

Plan

de atención
a la salud
de las personas

p . a . s . p
2001-2006



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Plan de Atención a la Salud de las Personas

2001 - 2006

Aprobado por la Junta Directiva en sesión No. 7549, artículo No.5,
del día 17 del mes de mayo de 2001

Equipo coordinador del PASP:

Dr. Mauricio Duarte Ruano, coordinador

Licda. Julia Li Vargas

Dr. Johnny Alfaro Morales

Dr. Carlos Icaza Gurdían

Apoyo secretarial:

Licda. Sonia Valverde Morales

Revisión filológica:

Lic. Fernando Diez Lozada

Diseño de portada, diagramación y artes digitales:

Ma. Luisa Garbanzo Alfaro

Imprenta:

Corporación Litográfica Internacional S.A.

Este documento fue elaborado bajo la coordinación del equipo del PASP, perteneciente a la Gerencia de Modernización y Desarrollo, con la participación de funcionarios de las diferentes dependencias de la Gerencia Médica, la Gerencia de Operaciones, la Gerencia Administrativa y la Gerencia Financiera, con la colaboración de la Unidad Ejecutora del Proyecto de Modernización, del Banco Mundial y de la Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS.

pasp@ccss.sa.cr



PRESENTACIÓN

Presidente Ejecutivo

Este año, la Caja Costarricense del Seguro Social cumplirá 60 años de existencia. 60 años de trabajar por la salud y la seguridad social en nuestro país. Lo que empezó como una idea y en una pequeña casa, se ha convertido en la institución más grande y más querida por los costarricenses.

Durante los últimos años, a pesar de las limitaciones inherentes a la condición humana, hemos mantenido y fortalecido esa obra histórica. Los costarricenses así lo han constatado. Los logros y los datos lo confirman: somos el país de la América Latina con la más alta esperanza de vida y durante el año pasado la aumentamos como nunca antes, en un solo año en las dos últimas décadas (al pasar de 76.9 en 1999, a 77.48 en el 2000). Durante el último año, bajamos la mortalidad infantil a 10.2 por mil, la más baja de la América Latina continental (en 1997 estaba en 14.2 por mil) y multiplicamos e invertimos en infraestructura, en equipo, en compra de medicamentos, como nunca antes en la historia la institución.

La Caja ha seguido fortaleciéndose en el marco de un profundo proceso de reforma del modelo de atención (al terminar de asumir la atención primaria que antes correspondía al Ministerio de Salud), y de un cambio radical en la forma de organización institucional, que nos permitirá pasar de una institución centralista y cerrada a una institución pública más autónoma y desconcentrada y con un peso importante de la participación social y la rendición de cuentas, con la aplicación de los compromisos de gestión, de la paulatina separación entre comprador-financiador y proveedor de servicios de salud, de la desconcentración y de la autonomía, de la personalidad jurídica instrumental y de las Juntas de Salud en todos los establecimientos de salud.

Es en ese contexto que se presenta al país, el PLAN DE ATENCIÓN A LA SALUD DE LAS PERSONAS (PASP). Se dice con razón que no hay acción humana, profunda y creadora, sin un pensamiento que la alimente. No hay tampoco acción de salud profunda y satisfactoria, sin un análisis de las necesidades y de las posibilidades de atención por las instituciones públicas o privadas de una sociedad. Por ello es necesario, antes de negociar y concertar los compromisos de gestión y de asignar los presupuestos, saber qué es lo que queremos alcanzar y exigir. Cuál es el paquete de servicios que debemos garantizar a la sociedad y exigir a los proveedores. Qué es lo asegurable, lo que puede y debe cubrir razonablemente una sociedad y una institución de seguridad social como la nuestra en un momento histórico determinado. Cuáles son las acciones prioritarias de la Caja Costarricense del Seguro Social.

El PASP pretende ser el guión de lo que se puede y se debe hacer desde la Caja por la salud de Costa Rica. Es el pensamiento que ha de alimentar nuestra acción de salud en los próximos años. Nada más y nada menos. Un guión abierto a las condiciones cambiantes y a las aspiraciones también cambiantes de la sociedad costarricense. Pero un guión al fin, que habrá de seguirse y de cumplirse, so pena de perderse en acciones poco efectivas, o en tareas útiles, pero que dejan de lado las acciones prioritarias y necesarias. Dadas las limitaciones humanas, presupuestarias y del contexto, habrá siempre que elegir lo necesario por encima de lo útil, lo prioritario por encima de lo secundario.

Inevitablemente, la Seguridad Social costarricense no podrá darle todo a todos, como no lo puede hacer ninguna otra institución nacional de salud o de seguridad social en el mundo. Menos aun deberá darle todo a algunos, porque entonces violaría los principios de equidad, solidaridad, universalidad y eficiencia en los que se funda. Lo único que puede y debe hacer es darle algo a todos, una seguridad social y una salud decorosa para toda la población. Eso precisamente es lo que pretende asegurar el PLAN DE ATENCIÓN A LA SALUD DE LAS PERSONAS.

Un Plan en el que se ha trabajado con conciencia durante varios años, con el apoyo de actores externos y de profesionales y expertos nacionales con los que se honra contar la Caja Costarricense del Seguro Social. A ellos debemos esta obra y con ellos debemos comprometernos para alcanzar sus metas.



