

SEGURIDAD SOCIAL

AÑO XXVI

EPOCA IV

Núms. 103-104

ENERO-ABRIL

1977

MEXICO, D.F.

REVISTA BIMESTRAL DEL COMITE PERMANENTE INTERAMERICANO
DE SEGURIDAD SOCIAL Y DE LA ASOCIACION INTERNACIONAL
DE LA SEGURIDAD SOCIAL

COMITE DE DIFUSION DEL CENTRO INTERAMERICANO DE ESTUDIOS
DE SEGURIDAD SOCIAL

Conferencia Interamericana de Seguridad Social



**Centro Interamericano de
Estudios de Seguridad Social**

Este documento forma parte de la producción editorial de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS)

Se permite su reproducción total o parcial, en copia digital o impresa; siempre y cuando se cite la fuente y se reconozca la autoría.

INDICE

	Página
ESTUDIOS	
Cambios en los patronos de morbi-mortalidad y natalidad en los nuevos niveles de atención integral de la salud en Costa Rica	7
Dr. Guido Miranda G. y Dr. Luis Asís Beirute.	
Función social de la Sociedad Internacional de Rehabilitación de los Incapacitados	41
Dr. Alejandro Rhode y Dr. Efraín Barrera.	
Servicios de Rehabilitación en las Instituciones de Seguridad Social	45
Dr. R. Curiel Cueto, Dra. M. Fahr y Dr. J. Orozco Matus.	
La formación de personal directivo, de nivel intermedio y auxiliar para los servicios médicos de la seguridad social	55
Dr. Juan Rodríguez Argüelles y Cols.	
Los servicios de planificación familiar: sus resultados en salud y sus implicaciones económicas	73
Dr. Luis A. Sobrevilla.	
La protección materno infantil y su proyección en las actividades de planificación familiar	85
Dr. José Andrés Fernández Sauri.	
Planeación de las unidades requeridas para los niveles de atención médica	129
Dr. J. Castellanos Robayo y Arq. Jorge de los Ríos.	
Planeación de las unidades requeridas para los diferentes niveles de atención médica	167
Dr. P. Alegría, Dr. R. Barba, Arq. G. Carrillo y Cols.	
CENTRO INTERAMERICANO DE ESTUDIOS DE SEGURIDAD SOCIAL	
Programa de Cursos Interamericanos para el año de 1977	221

ESTUDIOS

CAMBIOS EN LOS PATRONOS DE MORBI-MORTALIDAD Y NATALIDAD EN LOS NUEVOS NIVELES DE ATENCION INTEGRAL DE LA SALUD EN COSTA RICA *

Dr. Guido Miranda Gutiérrez

Dr. Luis Asís Beirute

Introducción

En los últimos cuarenta años Costa Rica ha venido experimentando cambios revolucionarios en los servicios de salud. Esta circunstancia ha obligado a que médicos, legisladores, economistas y estudiosos del campo de la salud hayan participado y logrado establecer las bases generales de los objetivos que hoy constituyen una realidad. Estamos llevando hasta los últimos rincones del país la oportunidad de la atención mediante el establecimiento de un sistema escalonado de servicios médicos, que le permite al costarricense aspirar a un nivel de salud progresivamente creciente y paralelo a las mejores condiciones socio-económicas, como consecuencia del desarrollo integral de nuestra nación.

La unidad de trabajo que ha cimentado este sistema, es el "equipo de salud", formado por diversas instituciones de disciplinas heterogéneas que interrelacionan esfuerzos mediante el contacto directo creado por los programas de salud aplicados al hombre y el medio que lo rodea. Si bien es cierto las unidades de atención médica son las encargadas de otorgar casi siempre la acción primaria, el resto de las instituciones del sistema actúan en apoyo de la gestión de estas unidades básicas que sin duda son, por sus características, las más importantes.

Se promulgaron leyes y se ha constituido un proceso de planificación de salud que ha permitido el establecimiento de planes partiendo de la política y estrategia trazadas para el sector, hechas explícitas a través de sus programas básicos: atención integral a la mujer y al niño, atención integral al adulto, control de enfermedades transmisibles, higiene urbana y rural y medicina del trabajo, esta última en proceso de evolución.

La existencia de una clara definición de la política del Estado para el sector y el desarrollo de un proceso de planificación en el mismo han hecho posible la integración de un sistema escalonado de asistencia médica mediante el cual se han variado favorablemente los patrones de mortalidad, morbilidad y natalidad, logrando con esto una elevación importante del nivel de salud de la población en los últimos años.

Como es de suponer, no ha sido fácil. Los tradicionales intereses creados y los prejuicios sociales y profesionales han sido las barreras más difíciles de vencer. Pero no cabe duda que una clara y firme decisión política es el mejor instrumento para el desarrollo de la Seguridad Social y sus diferentes prestaciones.

* Ponencia oficial de la Asociación de Instituciones de Seguridad Social de Centroamérica y Panamá, presentada en el V Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social. Caracas, Venezuela, 25 al 31 de julio de 1976.

01. Evolución de los nuevos conceptos de la salud integral

1.1 *Evolución de los nuevos conceptos*

Es necesario entrar en el siglo actual para que las palabras “fomento” y “promoción” aparezcan en el glosario de los textos de salud y administración sanitaria. Con el progreso de los métodos y medios para el diagnóstico precoz, el prodigioso desarrollo de la quimioterapia, los antibióticos y las técnicas quirúrgicas y su evidente efecto sobre la prolongación de la vida humana, ya considerablemente aumentada por los adelantos de la higiene y de la medicina preventiva, se abre paso y afianza el concepto de justicia distributiva. Todos estos beneficios deben alcanzar a toda la comunidad y, como corolario, se incorporan a la terminología y a las acciones de salud pública, las palabras “restauración” y “recuperación” de la salud, eufemismo de la clásica medicina curativa y asistencial. Se llega paulatinamente así al concepto de la “atención médica integrada” como temática básica de la teoría y práctica de esta nueva interpretación, en que la enfermedad no es un fenómeno aislado sino un accidente de la salud proyectada en el tiempo.

Pero la evolución de los conceptos no se detiene allí. No hay ecologías estáticas, aunque el ritmo de la transformación natural del mundo se mida por cientos o miles de años y los cambios pueden ser imperceptibles durante una vida de un ser humano. El hombre estuvo sujeto durante milenios a esta ecología primordial de lenta evolución hasta que fue capaz de convertirse por sí mismo en un factor de cambio. Desde entonces con una aceleración creciente, se ha venido produciendo una profunda transformación de las condiciones ecológicas del mundo habitado, donde el hombre es causa y efecto de sus propios cambios y está ahora sometido a la influencia de estas nuevas condiciones en todos los aspectos de su vida, incluyendo desde luego el de sus enfermedades y, consecuentemente, la salud de la comunidad. De este modo, en los países altamente desarrollados, el enfrentamiento competitivo del hombre con otras formas de vida (virus, bacterias, parásitos) causantes de las enfermedades infecciosas y parasitarias ha perdido importancia en el complejo escenario de la ecología humana actual.

La expansión de la agricultura, el desarrollo industrial, la creación de grandes conglomerados humanos, la elevación del nivel de educación de las masas, nuevos hábitos y facilidades alimentarias, la velocidad de los transportes y el progreso de la ciencia y la tecnología, que han multiplicado la capacidad de acción del hombre, han hecho de éste un protagonista más y más activo dentro de su ecología y, como consecuencia, un factor más decisivo en el desarrollo de la vida de sus semejantes. De allí la enorme importancia que han adquirido los factores sociales y económicos en la salud integral de los países desarrollados, donde la prolongación del promedio de vida va transformando el panorama de la patología, predominando ahora las enfermedades cardiovasculares y nerviosas, el cáncer, los accidentes y otras afecciones degenerativas, sobre las tradicionales enfermedades infecciosas, poniéndose cada vez más en evidencia la enorme importancia de los defectos y determinismos genéticos.

La salud integral de nuestros días debe, pues, entrar en nuevos terrenos, encarar nuevos problemas, con una programática diferente en su enfoque y en su técnica.

Este curso en la evolución de los conceptos no implica que éstos tengan una aplicación universal, en un mundo con tantos niveles diferentes de desarrollo. No se debe, pues, caer en el ingenuo optimismo y el fácil entusiasmo de creer que este avance es válido para todos los rincones de nuestro planeta. La salud integral es una ciencia aplicada en su definición y programática en su aplicación; su objetivo y metodología deben, por lo tanto, ajustarse a las condiciones de cada lugar y cada circunstancia. Vastas porciones del mundo están recién emergiendo de los moldes de una vida primitiva, donde todavía juegan un papel predominante las condiciones geográficas y telúricas y los tradicionales agentes infecciosos y parasitarios, entremezclados ahora con elementos de la vida moderna y otras creaciones de la civilización actual.

Sin embargo, es nuestra obligación como expertos en el campo de salud y representantes de una minoría de privilegio por el uso del conocimiento técnico en el occidente que representa la enfermedad, impulsar activamente los cambios de las tradicionales estructuras socio-económicas que limitan la extensión del beneficio del bienestar, dentro del cual la salud juega un preponderante papel.

1.2 *La salud como derecho y como obligación*

Conceptualmente, el derecho a la salud es un derecho natural y primario. Natural: porque tiene su origen en las leyes universales de la naturaleza, como la de conservación de las especies y, por consiguiente, el hombre lo adquiere por el solo hecho de nacer y constituirse en un representante de su especie. Primario: porque forma parte de las leyes de convivencia de la sociedad, de la que es miembro.

En sus orígenes, la conservación de la vida y la salud fue reacción instintiva como en muchas otras especies animales. La capacidad para hacer de los instintos, especialmente de los de conservación y convivencia, una costumbre, consolidada luego por el uso y después transformada en derecho y obligaciones, es sin duda una de las características diferenciales que han hecho del "homo sapiens" el rey de la creación.

Por su origen, pues, el derecho a la salud es también un derecho típicamente consuetudinario. A lo largo de los tiempos este derecho y sus obligaciones correlativas han evolucionado paralelamente a los conceptos de la época sobre la salud integral, según su interpretación y la cultura de los pueblos, siguiendo así los altos y bajos de cada civilización.

02. **Política Nacional de Salud**

La mejor manera que hemos encontrado de formular, organizar y ejecutar una política nacional de salud para toda la comunidad es la integración de los componentes del sector salud, dispersos en el pasado reciente. Se contaban 28 organizaciones encargadas de otorgar servicios.

