

COMISION ECONOMICA PARA AMERICA LATINA

Seminario sobre Pobreza y Grado de Satisfacción de las
Necesidades Básicas en el Istmo Centroamericano.

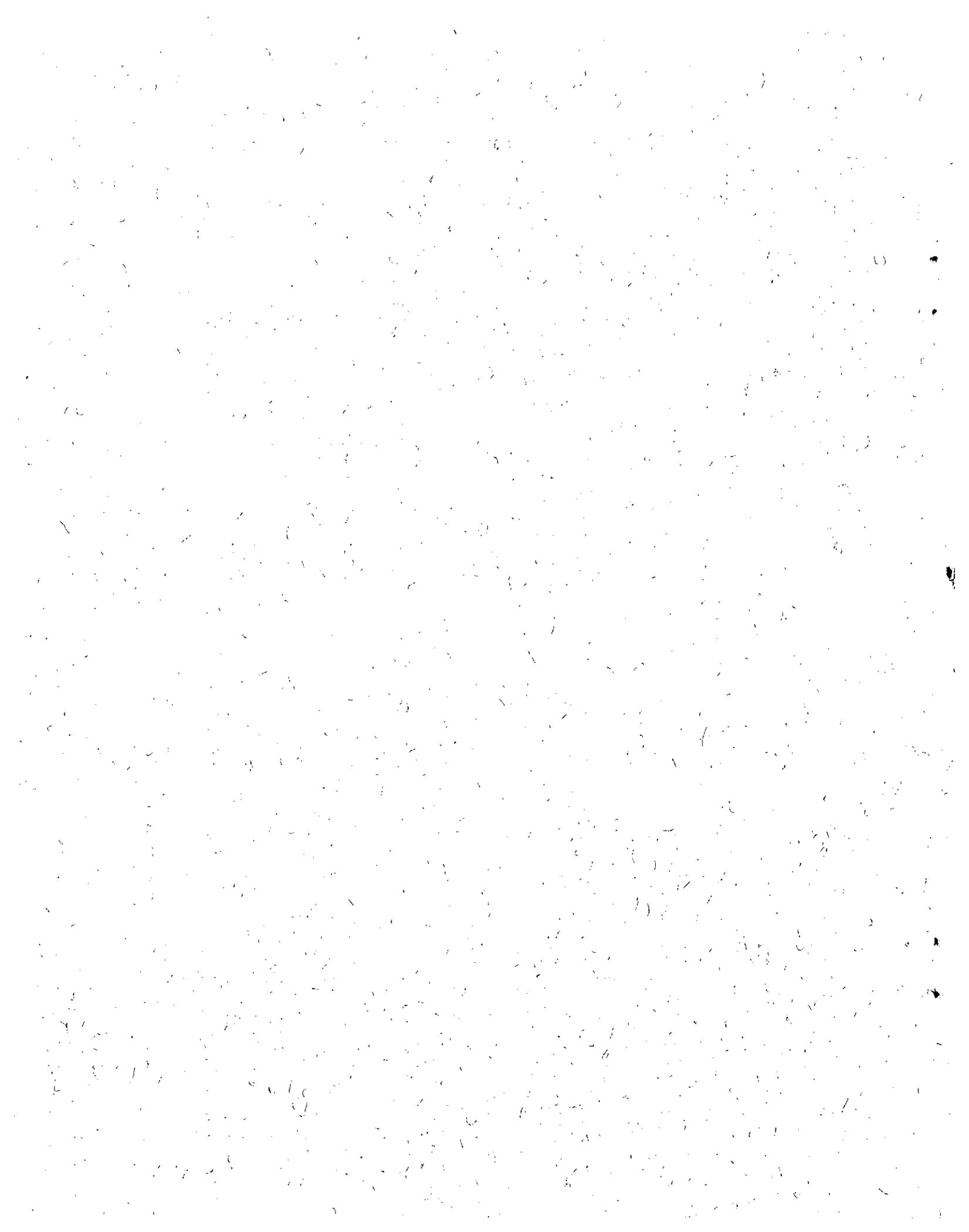
México, D. F., 31 de marzo a 2 de abril de 1981

Documento Informativo No. 4

**COSTA RICA: SATISFACCION DE LAS NECESIDADES BASICAS DE SALUD CON
ENFASIS EN LA POBLACION DE MAS BAJOS INGRESOS**

Documento preparado por el Sr. William Vargas González para el Proyecto
CEPAL/PNUD sobre el Grado de Satisfacción de las Necesidades Básicas en
el Istmo Centroamericano. Las opiniones expresadas en este trabajo son
de la exclusiva responsabilidad del autor.

81-3-195



SATISFACCION DE LAS NECESIDADES BASICAS DE SALUD
CON ENFASIS EN LA POBLACION DE MAS BAJOS INGRESOS

SEMINARIO SOBRE POBREZA Y GRADO DE SATISFACCION
DE LAS NECESIDADES BASICAS EN EL ISTMO CENTEROAMERICANO

México, D.F. 31 de marzo al 2 de abril
1981

Dr. William Vargas González M.D.

