este contexto, en 1983 se elaboró un documento técnico que sienta las bases de un proyecto que desarrollaría el Instituto Centroamericano de Administra-

ción Pública con apoyo financiero de la Fundación W.K. Kellogg. La donación económica de parte de la Fundación se realizó en 1985, iniciándose las actividades del proyecto en setiembre de 1986, luego de una fase previa de planificación de éstas.

## 2. El PROASA centroamericano

El Programa de Estudios Avanzados en Administración de Salud (PROASA) nace en Centroamérica en una institución que como el ICAP, tiene una amplia trayectoria en la formación y capacitación de funcionarios públicos.

El PROASA centroamericano posee dos características que lo particularizan en el contexto de programas similares en América Latina.

- a) Es un programa que tiene un carácter regional ya que ha sido diseñado y desarrollado con el propósito de mejorar la eficiencia y eficacia de los servicios de salud de los *seis países del istmo centroamericano* y así contribuir a incrementar el impacto de éstos en la salud de la población.
- b) Es un programa que desarrolla como actividad central, un posgrado a nivel de maestría con un *énfasis* en el campo de la *administración pública*.

-Con este marco de referencia el proyecto contempla el desarrollo de tres activi-

\* Médico-Cirujano. Coordinador PROASA-ICAP  
enero-junio/1988

dades nucleares iniciadas el 16 de setiembre de 1986.

Estas actividades son:

### *Posgrado Centroamericano en Administración Pública con énfasis en Administración de Salud*

El Posgrado Centroamericano en Administración Pública con énfasis en Administración de Salud, persigue la formación de un administrador que llegue a desempeñar actividades de dirección superior o media, en los sectores salud de los países del área.

Es un programa de estudios avanzados que se orienta a constituir cuadros capaces de asimilar una concepción multidisciplinaria de los problemas de la gestión pública, ligando una formación conceptual amplia a una capacitación técnico operativa, aplicable a la formulación y puesta en práctica de soluciones alternativas para problemas que enfrenta la administración pública en general y la administración de salud en particular.

El programa comprende cuatro tipos de cursos orientados a distintos propósitos:

El primer grupo lo componen los cursos del primer trimestre, que es un período propedéutico, tendiente a lograr en estudiantes que poseen distintas formaciones previas, una base común mínima que les permita una mejor participación en el resto del posgrado.

El segundo grupo son cursos que proporcionan tanto la teoría que permite entender el funcionamiento interno de la administración pública, como las características del medio en que ésta actúa y las interrelaciones entre ellas. Comprende una serie de cursos referidos a la teoría administrativa, metodologías y técnicas de gestión.

El tercer grupo lo constituyen los cursos de concentración en áreas específicas de la actividad sustantiva del gobierno. El propósito de este ciclo es que con la base técnica y metodológica adquirida, y desde una perspectiva global de la pro-

blematía de la administración pública, el estudiante profundice en la comprensión de los problemas particulares que se enfrentan en un determinado sector de acción gubernamental, en este caso del Sector Salud; así como de las cuestiones de orden organizacional y administrativo que es necesario analizar para la gestión adecuada de políticas y programas destinados a la producción de bienes o entrega de servicios en tal sector.

Finalmente, el cuarto grupo comprende un conjunto de actividades de investigación, que van desde un taller sobre técnicas de investigación en administración hasta tutorías para la preparación del trabajo de graduación, que reúne los requisitos de una tesis. En esta parte, que se concentra en el trimestre final, se pretende desarrollar en los estudiantes una capacidad lógica para definir correctamente un problema o situación administrativa, comprobar los factores que influyen en el problema, seleccionar las tecnologías apropiadas para su solución y diseñar estrategias para su aplicación.

Previo al inicio del programa regular de estudio, el estudiante se capacitará durante dos semanas en la utilización de microcomputadoras, especialmente en aplicaciones como procesador de palabras, manejo de base de datos etc. Adicionalmente, en los cursos que sea posible, se usará el microcomputador para ilustrar la aplicación de instrumentos referidos a este campo específico.

La duración normal de la maestría es de seis trimestres académicos. Cada período lectivo comprende cursos y seminarios de investigación aplicada. Estos seminarios deben integrar las materias estudiadas y referirse a un problema centroamericano.

Además, en cada trimestre se programarán actividades académicas complementarias, por ejemplo, conferencias, mesas redondas y visitas a instituciones y programas de salud, con el fin de profundizar en el conocimiento de la problemática social, económica y sanitaria de Centroamérica.

A continuación se presenta la estructura general del Posgrado. Los números en-

tre paréntesis indican el total de créditos asignados a cada grupo.

## **ADMINISTRACION PUBLICA Y SOCIEDAD (7)**

- Estado, Sociedad y Política
- Análisis de Políticas Públicas
- Salud y Sociedad

## **AREA ECONOMICA (4)**

- Economía I
- Economía II

## **METODOS Y TECNICAS DE INVESTIGACION (6)**

- Metodología de la Investigación
- Taller de Técnicas de Investigación en Administración
- Estadística

## **TEORIA ADMINISTRATIVA (11)**

- Teoría de la Organización I
- Teoría de la Organización II
- Administración Pública
- Sistemas de Salud

## **TECNICAS DE GESTION (24)**

- Gestión Pública
- Sistemas de Información para la Gestión
- Administración Financiera I
- Administración Financiera II
- Epidemiología y Demografía
- Administración y Desarrollo de Recursos Humanos
- Programación y Evaluación de Servicios de Salud
- Administración Hospitalaria

## **PROYECTO DE TESIS (12)**

## **PROGRAMAS DE CURSOS Y ACTIVIDADES DOCENTES**

A continuación aparece la distribución de cursos y actividades por trimestre, seguida de una descripción breve de cada uno de ellos. Los números entre paréntesis

indican los créditos asignados a cada curso.

## **PRIMER TRIMESTRE**

- Estado, Sociedad y Política (12)
- Economía I (2)
- Metodología de la Investigación (2)
- Estadística (2)

## **SEGUNDO TRIMESTRE**

- Teoría de la Organización I (3)
- Economía II (2)
- Administración Pública (2)
- Salud y Sociedad (2)

## **TERCER TRIMESTRE**

- Teoría de la Organización II (3)
- Administración Financiera I (3)
- Epidemiología y Demografía (3)
- Taller de Técnicas de Investigación en Administración (2)

## **CUARTO TRIMESTRE**

- Sistemas de Información para la Gestión (3)
- Administración Financiera II (3)
- Sistemas de Salud (3)
- Análisis de Políticas Públicas (3)

## **QUINTO TRIMESTRE**

- Gestión Pública (3)
- Administración y Desarrollo de Recursos Humanos (3)
- Programación y Evaluación de Servicios de Salud (3)
- Administración Hospitalaria (3)

## **SEXTO TRIMESTRE**

- Trabajo de Tesis (12)

El trabajo de tesis deberá abordar un problema referido a un área de política pública que sea susceptible de ser explicado o resuelto desde un punto de vista administrativo.