El Plan Nacional de Saud señala que debe partirse de ciertas premisas para poder ofrecerle a toda la población una medicina de carácter integral, oportuna e igual y compatible en su costo con la disponibilidad de recursos que tiene el país. Esas premisas son las siguientes:

1. La atención de la salud es un derecho de la población, y el Estado tiene la responsabilidad de velar porque sea igual para todos.
2. Los servicios de salud deben ser integrales, comprendiendo la prevención, curación y rehabilitación de las enfermedades.

3. El país debe regionalizar los servicios de salud para mejorar y estratificar su oferta y ampliar su cobertura.

4. Se debe incrementar cualitativa y cuantitativamente la consulta externa que bien proyectada a la comunidad, mejorará el nivel de salud local, evitando la congestión de los centros especializados.

5. Los servicios de salud deben estar de acuerdo a la capacidad económica del país.

6. Para elevar el nivel de salud debe promoverse ampliamente la formación de recursos humanos, la enseñanza continuada y la investigación científica.

En Costa Rica, su insuficiente desarrollo económico, el aumento considerable de la población, la elevada proporción de menores de 15 años, la peculiar agrupación en pequeñas comunidades, y por otro lado, el aumento incesante del costo de los servicios médicos, el vertiginoso desarrollo del conocimiento en todas las direcciones y la exigencia de una población cada vez más consciente de mejores prestaciones de salud, hacen ineludible la necesidad de reorganizar estos servicios sobre bases más racionales que permitan la máxima utilización de los recursos disponibles en el orden económico, de construcciones y equipo, así como de los recursos humanos.

03. Proceso de unificación de servicios de salud

Hace varias décadas se intentó poner orden en Costa Rica en el sentido de coordinar e integrar hasta donde sea factible las funciones médico-asistenciales que prestaban el Ministerio de Salud Pública y las Juntas de Protección Social. Igualmente se ha tratado de coordinar esas mismas tareas con las de la Caja Costarricense de Seguro Social. Hasta hoy día casi se ha logrado plenamente ese propósito, con una política firme y definida cuyo objetivo final es ordenar y deslindar funciones. Desde luego que el instrumento principal para lograr la consolidación del sistema de seguridad social ha de ser la contribución tripartita, el seguro del independiente y la aceptación del indigente como asegurado. A menos que las instituciones de seguridad social no desarrollen políticas agresivas creando sistemas para la cobertura de toda la población, los beneficios de sus sistemas quedarán circunscritos a las zonas urbana y a los grupos de población en donde las situaciones críticas tienen menos prevalencia. El Ministerio de Salud puede asumir entonces las funciones que le son propias tales como ser el instrumento ejecutivo en el planeamiento de los programas de salud a nivel nacional y las disposiciones específicas relacionadas con el saneamiento ambiental, la aplicación y control de las leyes relativas a la salud.

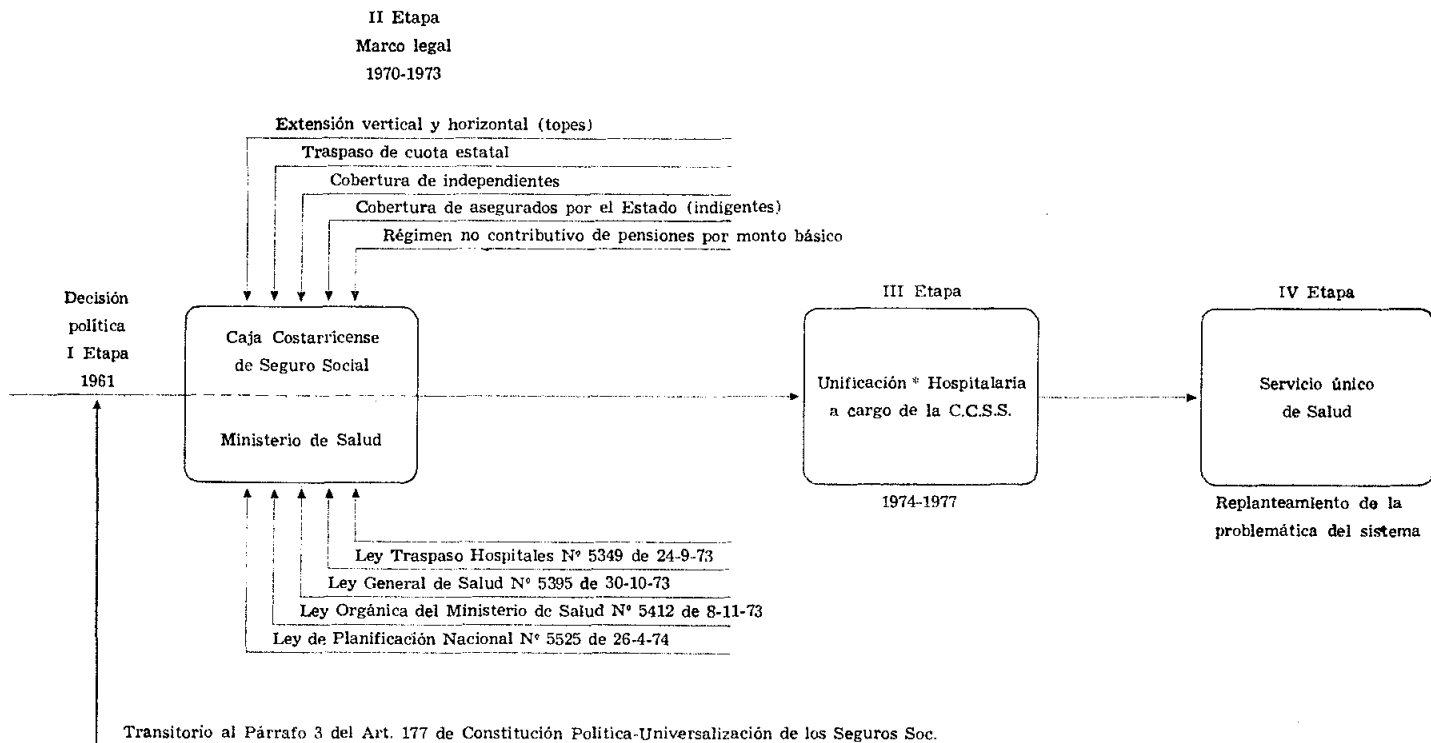
La asistencia médica totalmente integrada al sistema de seguridad social, deberá ser el instrumento básico del régimen de enfermedad y maternidad. Conforme cubran estos últimos a mayores núcleos de población, los recursos destinados actualmente a la asistencia serán suficientes para atender las necesidades de los sectores verdaderamente indigentes y además permitirán desarrollar una positiva acción constructiva, procurando la integración de esos sectores, cuando sea posible, a las fuerzas de trabajo del país. (Gráfico N° 1.)

04. Regionalización

La regionalización es el instrumento administrativo que permite llevar a la realidad el sistema nacional de salud a través de la consolidación de

GRÁFICO N° 1

PROCESO DE UNIFICACION DE SERVICIOS DE SALUD



* Para 1976 el presupuesto estimado para operar los hospitales traspasados a la fecha asciende a la suma de ₡200.000.000.
(Un dólar = ₡8.60)

los programas de nivel intermedio. El principal objetivo de la regionalización es coordinar todos los recursos humanos y materiales disponibles de la región, a fin de obtener su mejor utilización, evitando duplicaciones y permitiendo la accesibilidad de toda la población, sin discriminaciones, a los establecimientos de salud ubicados en la región.

La mejor manera de introducir este complejo concepto de la regionalización es a través de la motivación de la comunidad y de la clara comprensión de los médicos y demás trabajadores de la salud a fin de que, tanto los que prestan los servicios como los usuarios, estén conscientes de la importancia de la labor armónica y coordinada dentro de la región. El enlace entre diferentes programas y las distancias institucionales es un proceso que exige una cuidadosa preparación y gran habilidad administrativa. Su éxito depende de que efectivamente represente una necesidad sentida y de que su implantación respete los derechos de todas y cada una de las instituciones y personas participantes, estableciendo incentivos para determinados trabajos de mayor responsabilidad o que exigen cierto sacrificio personal.

Para que la regionalización tenga éxito debe aspirarse a que cada región sea autosuficiente, incluyendo un sector urbano, uno suburbano y otro rural.

Fundamentalmente, la regionalización implica descentralización administrativa con el fin de simplificar los trámites burocráticos y la consolidación presupuestaria a nivel regional con objeto de distribuir los recursos en función de los programas de salud de la región. Es indispensable que las autoridades centrales participantes en el proceso de coordinación deleguen autoridad en un jefe o director regional.

Este jefe regional debe ser un administrador de servicios de salud de la más alta competencia que goce de la confianza de todas las instituciones coordinadas. Además, debe tener atribuciones suficientes para manejar el personal y el presupuesto con cierta libertad dentro de los límites que señalan las obligaciones legales de las instituciones participantes y la adecuada conducción técnica de los programas de salud a nivel local.

4.1 *Estructura del Sistema*

El sistema nacional de salud dentro de cuya estructura deben organizarse los servicios para otorgar prestaciones médicas al núcleo familiar urbano, suburbano y rural es una maquinaria de tal magnitud administrativa, que resulta imposible manejarla en forma centralizada. De ahí, la necesidad de descentralizar el proceso administrativo. Esta descentralización debe abarcar amplia delegación de funciones desde los niveles superiores hasta los niveles intermedios y locales, en tal forma, que haya efectiva descentralización en el manejo del personal, el manejo del presupuesto, la aplicación de la ley y los reglamentos, y, si es posible, también el financiamiento. Un complemento importante de los mecanismos de descentralización debe ser la participación de la comunidad y de los profesionales de la salud en la administración de los servicios locales.

En la mayoría de los países latinoamericanos existe una fuerte tendencia en sentido inverso, es decir hacia la centralización de la autoridad y no siempre resulta fácil convencer a las autoridades de la necesidad de descentralizar los servicios de salud. Hay muchas razones que justifican, sin

embargo, la descentralización. Una de ellas es la que ya hemos mencionado de la magnitud de los servicios necesarios para dar prestaciones médicas integrales preventivas, curativas y rehabilitativas a la totalidad de la población de un país. Esto exige un numeroso personal multidisciplinario que debe otorgar una enorme variedad de prestaciones con tecnologías diferentes a una población constituida por millones de personas con muy distinto grado de nivel cultural y con distintas necesidades de salud. La maquinaria administrativa necesaria para hacer funcionar este gigantesco servicio es tan compleja que su dirección no puede estar centralizada. Por otra parte, si se desea que la programación y la evaluación de los servicios prestados se realice localmente es también necesario que la ejecución de las actividades de salud sea también conducida a nivel local con efectiva participación de los proveedores y de los consumidores de las prestaciones médicas.