Jefe Pediatría Social

Hospital Nacional de Niños

"Dr. Carlos Sáenz Herrera"

Profesor Asociado

Cátedra de Pediatría Escuela de Medicina

Universidad de Costa Rica

San José, Costa Rica



SATISFACCION DE LAS NECESIDADES BASICAS DE SALUD CON ENFASIS
EN LA POBLACION DE MAS BAJOS INGRESOS

Dentro del marco de actividades que ha venido desarrollando la CEPAL, con juntamente con los gobiernos del istmo centroamericano, con el fin de determinar el grado de satisfacción de las necesidades básicas de la población y contribuir a establecer las bases para programas y acciones orientadas a elevar el grado de satisfacción de esas necesidades, salud es el objeto de este informe.

Una de las características de un vasto sector de la población del istmo centroamericano, es la acentuada privación de los elementos que caracterizan la vida civilizada. En el campo de la salud, la morbilidad excesiva y la mortalidad temprana son dramáticas expresiones de la pobreza social. La salud forma parte integrante del desarrollo social y económico de estos pueblos y ese desarrollo no podrá lograrse si no se cuenta con una población en capacidad de enfrentarse a todos los retos, cuando se haya superado el impacto de las enfermedades, la vivienda insalubre, la amenaza de la desnutrición y otras restricciones para una vida plena de salud.

Los Ministros de Salud de las Américas y diversas organizaciones que trabajan en el campo de la salud, han señalado desde principios de la década pasada, la necesidad de una nueva estrategia del sector salud que contribuya efectivamente en el desarrollo nacional.

La base de esta estrategia es la extensión de la cobertura de los servicios de salud, dentro del concepto de la Atención Primaria de Salud (APS) con la participación de la comunidad organizada, para satisfacer las necesidades básicas de salud, tanto del individuo como de la comunidad. (1).

(1) Organización Panamericana de la Salud. International Conference on Primary Health Care. Informe del Director de la Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas. Oficina Sanitaria Panamericana. Alma Ata, URSS, 4 Set. 1978.

Bajo este esquema se consideran los recursos propios de la comunidad y su participación activa, consciente y continua, y los recursos propios de un sistema de salud organizado en una amplia estructura de servicios básicos, que permitan una máxima cobertura de salud con servicios mínimos. Este sistema debe estar incorporado a un sistema nacional que facilite el acceso a niveles de mayor complejidad.

La APS contempla su organización con personal auxiliar de salud, que debe recibir un adecuado entrenamiento en las tareas que ha de realizar, así como debe recibir en forma permanente una supervisión que asegure la calidad de las acciones y permita una educación continuada en servicio.

Nivel mínimo de necesidades básicas

El concepto de nivel mínimo de necesidades básicas de salud, alimentación, vivienda, u otros componentes de las necesidades básicas, es en realidad un concepto relativo, que va a depender del contexto político, económico, social, cultural, ideológico y ético del caso concreto a analizar y de los objetivos de la definición (2).

Cada componente va a tener un peso diferente, según el área geográfica (rural-urbana), la evolución histórica del desarrollo social y la escala de valores predominantes.

Para los fines específicos de una definición de las necesidades básicas de salud en América Latina y en particular en el Istmo Centroamericano, se han venido realizando en la última década, diferentes reuniones de expertos (3-4) quienes han identificado un grupo de actividades que es estructuradas en un programa de bajo costo, pudiera producir un alto rendimiento en el mejoramiento de los índices de salud.

-
- (2) Couriel. Perú: estrategia de desarrollo y grado de satisfacción de necesidades básicas. p.p. 167, PREALC/127. OIT, 1978.
 - (3) Organización Panamericana de la Salud. Guía para la Organización de Servicios de Salud en áreas rurales y utilización de Personal auxiliar. Publicación científica No. 290, 1974.
 - (4) Extensión de la cobertura con atención primaria de salud y la participación de la comunidad. Cocoyac, Mor. México, marzo 1977.

Debe reconocerse que no existe una sola alternativa, sino que éstas van desde las más simples hasta las más complejas, según las necesidades de la comunidad y la disponibilidad de recursos. Las características geográficas, económicas y socioculturales y la dispersión de la población, son otros elementos que serán tomados en cuenta en el desarrollo del proceso.

Las comunidades periurbanas exigen soluciones diferentes a las poblaciones rurales dispersas.

Componentes de las necesidades básicas de salud

Los servicios mínimos integrados a prestarse a la población expresadas como necesidades básicas deben comprender los siguientes campos: (3-4).

- Vacunaciones contra las principales enfermedades prevenibles por inmunización: sarampión, polio, difteria, tosferina, tétanos y tuberculosis.
- Vigilancia epidemiológica de las principales enfermedades transmisibles de posible control y erradicación: malaria, tuberculosis, rabia, parasitosis intestinal y otros.
- Actividades dirigidas al mejoramiento e higiene de la vivienda: disposición sanitaria de desechos sólidos y líquidos, dotando a la vivienda de letrinas, sistema de incineración o enterramiento de basuras, mejor ventilación e iluminación etc.
- Protección de los alimentos contra la contaminación, en los lugares de expendio y en el hogar.

(3) Idem. Referencia 3.

(4) Idem. Referencia 4.