- Rodolfo E. Piza Rocafort
Presidente Ejecutivo

PRESENTACIÓN

Gerente División Modernización y Desarrollo

La Caja Costarricense de Seguro Social vive en la actualidad, un período de transformación y modernización que se caracteriza por la implementación del nuevo modelo de atención a nivel nacional, el cual se ha extendido gradualmente de las áreas rurales más alejadas hacia el área metropolitana, el fortalecimiento institucional mediante el mejoramiento de los procesos institucionales, el desarrollo de los sistemas de información, la capacitación del recurso humano para la gestión de los servicios, entre otros elementos. Un aspecto clave en esta transformación es la implementación de un nuevo sistema de asignación de recursos financieros, que tiene como particularidad, la separación de las funciones de planificación-financiamiento, compra y prestación de los servicios de salud.

Una parte importante de la modernización, es la planificación y gestión de los recursos a partir de un nuevo enfoque, que pretende fijar las prioridades con base en las necesidades y problemas de salud de la población y establecer objetivos de salud, con el fin de medir el impacto de los servicios que le brinda el sector salud.

Es dentro de este nuevo enfoque de la planificación de los servicios de salud, que surgió la necesidad de elaborar el Plan de Atención a la Salud de las Personas, el cual contiene las estrategias que permitirán desarrollar las acciones prioritarias, pertinentes, efectivas y factibles, con el fin de coadyuvar en el mejoramiento del estado de salud de la población, la calidad de vida y el bienestar general del país.

El Plan de Atención a la Salud de las Personas, es parte de la planificación estratégica que en materia de salud se le ha asignado a la Gerencia de Modernización y Desarrollo. Dicho Plan se enmarca dentro del Plan Estratégico Corporativo, los lineamientos y políticas nacionales e internacionales que se dictan en materia de salud y a los principios de la modernización de la CCSS, y servirá de instrumento para orientar la función de compra y la prestación de servicios de salud.

A pesar de que existen algunas experiencias previas en otros países, este plan constituye una novedad en América Latina y ha sido posible gracias al esfuerzo institucional. Ahora el reto es trabajar todos, en la implementación del Plan, con el fin de alcanzar los objetivos y metas propuestas, en procura de una mejor prestación de servicios, la satisfacción de los usuarios y un mejor país para la actual y futuras generaciones.



Dr. Juan Carlos Sánchez Arguedas
Gerente División Modernización y Desarrollo

AGRADECIMIENTO

AGRADECIMIENTO

Este Plan constituye el producto del esfuerzo, no solo de un grupo coordinador de elaboración del documento, sino de cientos de personas de diferentes profesiones y oficios, tanto funcionarios de la institución, como de otras instituciones del Sector Salud, académicos, políticos, científicos, representantes de las comunidades, de la empresa privada en salud, medios de comunicación y de instituciones de representación civil como la Contraloría General de la República, la Defensoría de los Habitantes y el proyecto Estado de la nación, entre otros.

Abarca, en total, 22 problemas de salud, 3 problemas de servicios y 29 intervenciones para atender estos problemas y realizar acciones de promoción de la salud y, según lo que se definió en el proyecto de modernización institucional, será la base para la planificación de la oferta de servicios de salud, partiendo de las necesidades y problemas más urgentes de este campo, según la magnitud, la severidad, la tendencia y los compromisos que en el área haya asumido el país, el sector y la institución.

Por ello, al llegar a esta etapa del proceso, es necesario hacer el reconocimiento a todos aquellos, que de una u otra forma, hicieron su aporte y, por eso, el agradecimiento por su apoyo y colaboración que va en beneficio de la institución y el país.

Equipo coordinador de la elaboración del PASP

INDICE

INDICE

I.	INTRODUCCIÓN	-13
II.	MARCO METODOLÓGICO Y CONCEPTUAL DE LA ELABORACIÓN DEL PASP	-15
III.	ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD	-23
1.	Análisis de situación de salud a partir de las fuentes oficiales de información	-23
1.1.	<i>Situación de la salud, de sus condicionantes y de los servicios en Costa Rica</i>	-23
1.2.	<i>Análisis de la situación económica</i>	-31
1.3.	<i>Evolución de la situación social</i>	-34
1.4.	<i>Análisis de la mortalidad</i>	-37
1.4.	<i>Análisis de la morbilidad atendida en los servicios de salud de la CCSS</i>	-49
1.5.	<i>Morbilidad por enfermedades transmisibles</i>	-59
1.6.	<i>Condicionantes de la salud</i>	-64
1.7.	<i>Análisis del ambiente</i>	-67
1.8.	<i>Transformaciones en los patrones de vida y dinámicas familiares</i>	-72
2.	Percepciones sobre los problemas de salud en Costa Rica y los servicios que brinda la Caja Costarricense de Seguro Social	-73
2.1.	<i>Metodología</i>	-73
2.2.	<i>Resultados</i>	-75
2.3.	<i>Análisis de la percepción de los problemas del servicio de salud</i>	-75
IV.	PROBLEMAS SELECCIONADOS E INTERVENCIONES PROPUESTAS	-77
1.	Lista de problemas	-77
2.	Lista de intervenciones propuestas para la atención de los problemas	-78