El nuevo sistema de servicios tendrá cobertura universal por servicios indiferenciados e integrales. La cobertura clasista será paulatinamente transformada en universal. Los servicios preventivos y médico-asistenciales se cambiarán en forma progresiva a objeto de brindar atención integral. El enfoque clínico, basado en la realización médico-paciente, será reforzado con un enfoque comunitario, basado en la relación equipo de salud-comunidad. La prestación de servicios será desconcentrada cada vez más, orientando las nuevas inversiones fundamentalmente hacia los sectores más deficitarios y periféricos, para adecuar la oferta a la demanda.

La tecnología más eficaz y económica será utilizada cada vez en mayor proporción para modificar en mayor grado los problemas de salud dentro de nuestra capacidad económica. El personal auxiliar será utilizado en proporciones crecientes a fin de poder extender los servicios a todo el país dentro de nuestra capacidad de financiamiento. Se aumentará el grado de prioridad del componente educativo, buscando una participación responsable de la comunidad. Se desconcentrará la administración, delegando más funciones en los equipos de salud regionales y zonales, a fin de incrementar su dinamismo.

Por medio del nuevo sistema que se irá desarrollando paulatinamente, se espera ir distribuyendo en una forma más justa la producción de servicios de salud, restringiendo por una parte el consumo suntuario de servicios, y extendiéndolos por otra a los sectores que actualmente se encuentran marginados de los mismos.

El Gobierno Central reforzará las funciones de rectoría que le corresponden, en el Ministerio de Salud (Ley General de Salud, y Ley de Traspaso de Establecimientos Médico-Asistenciales).

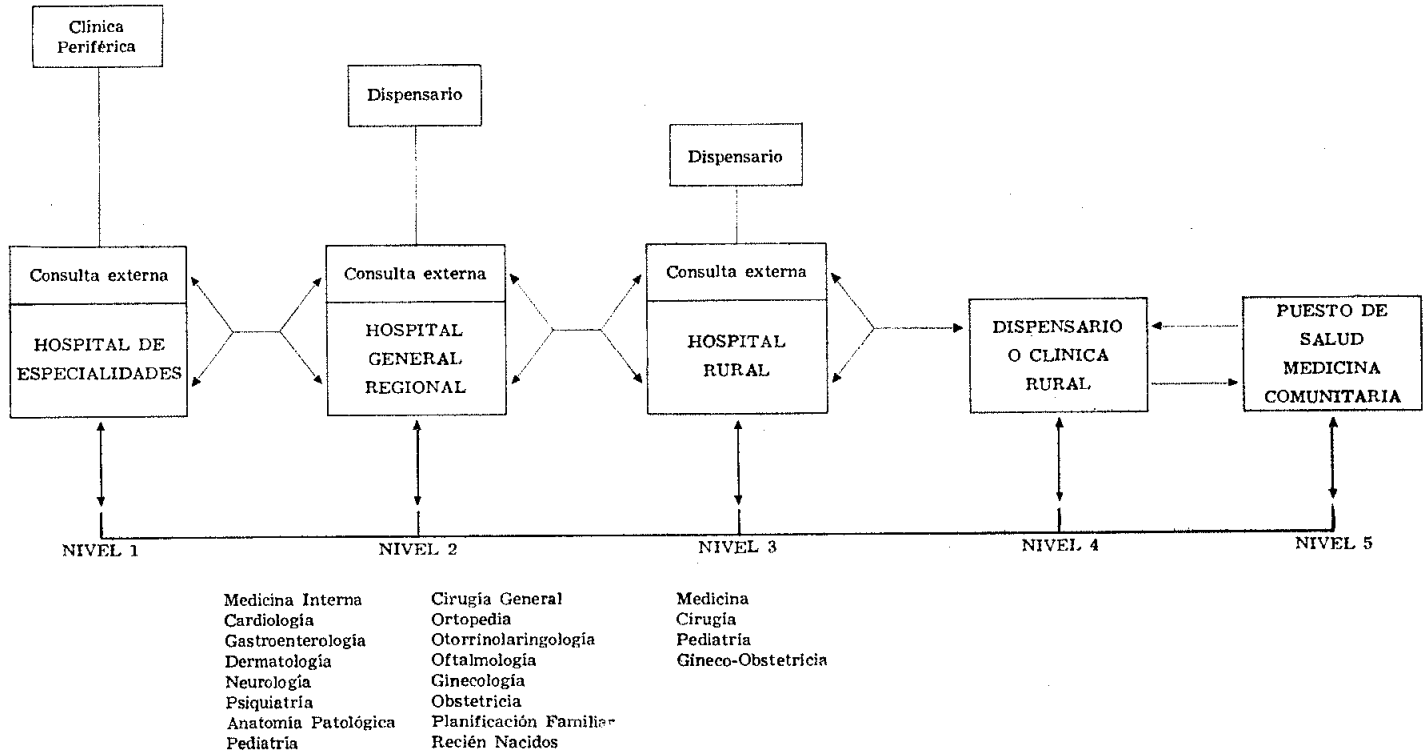
La regionalización administrativa resulta así un mecanismo indispensable para llevar a la práctica la programación, la coordinación y la descentralización de los servicios destinados a dar prestaciones integrales de salud a la comunidad.

En lo posible la región de salud debe ser autosuficiente y debe comprender áreas urbanas, suburbanas y rurales con un hospital general de especialidades básicas como centro de operaciones y con una red de hospitales de comunidad y de centros de salud periféricos para llevar las prestaciones a los sitios de residencia de trabajo o de estudio de la comunidad. (Gráfico N° 2.)

GRÁFICO N° 2

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

NIVELES DE ATENCION MEDICA



05. Cobertura de la población en los últimos treinta años de la Seguridad Social en Costa Rica

1944 Inicio de las Estadísticas

No obstante que la Caja Costarricense de Seguro Social comenzó a otorgar las prestaciones del Seguro de Enfermedad y Maternidad a partir del 1º de septiembre de 1942, no fue sino hasta el año 1944 que se inició el procesamiento de datos para brindar las primeras informaciones estadísticas.

No fue sino hasta mediados del año 1948 que se inició el planeamiento formal de un plan tendiente a dotar a la Caja de un sistema estadístico apropiado a sus necesidades.

1950 Inicio de la medicina organizada dentro del sistema

En este año se establecieron las bases para operar la nueva organización del primer hospital de la Caja Costarricense de Seguro Social, hoy Hospital Dr. Calderón Guardia, mediante el establecimiento de los servicios de Medicina Interna, Cirugía, Ginecología, Obstetricia y Pediatría, las principales especialidades médico-quirúrgicas.

Esto le permitió a la Institución la reestructuración del régimen de Enfermedad y Maternidad en cuanto a las futuras prestaciones médicas para lograr a través de la demanda de servicios el ingreso de nuevos profesionales en ciencias médicas.

1955 Inclusión del Seguro Familiar

El periodo que se inicia en 1955 marca una etapa muy importante en el desarrollo del Seguro Social en Costa Rica, al entrar al camino de una consolidación al haber incluido el seguro familiar en sus programas. Podemos observar que la cobertura de la población total aumenta a un 12%. En dar asistencia a la familia consistía una de las primeras etapas del proceso de integración de servicios médicos. Se inició la atención familiar de la esposa o compañera, los hijos menores de 18 años y los padres dependientes.

Tres años después, se reformó la ley con el objeto de elevar el salario tope de cotización. Esto produjo automáticamente la inclusión en el seguro social de nuevos contingentes de trabajadores y una mejora económica para la Institución que permitió de inmediato en el mismo año, ampliar la protección del Seguro de Enfermedad y Maternidad a los familiares de los trabajadores del sector agropecuario que ya disfrutaban del régimen, pero con carácter individual.

1961 - 1970 Situación al hacer definición de políticas

Se reforma el artículo 177 de la Constitución Política en el sentido de que la Caja Costarricense de Seguro Social deberá realizar la universalización de los diversos seguros puestos a su cargo, incluyendo la protección familiar en el régimen de enfermedad y maternidad, en un plazo no mayor de 10 años, contados a partir de la promulgación de esta reforma constitucional.

CUADRO N° 1
 CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
 SEGURO DE ENFERMEDAD Y MATERNIDAD
 COBERTURA POBLACION ASEGURADA

Año	Trabajadores asegurados	Asegurados familiares	Total asegurados	Población nacional	Población económicamente activa	% Cobertura población económicamente activa	% Cobertura población total
1944	25,710	—	—	685,302	233,003	10	3.75
1950	63,317	—	—	812,056	275,774	23	7.80
1955	79,290	42,813	122,103	1.048,512	315,133	25	12.00
1961	105,562	119,933	225,545	1.320,662	384,179	27	17.00
1970	202,291	606,873	809,164	1.762,462	528,739	38	46.00
1974	308,124	924,372	1.232,496	1.962,498	608,370	51	63.00
Marzo/76	350,341	1.051,023	1.401,364	1.991,772 *	617,449 *	57	70.00

* Estimación.

Este hecho es de la mayor trascendencia en la evolución y desarrollo de la seguridad social en Costa Rica.

El cuadro N° 1 demuestra claramente cómo aumentó la cobertura de un 17% a un 46% de la población total.

En el segundo semestre de 1970 se toma la decisión de hacer una realidad la disposición constitutiva.

Se inicia en esta forma la implementación de planes y obras que tenía la Caja para garantizarle al país un mejor servicio y dotar a los trabajadores costarricenses de centros eficientes para su debida asistencia. Se diseñó entonces la estrategia para lograr los instrumentos legales dentro y fuera de la Caja Costarricense de Seguro Social para universalizar su cobertura.

1974 Situación al iniciar los traspasos de Hospitales a la Caja

En virtud de la Ley N° 5349 de 24 de septiembre de 1973, se inicia el programa de traspasos; y es a partir del 16 de septiembre de 1974 en que la Caja adquiere el primer hospital que dependía del Ministerio de Salud. A esta fecha ya el Seguro de Enfermedad y Maternidad protegía al 63% de la población total.

El avance de la universalización ha sido tan acelerado que a marzo de 1976 el Seguro de Enfermedad y Maternidad protege al 70% de la población total.

Finalmente como resultado de ese avance, a la fecha se está llevando a cabo una reestructuración administrativa para lograr una eficaz especialización y división del trabajo, que en la práctica se materializa y se realiza a través de una coordinación y eficiente labor de conjunto, que mide positivos resultados, que en el campo de la Seguridad Social lleva con éxito la Institución en este sentido, la labor general que se desarrolla es dinámica en cuanto a la ejecución y continuación de los programas previamente trazados en años anteriores.