- Salud Materno Infantil que incluya la detección temprana de la mujer embarazada y su control, promoción del parto institucional, adiestramiento de las parteras tradicionales, control de salud del niño y orientación en planificación familiar en el contexto de la salud maternal.
- Educación para la salud, con énfasis en educación nutricional, mejora del medio, salud de la madre y el niño y control de enfermedades transmisibles.
- Primeros auxilios en situaciones de emergencia y de estados o enfermedades comunes y simples, estableciendo un sistema adecuado de referencias para enfermos que lo necesiten.
- Organización de la comunidad para su participación en el desarrollo de las actividades del programa, incluyendo el financiamiento de algunas acciones y el control de los avances.

Restricciones en la aplicación de un programa de necesidades básicas de salud

El desarrollo de un programa de extensión de cobertura para llenar las necesidades básicas señaladas en los párrafos anteriores, cuenta con una serie de restricciones o condiciones limitantes que se pueden identificar como: la carencia de una política explícita, la inadecuada planeación de programas y el uso de métodos no correctos a las condiciones imperantes, insuficientes recursos materiales y humanos y los obstáculos derivados de la propia estructura burocrática del sector público de salud, entre otros.
(4).

Otra de las grandes restricciones para ofrecer un servicio de salud que satisfaga las necesidades básicas de la población es su inaccesibilidad.

(4) Idem. Referencia 4.

Desde el punto de vista de la atención de salud se identifican varios tipos de inaccesibilidad:

- a.- Geográfica: inadecuadas o inexistentes vías de comunicación; tradicionalmente los servicios de salud llegan hasta el límite de las carreteras.
- b.- Sociocultural: existencia de una medicina tradicional y desconfianza popular a la medicina que ofrece el servicio de salud.
- c.- Funcional: frecuentemente el servicio de salud está disponible en horas que la población no puede asistir al mismo.
- ch.- Económica: por el pago de los servicios y el alto costo del transporte.
- d.- Técnica: tecnología inapropiada para la solución de los problemas de salud más apremiantes de la población; la aplicación de una medicina curativa en contra de una medicina comunitaria.

Un programa de atención médica básica debe procurar superar las restricciones señaladas, llevando la atención de salud a la familia donde quiera que se encuentre y garantizar que todas las personas, tendrán la misma oportunidad de recibir los beneficios de las actividades sanitarias.

El programa de salud rural y de medicina comunitaria urbana de Costa Rica como un ejemplo de aplicación de satisfacción de necesidades básicas de salud.

El programa de atención médica básica o de salud rural de Costa Rica se inició en el año 1973 en 38 áreas de trabajo con una cobertura de 100.000 habitantes aproximadamente. Durante los siguientes dos años el programa se fortalece, se desarrolla una metodología apropiada a las condiciones imperantes en el país y se expande rápidamente a nuevas áreas de trabajo (5). En 1979 el programa está cubriendo 717.500 habitantes, 160.970 viviendas y 4.018 pequeñas localidades o lugares poblados con 287 áreas de salud en funcionamiento.

(5) H. Villegas, W. Vargas, L. Alfaro y A. Amat. Programa de Salud para comunidades rurales. Ministerio de Salud. Costa Rica, 1975.

(6) Memoria 1979. Ministerio de Salud. Costa Rica.

En cada área de salud se ofrecen los servicios a una población de 2.000 a 3.000 personas que viven en 10 a 15 localidades y en una extensión geográfica aproximada de 150 Km.². Las áreas de salud tienen como base de operaciones un Puesto de Salud. La responsabilidad del desarrollo del programa está delegada a dos auxiliares de salud por área de trabajo previamente capacitados y con una supervisión frecuente y continua.

El programa de Medicina Comunitaria urbana tiene como base de las actividades las mismas de salud rural, con sus respectivas adaptaciones a las condiciones urbanas; el centro de operaciones es un Centro de Salud urbano, y se trabaja en áreas de salud, que se asignan a un personal auxiliar previamente capacitado en estas labores.

Este programa se inicia en 1975 y se expande rápidamente al área metropolitana de San José y otros centros poblacionales menores. En 1979 (6) cubre 111.000 viviendas con 602.039 habitantes y trabajan en el mismo 240 auxiliares de salud.

La base de ambos programas es la visita domiciliaria. En 1979 en el programa de Salud Rural el promedio de visitas por vivienda es de 4 visitas por año y en el programa de Medicina Comunitaria urbana se alcanza un promedio anual de 3.7 visitas en ese año (6).

Estimación de costos de un programa de atención de necesidades básicas de salud

Para el programa de extensión de cobertura de Costa Rica se ha hecho una estimación de los costos que incluye el costo de operación - por persona por año, a nivel de las áreas de trabajo en el período - comprendido del año 1973 a 1979, según se expresa en el cuadro 1 (7). Estos costos excluyen el pago de personal profesional que dirige el programa (2 médicos y 4 enfermeras) los medicamentos, los biológicos y la construcción de locales. Para efectos de comparación se incluye el gasto en salud por persona por año que ha hecho el país durante la década de 1970-1979 (8).

(6) Memoria 1979. Ministerio de Salud. Costa Rica.

(7) Depto. de Salud Rural. Ministerio de Salud. Costa Rica.

(8) Unidad de Planificación. Ministerio de Salud. Costa Rica.

También se incluye para el mismo período el costo promedio por estancia de un hospital nacional altamente especializado como lo es el Hospital Nacional de Niños (9). La proporción del incremento en costos de este Hospital es semejante a otros centros hospitalarios del país.