V.	CONDICIONES GENERALES PARA LA IMPLANTACIÓN DEL PASP	-81
VI.	CONTENIDO Y ORGANIZACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN A LA SALUD DE LAS PERSONAS	-83
VII.	METAS GENERALES	-85
VIII.	DESCRIPCIÓN DE LOS PROBLEMAS DE SALUD Y SUS INTERVENCIONES	-89
1.	Estilos de vida	-89
1.1.	<i>Hábito de ejercicio físico</i>	-90
1.2.	<i>Hábitos de alimentación saludable</i>	-90
1.3.	<i>Promoción contra el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas</i>	-91
	Intervención: Promoción de estilos de vida saludables	-93
2.	Enfermedad cardiovascular y cerebrovascular	-95
	Intervención: Prevención, detección, atención y rehabilitación de las enfermedades del sistema circulatorio	-96
3.	Diabetes mellitus	-98
	Intervención: Prevención, promoción, detección y atención de la diabetes mellitus y sus complicaciones	-99
4.	Tumores malignos (Cuello útero, mama, pulmón y bronquios, estómago y próstata)	-101
4.1.	<i>Tumor maligno del cuello del útero</i>	-102
4.2.	<i>Tumor maligno de mama femenina</i>	-102
4.3.	<i>Tumor maligno de los bronquios y del pulmón</i>	-103
4.4.	<i>Tumor maligno del estómago</i>	-104
4.5.	<i>Tumor maligno de la próstata</i>	-104
	Intervención: Prevención, detección, atención y tratamiento del cáncer de cuello de útero, mama, pulmón, estómago y próstata	-105
5.	Enfermedades de las vías respiratorias	-108
5.1.	<i>Infecciones respiratorias agudas superiores</i>	-108
5.2.	<i>Neumonía</i>	-109

5.3.	Enfermedad crónica de las vías respiratorias inferiores. ----	109
5.4.	Asma -----	109
	Intervención: Promoción, prevención, detección, atención, tratamiento y seguimiento oportuno del paciente con infecciones respiratorias agudas , asma, neumonía y enfermedad pulmonar obstructiva crónica . -----	109
6.	Salud mental -----	110
	Intervención: Promoción de la salud mental y abordaje integral sus trastornos -----	112
7.	Enfermedades emergentes y reemergentes (Tuberculosis, Dengue y Malaria) -----	113
7.1.	Tuberculosis -----	113
7.2.	Dengue -----	114
7.3.	Malaria -----	114
	Intervención: Prevención, detección y atención al paciente con tuberculosis, dengue y malaria -----	115
8.	Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana, VIH/SIDA -----	116
	Intervención: Prevención, detección y atención al paciente con VIH/ SIDA -----	117
9.	Enfermedad diarreica -----	119
	Intervención: Promoción, prevención, control y atención de las enfermedades infecciosas intestinales -----	120
10.	Salud materno infantil -----	121
	Intervención: Atención integral a las mujeres en riesgo de embarazo, a las embarazadas y a los recién nacidos -----	124
11.	Causas externas Accidentes de transporte, lesiones autoinflingidas intencionalmente y agresiones -----	125
	Intervención: Atención integral a la problemática por causas externas -----	127
12.	Enfermedades inmunoprevenibles Sarampión, Parotiditis infecciosa y Rubéola (SPR), Difteria, Tétanos y Tos ferina (DPT), Polio, Haemophilus influenzae, Hepatitis B -----	128

	<i>Intervención: Prevención de las enfermedades infecciosas inmunoprevenibles</i> - - - - -	130
13.	Infecciones nosocomiales - - - - -	130
	<i>Intervención: Vigilancia, control, prevención y manejo oportuno de las infecciones nosocomiales</i> - - - - -	132
14.	Salud bucodental - - - - -	133
	<i>Intervención: Atención integral de la salud bucodental</i> - - - - -	134
15.	Uso racional de fármacos - - - - -	136
	<i>Intervención: Uso racional, eficiente y efectivo de los recursos terapéuticos farmacológicos</i> - - - - -	138
	Glosario - - - - -	141
	Anexo - - - - -	145
	Lista de participantes en el proceso de elaboración del PASP - - - - -	149
	Autoridades Institucionales 2001 - - - - -	163

I. INTRODUCCIÓN

I. INTRODUCCIÓN

Es posible afirmar que, a escala mundial, los procesos de planificación en función de las necesidades de salud son novedosos. En nuestro país y más específicamente dentro de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), esta tendencia se ha venido fortaleciendo en la última década. Hay que tomar en cuenta su complejidad porque en el fondo implica cambios dentro de la estructura de la organización, por lo que se requiere, además de un diseño cuidadoso, una amplia participación.

El Plan de atención a la salud de las personas (PASP), como se ha denominado el proyecto para planificar en la CCSS con base en las necesidades de salud, ha de ser visto dentro del contexto de reforma del Sector Salud y, especialmente, como parte del fortalecimiento del primer nivel de atención, de la desconcentración administrativa y de la utilización de compromisos de gestión para la asignación de recursos.

Con el PASP se ofrece un instrumento dinámico que se suma a otros instrumentos que tienen como fin orientar la toma de decisiones institucionales. Retoma los principios, valores, objetivos y la concepción social de la salud, para contribuir a reorientar las acciones en salud y los recursos, con efectividad, hacia los principales problemas y necesidades de salud de la población costarricense.

Conforme la implantación del PASP se vaya realizando, se confirmará la premisa de que es razonablemente mejorable e imperiosamente perfectible, y que debe realizarse, con el tiempo, una revisión conceptual; durante su puesta en marcha, la crítica constructiva por parte de todos los usuarios del PASP servirá como elemento generador de cambio.

El PASP forma parte de todo un proceso de cambio que la Caja Costarricense de Seguro Social ha iniciado a partir de la década de los noventas con el fin de solventar diversos problemas que se detectaron en el sistema de salud, tales como baja productividad, desigualdad, baja calidad y un modelo de atención despersonalizado y enfocado en un concepto biologista de la salud y, por tanto, dirigido básicamente a la curación de la enfermedad.