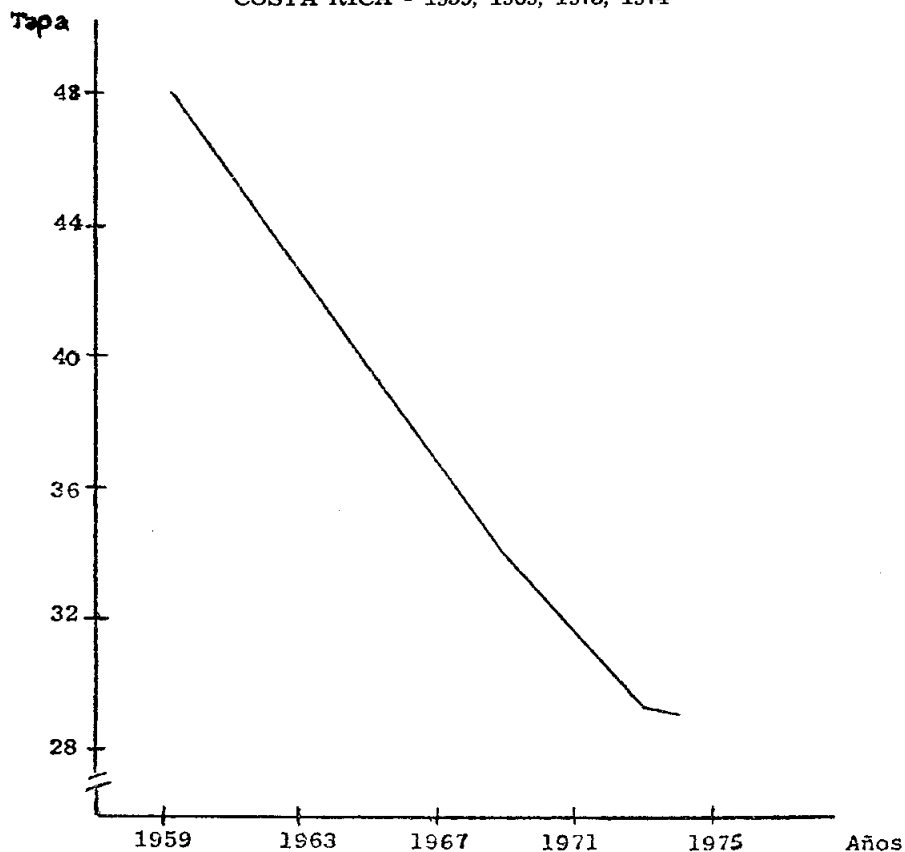
06. Cambios en los patrones de mortalidad, morbilidad y natalidad en el periodo 1959-1974

A continuación se hace un resumen gráfico del comportamiento observado en los últimos 15 años, donde se notan claramente los resultados de las acciones tomadas en el campo de la salud, las cuales rápidamente tuvieron un efecto favorable sobre la magnitud de esos parámetros, como son los de mortalidad, morbilidad y natalidad.

Esto fue asentado por los efectos no menos importantes del también favorable desarrollo económico y social iniciado en igual periodo, con un campo abierto a la Seguridad Social, que le permitió ampliar su cobertura participando directamente no sólo en la elaboración del Plan Nacional de Salud, sino en la ejecución de una parte importantísima del mismo, en lo que se refiere a la recuperación de la salud y la medicina preventiva individual en todas sus instalaciones.

La tasa de natalidad fue de 48.3 nacimientos por mil habitantes en 1959, cuando fue una de las más altas del mundo, pero descendió a 33.9 en 1969, a 29.4 en 1973, y a 29.2 en 1974.

TASAS DE NATALIDAD POR MIL HABITANTES
COSTA RICA - 1959, 1969, 1973, 1974



Gráfica N° 3

El crecimiento de la población se debe tanto a la alta natalidad mencionada como a una mortalidad descendente y a un pequeño crecimiento migratorio.

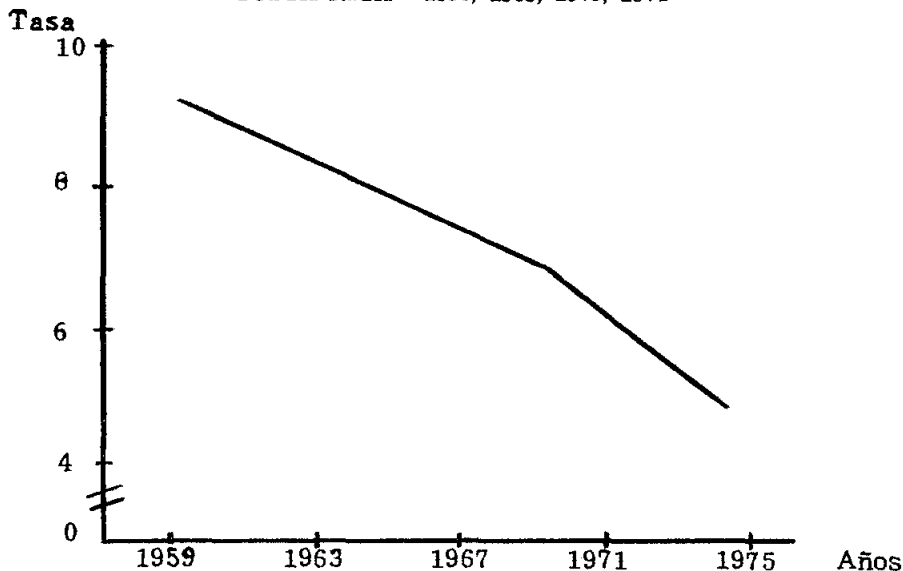
La mortalidad general fue de 9.3 defunciones por 1,000 habitantes en 1959, y ha venido descendiendo a 6.9 en 1969, a 5.2 en 1973 y a 4.9 en 1974.

La mortalidad general y su distribución entre los diferentes grupos de edad (tasas específicas de mortalidad por edades), condiciona una esperanza de vida al nacer que se estima en 68 años y crece lentamente conforme disminuyen las tasas específicas de mortalidad por edades, esperándose que llegue a 71 años en 1980.

La mortalidad infantil fue de 74.1 defunciones de menores de 1 año por cada 1,000 nacimientos en 1959, y ha venido descendiendo a 67.1 en

TASAS DE MORTALIDAD GENERAL POR MIL HABITANTES

COSTA RICA - 1959, 1969, 1973, 1974



Gráfica N° 4

1969, a 43.4 en 1973 y a 37.6 en 1974. Esta mortalidad está compuesta por la neonatal y la residual.

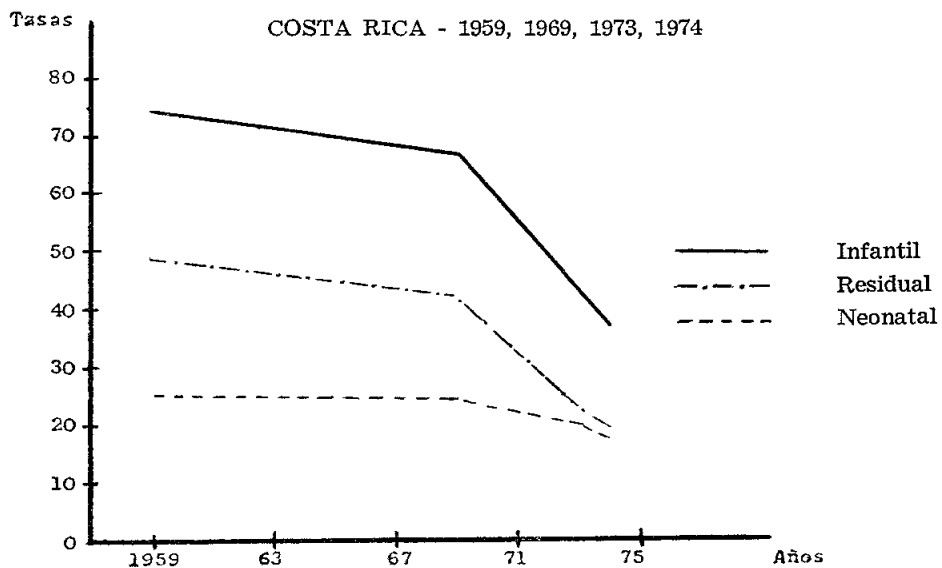
La mortalidad neonatal, que es ocasionada fundamentalmente por problemas hereditarios, congénitos y traumatismos obstétricos (causas endógenas), por lo cual es difícil de reducir, fue de 25.3 defunciones de menores de 1 mes por cada 1,000 nacimientos en 1959, y ha venido descendiendo a 24.8 en 1969, a 20.1 en 1973 y a 17.7 en 1974.

La mortalidad residual condicionada fundamentalmente por las condiciones de vida, incluyendo el saneamiento del medio, la alimentación y nutrición y la atención médica (causas exógenas), fue de 48.8 defunciones de niños de 1 a 11 meses de edad por 1,000 nacimientos en 1959, y ha venido descendiendo a 42.3 en 1969, a 23.3 en 1973 y a 19.9 en 1974.

La tasa de mortalidad fetal, condicionada fundamentalmente por el estado general de salud y de nutrición de la madre, y por hechos ocurridos durante su embarazo y su parto, fue de 20.9 nacidos muertos por 1,000 nacimientos en 1959, descendió a 15.2 en 1969, a 12.0 en 1973 y ascendió a 12.1 en 1974.