La tesis no tendrá un patrón único para su preparación, sino que podrá ser de dis-



tintos tipos. Por ejemplo, un tipo puede ser el de una tesis basada en investigación básica, por medio de la cual el estudiante aborda una investigación original sobre un problema relevante, o trate de ahondar en el análisis y la explicación de problemas que se encuentran estudiados insuficientemente.

Otro tipo de tesis podrá constituir el producto de un trabajo (v.g., del tipo de consultoría), en el cual el estudiante muestra competencia en el manejo de conocimientos, y en la utilización de estrategias de investigación de técnicas adecuadas para el estudio y planteamiento de soluciones a la situación o problema objeto de su trabajo de tesis. Para facilitar la preparación y avance del trabajo dirigido a la preparación de la tesis, en cada trimestre habrá una sesión de integración de conocimientos entre los profesores del trimestre y los estudiantes.

Durante este trimestre el estudiante procederá a recabar la información necesaria para el desarrollo de su trabajo de tesis, en su respectivo país.

Un primer grupo de 13 estudiantes del posgrado se egresaron el 18 de diciembre de 1987.

La segunda promoción inició actividades el 16 de setiembre de 1987, siendo el grupo de estudiantes provenientes de todos los países del área con excepción de Nicaragua.

Los estudiantes son representantes de diferentes áreas profesionales entre las que se cuentan la medicina, la nutrición, la administración de empresas y de negocios, la sociología, la administración pública, la enfermería, la economía, la odontología, etc, lo que es fiel reflejo de la multidisciplinariedad que se le ha pretendido otorgar al posgrado.

Todos los estudiantes son funcionarios con amplia experiencia en el sector salud de los países centroamericanos.

### *Investigación*

Otra de las actividades nucleares del PROASA es la investigación.

Las actividades de investigación se ini-

ciaron el primero de enero de 1988 y se espera concluir el 30 de noviembre de 1988.

El estudio planteado es de tipo descriptivo e incursión en la temática de los sistemas de salud en América Central. Incluye una relación de los aspectos más importantes del desarrollo histórico, de la estructura, marco legal y funcionamiento de los servicios de salud, con énfasis en el sector público.

El informe final será distribuido en los países del istmo a nivel de instituciones prestatarias de servicios, instituciones docentes de nivel superior, bibliotecas y centros de documentación especializadas en salud y en todos los PROASAS latinoamericanos.

### *Capacitación*

La capacitación en administración de salud se dirige a los directores de nivel medio y local de los servicios de salud. Se considera que es esencial el desarrollo de su capacidad gerencial, como una de las bases importantes para la obtención de los beneficios de la salud de parte de la comunidad centroamericana, sobre todo en el marco de un proceso de desconcentración administrativa que se comienza a desarrollar en el área.

La capacitación contempla un curso básico sobre Administración de Servicios de Salud, el cual se ha estructurado en seis módulos fundamentales cuya metodología didáctica se basa en la educación a distancia, con técnicas de auto aprendizaje y tutoría individual y grupo para aclaración de dudas y reafirmación de conocimientos.

Su propósito fundamental es el de brindar al estudiante conocimientos básicos pero sólidos sobre técnicas y métodos que se utilizan para la planificación, programación, dirección, control y evaluación de los servicios de salud, brindándole antes los elementos esenciales para una adecuada utilización de éstos. La duración de la actividad será de seis meses, desarrollándose en el país de origen de los estudiantes donde la actividad será coordi-

nada por los egresados de nuestra maestría y en la sede del ICAP en San José, Costa Rica.

Se ha previsto para un máximo de 20 personas por país con un máximo para el área de 60 e incluye módulos de Administración General, Bioestadística, Salud y Sociedad, Epidemiología y Demografía aplicadas a la Administración de Salud, Administración Financiera y Administración de Servicios de Salud.

### *Otras actividades*

Paralelamente, y con el deseo de fortalecer las actividades nucleares, el PROASA desarrolló actividades de consultoría en Administración de Salud para los gobiernos del área, algunas de las cuales se realizan en estrecha coordinación con la Organización Panamericana de la Salud.

Asimismo, se ha iniciado el desarrollo de un sistema de Información en Administración de Salud que brinda respuesta a los requerimientos de profesores, investigadores y estudiantes centroamericanos en el campo de la administración de salud.

### **3. Conclusión**

En el contexto centroamericano de crisis social, económica y política que brinda marco al desarrollo de un precario estado de salud de la población, el PROASA-ICAP pretende contribuir a solucionar los problemas que dificultan la obtención de la eficiencia, eficacia y efectividad de las acciones en salud, acentuados por la crisis a que se hace referencia.

# referencias

La presente compilación de resúmenes sobre el tema específico de salud, fue tomada de: CLAD. *Boletín de Resúmenes*. 3(4): Jun., 1987, previa autorización solicitada a la Licda. Nuria Cunill, Directora del Centro de Documentación del CLAD.

Se consideró el material que podría ser de gran interés y utilidad para los alumnos, consultores y profesores que asisten a los dos Posgrados en Administración de Salud a nivel centroamericano que se llevan a cabo en el ICAP mediante un convenio de cooperación con la Fundación W. K. Kellogg.

Arce Rodríguez, Melitón. *Seminario regional sobre aspectos institucionales de la formulación, implementación y evaluación de política de salud*. Lima: Ministerio de Salud, 1987. 28 p.

## DESCRIPTORES:

POLITICA DE  
SALUD/DIAGNOSTICO/SERVICIOS  
DE SALUD/ ADMINISTRACION DE LA  
SALUD/POLITICA  
SANITARIA/IMPLEMENTACION DE  
POLITICAS/PERU