Otros de los aspectos identificados como factores que inciden en el sistema de salud son el proceso de transición epidemiológico y demográfico que se da en el país, los recursos limitados y una demanda creciente acompañada de cambios constantes en la tecnología y costos elevados, una organización altamente jerarquizada y poco ágil en la toma de decisiones.

El proceso de modernización, fundamentado en tres componentes: un nuevo modelo de atención, un nuevo sistema de asignación de recursos y el fortalecimiento institucional, pretende, entre otras cosas, una mejor distribución de los recursos, basada en la producción y la calidad de los servicios de salud, de tal modo que los recursos estén dirigidos a lograr mejores condiciones de salud en la población costarricense. Es aquí donde el Plan de atención a la salud de las personas se incorpora en el engranaje del proceso de modernización, con la determinación de los problemas prioritarios y, para cada uno de ellos, la identificación de las intervenciones más costo-efectivas.

La planificación de la prestación de los servicios de salud constituye una tarea compleja al incorporarse múltiples variables y buscar una visión global, a fin de que los objetivos y metas que se proponen en el Plan consideren el amplio marco que presenta la situación de salud del país.

Por otra parte, con el fin de lograr el impacto deseado en la implantación del PASP, se debe considerar una gran variedad y número de factores que influyen en la situación de salud, y se hace necesaria la intervención de muchas personas con conocimientos en diferentes áreas, diferentes puntos de vista, valores e intereses.



II. MARCO METODOLÓGICO Y CONCEPTUAL DE LA ELABORACIÓN DEL PASP

El proceso de elaboración del PASP se ha beneficiado ampliamente por las experiencias previas de planificación dentro del país y ha contado con la participación de consultores tanto nacionales como internacionales. Este acompañamiento se dio en etapas críticas a lo largo de doce de los veinticuatro meses que ha durado la elaboración del Plan.

Un primer paso dentro de este proceso se dio al asignar la responsabilidad a la recién creada Gerencia de Modernización y Desarrollo de profundizar los planteamientos esbozados en el documento “Fortalecimiento Institucional, Estructura Organizativa de la Planificación y Compra” y llevar a cabo, por medio de un grupo coordinador y un proceso altamente participativo, la elaboración del Plan que hoy se entrega al Sector Salud.

Como primer paso este núcleo coordinador realizó una revisión bibliográfica de una amplia documentación que ha permitido examinar experiencias similares de planificación y priorización en salud en distintos países entre los que cabe mencionar el Reino Unido, Nueva Zelanda, Israel, Holanda y España, así como la experiencia de priorización de Oregon en los Estados Unidos.

Posterior a esta revisión se procedió a la elaboración de un documento en el que se incluyeron los elementos conceptuales del tipo de planificación que se llevaría a cabo, se formularon estrategias para la elaboración del PASP y una propuesta de contenidos por desarrollar dentro del Plan.

Esta primera propuesta fue llevada a un primer taller que giró en torno al tipo de planificación en salud que el país requiere. A este taller asistieron alrededor de 45 personas, representantes de todas las gerencias de la CCSS, así como representantes del Ministerio de Salud, Defensoría de los Habitantes, Universidad de Costa Rica, Escuela de Salud Pública, Unidad Coordinadora del Proyecto de Reforma, INCIENSA y personalidades que han desempeñado un papel importante en procesos de transformación en el Sector Salud.

Durante dicho taller se elaboraron tres propuestas que posteriormente fueron sistematizadas en una memoria, la cual fue dada a conocer a todos los participantes para que dieran sus aportes. Una vez obtenido el anterior producto, se procedió a una presentación del proyecto de elaboración del Plan, y se hizo de mane-

ra centrípeta, es decir, desde los niveles locales claves, directores de clínicas mayores, hospitales desconcentrados, directores regionales, gerentes de la CCSS y la Presidencia Ejecutiva. El objetivo de dicha estrategia de trabajo era ir obteniendo progresivamente diferentes tipos de observaciones, que permitieran fortalecer y presentar una propuesta consensuada.

Paralelamente se constituyeron grupos de apoyo, tanto en el nivel central de la CCSS como en los niveles regionales, que han sido convocados periódicamente con el fin de obtener observaciones del proceso y de los diferentes documentos que se han venido elaborando.

Esta fase de diseño inicial del proceso tuvo una duración de alrededor de tres meses; después se procedió a la calendarización de sus diferentes fases.

Fase de preparación

Identificación de elementos de referencia

La planificación, vista como proceso, tiene lugar en un contexto determinado; además, va de la mano con el resto de instrumentos que orientan la toma de decisiones y tienen como fin proponer estrategias para mejorar las condiciones de salud. Tomando en cuenta esas circunstancias, un primer paso consiste en identificar elementos de referencia incorporados en el Plan Nacional de Desarrollo, en políticas y compromisos que en materia de salud Costa Rica tiene con organismos internacionales, en estrategias internacionales propuestas, como las formuladas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la Organización Panamericana de la Salud (OPS); posteriormente se han tomado en cuenta el Plan Nacional de Salud y, finalmente, el Plan Estratégico Corporativo de la CCSS.

Los principios, valores y objetivos del sistema de salud, como la equidad, la obligatoriedad, la universalidad, la calidad y la sostenibilidad son criterios a los que se referirán los planteamientos y los resultados.