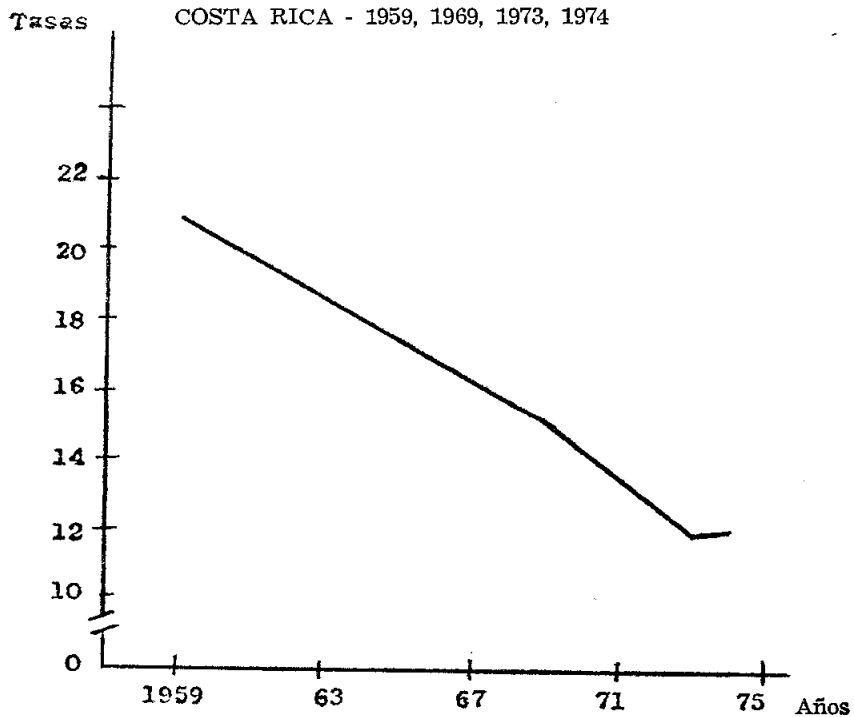
La mortalidad materna, condicionada por el estado general de salud de la madre antes del embarazo, y especialmente por las condiciones del embarazo, del parto y del puerperio, fue de 1.26 defunciones maternas (causadas por el parto y por complicaciones del embarazo, del parto y del

TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL, NEONATAL Y RESIDUAL
 POR MIL NACIMIENTOS VIVOS
 COSTA RICA - 1959, 1969, 1973, 1974



Gráfica Nº 5

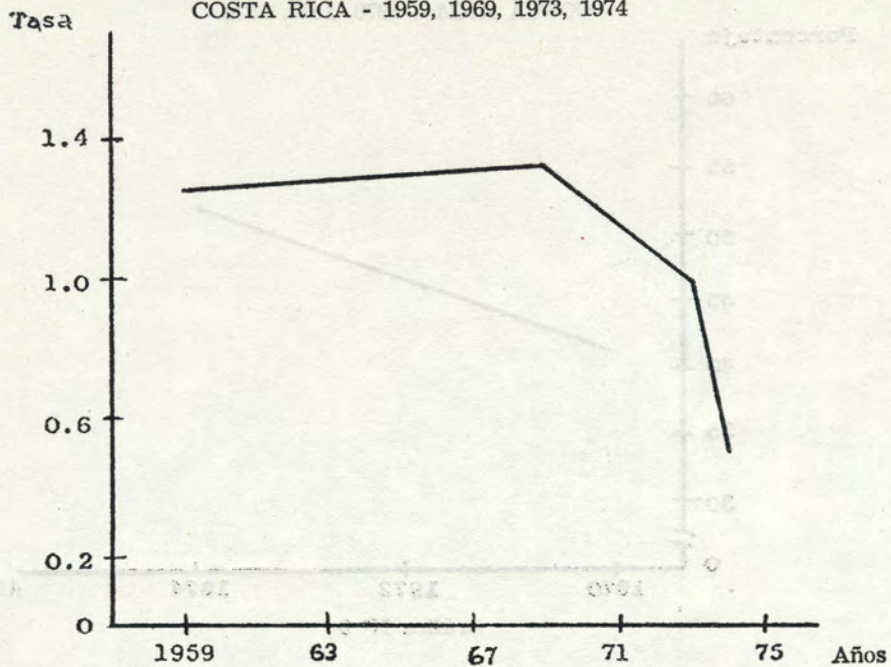
TASAS DE MORTALIDAD FETAL POR MIL NACIDOS VIVOS
 COSTA RICA - 1959, 1969, 1973, 1974



Gráfica Nº 6

TASAS DE MORTALIDAD MATERNA POR MIL NACIDOS VIVOS

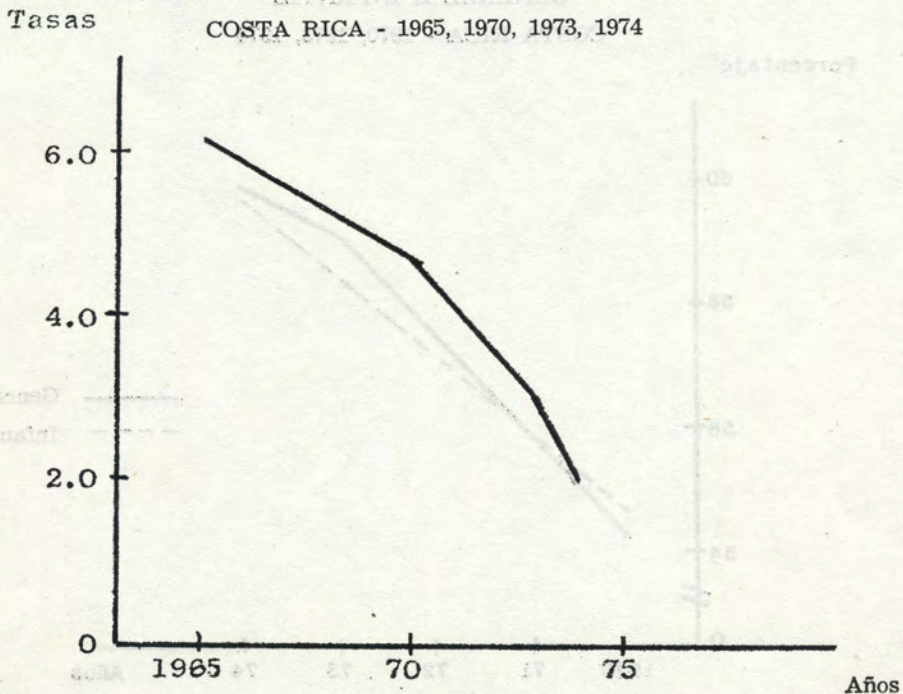
COSTA RICA - 1959, 1969, 1973, 1974



Gráfica N° 7

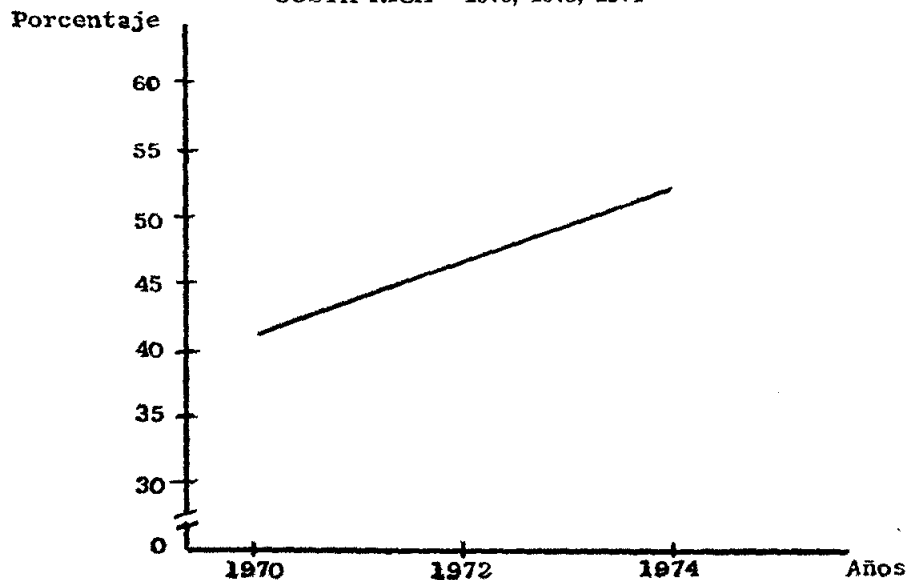
TASAS DE MORTALIDAD DE 1 - 4 AÑOS POR MIL

COSTA RICA - 1965, 1970, 1973, 1974



Gráfica N° 8

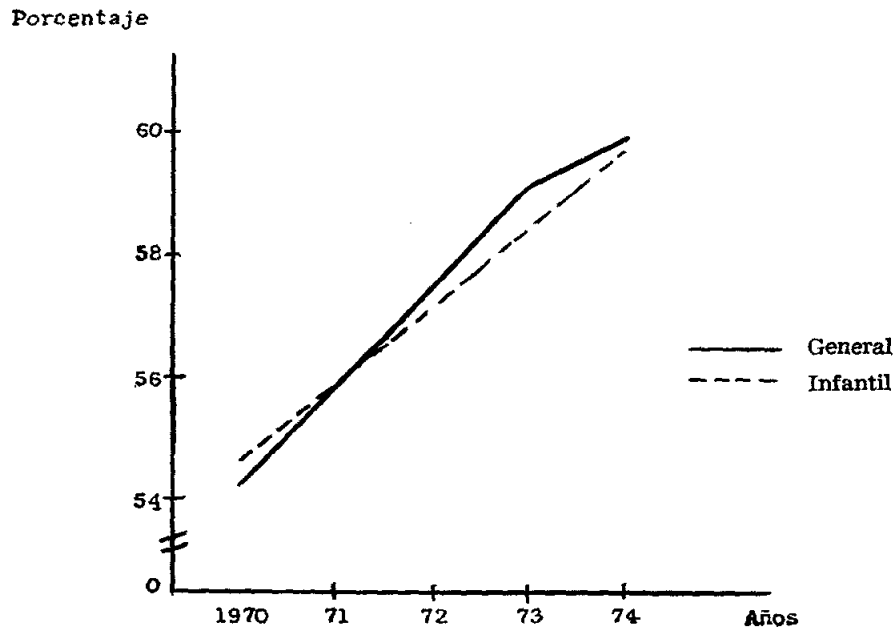
PORCENTAJE DE DEFUNCIONES DE 50 AÑOS Y MAS
COSTA RICA - 1970, 1973, 1974



Gráfica N° 9

PORCENTAJE DE DEFUNCIONES CON ASISTENCIA MEDICA
GENERAL E INFANTIL

COSTA RICA - 1970, 1973, 1974



Gráfica N° 10

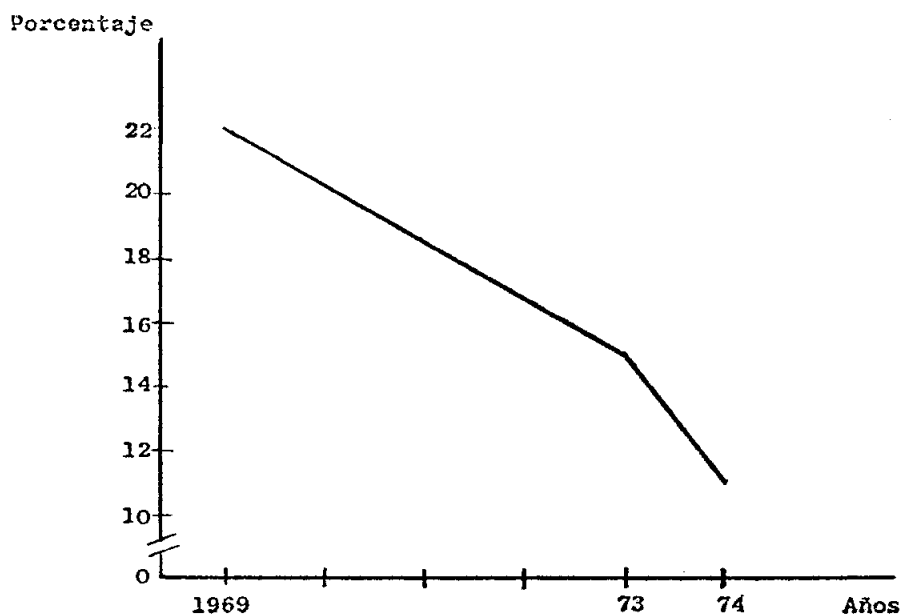
puerperio) por 1,000 nacimientos en 1959, ascendió a 1.33 en 1969, y ha venido descendiendo a 1.0 en 1973 y a 0.5 en 1974.