La observación que resalta de inmediato en el análisis de la distribución de gastos en salud, es el desequilibrio que en forma negativa se va acentuando paulatinamente en perjuicio de la población más desprotegida y de los programas preventivos. Al contrario, los centros hospitalarios van absorbiendo más y más recursos, siguiendo la trayectoria de una medicina asistencialista de altos costos y escaso impacto global en el nivel y estructura de salud de un país.

Evaluación de resultados

Con el propósito de establecer el impacto de la ejecución de un programa de extensión de cobertura de los servicios de salud, dentro de concepto de las Necesidades Básicas, se han seleccionado como indicadores la evolución, la mortalidad infantil, la esperanza de vida al nacer, las muertes por enfermedades transmisibles y la letalidad por diarreas.

En el análisis de la mortalidad infantil se efectúa una prueba de regresión por cuadrados mínimos para el período comprendido en los años 1965 - 1976 (10)

En el gráfico 1 se observa la tendencia global del país durante el período, con una disminución escasa durante el período 1965 - 1969 y una caída anual constante de 5.1 por mil en el período 1969-1976.

(9) Unidad Administración Hospital Nacional de Niños, Costa Rica.

(10) Villegas, H. et.al Salud Rural. Ministerio de Salud. Costa Rica, 1978.

En las áreas urbanas la tendencia global es semejante al total nacional, con una tendencia estable en el período 1965-1969, una caída importante de 5.1 por mil anualmente en el período 1970 a 1974 y una estabilización a niveles bajos en el período 1975-1976 de alrededor de 28 por mil nacimientos (gráfica 2).

En las áreas rurales, en los cantones con máxima cobertura (más del 75% de la población) se observa una declinación global en el período de 2.6 a 4.1 por mil nacimientos cada año, dependiendo el mayor grado del mayor número de años transcurridos del inicio del programa. El período inicial de tendencia estable, observado en las ciudades, se prolonga hasta 1972 en las áreas rurales. De 1973 a 1976 se registra una declinación constante cada año de 5.3 a 6.1 según el tiempo transcurrido del programa (gráfica 3 y 4).

La tendencia del medio rural es de una caída constante y no se ha determinado ningún período de estabilización en los últimos años del estudio.

El análisis de esta información permite concluir que la tendencia nacional de la mortalidad infantil de los últimos años, está determinado en gran medida por la disminución en las áreas rurales y muestra una estrecha correlación con la ejecución de los programas de extensión de cobertura. La tendencia nacional no muestra estabilización en el período 1975-1976, como sí se observa en las ciudades. Los descensos de mayor magnitud fueron observados en áreas con más del 50% de cobertura y más de 2 años de actividades de programa.

Con la participación del Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE) se efectuó un estudio de esperanza de vida por grupos de edad y por cantones agrupados según el grado de cobertura y el tiempo de ejecución del programa de Salud Rural (11). Los resultados más sobresalientes se resumen en el cuadro No.2.

En el período 1970-1972 la esperanza de vida para el país fue de 67.71 años y en el período 1974-1976 de 71.15 con una ganancia en el período de 3.44 años a un promedio anual de 0.86. A mayor grado de cobertura de los servicios de salud y mayor tiempo de realización se observa un incremento más acentuado. En las áreas rurales con una cobertura de menos del 25 % la ganancia media anual fue de 0.60, aumentando progresivamente hasta 1.27 en las áreas con cobertura de más del 75%.

El estudio señala también que en las áreas de mayor tiempo de trabajo el incremento es mayor.

Este incremento tan notable de la esperanza de vida, no tiene precedentes en el país para un período tan corto, especialmente en un país de niveles altos donde la posibilidad de ganancia son menores.

Otros dos indicadores seleccionados para observar la evolución de los índices de salud del país, son, las muertes por enfermedades transmisibles prevenibles por vacunación, cuadro 3 (12) la tasa letalidad por diarrreas, gráfica 5 (13).

Es importante señalar que el último caso de poliomielitis reportado en el país fue en el año 1973 y el de difteria en 1976 (12).

(11) Villegas H, y C.A. Valverde. Tendencia de la esperanza de vida en Costa Rica. Bol. Of. Sanit. Panam. 89 (3): 253, 1980.

(12) Departamento de Estadística. Ministerio de Salud. Costa Rica.

(13) L. Mata. Instituto de Investigaciones en Salud. U. de Costa Rica.

Una reducción tan acentuada de enfermedades que afectan extensivamente a la niñez en los países de América Latina y la desaparición de la poliomielitis y la difteria en un país, en un lapso tan reducido de tiempo, solamente puede ser el resultado de un programa extensivo, que penetra a toda la población y se mantiene en un alto nivel de eficiencia.

Conclusiones

Costa Rica ha experimentado cambios profundos en los índices de salud durante la pasada década, expresados por diferentes indicadores. La zona rural generalmente más deteriorada y ausente de los beneficios de los servicios de salud en América Latina, en el caso de Costa Rica, participa efectivamente de esos beneficios como se expresa en la disminución acentuada de la mortalidad infantil y del brusco incremento de la esperanza de vida.

Estos cambios son coincidentes con la puesta en marcha de un programa de extensión de cobertura desarrollado por personal auxiliar, de un costo reducido, que incluye las necesidades básicas de salud, con la característica de una rápida expansión en la población rural dispersa, que tradicionalmente ha carecido de los servicios de salud y de otros servicios.