En la ponencia se describe la situación de la salud en Perú y se enumeran las principales políticas elaboradas por el gobierno en esta materia. La situación de salud, como resultado de una realidad multicausal, es el reflejo de la situación de crisis aguda que vive el país. La mortalidad infantil alcanza el 93 por mil y la tasa de mortalidad materna es del 30.3 por 10.000 nacidos vivos; las enfermedades transmisibles como la malaria y tuberculosis alcanzan cifras alarmantes; uno de enero-junio/1988

cada dos niños prescolares está desnutrido; se estima que alrededor del 40 por ciento de la población no está cubierta por los servicios de salud. Hasta hace poco tiempo atrás la acción del estado había contribuido a consolidar las diferencias abismales que existe en el terreno de la salud. En general, los recursos financieros destinados al área han disminuido progresivamente en los últimos diez años. Tampoco hay una efectiva coordinación entre las instituciones del sector. Finalmente, el pueblo ha permanecido como un receptor pasivo de servicios decididos por otros. Teniendo como punto de partida la situación antes descrita y dentro del marco de la política global del actual gobierno que se plantea un proceso de cambios y democratización globales de la sociedad peruana, se formuló la Política Nacional de Salud. Su objetivo central es la democratización de la salud. De ese objetivo central se desprenden siete lineamientos básicos: movilización y participación del pueblo en todos los niveles del sistema de salud; descentralización de los servicios de salud; acción multisectorial en este campo; desarrollo de nuevos enfoques y tecnologías para enfrentar los problemas de salud; adecuación institucional del sector; rol rector del Ministerio de Salud en la formulación y aplicación de las políticas de salud; y logro progresivo del objetivo de Salud para Todos a través de una adecuada priorización de los servicios de salud. Las prioridades establecidas son las siguientes: desde el punto de vista de los grupos, son los campesinos y los pobladores urbanos marginales; desde el punto de vista geográfico, las zonas menos desarrolladas; y en cuanto a

grupos de alto riesgo, las gestantes y madres lactantes y los niños menores de un año. En relación a cada uno de los lineamientos de políticas que fueron enumerados, se establecieron acciones a ser ejecutadas. Se pretende que el estado juegue un rol mucho más efectivo en la implementación de todas estas políticas; para ello se han fijado una serie de objetivos a ser alcanzados por las instituciones que conforman el sector salud: protección a las gestantes y madres lactantes; control del desarrollo del niño menor de un año; protección del pre-escolar, principalmente a través de acciones de nutrición; promoción de la salud escolar, a través de acciones conjuntas con el Ministerio de Educación; prevención de las enfermedades transmisibles que se pueden controlar por inmunización y saneamiento básico; atención de enfermedades prevalentes de significación nacional y regional; atención de las demandas sentidas por la población.

Bustamante, F. y Portales, C. *Evaluación y política: Factores políticos que inciden en la evaluación de políticas y programas sociales; versión preliminar*. Washington: OPS, 1987. 66 p.

#### DESCRIPTORES:

GRUPO DE PRESION/PODER  
POLITICO/POLITICA DE  
SALUD/EVALUACION DE  
POLITICAS/PROBLEMA POLITICO

El documento contiene una de las ponencias presentadas en el "Seminario sobre Aspectos Institucionales en la Formulación, Implementación y Evaluación de Políticas de Salud" realizado en Costa Rica. A lo largo del trabajo, se intenta mostrar las diferentes facetas de la relación que se da entre el proceso de evaluación de políticas y programas del sector público y el proceso político general. La

evaluación de políticas tiene una dimensión conflictiva que le es inherente en la medida en que no puede sustraerse a las implicaciones que sus resultados tienen para cada uno de los grupos involucrados. Especial importancia reviste el conflicto entre los formuladores de políticas que se orientan hacia un público elector y el personal de carrera. La evaluación y sus resultados deben ser vistos como un elemento de lucha entre distintos grupos por orientar las acciones del estado y por determinar la asignación de recursos; es esencial lo que cada uno de los grupos involucrados decida hacer con los resultados de la evaluación y en esa decisión, los intereses creados juegan un papel fundamental, así como las ideologías, valores, temores y aspiraciones de cada uno. El evaluador mismo no puede sustraerse a estos hechos. La evaluación de políticas puede tener distintos objetos, y según cuál de ellos se privilegie el evaluador se enfrentará a diferentes tipos de problemas políticos. Puede orientarse a estudiar la adecuación de la estructura institucional en la que se ha situado el programa o la política sectorial; puede orientarse a estudiar la estrategia y las acciones destinadas a prestar servicio o generar ciertos recursos; o, finalmente, puede orientarse hacia la medición de los resultados que sobre la sociedad tienen las políticas evaluadas. En cada uno de estos casos, el evaluador enfrentará problemas políticos distintos que van desde la resistencia institucional hasta la lucha de grupos de interés, pasando por la coyuntura política concreta que se viven en el país. Lo esencial es comprender que la sociedad está constituida por diversos y numerosos intereses, algunos de los cuales buscan afectar y controlar la ejecución y los resultados de las políticas públicas. Es importante tener aquí presente de qué manera estos intereses buscan influir; es obvio que su capacidad de influencia está condicionada por el régimen político y la estructura de gobierno en vigor. Asimismo, estos grupos se movilizarán para promover sus intereses y es importante tener muy claro los factores que determinarán el peso y la magnitud de esa movilización,

según el contexto en que se de. En conclusión, quien esté interesado en evaluar las políticas públicas, ya sea en el sector salud o en cualquier otro, deberá tener siempre presente y tratar de prever los conflictos de intereses y las consecuencias políticas que su actividad como evaluador tendrá; dichas consecuencias políticas pueden resultar tanto o más decisivas que la irreprochable aplicación de ciertas técnicas y criterios metodológicos profesionales que, teóricamente, se supone que deberían garantizar la adecuación y la validez del proceso de evaluación.

Fernández Baeza, Mario. *Aspectos institucionales en la formulación de las políticas de salud: Siete temas para la discusión; primer borrador*. Santiago: ILPES, 1987. 12 p.

#### DESCRIPTORES:

POLITICA DE SALUD/FORMULACION DE POLITICAS/ PROCESO DECISORIO/AMERICA LATINA

Ponencia presentada ante el Seminario Regional sobre Aspectos Institucionales de la Formulación, Implementación y Evaluación de las Políticas de Salud realizado en Costa Rica, entre el 11 y el 15 de mayo de 1987.

Se analiza la naturaleza del proceso de formulación de las políticas de salud y de las estructuras en las que tiene lugar.