La tasa de mortalidad de niños de 1 a 4 años fue de 6.2 por 1,000 en 1965 y ha venido descendiendo a 4.7 en 1970, a 3.0 en 1973 y a 2.0 en 1974.

El porcentaje de defunciones de personas de 50 años y más ha venido aumentando de 41.4% en 1970, a 49.5 en 1973, y a 52.3 en 1974. Este crecimiento relativo ha sido a expensas de un descenso en el porcentaje de defunciones prematuras ocurridas antes de los 50 años de edad, el cual ha disminuido en la misma proporción en que aumentó la de defunciones en personas de 50 años y más.

La expansión de la cobertura de los servicios de salud se manifiesta a través del porcentaje de defunciones con asistencia médica, que ha venido aumentando 54.2% en 1970, a 59.1 en 1973 y a 59.9 en 1974. Las defunciones de menores de 1 año con asistencia médica también han venido creciendo de 54.5% en 1970, a 58.4 en 1973 y a 59.7 en 1974.

PORCENTAJE DE DEFUNCIONES POR ENFERMEDADES
INFECCIOSAS Y PARASITARIAS
COSTA RICA - 1969, 1973, 1974



Gráfica N° 11

Además de que el nivel de mortalidad general ha venido descendiendo, su estructura por causas también se ha venido modificando favorablemente. Así por ejemplo, las enfermedades infecciosas y parasitarias ocuparon el primer lugar como causa de muerte en 1969 (2,541 de las 11,599, que constituyeron el 22%) y descendieron al segundo lugar en 1973 (1,446 de las 9,702 defunciones, que constituyeron el 15%) y al tercero en 1974 (1,048 de las 9,512 defunciones, que constituyeron el 11%).

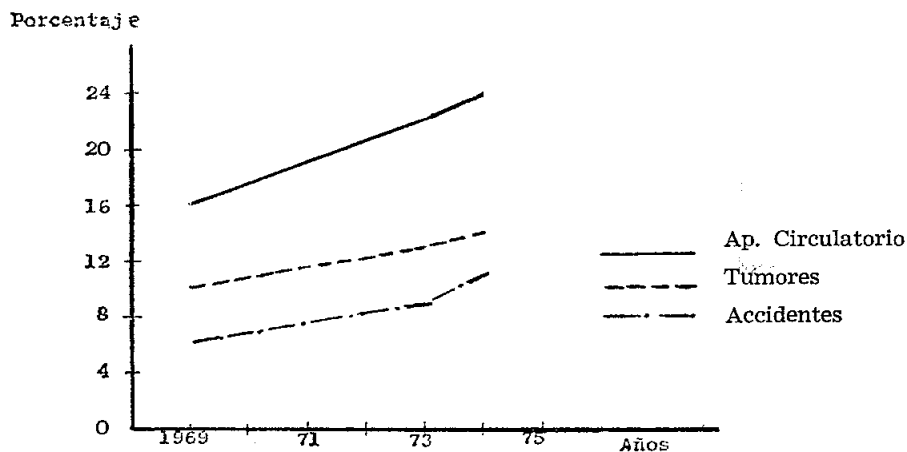
Las defunciones por difteria disminuyeron de 19 en 1969 a 5 en 1973 y se redujeron a 0 en 1974.

Las defunciones por sarampión disminuyeron de 322 en 1969 a 60 en 1973 y a 12 en 1974.

Las defunciones por influenza se redujeron de 88 en 1969 a 67 en 1973 pero aumentaron en 101 en 1974.

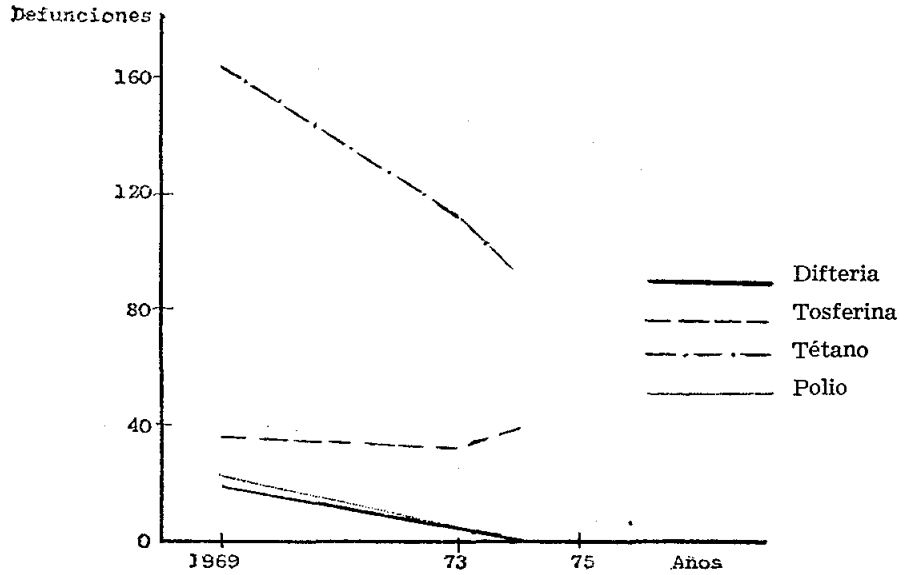
Las defunciones por tos ferina se redujeron de 36 en 1969 a 32 en 1973 pero aumentaron a 39 en 1974.

PORCENTAJE DE DEFUNCIONES POR ENFERMEDADES
CRONICAS Y DEGENERATIVAS Y POR ACCIDENTES,
ENVENENAMIENTOS Y VIOLENCIAS
COSTA RICA - 1969, 1973, 1974



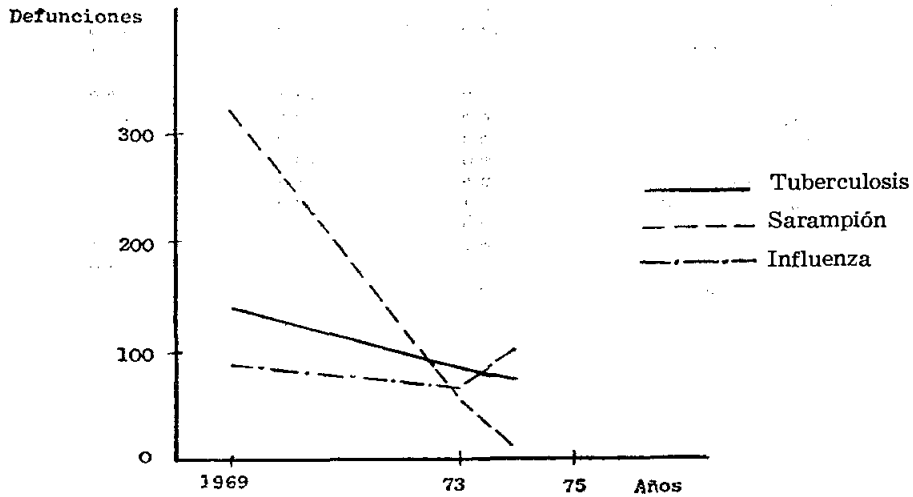
Gráfica N° 12

MORTALIDAD POR ALGUNAS ENFERMEDADES TRASMISIBLES
COSTA RICA - 1969, 1973, 1974



Gráfica N° 13

MORTALIDAD POR ALGUNAS ENFERMEDADES TRASMISIBLES
COSTA RICA - 1969, 1973, 1974



Gráfica N° 14

CUADRO N° 2

PAISES AMERICANOS: TASAS BRUTAS DE MORTALIDAD,
NATALIDAD Y CRECIMIENTO NATURAL ESTIMADAS PARA
EL PERIODO 1970-1975 (POR MIL HABITANTES)

Países	Tasas brutas (por mil)		
	Mortalidad	Natalidad	Crecimiento natural
Argentina	8.8	22.9	14.1
Bolivia	18.1	43.8	25.7
Brasil	8.5	36.9	28.4
Colombia	9.0	43.9	34.9
Chile	8.7	31.0	22.3
Ecuador	9.9	43.4	33.5
Paraguay	9.3	44.6	35.3
Perú	8.8	39.8	31.0
Uruguay	9.1	20.9	11.8
Venezuela	6.6	40.3	33.7
Costa Rica	6.0	33.3	27.3
El Salvador	11.0	46.5	35.5
Guatemala	13.0	41.7	28.7
Honduras	15.3	48.5	33.2
Nicaragua	16.7	46.8	32.1
Panamá	7.1	39.2	32.1
México	7.7	42.1	34.4
Cuba	6.9	26.1	19.2
Haití	17.6	43.6	26.0
Rep. Dominicana	13.0	48.1	35.1
Barbados	7.5	24.1	16.6
Guayana	6.6	39.0	32.4
Jamaica	6.2	32.7	26.5
Trinidad Tobago	6.0	28.1	22.1
Guadalupe	5.9	31.4	25.5
Islas Windward	7.1	35.3	28.2
Martinica	6.3	30.3	24.0
Puerto Rico	6.2	23.1	16.9
Surinam	7.2	42.0	34.8
Otras áreas	6.3	28.8	22.5

FUENTE: CELADE, Boletín Demográfico, Año IV, N° 8, 1971.

CUADRO N° 3

AMERICA LATINA Y OTROS TERRITORIOS
DE LA REGION, ESPERANZA DE VIDA AL
NACER (e8) ESTIMADAS PARA EL PERIODO
1970-1975

Países	Esperanza de vida al nacer (En años)
Argentina	68.4
Bolivia	46.8
Brasil	63.0
Colombia	60.8
Chile	63.6
Ecuador	59.6
Paraguay	61.5
Perú	62.0
Uruguay	70.1
Venezuela	66.3
Costa Rica	67.8
El Salvador	58.2
Honduras	51.4
Nicaragua	52.5
Panamá	65.8
México	64.6
Cuba	69.0
Haití	47.5
Rep. Dominicana	47.5
Barbados	71.8
Guayana	67.2
Jamaica	70.2
Trinidad Tobago	69.3
Guadalupe	70.1
Islas Windward	67.9
Martinica	70.1
Puerto Rico	72.5
Surinam	66.7
Otras áreas *	70.0

* Comprende las Antillas Neerlandesas, Bahamas, Islas Caimán, Islas Leeward, Islas Turcas y Caicos y las Islas Virgenes Americanas.