Otra característica sobresaliente del programa es la visita domiciliaria, con una concentración promedio de 4 visitas por año a cada vivienda incluida en el programa. Es de notar que por la situación geográfica, económica y cultural de los pobladores en los países del istmo centroamericano, difícilmente tienen acceso a las instalaciones de los servicios de salud establecidos, llámense hospitales o centros de salud, requiriéndose una nueva estrategia que es la visita domiciliaria. Es aquí precisamente, en el hogar de cada familia campesina o en el de las poblaciones marginadas de las ciudades, donde pueden desarrollarse las actividades contempladas en el esquema de las necesidades básicas, modificar algunas condiciones del ambiente físico adverso y captar los problemas de salud que eventualmente pueden ser referidos y solucionados en los niveles de mayor complejidad del sistema.

Finalmente, es necesario resaltar que diversas medidas en otros niveles del sector salud y de desarrollo económico y social emprendidas por el estado costarricense, han contribuido efectivamente a elevar los índices de salud en el país. Sin embargo, el análisis de las diversas situaciones, parecen reforzar el criterio de la necesidad de acciones que contemplen las necesidades básicas tales como se han descrito anteriormente, para lograr cambios como los que se han observado en Costa Rica en ese corto período de tiempo.

al.c

Cuadro 1

COMPARACION DEL INCREMENTO DE GASTOS EN ATENCION
DE SALUD POR AREAS DE ACTIVIDAD

AÑO	Gasto anual en salud por habitante Costa Rica	Tasa crecimiento Gasto	Gasto anual por habitante Salud rural	Tasa crecimiento Gasto	Costo por estancia H.N.N.	Tasa crecimiento costo
1970	191.8	--	--	--	--	--
1971	232.0	31.2	--	--	--	--
1972	276.4	19.1	--	--	--	--
1973	329.0	19.1	8.7	--	--	--
1974	384.8	17.0	10.7	23.0	--	--
1975	509.1	32.3	26.5	147.7	276.0	--
1976	609.7	19.8	36.3	37.0	314.1	13.8
1977	728.5	19.5	36.6	0.8	363.3	15.7
1978	813.1	11.6	38.9	6.3	467.9	28.8
1979	1,075.3	32.2	40.7	4.7	644.3	37.7

Fuente: * Unidad Sectorial de Planificación.

** Departamento de Salud Rural, Ministerio de Salud

*** Unidad de Administración H.N.N.

Informe de Costos de Servicios Médicos Hospitalarios.

Sección Contabilidad, C.C.S.S.

Gasto en colones costarricenses \$1.00 = ₡8.60

H.N.N.
C.C.S.S.

CUADRO 2. GANANCIA EN LA ESPERANZA DE VIDA AL NACER EN CANTONES
AGRUPADOS SEGUN EL GRADO DE COBERTURA DEL PROGRAMA DE SALUD RURAL

COSTA RICA

PERIODO 1970-1972 Y 1974-1976

GRUPOS	ESPERANZA DE VIDA AL NACER 1970-1972	ESPERANZA DE VIDA AL NACER 1974-1976	GANANCIA : (EN AÑOS) EN EL PERIODO	GANANCIA MEDIA ANUAL
TOTAL DEL PAIS	67.71	71.15	3.44	0.86
AREAS URBANAS	68.76	71.16	2.40	0.60
MENOS DEL 25% DE COBERTURA	68.73	71.13	2.40	0.60
25 a 50% DE COBERTURA	63.94	67.44	3.50	0.87
50 a 75% DE COBERTURA	67.26	71.30	4.04	1.01
MAS DE 75% DE COBERTURA	67.89	72.96	5.07	1.27