Las políticas de salud, como todas las políticas sociales, son componentes del proceso político; las decisiones adoptadas en el marco del proceso de formulación de políticas sociales son decisiones políticas en la medida que son adoptadas por una estructura que es el resultado de las relaciones de poder entre distintos grupos, intereses y valores de la sociedad. Si la esencia de una política social es política, entonces su formulación

debe ser observada de acuerdo a la lógica del proceso político. Una decisión de salud, en tanto decisión política, implica los siguientes elementos: poder o capacidad de gobernabilidad; información sobre los posibles cursos de acción; proyecto, plan o modelo; y adaptación, flexibilidad y análisis. Con respecto a la estructura del sistema político en el cual se enmarca la formulación de las políticas de salud, presenta los siguientes problemas: a) Insuficiente grado de descentralización lo que impide una adecuada planificación y afecta la calidad de los servicios prestados; b) Limitaciones en la participación, organización y concertación social; los grupos más vulnerables de la población, desde el punto de vista de la salud, son los que carecen justamente de un adecuado grado de participación en la formulación de las políticas; si no se logra implementar una real participación local, los servicios de salud difícilmente mejorarán y las políticas continuarán siendo ajenas a la naturaleza de los problemas y a la idiosincracia de quienes los sufren; c) Requerimiento de la intersectorialidad en la medida que uno de los mayores obstáculos para lograr un buen funcionamiento de salud es la descoordinación y superposición de instituciones en la administración de la salud; d) Existe rigidez institucional que dificulta las necesarias transformaciones estructurales del sistema de salud. Con respecto a las características del proceso político, las políticas de salud enfrentan los siguientes problemas: a) Frecuente inestabilidad de los sistemas políticos, en el sentido de falta de continuidad de una cierta estructura política; b) Incapacidad del sistema político para hacer frente a las presiones en favor del cambio con la necesaria flexibilidad que permita incorporar elementos nuevos a las políticas; c) En Latinoamérica, la formulación de políticas de salud se ve afectada por las características que asumen los proyectos nacionales y los estilos o modelos de desarrollo. Otro elemento que juega un rol importante en la formulación de políticas de salud es la naturaleza de los recursos humanos; a nivel de salud, existe una

tendencia negativa en el sentido de que tiende a desvirtuarse el sentido de la función pública el cual se ve desnaturalizado por la burocracia; en general, los funcionarios que forman parte de un sistema burocrático se ven más bien amenazados por la incertidumbre que motivados por la estabilidad.

Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Dirección General de Servicios de Salud. *Aspectos institucionales de la formulación, implementación y evaluación de las políticas de salud*. Guatemala : Unidad de Desarrollo Administrativo, 1987. 8 p.

DESCRIPTORES:

POLITICA DE SALUD/ADMINISTRACION DE LA SALUD/IMPLEMENTACION DE POLITICAS/POLITICA SANITARIA/SERVICIOS DE SALUD/PLANES SECTORIALES/GUATEMALA

Ponencia que expone el actual plan de salud de Guatemala.

El plan vigente se ha establecido sobre la base de cuatro principios: 1) La salud es un componente del perfil de bienestar y, por lo tanto, es de carácter intersectorial. 2) Las políticas y estrategias sectoriales deben armonizarse con otros componentes del Plan Nacional de Desarrollo. 3) La incorporación de los sistemas institucional y comunitario exige una política unitaria de salud que asegure la coherencia de las acciones. 4) Asignar prioridad a las acciones destinadas a satisfacer las necesidades más urgentes de la población, especialmente las de los grupos más vulnerables. El propósito central de dicho plan es procurar para todos los ciudadanos los más altos niveles de salud física, mental y social con el fin de que puedan disfrutar de una vida satisfactoria y participar activamente en el proceso de

desarrollo. Los objetivos planteados en el plan son los siguientes: 1) Establecer y desarrollar un sistema de planificación, programación y evaluación de los servicios de salud. 2) Reducir las tasas de mortalidad y morbilidad. 3) Incrementar las actividades de cooperación técnica con países en desarrollo. 4) Establecer mecanismos adecuados de coordinación entre las diferentes agencias del sector. En el marco de estos principios y objetivos, el Ministerio de Salud ha establecido las siguientes políticas fundamentales que orientarán las acciones a realizar durante el quinquenio 86-90: 1) Aumento de cobertura: extensión, en calidad y cantidad, de los servicios de salud destinados a satisfacer necesidades básicas. 2) Salud y saneamiento ambiental: fortalecimiento y descentralización de los programas de salud preventivos, curativos y de saneamiento ambiental para reducir las tasas de mortalidad y morbilidad. 3) Alimentación y nutrición: mejorar las condiciones nutricionales de la población y alcanzar autosuficiencia en todos los estratos. 4) Desarrollo institucional: modernizar la administración pública del sector salud. 5) Infraestructura física del sector salud: se trata de mantener los equipos y las instalaciones en buen estado y de incrementar el equipamiento existente con criterios racionales y eficientes. Para implementar estas políticas se ha elaborado una estrategia básica del Plan de Salud que es la Atención Primaria, expresada a través de: 1) La regionalización funcional de los servicios. 2) Atención de programas prioritarios. 3) Articulación de los niveles de atención y accesibilidad progresiva de los mismos. 4) Participación de los usuarios y trabajadores en el desarrollo de los programas y 5) Establecimiento de normas y procedimientos que garanticen la utilización productiva de los recursos disponibles, a partir de una gestión eficiente, eficaz y efectiva. Es necesario mencionar que hasta 1982 las políticas de salud no tuvieron ningún resultado concreto ya que no pasaban del enunciado teórico. Recién con el actual gobierno, las políticas han empezado a traducirse en acciones concretas.

Honduras. Ministerio de Salud Pública. *Caso nacional sobre los aspectos institucionales de la formulación, implementación y evaluación de políticas de salud*. Tegucigalpa: El Ministerio, 1987. 18 p.

DESCRIPTORES:

POLITICA DE SALUD/ADMINISTRACION DE LA SALUD/ADMINISTRACION DE POLITICAS/SERVICIOS DE SALUD/HONDURAS

Ponencia que expone las actuales políticas de salud en Honduras.

Las modalidades como ellas son formuladas, implementadas y evaluadas.

Las principales metas de salud se establecen en el Plan Nacional de Desarrollo y se desglosan en cuatro áreas: atención al medio ambiente, atención a las personas, alimentación-nutrición y seguridad social. En el área de salud se le otorga al Ministerio de Salud el rol conductor, siendo el encargado de definir las políticas, prioridades y objetivos. La formulación de las políticas se realiza a partir de un análisis de la situación actual de la salud y su relación con los aspectos socio-económicos globales del país, incorporando en el análisis las categorías de orden biomédico y la medición de los indicadores del nivel de salud de la población. También se analiza la situación institucional del área. Las principales políticas formuladas se relacionan con la extensión de la cobertura de los servicios de salud, priorizando los sectores más vulnerables; también se ratificó la estrategia de atención primaria de salud, la participación de la comunidad y la readecuación del sistema institucional. Con respecto a la implementación de estas políticas, hay que señalar que el rol fundamental le ha sido asignado al Gabinete de Desarrollo Social quien discute los planes, coordina las instituciones que los ejecutan, apoya el financiamiento necesario, fortalece la planificación y apoya las iniciativas jurídico-administrativas que permitan un desarrollo coordinado del área. La estructura del conjunto del sector salud es la siguiente: instituciones públicas centralizadas, descentralizadas y organizacio-

enero-junio/1988

nes privadas, las cuales son integradas por comisiones interinstitucionales; la Secretaría de Salud juega el rol rector. La organización de los servicios de salud, bajo un enfoque de centralización normativa y descentralización administrativa, se está readecuando, expandiendo y fortaleciendo. Además, para la implementación de las políticas se ha definido un proceso de programación local que consiste en una metodología o herramienta de trabajo a ser aplicada por los equipos que funcionan a nivel operativo, con el propósito de racionalizar la utilización de los recursos y enfrentar los problemas de salud en forma de responsabilidad compartida entre la institución y la comunidad.