Definición del ámbito de acción

La CCSS es un ente del sector público de salud, con separación de funciones de financiación, aseguramiento y provisión de servicios; pretende que el PASP introduzca una nueva racionalidad en la toma de decisiones sobre las intervenciones e influya sobre la práctica del personal en los servicios de salud para que realice aquellas intervenciones que han mostrado ser más eficaces.

Para lograr lo anterior, y dentro del ámbito de competencias de la CCSS, que es la prestación de servicios, selecciona las intervenciones que están bajo su

control, desde una perspectiva de búsqueda de la integralidad, mediante la coordinación de actividades, brindando intervenciones: de promoción, prevención, curación y rehabilitación.

Definición del ámbito temporal

Dado que la planificación es un ejercicio prospectivo y cíclico, el PASP tiene definido un horizonte de cinco años de referencia con el fin de evaluar el cumplimiento de las metas y objetivos trazados en el mediano y largo plazo y, además, hacer el correspondiente seguimiento con el fin de realizar adecuaciones o correcciones acordes con las experiencias en la implantación.

Estructura del proceso

El proceso se diseñó en fases (diagrama 1), en cada una de las cuales se ha llegado a un producto que sirve generalmente de insumo para las siguientes. Lo anterior no ha sido estrictamente secuencial ya que, en la mayoría de casos, se ha realizado simultáneamente.

DIAGRAMA 1

Ciclo de la elaboración del Plan de atención a la salud de las personas



Por otra parte, se retomó el ciclo de planificación de la compra de servicios de salud con el fin de tener una visión global,

permitiendo establecer las relaciones entre las diferentes fases, criterios, necesidades de información y productos intermedios.

Características de la planificación

Lo anterior implica definir tanto los ejes y líneas estratégicas como las características del proceso, partiendo de que estas son dinámicas y, por tanto, cambiantes y que realmente, son elementos de partida que sirven de referente en todo el proceso de elaboración.

Ejes y líneas estratégicas

El PASP incluye una serie de acciones desde el punto de vista organizativo, que buscan una mayor equidad en la prestación de servicios, de manera que pueda adecuarse a las necesidades reales de la población y disminuir las situaciones de desigualdad. Asimismo, las intervenciones se ajustan a los cambios del entorno de salud y socioeconómico, las cuales se articulan alrededor de los siguientes ejes:

- * Dar continuidad y establecer coherencia con los planteamientos y los objetivos trazados por las autoridades en salud, por el Plan Nacional de Desarrollo, el Plan Nacional de Salud y el Plan Estratégico Corporativo de la CCSS.
- * Contribuir al mantenimiento y mejora de la salud y de la calidad de vida.
- * Considerar en la aplicación de las intervenciones la expresión de las diferencias entre regiones y grupos de población dentro del país.
- * Adecuar los servicios a las necesidades de la población con características de calidad, equidad y oportunidad, dando crucial importancia a elementos de humanización y mejora del trato.

- * Desarrollar estrategias orientadas a obtener beneficios en salud.
- * Dar continuidad al impulso de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.
- * Establecer un equilibrio entre promoción, prevención, curación y rehabilitación.
- * Desarrollar actividades integrales eficaces, eficientes y de calidad, basadas en evidencias científicas.
- * Visualizar al usuario de los servicios en salud como una prioridad dentro del sistema de salud.
- * Buscar el consenso entre los clínicos para la atención de los problemas prioritarios de salud.
- * Hacer explícito el proceso de elaboración de estrategias para desarrollar las políticas de salud y de servicios.

Criterios de calidad del proceso

El éxito de la elaboración e implementación del Plan se visualiza mediante criterios definidos desde los inicios de la concepción de la metodología que se emplearía para su desarrollo y, a partir de ellos, se ha trabajado y se ha logrado la incorporación de cada uno de ellos.

- * Compromiso institucional expresado por medio de las gerencias y grupos técnicos en la orientación y apoyo a las diferentes fases del proceso.
- * Involucramiento y participación amplia de los profesionales y técnicos relacionados con la prestación de servicios en salud y de la comunidad beneficiaria de las intervenciones.
- * Incorporación de datos recientes provenientes de fuentes de información y análisis oficiales.
- * Incorporación de intervenciones según criterios de eficacia, eficiencia y factibilidad, de acuerdo a la literatura mundial.
- * Incorporación de los resultados de los compromisos de gestión.

Establecimiento de los responsables del proceso

La planificación en salud es un proceso complejo, tanto por la calidad que se desea del producto como por la diversidad de factores y variables que hay que tomar en cuenta. Lo anterior hace imperativo tener una visión global; para eso, se requiere de un grupo humano en que estén presentes diferentes habilidades y capacidades técnicas.

A lo largo del proceso se ha tenido el apoyo y aportes de economistas, enfermeras, personal administrativo, trabajadores sociales, sociólogos, epidemiólogos, médicos de familia, salubristas, así como de las diferentes especialidades médicas. Además del equipo coordinador del PASP, a lo largo del proceso se contó con el apoyo de otros agentes sociales en etapas relevantes como son la validación de intervenciones y la identificación de problemas y necesidades de salud.

Cabe destacar en ese sentido la participación del Ministerio de Salud, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Defensoría de los Habitantes, la Universidad de Costa Rica, la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Costa Rica, el Colegio de Médicos y Cirujanos y la Contraloría General de la República; asimismo, de personas que han tenido un papel importante en la definición de políticas de salud, tales como expresidentes ejecutivos de la CCSS, exgerentes médicos de la CCSS, exministros y exviceministros en salud, diputados médicos, entre otros.