H. Villages y C. A. Valverde Bol. Of. Sanit. Panameric. 89 (3): 253, 1980

Cuadro 3

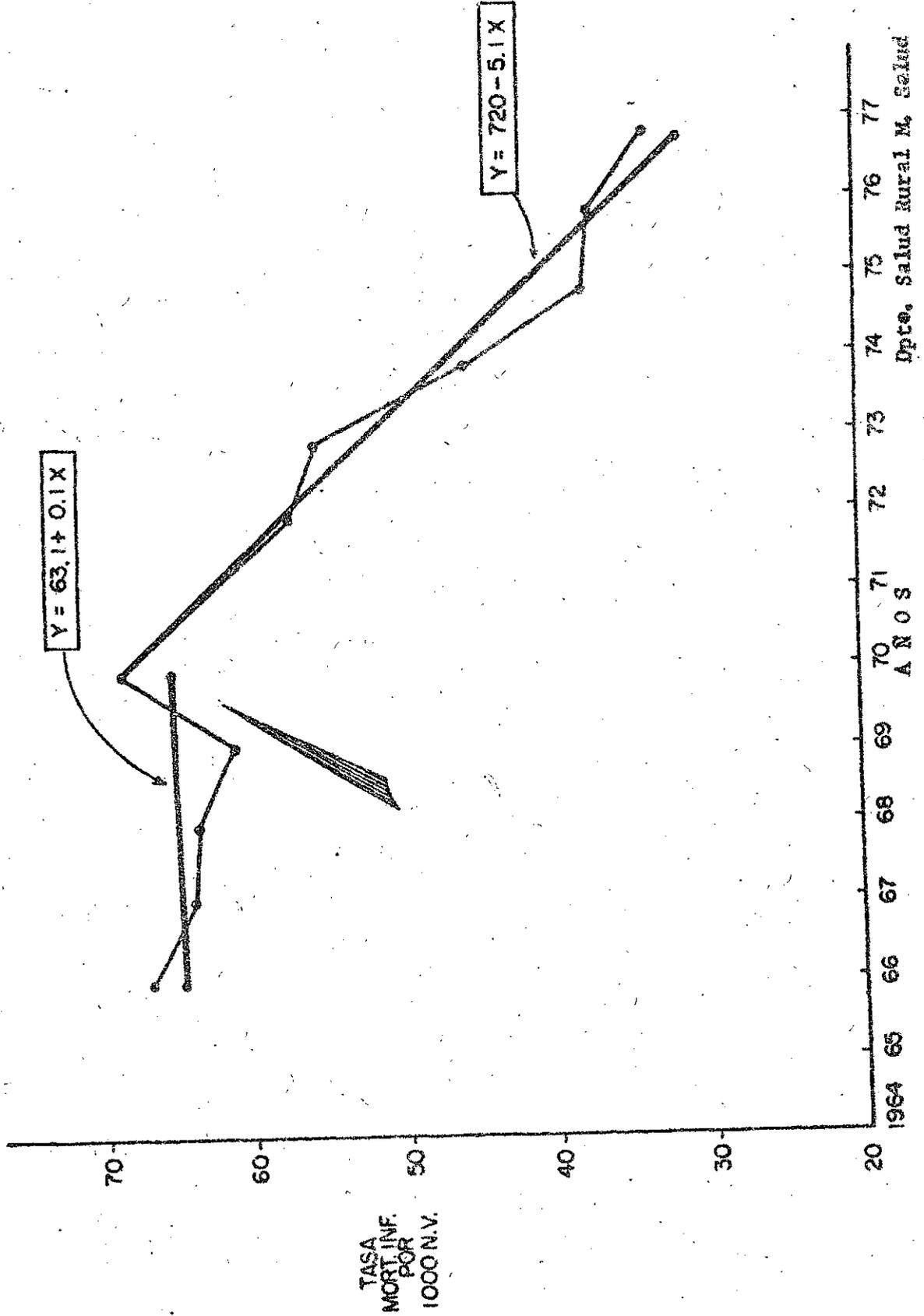
MUERTES POR ENFERMEDADES INFECCIOSAS EN COSTA RICA

Causa	1970	1973	1979	% reducción
Poliomielitis	2	1	0	100
Difteria	16	5	0	100
Sarampión	242	61	34	86
Tétanos	217	113	17	92
Tosferina	49	50	5	90
Neumonía *	437	191	151	65
Diarrea *	836	600	136	84

* Muertes en niños menores de un año; los demás son total de muertes en la población general.

Unidad de Estadística. Ministerio de Salud.

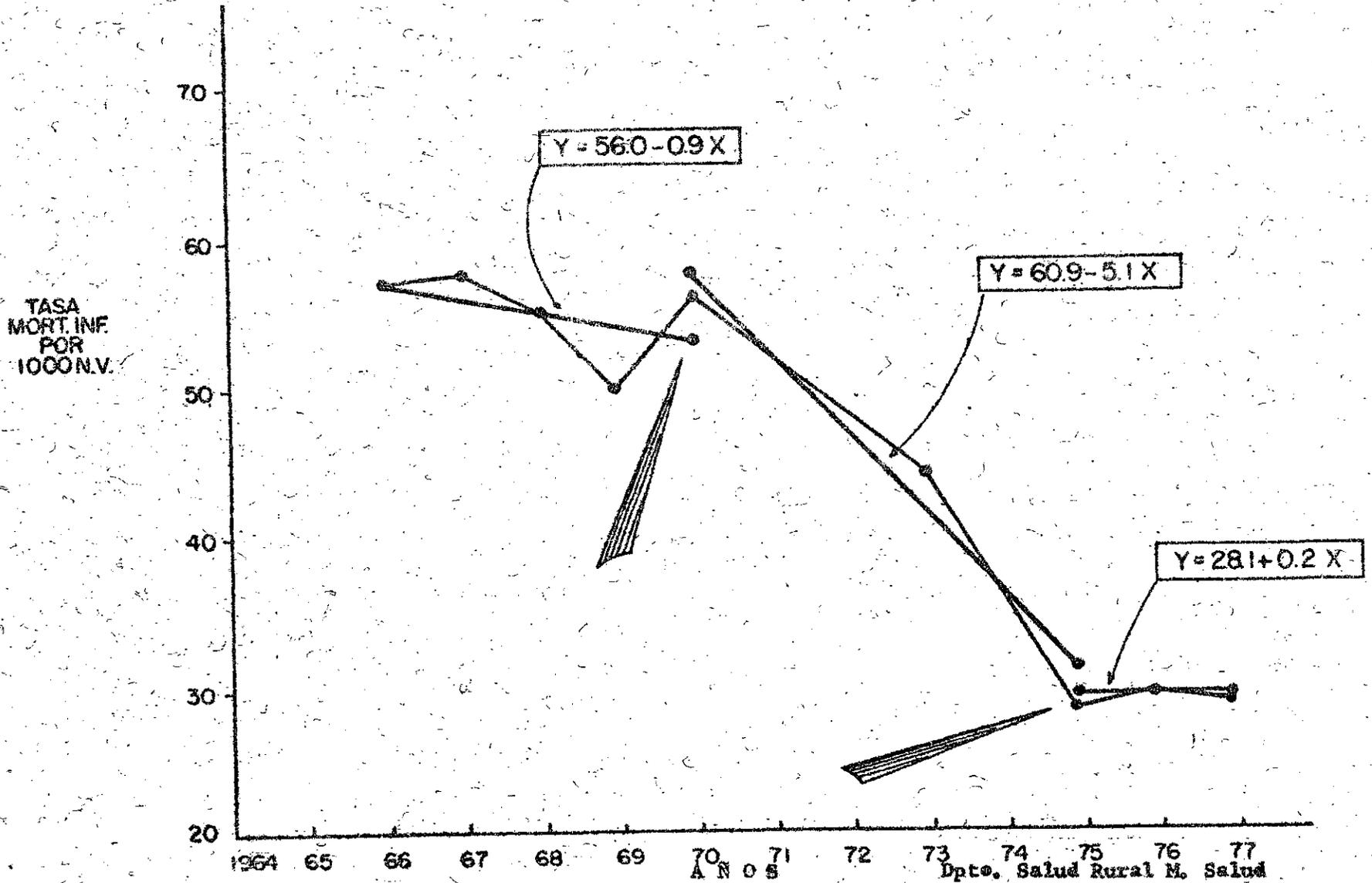
GRAFICA No. 1
COSTA RICA: TENDENCIA DE LA MORTALIDAD INFANTIL DE TODO EL PAIS.
PERIODOS (1965-1969) (1969-1976).