CUADRO N° 4
DEFUNCIONES OCURRIDAS
CAUSAS MAS FRECUENTES DE MUERTE Y POSICIONES QUE OCUPARON
1965-1974

Código ¹	Causa de muerte	Año de ocurrencia y número de defunciones									
		1974	1973	1972	1971	1970	1969	1968	1967	1966	1965
	Total.....	9,512	9,702	10,855	10,575	11,504	11,599	10,653	11,214	11,379	11,649
289,390-429,440 458,7341	Enfermedades del aparato circulatorio (excluye 2890, 2894, 2899, 4442, 452)	1,600	1,618	1,695	1,596	1,719	1,351	1,359	1,262	1,233	1,152
140-239 800-949,959, 969,999	Tumores (excluye 208, 209)	1,349	1,223	1,264	1,162	1,146	1,180	1,250	1,234	1,181	1,168
2733,320-358, 430-438,728 7331	Accidentes	819	684	675	688	654	596	646	561	580	621
008,009,561	Enfermedades del sistema nervioso (excluye 3302, 3303, 3309, 3330)	711	695	670	638	696	716	670	659	648	624
038,0821,360, 684,760-777, 7822	Gastroenteritis y colitis (excluye 0090)	566	860	1,030	997	1,209	1,396	1,404	1,390	1,637	1,656
480-400 250 466,490,491 037	Inmadurez y ciertas enfermedades de la primera infancia (excluye 7692, 7695, 7702, 7708, 7779, 7761, 7762, 7763)	546	556	805	863	840	869	732	742	770	755
	Neumonía y bronconeumonía	471	470	305	853	1,008	782	628	811	774	866
	Diabetes mellitus ²	271	265	253	158	—	—	—	—	—	—
	Bronquitis	163	201	264	254	246	372	311	362	339	363
	Tétanos	93	113	160	137	217	164	207	202	228	239
	Las demás causas	2,923	3,017	3,234	3,129	3,769	4,173	3,446	3,991	3,989	4,205
		Posición									
28 289,390-429, 440-458,7341	Enfermedades del aparato circulatorio (excluye 2890, 2894, 4442, 452)	1	1	1	1	1	2	2	2	2	3

Código ¹	(revisión de 1965)	Año de ocurrencia y número de defunciones									
		1974	1973	1972	1971	1970	1969	1968	1967	1966	1965
140-239	Tumores (excluye 208, 209)	2	2	2	2	3	3	3	3	3	2
800-949,959,969 999	Accidentes	3	5	6	7	7	7	7	7	7	7
2733,320-358, 430-438,728, 7331	Enfermedades del sistema nervioso (excluye 3302, 3303, 3309, 3330)	4	4	7	6	6	6	6	6	6	6
008,009,561	Gastroenteritis y colitis (excluye 0090)	5	3	3	3	2	1	1	1	1	1
038,0821,360, 684,760,777, 7822	Inmaduridad y ciertas enfermedades de la primera infancia (excluye 7692, 7695, 7702, 7708, 7779, 7761, 7762, 7763)	6	6	4	4	5	4	5	5	5	5
480-486	Neumonía y bronconeumonía	7	7	5	5	4	4	4	4	4	4
250	Diabetes mellitus ²	8	8	9	9	—	—	—	—	—	—
466,490,491	Bronquitis	9	9	8	8	8	8	8	8	8	8
037	Tétanos	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10

¹ Estos códigos corresponden a la octava revisión de 1965 con la cual se trabajó a partir de 1968, en los años anteriores se usó la séptima revisión de 1955.

² En los años en que no hay cifras, dicha causa no estuvo entre las principales causas de muerte.

07. Niveles de atención médica en Centroamérica y Panamá

Resultado de una encuesta realizada por el Ministerio de Salud de Panamá.

Los datos que a continuación se presentan fueron enviados por los países del Istmo Centroamericano a solicitud del Ministerio de Salud de Panamá y de acuerdo al siguiente formulario:

XX REUNION DE MINISTROS DE SALUD PUBLICA DE CENTROAMERICA Y PANAMA

GUIA DE OBSERVACION DE NIVELES DE ATENCION MEDICA

PAIS

1. Ha establecido el país una organización de servicios de salud en base a niveles de atención médica
.....
SI NO
2. Se han definido formalmente los niveles de atención médica
.....
SI NO
3. ¿Cuántos niveles se han definido?
4. Características de cada nivel
5. ¿Cuáles han sido los criterios para su definición?

NOTA: Tomado de la XX Reunión de Ministros de Salud Pública de Centroamérica y Panamá.

6. Bases legales y administrativas

.....

.....

.....

.....

7. Grado de funcionalidad de los niveles de atención de acuerdo con las siguientes modalidades:

7.1 Referencia de pacientes. Existe SI NO

7.2 Supervisión y asesoría administrativa y técnica. Existe SI NO

Como resultado de la encuesta se presenta el siguiente consolidado:

1. En todos los países se ha establecido la organización de los servicios de salud en base a niveles de atención médica.
2. En todos los países se han definido formalmente los niveles.
3. Los niveles establecidos por cada país se resumen así:

<i>Costa Rica</i>	Nivel I	Atención Básica	
	Nivel II	Atención General	
	Nivel III	Atención General y Especializada	
	Nivel IV	Atención Altamente Especializada	
<i>El Salvador</i>	Nivel I	Puesto de Salud	
	Nivel II	Unidad de Salud	
	Nivel III	Centro de Salud	
	Nivel IV	Hospital	
<i>Guatemala</i>	Nivel I	Puesto de Salud	
	Nivel II	Centro de Salud (Intermedio)	
	Nivel III	Servicio Integrado de Area	
	Nivel IV	Hospital Universitario-Hospitales Especializados	
<i>Honduras</i>	Nivel I	Mínimo	
	Nivel II	Básico	
	Nivel III	Básico con hospitalización	
	Nivel IV	Básico diferenciado (4 especialidades básicas)	
	Nivel V	Especializado	
<i>Nicaragua</i>	Ministerio de J.N.A.P.S. Salud Pública		
Nivel I	Puesto de Salud Rural	Consultoría acción comunitaria	
Nivel II	Centro de Salud (Municipio)	Consultorio Médico	

Nivel III	Centro de Salud 2 (Departamento)	Hospital Departamental
Nivel IV	Centro Regional	Hospital Regional
Nivel V	Nivel Normativo (M.S.P.)	Hospital Nacional (Normativo J.N.A.P.S.)
<i>Panamá</i>	Centros y Subcentros de Salud Hospitales Locales o Distritales Hospitales Regionales o Provinciales Hospitales Nacionales	

4. Las características de cada nivel:

Costa Rica

Nivel I: Atención Básica:

Establecimientos: Puestos de Salud, Dispensarios I CCSS, Centros de Educación y Nutrición.

Personal: Asistentes de salud rural, auxiliares de enfermería, asistentes de nutrición, auxiliares de dispensario, evaluadores y rociadores del SNEM.

Actividades: Control de enfermedades transmisibles más comunes, salud materno-infantil, nutrición, primeros auxilios y referencia de pacientes, organización comunal, saneamiento básico del medio, educación para la salud. Recibe apoyo del nivel II mediante consulta médica periódica y supervisión. La comunidad participa muy activamente en el desarrollo y mantenimiento de este Nivel.

Población beneficiada: La de comunidades rurales con énfasis en la población dispersa.

Nivel II: Atención General:

Establecimientos: Centros de Salud I y II, Dispensarios II CCSS, Unidades Móviles, Centros Rurales de Asistencia, Hospitales periféricos.

Personal: Médico general permanente, enfermeras generales y obstétricas, au-

xiliares de enfermería, inspectores de saneamiento, especialistas en pediatría, cirugía general y gineco-obstetras, odontólogos, servicio social, auxiliares de laboratorio y microbiólogos.

Actividades: Además de las del Nivel I, se facilita tratamiento ambulatorio de pacientes, hospitalización, atención de partos, cirugía general, odontología y referencias a Nivel III. Apoya al Nivel I.

Población

beneficiada: Comunidades de 2,000 a 20,000 habitantes.

Nivel III: Atención general y especializada:

Establecimientos: Hospitales Regionales, Dispensarios III y IV CCSS.

Personal: Médicos y enfermeras de especialidades básicas. Personal paramédico.

Actividades: Atención ambulatoria y cerrada con especialidades básicas. Ayudas terapéuticas y diagnósticas de mayor complejidad que en el Nivel II. Referencias al Nivel IV. Presta apoyo al Nivel II.

Población

beneficiada: Comunidades de 20 a 100,000 habitantes.

Nivel IV: Alta Especialización:

Establecimientos: Hospitales Nacionales de corta y larga estancia, Hospitales Especializados.

Personal: Especialidades y subespecialidades, paramédico, docente, investigación y administrativo especializado.

Actividades: Atención ambulatoria y cerrada de especialidades. Investigación y docencia.

Población

beneficiada: Area metropolitana y referencia de otros niveles de atención de todo el país.

FUNCIONES DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Centros de Salud	Unidades y Puestos de Salud ⁵	Hospitales
1. Consulta Externa	1. Consulta Externa	1. Consulta Externa ¹
2. Hospitalización	2. ...	2. Hospitalización
3. Asistencia de partos	3. ...	3. Asistencia de partos ²
4. Clínica prenatal, infantil y pre-escolar	4. Clínica prenatal, infantil y pre-escolar	4. ...
5. Servicio de Odontología	5. Servicio de Odontología	5. Servicio de Odontología ³
6. Epidemiología	6. Epidemiología	6. Epidemiología
6.1 Reporte epidemiológico	6.1 Reporte epidemiológico	6.1 Reporte epidemiológico
6.2 Atención de brotes epidémicos	6.2 Atención de brotes epidémicos	6.2 ...
6.3 Descubrimiento, tratamiento y control de contactos de enfermedades venéreas, tuberculosis, lepra, paludismo y otros	6.3 Descubrimiento, tratamiento y control de contactos de enfermedades venéreas, tuberculosis, lepra, paludismo y otros	6.3 ...
6.4 Vacunación	6.4 Vacunación	6.4 Vacunación ⁴
7. Saneamiento ambiental	7. Saneamiento ambiental	7. ...
8. Educación en salud	8. Educación en salud	8. Educación en salud

FUENTE: Departamento de Estadísticas de la Dirección General de Salud.

¹ En los hospitales de Soyapango y Sanatorio Nacional no se da Consulta Externa.