Los problemas más importantes que han sido detectados son los siguientes: 1) A nivel de la formulación: la crisis económica ha restringido los recursos del sector; persisten estructuras presupuestarias inadecuadas; y mala distribución de los recursos humanos del sector. 2) A nivel de la implementación: mala articulación del sector; estancamiento de la regionalización; limitaciones en el abastecimiento de insumos; persistencia de una inadecuada estructura organizativa. 3) A nivel de la evaluación dificultad para medir muchas de las actividades del sector; multicausalidad de los problemas de salud; falta de un sistema adecuado de información; dificultades financieras y logísticas que limitan la supervisión, las monitorías y la evaluación oportunas y sistemáticas.

Mera, Jorge Alberto. *La implementación de políticas de salud en América Latina*. Caracas: CLAD, 1987. 52 p.

DESCRIPTORES:

POLITICA DE SALUD/IMPLEMENTACION DE POLITICAS/RACIONALIZACION/ PARTICIPACION CIUDADANA/CAPACIDAD ADMINISTRATIVA/AMERICA LATINA

Ponencia que analiza los elementos que se deben considerar para lograr una ade-

cuada etapa de implementación de las políticas de salud en América Latina.

Para asegurar el éxito en la implementación de una política existen cuatro órdenes de elementos a considerar. 1) La política debe estar bien formulada. Por bien formulada se entiende que la política debe ser apta, factible y aceptable. Ello significa tener una configuración potencialmente eficaz para solucionar un problema, disponer de los recursos para hacerlo y el costo debe ser compatible con las expectativas e intereses de los grupos involucrados. 2) Debe existir una adecuada capacidad institucional en el sector. Para que una política sea exitosa debe contar con el instrumento adecuado para implementarla; ello significa que las instituciones del sector deben contar con la capacidad técnica necesaria para desarrollar las tareas definidas; dicha capacidad técnica implica la disponibilidad de personal idóneo, experiencia institucional y un sistema ágil de procedimientos técnicos y administrativos. En América Latina, para obtener la adecuada capacidad institucional del sector es esencial transformar el aparato burocrático público; ello significa elaborar una política de administración pública orientada a la transformación orgánica del aparato estatal, basada en un estilo de gestión democrática, en un incremento de la participación ciudadana y en el aliento al desarrollo del potencial de acción de la sociedad civil. El problema de la participación es central porque sin ella ninguna transformación del aparato burocrático se asienta sobre bases sólidas; para que se logre implementar un verdadero proceso participativo, el estado debe responder a tres criterios de credibilidad: que se le considere democrático, honesto y eficiente. En suma, se requiere de una actitud abierta, innovadora y casi experimental para enfrentar este duro problema. 3) Debe darse la unidad del frente interno. La implementación exitosa de políticas requiere de la mayor unidad posible de ejecución. En todo sector de la gestión gubernamental —como el de salud— existe una multiplicidad de organismos que deben funcionar con el máximo de unidad, esto es, con homogeneidad de objetivos,

lineamientos y políticas. Para un funcionamiento eficaz se requiere una adecuada estructura, esto es, relaciones coherentes en las que se de una adecuada asignación de responsabilidades y competencias. También, en el caso de la salud, se requiere una adecuada coordinación con los otros sectores cuyas actividades tocan, también, los problemas de salud. Ello significa desarrollar un enfoque verdaderamente intersectorial de las acciones de salud. 4) Debe manejarse cuidadosamente los condicionantes externos. Significa tener muy claro quiénes y cómo se oponen a las políticas de salud que se intenta implementar y cuáles son las acciones y estrategias que pueden neutralizarlos.

Se anexan dos documentos: 1) Coincidencias y conflictos entre los protagonistas y 2) Técnicas de evaluación de factibilidad.

Morán Quinada, Hugo. *Formulación, implementación y evaluación de políticas de salud*. San Salvador: [s.n.], 1987. 29 p.

#### DESCRITORES:

POLITICA DE SALUD/DIAGNOSTICO/  
ADMINISTRACION DE LA  
SALUD/SITUACION POLITICA/ANALISIS DE  
PROCESO/EL SALVADOR

El documento contiene una de las ponencias presentadas en el Seminario sobre Aspectos Institucionales en la Formulación, Implementación y Evaluación de Políticas de Salud realizado en Costa Rica. Se describe la situación de El Salvador en materia de salud, y las principales políticas que se han implementado en este terreno.

La situación de la salud en el país puede resumirse como sigue: alta mortalidad infantil (350 por mil en 1985) con gran subregistro; alta mortalidad en niños meno-



res de 5 años; medio ambiente hostil (escasez de vivienda, falta de agua potable, falta de educación general y en salud, etc); y 75 por ciento de desnutrición en los menores de 5 años. Finalmente, un inadecuado e ineficaz sistema de salud, que no ha podido tomar las acciones necesarias para mejorar los niveles de salud, en el contexto de un aparato estatal que trata de perpetuar las estructuras imperantes.

En El Salvador existe, actualmente, una encrucijada de problemas y de objetivos. La crisis económica, los golpes de la guerra y las consecuencias del terremoto imponen la necesidad de definir prioridades para enfrentar la verdadera encrucijada de necesidades que se plantea. Y sin embargo no se cuenta con el mínimo consenso que permita definiciones coherentes. En éstas condiciones, el proceso de formulación e implementación de políticas es un proceso utópico dada la falta de unidad y los conflictos de intereses, agudizados por la guerra y por las presiones externas. En este contexto, se pueden definir de la siguiente manera las características que tipifican la problemática de la salud en El Salvador: 1) A nivel de formulación de políticas: el modelo de prestación de servicios no responde a las necesidades reales; las políticas de salud no son acordes a la realidad histórico-estructural del país; su formulación está excesivamente centralizada y no hay participación de la población en el proceso; no hay coordinación inter-institucional e inter-sectorial; el sistema de información es inadecuado; y la priorización es altamente política y poco técnica. 2) A nivel de la implementación de las políticas de salud: centralización total de los programas; irracionalidad en el manejo de la gerencia; proceso administrativo poco dinámico; no hay optimización del uso de los recursos; casi nula participación de la población; falta de capacitación; falta de capacidad gerencial; inadecuado sistema de información que no permite retroalimentar la implementación de las políticas, ineficacia de un sistema de monitoreo y evaluación. 3) A nivel de la evaluación de las políticas de salud: actualmente no se cuenta con un sistema

enero-junio/1988

adecuado, especialmente en las regiones y a nivel local; esto, en definitiva, no permite responder: cómo estamos, dónde estamos, qué hacemos y para quién lo hacemos.