Dpto. Salud Rural M. Salud

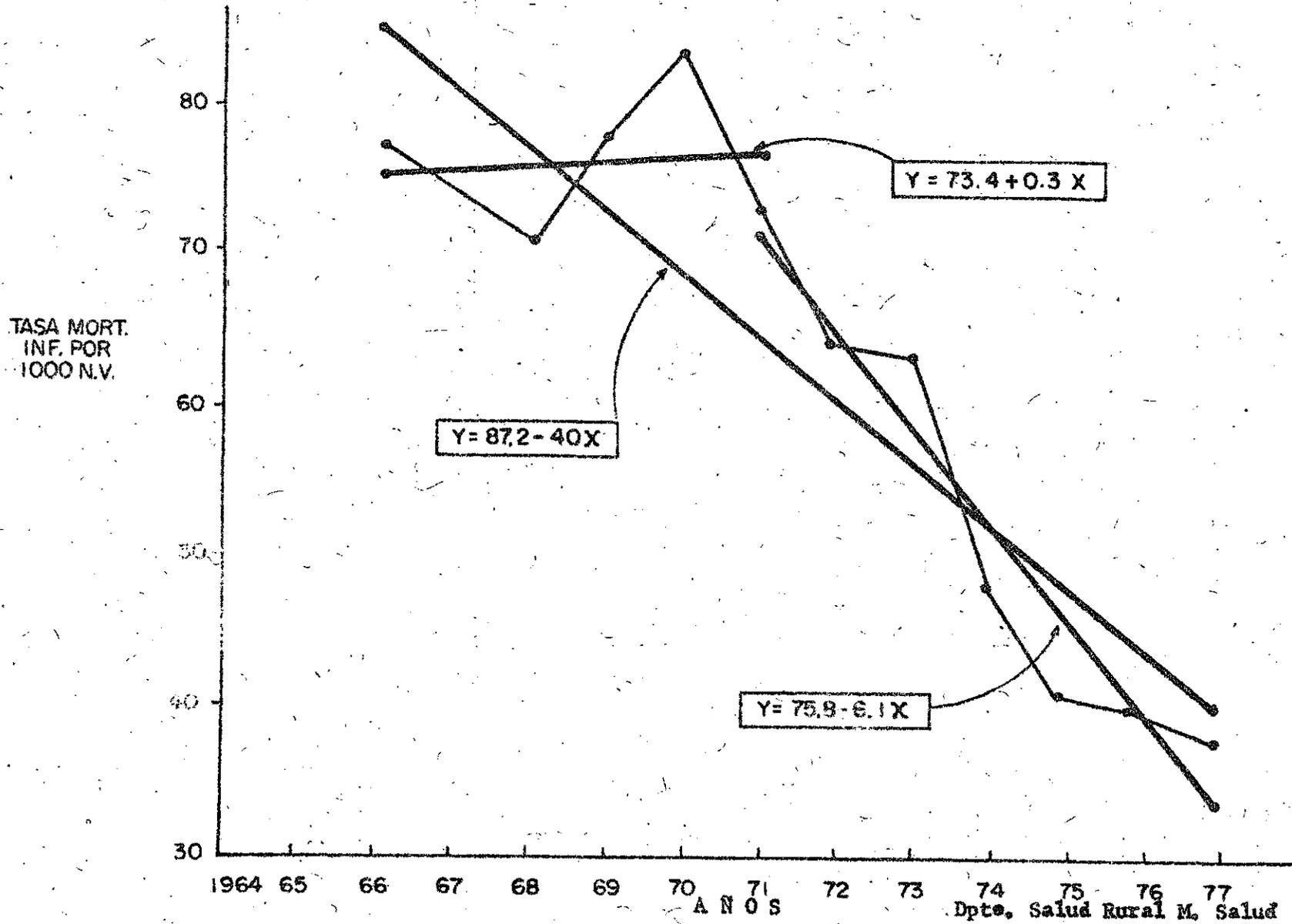
GRAFICA No. 2

COSTA RICA: TENDENCIA DE LA TASA DE MORTALIDAD INFANTIL EN
AREAS URBANAS. (1965-1969) (1969-1974) (1974-1976)