² En San Salvador solamente el Hospital de Maternidad atiende partos.

³ El Hospital de Maternidad no tiene servicio de Odontología.

⁴ En los hospitales: Rosales, Bloom, Psiquiátrico, Soyapango y Planes de Sendero, no se vacuna.

⁵ Las Unidades y Puestos de Salud tienen las mismas funciones a excepción de Servicio de Odontología que está sujeto a las limitaciones que les imponen sus recursos.

Unidad de salud: personal permanente Médico(s), Enfermería(s), Auxiliar(es) de enfermería, Inspector(es) de Saneamiento.

Puestos de salud: auxiliar de enfermería permanente, con visita una vez o dos veces por semana, de Médico, Enfermera o Inspector.

Las Unidades y Puestos de Salud, continuarán la vigilancia y tratamiento de enfermos controlados en hospitales y centros de salud.

Guatemala

1. Unidad asistencial mínima con recursos humanos de auxiliares de enfermería, T.S.R., promotor de salud.
2. Atención médica permanente, consulta externa y hospitalización corta.
3. Los servicios de prevención, recuperación y rehabilitación con equipo y recursos humanos diversificados y constituye el centro de referencia de los otros niveles.

Honduras

El Nivel I corresponde al CESAR (Centro de Salud Rural) atendido por una auxiliar de enfermería con programas de medicina simplificada, participación comunitaria en salud, atención materno-infantil, epidemiología, malaria, sistema de referencia, administración, adiestramiento y control.

El Nivel II corresponde al CESAMO (Centro de Salud con Médico) con programas de atención médica básica, participación comunitaria en salud, atención materno-infantil, epidemiología, sistema de referencia, administración, adiestramiento y control.

El Nivel III corresponde al CHE (Centro Hospitalario de Emergencia). Son centros de salud con camas (50) para hospitalización de agudos, emergencias y partos, que sirven de apoyo a los niveles inferiores en cuanto a hospitalización y con medios auxiliares de diagnóstico. Su atención médica es general y no diferenciada.

Nivel IV. Son los hospitales regionales, con atención básica diferenciada con las cuatro especialidades y con servicios de apoyo.

Nivel V. Son los hospitales especializados con funciones de asistencia, docencia e investigación.

Nicaragua

Nivel I.

- a) Ubicado en el corazón mismo de la población rural o marginal-urbana.
- b) Equipo integrado por auxiliar de enfermería adiestrado; promotor de salud, extraído de la propia comunidad; líderes comunitarios y la comunidad misma.
- c) Intima coordinación inter-sectorial: agricultura, educación, asistencia social e instituciones particulares.
- d) Acciones de organización de la comunidad; saneamiento ambiental, básico, principios de higiene; hábitos alimentarios; referencia de medicina curativa hacia niveles superiores de atención; apoyo en campañas sanitarias y de vacunación.

Nivel II.

- a) Ubicados lo más cerca de las poblaciones.
- b) Disponen de médico, enfermera, auxiliares de enfermería y personal de saneamiento ambiental. Pequeño laboratorio y algunas camas para rehidratación de lactantes y atención del parto normal.
- c) Supervisa el Nivel I. En el área rural por medio de la unidad móvil que lleva médico y hace visitas periódicas.
- d) Acciones de medicina preventiva y de fomento de la salud; saneamiento ambiental; educación para la salud, acciones de recuperación de la salud en forma ambulatoria; atención de emergencias médico-quirúrgicas; odontología.
- e) Referencia de medicina curativa y emergencias hacia niveles superiores de atención.

Nivel III.

- a) Ubicado en la capital del Departamento.
- b) El Centro de Salud dispone de mayor número de profesionales, incluyendo médicos; preparan los programas del departamento en todas las acciones preventivas, de fomento y saneamiento. El hospital cuenta con las cuatro especialidades básicas; laboratorio, rayos X y banco de sangre; además de los servicios generales de apoyo.
- c) Supervisa los Niveles I y II y recibe pacientes y problemas de ellos.
- d) Acciones más avanzadas de prevención, fomento, educación para la salud y de saneamiento ambiental. El hospital atiende, tanto ambulatoriamente como hospitalizando, en las cuatro especialidades básicas; además de las emergencias médico-quirúrgicas.
- e) Referencia de consultantes que escapan a su capacidad, hacia niveles superiores de atención.

Nivel IV.

- a) Ubicado en sitios de atracción de regiones definidas.
- b) El Centro de Salud coordina y supervisa las acciones preventivas, de fomento y saneamiento de la región. El hospital cuenta con más servicios clínicos, principalmente con especialidades tales como: oftalmología, otorrinolaringología, urología, etc., incluyendo consulta externa de todas ellas.
- c) Supervisa los Niveles I, II y III recibe los pacientes referidos de los niveles inferiores. Actúa como Nivel III para su departamento.
- d) Referencia de pacientes con patología muy especializada al nivel superior.

Nivel V.

- a) Ubicado en la capital del país.
- b) Se dispone de la casi totalidad de los requerimientos de la medicina moderna.
- c) Supervisa los Niveles I, II, III y IV y recibe los pacientes de allí enviados. Actúa como Nivel III y IV para su departamento.
- d) Aun cuando no es nivel de atención propiamente tal, aquí, el Ministerio de Salud Pública por una parte y la J.N.A.P.S. por la otra, fijan la política y dictan las normas. No se ha logrado todavía una descentralización administrativa.

Panamá

Los hospitales *nacionales* están ubicados en la ciudad de Panamá y son hospitales de tipo general con todas las especialidades. Brindan servicios a la Región Metropolitana y sirven de centro de referencia para todas las provincias del país, además de centros de docencia en medicina y enfermería, como también para profesionales paramédicos.

Los hospitales *regionales* o *provinciales* cuentan con especialidades básicas y algunas subespecialidades, además de algunos casos de centros docentes. Están ubicados en las áreas más populosas de las provincias, brindan

servicios a esas áreas y sirven a su vez de centro de referencia de todos los centros de salud que funcionan en las respectivas provincias.

Los hospitales *locales* o *distritoriales* son aquellos que se encuentran ubicados en poblaciones generalmente cabeceras de distritos y cuentan, por lo general, con servicios básicos de medicina, obstetricia, pediatría y cirugía.

A través de centros y subcentros de salud y por medio de unidades móviles terrestres y marítimas se brinda servicio al resto de las comunidades.

Los centros de salud, dentro del sistema de regionalización y en correspondencia con cada uno de los tres niveles descritos anteriormente, son aquellos que cuentan con servicios médicos permanentes, desarrollando actividades preventivo-curativas a nivel local, ya sea aislado o funcionando conjuntamente con estación o anexo maternal, una estación o anexo pediátrico o bien maternoinfantil, o también como parte de un centro médico integrado urbano o rural.

Existen además subcentros de salud, en los cuales el servicio se presta a través de personal paramédico, especialmente auxiliares de enfermería. Estos subcentros de salud son visitados periódicamente por médicos y enfermeras de las áreas vecinas. Finalmente, en áreas rurales de difícil acceso, se presta atención médica integral, mediante las visitas periódicas de unidades móviles terrestres o marítimas.

5. Criterios para definición de los niveles:

Costa Rica

- a) Necesidades representadas en gran parte por la población.
- b) Grado de complejidad de servicios, orientados a satisfacer esas necesidades.
- c) Grado de disponibilidad y organización de recursos para producir esos servicios.

El Salvador

Recursos: humanos, físicos y financieros. Funciones por grado de complejidad.

Guatemala

El mejor aprovechamiento de recursos. El reordenamiento de los servicios en áreas de salud y la realización de acciones integrales de salud de acuerdo a las necesidades locales.

Honduras

- a) Poblacional.
- b) Dotación de Recursos Humanos.
- c) Capacidad física instalada.
- d) Desarrollo histórico del sistema de servicios de salud.

Nicaragua

Los criterios han sido múltiples, entre otros, vale destacar los siguientes:

Demográfico: Considerando las concentraciones de población y tratando de cubrir el mayor número.

Geográfico: Tomando en cuenta las distancias, el tiempo de traslado y las vías de comunicación.

Económico: De concentración de recursos humanos y materiales dada su escasez.

Técnico: La medicina moderna es una medicina de equipo que requiere apoyo de alta tecnología que no puede rendir si sus elementos están dispersos.

Panamá

Fundamentalmente de oferta (disponibilidad de recursos) y organización, número y distribución de la población.

6. Bases legales y administrativas:

Costa Rica

Ley Orgánica del Ministerio de Salud. Ley de Traspaso de Hospitales a la Caja Costarricense de Seguro Social. Ley General de Salud.

El Salvador

Preceptos constitucionales y Código de Sanidad. Integración y Regionalización de Salud.

Guatemala

Decreto 31-69 Congreso de la República. Decreto 23-69 Gubernativo. Reglamento SP-245-69.

Honduras

- a) Anteproyecto del Código de Salud.
- b) Anteproyectos de la Ley Orgánica de la Secretaría de Salud Pública.
- c) Código de Procedimientos Administrativos.
- d) Planificación y Programación de los Servicios de Salud.
- e) Manuales de Normas y Procedimientos.

Nicaragua

El nuevo Reglamento General de Hospitales fija, entre otras, esta política de salud. Actualmente se encuentra en revisión en el Ministerio de Trabajo para la promulgación por el señor Presidente de la República.

Panamá

Decreto N° 1-1969. Ministerio de Salud, Ley Orgánica de Caja de Seguro Social.

7. Grado de funcionalidad de los niveles de atención de acuerdo con las siguientes modalidades:

7.1 Existe en todos los países.

En *El Salvador* se ejerce con muchas barreras y limitaciones.

En *Honduras* en proceso de normatización y de elaboración del Sistema Nacional de Referencia.

7.2 Existe en todos los países.

En *El Salvador* recientemente evaluada y en proceso de revisión estructural y funcional.

En *Honduras* en proceso de normatización y de elaboración del Sistema Nacional de Supervisión y asesoría.

BIBLIOGRAFIA

Medicina Sanitaria y Administración de salud, Abraam Sonis y colaboradores, 1971.

Consideraciones acerca del plan del Ministerio de Salud para reorganizar los Servicios médicos-preventivos en base a la CCSS, Ministerio de Salud, 1971.

Informes Estadísticos Ministerios de Salud, 1975.

Programa Nacional de Salud 1975-1978, Documento Básico.

Esquemas de Organización para otorgar prestaciones médicas al núcleo familiar urbano, suburbano y rural, OPS-OMS; IV Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social, Asunción, Paraguay, 22-30 Sept., 1974. Dr. Alfredo Leonardo Bravo.

Guía para la coordinación de la atención médica, OPS-OMS. Feb., 1971.