Dada esta realidad, en El Salvador se plantean necesidades urgentes en el sector salud: readecuar la planificación al proceso global, a la encrucijada que forman la guerra, la deuda externa, la crisis y el terremoto, a la participación social y a la necesidad de transformar en una realidad el derecho natural de todos a la salud. Todo esto no será posible si no se logra un consenso mínimo en la sociedad salvadoreña.

Oxman, Gastón. *Evaluación de políticas y programas de salud: versión preliminar*. Washington: OPS, 1987. 44 p.

#### DESCRIPTORES:

POLITICA DE SALUD/EVALUACION DE  
POLITICAS/ EVALUACION DE  
PROGRAMAS/ANALISIS DE PROCESO

Ponencia presentada en el Seminario sobre Aspectos Institucionales en la Formulación, Implementación y Evaluación de Políticas de Salud realizado en San José. Se analiza la naturaleza del proceso de evaluación de las políticas y programas de salud.

La evaluación se concentra fundamentalmente en la recolección, análisis e interpretación de información con el objeto de mejorar el impacto e ir cumpliendo los objetivos de los programas sociales. En tanto proceso, la evaluación tiene ciertas exigencias: es indispensable explicitar lo más claramente posible el propósito de la evaluación; en este sentido, hay que tener presente que existen tres tipos de evaluación: evaluación relacionada con la conceptualización y el diseño de los progra-

mas; monitoreo de la implementación del programa; y evaluación de los resultados. También es indispensable considerar el medio ambiente en el cual se desarrolla el programa. Por último, es fundamental tener muy claras las razones por las cuales se evalúa, porque cada uno de los actores involucrados tiene sus propias y específicas razones.

Partiendo de la base que la evaluación es un proceso que se relaciona esencialmente con los objetivos de los programas y las políticas de salud, se pueden especificar los elementos que lo componen o etapas del proceso: 1) Especificación de objetivos: esta etapa corresponde a la respuesta de una de las preguntas centrales, esto es, qué debe evaluarse; 2) Obtención de la información necesaria: la validez de todo el proceso descansa en la confiabilidad de los datos; y esta confiabilidad descansa, a su vez, en la capacidad de definir adecuadamente qué información se requiere, cuáles son las fuentes disponibles y cuál es el grado de adecuación de esa información disponible. Para la obtención de información confiable se debe seguir un proceso lógico que lleva desde las definiciones de base a los indicadores; en el caso de las políticas y programas de salud se trabaja, normalmente, con los siguientes tipos de indicadores: de políticas sanitarias, de situación socio-económica, de prestaciones de servicios de salud, de cobertura de la Atención Primaria de salud, del Estado de Salud de la población, etc. 3) Verificación de la pertinencia: se debe examinar la justificación de las políticas, los programas, las actividades, los servicios y las instituciones de salud que se tratan. 4) Evaluación de la suficiencia: en relación con la formulación de políticas se trata de analizar si los programas han sido adecuadamente formulados y si los problemas han sido definidos con claridad. 5) Examen de los progresos: se deben analizar las actividades desplegadas, los recursos utilizados y el grado de correspondencia entre la ejecución efectiva y la planificada. 6) Evaluación de la eficiencia: hay que relacionar los resultados obtenidos con los esfuerzos desplegados y los recursos utilizados. 7) Eva-

luación de la eficacia: se trata de analizar el grado en que se han logrado los objetivos planteados. 8) Evaluación de los efectos: se trata de analizar si la situación de salud ha mejorado en relación a las metas planteadas. 9) Conclusiones y formulación de propuestas de acción para el futuro.

Se anexa un análisis de caso: evaluación de políticas.

Quintero Sánchez, César. *Aspectos institucionales de la formulación, implementación y evaluación de políticas de salud*. Panamá: Ministerio de Salud. Dirección Nacional de Planificación, 1987. 66 p.

#### DESCRIPTORES:

ADMINISTRACION DE LA SALUD/ REFORMA  
SECTORIAL/ESTRATEGIA  
ADMINISTRATIVA/ DESCENTRALIZACION  
FUNCIONAL/SERVICIOS DE SALUD/  
POLITICA DE SALUD/ POLITICA  
SANITARIA/PANAMA

En la ponencia se exponen las principales políticas de salud en Panamá. Existen tres grandes lineamientos políticos, que se desprenden de la Constitución y que orientan el quehacer del sector salud: 1) La salud integral como función esencial del estado y como deber de todo ciudadano. 2) La participación comunitaria que define una estrategia tendiente a establecer los mecanismos legales que garanticen una democracia participativa dentro del sector salud y 3) La Reforma Técnico-Administrativa tendiente a reorganizar los recursos que el sector público destina a la producción de bienes y servicios de salud, a través de la estrategia de regionalización, sectorización e integración orgánica y funcional de todas las instituciones del sector público de salud. El sector privado, que había tenido una

participación muy baja en el campo de la salud, actualmente cubre el 40 por ciento del gasto total del sector lo que obliga a implementar estrategias que faciliten su coordinación con el sector público. Se ha elaborado un modelo nacional para la administración de salud que apunta a optimizar la capacidad operativa de los servicios; la organización del sistema contempla cuatro aspectos básicos: organización administrativa de las instituciones del sector, participación comunitaria, articulación intersectorial y cooperación internacional. El modelo tendrá como principio central el fortalecimiento del proceso de gestión basado en la desconcentración operativa de los recursos, en la descentralización de las decisiones y la sectorización que permita que los equipos de salud y la comunidad conformen unidades programáticas a nivel local. Desde el punto de vista de la organización del sector se han planteado los siguientes objetivos: fortalecimiento del modelo administrativo descentralizado; racionalización en el uso de los recursos; readecuación de la red metropolitana de servicios de salud; fortalecimiento de los sistemas de apoyo tales como normas y procedimientos, administración de personal y sistema de información; implementación de una estrategia de desconcentración acompañada de la elaboración de normas y procedimientos para la operación de las unidades de salud; implementación de un programa de capacitación continua para hacer posibles y eficientes todas las reformas que se plantean para el sector; implementación de la estrategia de Atención Primaria que implica visualizar la cobertura de servicios de salud en dos ejes: horizontal (para llegar a toda la población) y vertical (que permita el acceso a todos los servicios). Con respecto a los procedimientos de implementación, el Plan Nacional Estratégico para el Desarrollo de los Servicios de Salud en Panamá define siete áreas de acción: fortalecimiento de los servicios de salud, recursos humanos, medicamentos esenciales, alimentación-nutrición, enfermedades tropicales, supervivencia infantil y agua y saneamiento.

to. El plan identifica 5 componentes para la acción estratégica: gestión, capacidad instalada, recursos humanos, recursos materiales y recursos financieros.