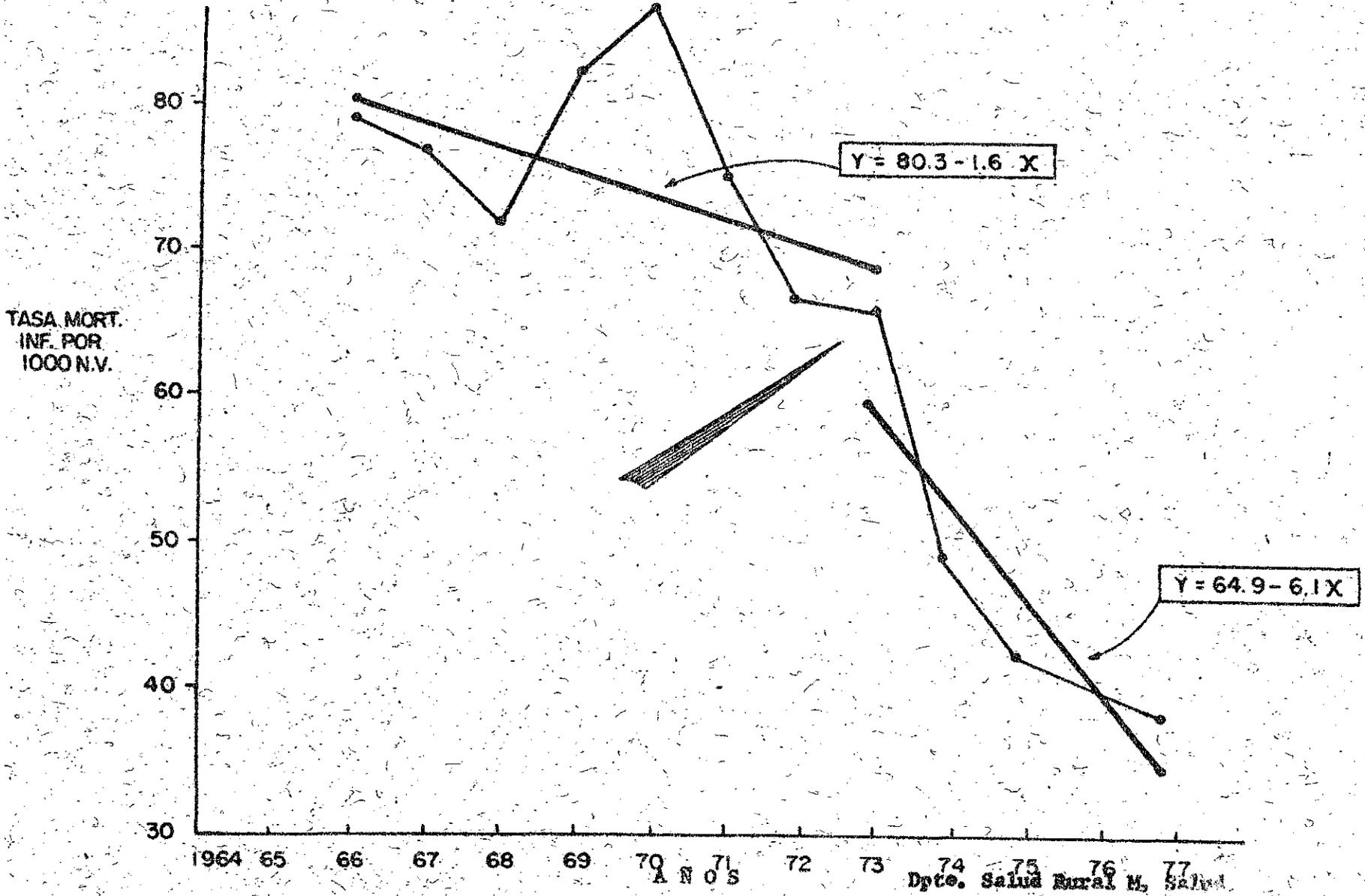
GRAFICA No. 3.

COSTA RICA: TENDENCIA DE LA MORTALIDAD INFANTIL EN AREAS RURALES
COBERTURA 3 AÑOS (1965-1976)(1965-1970)(1970-1976).



GRAFICA No. 4

COSTA RICA: TENDENCIA DE LA MORTALIDAD INFANTIL EN AREAS RURALES CON COBERTURA 75% O MAS (3 AÑOS) (1965-1972)(1972-1976).



GRAFICA No. 5

LETALIDAD POR DIARREA Costa Rica 1926-1977