Fase de análisis de situación de la salud

Esta fase se ha definido bajo el objetivo de tener un acercamiento y elaborar un listado de los principales problemas y necesidades de salud; lo anterior, por medio de la identificación de condicionantes del proceso salud-enfermedad en los que se puede actuar, así como la magnitud de estos y las poblaciones en riesgo.

Como primera actividad, el grupo coordinador del PASP desarrolló una serie de reuniones en las que se definieron los siguientes pasos a dar:

- * Definición de aspectos conceptuales y ejes del desarrollo del análisis de situación en salud.
- * Elaboración de un plan de análisis que contemplaba la identificación de fuentes de información, recopilación de datos, análisis de información, elaboración del listado de problemas y caracterización de problemas de salud.

Aspectos conceptuales ejes del desarrollo del análisis de situación en salud

El concepto de la salud como producto social, reconoce la influencia que ejercen la biología, el nivel educativo, el nivel económico, los estilos de vida, el medio ambiente y el sistema de salud; de esa manera, la definición misma de problema y necesidad de salud no se centra únicamente en variables cuantitativas que muestran la existencia de enfermedad, sino también se toman en cuenta formas en las que se expresan aquellos que padecen dichos problemas y necesidades.

Definir como problema de salud aquello por lo que la gente sufre, se enferma, demanda servicios de salud, se incapacita o muere, ha implicado obtener información referente a la salud no solo a partir de las estadísticas y de estudios cuantitativos, sino también utilizando medios de investigación cualitativos.

Estudio de variables cuantitativas

Costa Rica cuenta con gran cantidad de datos, fuentes de información y análisis en materia de salud, de manera que era importante no duplicar esfuerzos. Resultaron importantes en esta etapa los siguientes factores: análisis y datos de los informes anuales del Ministerio de Salud, informes y cuadernos estadísticos de la sección de información biomédica de la CCSS, datos de estadísticas vitales del INEC, anuarios de la Dirección Actuarial de la CCSS, Informes Estado de la nación del PNUD, resultados del Foro Nacional de Salud año 1997, resultados de la encuesta nacional de Hogares, el documento "Salud de las Américas" de la OPS, investigaciones en salud realizadas por instituciones como INCIENSA o investigadores independientes, entre otros.

En suma se procuró disponer de información objetiva y actualizada sobre el estado actual de salud, su magnitud, tendencia y la distribución por grupos y regiones. Además ha sido de importancia contar con estudios relacionados con determinantes como las variables sociodemográficas, ambientales y los hábitos y estilos de vida.

Estudio cualitativo

Los análisis de las condiciones de salud se han basado generalmente en estudios cuantitativos y responden a un tipo específico de preguntas, por lo que resultó imperioso introducir el análisis cualitativo que permitiera encontrar problemas que, por su forma de expresarse, pudieran no estar en el estudio cuantitativo, además de entender conceptos relacionados con la salud-enfermedad en el contexto en el que se originan, e igualmente obtener las opiniones de los que la padecen.

Así pues, con esta etapa se pretendía incorporar nuevos problemas, extender la participación a otros profesionales en sa-

lud que no habían intervenido o intervenirían en otras fases, conocer la opinión de la población en cuanto a la importancia de los problemas y descubrir, si fuera del caso, nuevos problemas de salud.

Las variables a estudiar, la definición de la población meta, las preguntas generadoras, la temporalidad del estudio fueron fruto del trabajo de un grupo interdisciplinario tanto de personas que laboran dentro de la CCSS como en instituciones relacionadas con la salud. Con el fin de disminuir el sesgo se decidió que el estudio fuera realizado por un grupo independiente de consultores conformado por sociólogos y psicólogos y durante la realización del estudio, se separó a la población de los proveedores de servicios.

Durante el estudio cualitativo, se visitaron las siete regiones del país, además del área metropolitana, y se realizaron 22 talleres en total, de los cuales 8 se hicieron con representantes de las comunidades, 12 con funcionarios de los establecimientos de salud, uno con personajes destacados del Sector Salud, universidades, investigadores y representantes de instituciones como la Contraloría General de la República, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Defensoría de los Habitantes y el Proyecto Estado de la Nación, y un último taller con representantes políticos, de hospitales y clínicas privadas y medios de comunicación.

Listado de problemas más importantes

Una vez obtenida y analizada la información procedente de los estudios cualitativo y cuantitativo, se procedió a integrarla; posteriormente se realizó un taller con técnicos que procedían de diversos ámbitos, tales como epidemiólogos representantes de todas las regiones del país, representantes de todas las secciones del Departamento de Medicina Preventiva de la CCSS, del Instituto Nacional de Estadísti-

cas y Censos, del Departamento de Información Biomédica y epidemiólogos representantes del Ministerio de Salud.

Durante las jornadas de trabajo se procedió al estudio de experiencias en materia de priorización, a la definición de criterios de valoración sobre la importancia del problema, al análisis de la información existente, revisión bibliográfica sobre métodos de ponderación, y finalmente, se estableció por consenso una escala de ponderación con la que se procedió a realizar un ensayo de puntuación.

Los criterios que se seleccionaron están relacionados con la magnitud del problema, su tendencia, la gravedad, el interés y compromiso por parte de la sociedad, la existencia de compromisos en materia de salud y la existencia de percepción de importancia, sea por parte de la comunidad, los técnicos o los investigadores.