Ruiz Leal, Jaime Martín. *Aspectos institucionales de la formulación, implementación y evaluación de políticas de salud: El caso colombiano: borrador.* Neiva: [s.n.], 1987. 12 p.

#### DESCRIPTORES:

ADMINISTRACION DE LA  
SALUD/DIAGNOSTICO/ CAPACIDAD  
ADMINISTRATIVA/POLITICA DE SALUD/  
SERVICIOS DE SALUD/REFORMA  
SECTORIAL/COLOMBIA

El documento contiene una de las ponencias presentadas en el Seminario sobre Aspectos Institucionales en la Formulación, Implementación y Evaluación de Salud realizado en Costa Rica. Se describe la situación de Colombia en materia de salud. Los problemas de salud se presentan en un contexto global caracterizado por un agravamiento de las condiciones generales de vida de la población. El 43 por ciento vive en condiciones de pobreza; la desnutrición afecta a un 20 por ciento de la población infantil; el desempleo oscila entre el 13 y el 15 por ciento. En este contexto es donde se intentan implementar las políticas de salud. El rol del Estado colombiano en la formulación, implementación y evaluación de políticas de salud se ha fundamentado en un fortalecimiento lento y leve del Sistema Nacional de Salud; desafortunadamente, el SNS a lo largo de sus 12 años de existencia no ha sido todo lo eficaz que se esperaba: las coberturas de salud son bajas. El financiamiento del sector se ha visto afectado especialmente en los últimos años: de un 10 por ciento del presupuesto nacional con que contaba hace doce años, su partici-

pación bajó a un 4 por ciento en la actualidad. Frente a toda la débil situación que vive el sector salud se ha venido propiciando la necesidad de darle integridad al planteamiento del proyecto de salud con todos los elementos de participación intersectorial que tienen influencia efectiva (educación, obras públicas, agricultura, etc) en la modificación de los niveles de salud. Se requiere, también, motivar cambios políticos para replantear los aspectos relacionados con la estructura, origen, oportunidad, volumen y responsabilidad de los diferentes elementos de la sociedad en el financiamiento del sector. Se requiere una revisión de la distribución de los recursos por programas a la luz del avance de los conocimientos y de la tecnología y en función de estudios serios de necesidades y costos. Es todo el proceso de fijación de prioridades el que se pretende modificar. Otro factor que requiere una intervención rápida en el sector es el desarrollo de la capacidad gerencial fundamentada sobre la toma de decisiones como resultado del interjuego de la eficiencia, la calidad y la tecnología. Otro de los elementos inquietantes es el relacionado con el tipo y operativización de métodos efectivos de participación comunitaria en la formulación, implementación y evaluación de las políticas de salud. Las nuevas decisiones gubernamentales exigen una definición en este terreno ya que se ha priorizado la erradicación de la extrema pobreza, la descentralización del SNS y la atención prioritaria a las zonas de insurgencia. Para alcanzar estos objetivos se requiere una efectiva reestructuración del aparato administrativo del sector. En este cuadro general del sector, preocupa mucho la pérdida de liderazgo de la administración pública y el deterioro paulatino de su capacidad de gestión. Finalmente, en cuanto al componente de evaluación, es imprescindible estimular la conciencia de su importancia y la actitud de compromiso para realizarla sistemáticamente. Para ello hay que realizar una árdua tarea, especialmente a niveles locales, donde las debilidades en el terreno de la capacitación son más fuertes.

Saénz J., Lenin. *Salud sin riqueza: El caso de Costa Rica*. San José: Ministerio de Salud. Unidad Sectorial de Planificación, 1985. 49 p.

#### DESCRIPTORES:

POLITICA DE SALUD/ANALISIS DE IMPACTO/ EVALUACION DE POLITICAS/ADMINISTRACION DE LA SALUD RACIONALIZACION/REFORMA SECTORIAL/COSTA RICA

En la ponencia se analiza la actual situación de salud en Costa Rica, se describen las políticas y estrategias en este campo y se analiza el impacto que en ellas han tenido así como su costo.

Al analizar los indicadores generales de desarrollo del país y compararlos con los indicadores clásicos de salud se observa que hasta 1970 ambos evolucionan de la manera esperada en un país en desarrollo: pero a partir de 1970 se acentúa, de manera imprevista, el mejoramiento de los indicadores de salud: la mortalidad infantil baja al 18.6 por mil en 1983, con un descenso del 69.9 por ciento en relación a 1970. Este hecho sorprendente conduce a examinar con especial interés cuáles fueron las políticas de salud, los programas que las hicieron realidad y su impacto sobre la situación de la salud en el país. Durante el período analizado hubo una idea central que orientó las políticas de salud: el logro de una cobertura universal de prestación de servicios de salud. Ello se intentó mediante dos estrategias básicas: la extensión y fortalecimiento de los servicios médicos del seguro social y el desarrollo de programas de atención primaria de salud. La primera de estas estrategias previó tres etapas: extensión vertical que consistió en eliminar las disposiciones que limitaban la obligación de cotizar por encima de cierto salario permitiendo, así, el ingreso al Seguro Social a toda la población asalariada del país; la segunda etapa fue la extensión horizontal que permitió que el servicio llegara a todos los puntos geográficos del país, a través del traslado de hospitales y unidades de salud a los puntos más desprotegidos

del país; y una tercera etapa, aún no completada, que pretende alcanzar la universalización de la cobertura. La segunda gran estrategia estuvo orientada a llevar la atención médica a todos aquellos sectores que habían estado tradicionalmente marginados de ella por medio de la estrategia de atención primaria que se concretó en el desarrollo de los programas de Salud Rural y Salud Comunitaria. Muy ligada a estas estrategias, se implementó una política de participación de las comunidades. También se aplicó una política de racionalización del uso de los recursos y se apoyó con fuerza el proceso de planificación. Otra política aplicada en ese período fue la encaminada a solucionar los problemas nutricionales a través de programas de alimentación complementaria y de educación alimentaria. La definición de todas estas políticas se llevó a cabo dentro de una orientación doctrinaria de equidad y justicia social. La ejecución de estas políticas dio lugar a una importante reestructuración institucional del sector salud los resultados inesperadamente positivos de la aplicación de estas políticas demuestran un hecho esencial: la importancia que tiene en el éxito de implementación de políticas la voluntad política que se ponga en ello; también demuestra la ventaja de concentrar los esfuerzos de salud en los sectores y problemas más vulnerables con la tecnología disponible, sin necesidad de grandes inversiones. S.S.