Reuniones posteriores de trabajo permitieron hacer un cálculo de puntuaciones basado en los criterios establecidos (anexo), que dio como resultado la elaboración de un listado ordenado de 19 de problemas de salud que se presentan más adelante.

Criterios utilizados para la priorización de los problemas de salud:

- Magnitud
 - Morbilidad
 - * Consulta externa
 - * Consulta de urgencias
 - * Egresos
- Gravedad
 - Mortalidad
 - * Tasa de mortalidad
 - * Años de vida potencialmente perdidos (AVPP)
 - * Discapacidad
- Tendencia
- Percepción del problema (tomado del análisis cualitativo)
- Compromisos nacionales e internacionales

Con base en el trabajo realizado según estos criterios, finalmente se elaboró un listado ordenado de 19 de problemas de salud.

Lista de Problemas Prioritarios

- * Enfermedades del aparato circulatorio
- * Tumores
- * Enfermedades del aparato respiratorio
- * Enfermedades del aparato digestivo
- * Complicaciones del embarazo, parto y puerperio
- * Diabetes mellitus
- * Infecciones intestinales
- * Dengue
- * Enfermedades mentales
- * Patología bucodental

- * Causas externas
- * Enfermedades prevenibles por vacunación
- * Artropatías, dorsopatías**
- * VIH/SIDA
- * Enfermedades de transmisión sexual**
- * Tuberculosis
- * Anemia ferropénica**
- * Enfermedades de los ojos**
- * Malaria

** Enfermedades a abordar en segunda etapa del PASP

Asimismo, se definió que el PASP estaría dividido en tres grandes etapas: la primera presentaría los nueve grupos de problemas considerados prioritarios, cuatro problemas de servicios, y tres intervenciones relacionadas con la promoción de la salud. Una segunda etapa a realizar en el segundo semestre del 2001 abordaría los problemas prioritarios restantes, y finalmente, vendría una etapa en la que se pretendería incorporar algunos problemas no señalados hasta este momento como prioritarios, así como indicar aquellas intervenciones que, por su falta de eficacia, no se deberían incluir como prestaciones de la CCSS.

Fase de identificación de intervenciones

Una vez identificados los problemas de salud de mayor importancia para Costa Rica, se procedió a la identificación de intervenciones efectivas de acuerdo con el conocimiento científico existente, con el fin de proponer medidas para enfrentarlos y lograr un efecto positivo sobre la salud de la población.

Para esta fase se procedió a dar una serie de pasos:

- * Consenso metodológico y conceptual por parte del grupo coordinador del PASP
- * Definición de estrategia de convocatoria
- * Sensibilización para la participación
- * Identificación de intervenciones

Para estas metas se trabajó con profesionales provenientes de múltiples ámbitos clínicos y niveles de atención, y se contó con especialistas y subespecialistas dedicados a la gestión clínica, así como los procedentes de servicios de apoyo.

Al inicio se realizó un taller para el grupo coordinador del PASP y para aquellos a cargo de la actividad de identificación de intervenciones. Durante esta preparación se llegó a un consenso en cuanto a la definición de intervención de la siguiente manera:

“Una intervención en salud es el conjunto de acciones cuya aplicación integrada, adecuada y oportuna, en presencia de un problema determinado, produce un efecto conocido sobre la salud”.

Se realizó una convocatoria de profesionales, lo más amplia posible, a los cuales previamente se les entregó un paquete que contenía materiales en los que se exponía el objetivo del trabajo y la fase de desarrollo en que se encontraba así como un marco metodológico para el trabajo práctico.

El trabajo con expertos se llevó fundamentalmente por medio de talleres en los que se analizaba la información mediante los siguientes pasos:

- * Revisión del problema de salud
- * Descripción de los factores condicionantes
- * Identificación de los puntos críticos
- * Lista de intervenciones
- * Descripción de las intervenciones

Durante el proceso, si bien es cierto se privilegiaron aquellas intervenciones que competen a los servicios de salud, en todo momento se trató de conservar la perspectiva intersectorial, dado que el objetivo final es impactar en el mejoramiento de la salud.

Para cada intervención se utilizaba el esquema de la historia natural de la enfermedad y en cada una de ellas se trataba de responder las preguntas: ¿qué intervención?, ¿con qué propósito?, ¿a quién debe dirigirse?, ¿en dónde esta intervención es más costo-efectiva?, ¿con qué periodicidad debe aplicarse?, ¿cómo o quién debe realizar dicha intervención?, ¿qué condiciones son importantes?

En cuanto a métodos utilizados para la identificación de intervenciones, fueron: revisión bibliográfica, consenso entre profesionales y datos obtenidos por medio de informantes clave. Sobre la calidad de

la información, se trató de obtener información proveniente de bases y grupos de trabajo que sistematizan la información, tales como base de datos Cochrane, Guide to Clinic Preventive Services del United States Preventive Task Force y el Canadian Task Force.

Pasos ulteriores a los talleres de identificación de las intervenciones fueron estos:

- * Recopilación y sistematización de las intervenciones
- * Revisión y ajustes
- * Validación de las intervenciones por los diferentes grupos de consulta

Fase de priorización

Esta fase parte de reconocer que hay necesidades más importantes que otras y, a la vez, que existen intervenciones más efectivas que otras; sin embargo, esta definición no está libre de sesgos y errores, en vista de que hay que realizar una comparación para que se tome una decisión que oriente los recursos hacia áreas más deprimidas socialmente.