Tejeda de Rivero, David A. *La política nacional de salud en acción*. Lima: Ministerio de Salud, 1986. 16 p.

**DESCRIPTORES:**

POLITICA DE SALUD/DEMOCRATIZACION/  
ADMINISTRACION DE LA SALUD/SERVICIOS  
DE SALUD/PARTICIPACION  
SOCIAL/DESCENTRALIZACION/  
REORGANIZACION/ DOCUMENTO  
OFICIAL/PERU

El documento, escrito por el Ministerio de Salud del Perú, contiene los principales enero-junio/1988

lineamientos de política diseñados por el actual gobierno para el sector de la salud.

Uno de los postulados centrales del actual gobierno es la democratización de la salud, entendida como una distribución equitativa de los recursos humanos y financieros asignados por el estado para el cuidado de la salud. El otro postulado esencial es la necesidad de que el pueblo mismo participe y trabaje en el manejo y control de los recursos y servicios. De este par de postulados básicos se desprenden los lineamientos centrales de la actual política de salud que son los siguientes: 1) Participación del pueblo organizado a todos los niveles del sistema de salud: la operacionalización de la participación popular significa identificar y reconocer a las autoridades comunitarias pre-existentes en tanto legítimos representantes del pueblo y abandonar los intentos por crear grupos u organizaciones comunitarias paralelas. A pesar de que la participación es un proceso difícil de implementar, el sector salud en el Perú se ha puesto a la vanguardia en este aspecto con el apoyo que le ha dado al proceso la Dirección de Apoyo a la Participación Comunitaria creada en el Ministerio de la Salud. Se ha estimulado la participación tanto en la identificación y priorización de los problemas como en la toma de decisiones relativas a planes y programas. 2) Descentralización efectiva de los servicios de salud con delegación de autoridad hasta el establecimiento de nivel local más periférico: esta descentralización abarca todo lo concerniente a la programación, ejecución y evaluación de las actividades de salud. Siendo la descentralización un proceso también difícil de implementar, en la medida que implica luchar contra las tendencias burocráticas, se ha impulsado un proceso de comunicación directa, interpersonal a través de reuniones periódicas a nivel departamental que permiten, además, la coordinación intersectorial descentralizada. Ello ha ido dando mayor seguridad en la toma de decisiones a niveles descentralizados. 3) Acciones multisectoriales en el ámbito de la salud: se considera la salud como un problema social complejo y multicausal

cuyo tratamiento exige la participación de distintos sectores. 4) Desarrollo de nuevos enfoques para el enfrentamiento de los problemas de salud, incluyendo la utilización de tecnologías apropiadas a la realidad nacional y "apropiables" por el pueblo: el objetivo básico de este lineamiento es lograr la independencia en relación a los esquemas foráneos e impedir que se siga comercializando indiscriminadamente la ciencia y la tecnología. 5) Reordenamiento del sector salud y de sus instituciones: se trata de reestructurar y desburocratizar las instituciones del sector para lograr una efectiva coordinación, integración e intersectorialidad de las acciones de salud. 6) Rol rector del Ministro y del Ministerio de Salud; se trata de que el sector salud se integre al proceso global de desarrollo y tenga peso en su orientación y 7) Salud para Todos, como objetivo final del sector y definición concreta de prioridades para la asignación de recursos existentes y su uso efectivo.

Uruguay. Ministerio de Salud Pública. *Aspectos preliminares: Doctrina, políticas y estrategias*. Montevideo: Ministerio de Salud Pública, 1987. 12 p.

#### DESCRIPTORES:

DIAGNOSTICO/ADMINISTRACION DE LA SALUD/POLITICA DE SALUD/SERVICIOS DE SALUD/PLANES SECTORIALES/URUGUAY

En la ponencia se hace un diagnóstico de salud en Uruguay y se exponen las políticas básicas en este campo y su fundamento doctrinario.

Los indicadores de salud arrojan las siguientes cifras: esperanza de vida de 70.3 años; mortalidad infantil de 28.6 por mil; mortalidad materna de 3.9 por diez mil. Estos indicadores muestran tasas satisfactorias si se comparan con la mayoría de los países latinoamericanos.

También los indicadores de los servicios de salud presentan situaciones análogas. Sin embargo, las cifras son elevadas si se comparan con las condiciones generales del país; en los últimos veinte años, se dieron factores políticos y económicos que han deteriorado una situación que era muy saludable, estancándose aquellos indicadores que iban mejorando. Desde el punto de vista institucional, el sector salud es heterogeneo, tiene escasa coordinación y muestra niveles de desarrollo muy distintos entre las áreas que lo conforman; ello conduce a que no preste una atención con la calidad esperada ni con la cobertura igualitaria deseable. El desarrollo disarmónico del sector se hace más evidente entre el sector público y el privado, coexistiendo una alta tecnología junto a equipamientos obsoletos. El financiamiento de los servicios públicos de salud es fuertemente regresivo lo que gravita sobre los sectores de más bajos ingresos. Es en este marco que se ha formulado la nueva doctrina y las nuevas políticas de salud del actual gobierno civil. Se parte de la base que la salud y la enfermedad son componentes de una relación dinámica entre aspectos biológicos, psíquicos y sociales; son partes constitutivas de un proceso que se da en un contexto socio-económico que es su determinante. Se considera el derecho a la salud como inalienable y como tal no se usufructúa ni se ejerce pasivamente sino que se construye y se conquista. A partir de esta posición doctrinaria básica se han formulado las políticas y las estrategias para el sector salud. Ellas están orientadas a asegurar, con carácter igualitario, la satisfacción de las necesidades de salud de toda la población, con prioridad de las necesidades de salud de los grupos más desprotegidos; están inspiradas en el concepto de Atención Primaria de la Salud y en los criterios de universalidad, equidad, solidaridad social los que se concretan a través de la ejecución de un Plan Nacional de Salud. Dicho plan se plantea los siguientes objetivos:

- 1) Prestar atención integral y accesible al 100 por ciento de la población dentro de los lineamientos de la Estrategia de

Atención Primaria de Salud. 2) Brindar cobertura efectiva al 100 por ciento de la población desarrollando una red de servicios articulados y coordinados a un costo compatible con las posibilidades del país. 3) Atender prioritariamente a los grupos marginados. 4) Priorizar los programas materno-infantiles. 5) Atender al medio ambiente. 6) Desarrollar programas de educación sanitaria. 7) Mejorar la capacidad operativa del sector. 8) Impulsar la participación plena de la comunidad.