Esta fase tuvo dos momentos: el que se dirige a seleccionar los problemas objeto de intervenciones de salud y que está en parte desarrollado en esta etapa del PASP y otro que se realizó ulteriormente y que tuvo como fin seleccionar las intervenciones prioritarias.

Esto implica contar con pasos claramente definidos, como son el estudio de las alternativas de intervención y el mismo proceso de priorización. Se estudiará si los problemas y necesidades de salud pueden ser resueltos; posteriormente se debe evaluar la eficacia y eficiencia de la intervención, así como la factibilidad institucional para llevarla a cabo.

Fase de establecimiento de objetivos

Esta fase procura responder a las preguntas: ¿qué pretendemos conseguir?, ¿a dónde deseamos llegar?; lleva implícito que se trata de responder también al cómo pretendemos conseguirlo, cuándo se dará el inicio de acciones, en qué lapso se debe alcanzar el resultado esperado. Permite identificar los indicadores de evaluación y, finalmente, pretende orientar una serie de factores condicionantes que hará posible conseguir el objetivo trazado.

Este establecimiento de metas se realizó con diferentes expertos procedentes de los distintos niveles de la CCSS. Posteriormente se procedió a la validación, la cual se realizó mediante talleres con prestadores de servicios de salud, el nivel central de la CCSS y, finalmente, con los representantes de instancias externas que han participado a lo largo del proceso.

Las observaciones fueron incluidas en un documento borrador el cual fue nuevamente enviado a los diferentes niveles e instancias a fin de obtener las observaciones finales.

Fase de establecimiento de responsables

En el contexto de una organización compleja como lo es la CCSS y tomando en cuenta que el PASP centra sus acciones en la factibilidad de la implantación de las intervenciones, es necesario lograr una coordinación de esfuerzos que potencie la cooperación entre las diferentes estructuras de trabajo. Así, es fundamental establecer responsabilidades en los niveles técnicos, operativos y gerenciales, en relación con los objetivos, metas y actividades expresados en el Plan.

Con ese fin, se procedió a realizar una serie de reuniones en las que participaron representantes de grupos técnicos y de las diferentes gerencias de las CCSS; luego fueron enviadas a los niveles gerenciales, que finalmente hicieron sus observaciones y establecieron las negociaciones respectivas.

Seguimiento y evaluación

Pretende ser una mirada retrospectiva que responde a un deseo de racionalidad y transparencia del proceso de planificación que será incorporado de manera sistemática. Tiene por objetivo permitir un juicio de valor y preparar una futura decisión que mejore la prestación de servicios, de manera que se pueda saber si los recursos que se han puesto en juego pueden alcanzar los objetivos trazados y en qué medida lo han hecho.

Por tanto, el seguimiento y la evaluación se harán a partir de indicadores que permitan monitorear la evolución. Así se hará posible:

- * La rendición de cuentas a las autoridades, a los gestores y a los usuarios sobre las decisiones puestas en marcha y los resultados
- * Reorientación de los recursos de manera racional
- * La toma de decisiones más objetiva
- * Contribución a la motivación y aprendizaje al ayudar a comprender la importancia de los procesos en los que participa

Los aspectos a evaluar serán:

- * Alcance de los objetivos y metas trazadas
- * Impacto de las medidas tomadas
- * Pertinencia de las intervenciones
- * Eficacia y eficiencia de las intervenciones
- * Eficiencia de los recursos movilizados



III. ANÁLISIS

III. ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD

Para la definición de los problemas de salud que se tratarían en esta versión del Plan de atención a la salud de las personas, se realizó un análisis de la situación de salud del país desde dos perspectivas: una, mediante la recolección, clasificación y análisis de la información que se obtiene de las fuentes oficiales, tales como el actual Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (antes Dirección General de Estadísticas y Censos), la Universidad de Costa Rica, Ministerio de Salud, Registro Civil, Organización Panamericana de la Salud, Ministerio de Planificación Nacional, proyecto Estado de la nación y de las unidades de información de la CCSS, como Dirección Técnica Actuarial y de Desarrollo Económico, el Departamento de Información y Estadísticas en Salud y el Departamento de Costos.

Una segunda perspectiva se obtuvo de la consulta sobre la percepción en relación con los problemas y necesidades de salud de la población a funcionarios del Sector Salud, representantes comunales, funcionarios de las organizaciones de representación civil como la Contraloría General de la República y la Defensoría de los Habitantes, representantes de los medios de comunicación, centros de educación superior que forman recurso humano en salud, clínicas y hospitales privados y del medio político.

Con el resultado de ambos análisis, se definió la lista de problemas que se presentan en este Plan, y otros siete que quedan pendientes para una etapa posterior.

1. Análisis de situación de salud a partir de las fuentes oficiales de información

1.1. Situación de la salud, de sus condicionantes y de los servicios en Costa Rica

Características de la población

Desde el punto de vista demográfico, Costa Rica presenta un comportamiento particular si se la compara con la mayoría de países de la región e incluso con respecto a naciones industrializadas. Concretamente se destacan el aumento en la esperanza de vida, así como la fuerte reducción de la fecundidad y la mortalidad, que han hecho que el país sea señalado como un caso sobresaliente en el contexto latinoamericano. Esta situación demográfica del país está inserta en un contexto caracterizado por un alto desarrollo social y un limitado crecimiento económico. Los informes sobre el Desarrollo Humano del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) señalan que en 1996 Costa Rica ocupó el lugar 31 en el mundo y el segundo lugar en Latinoamérica de acuerdo con el Índice de Desarrollo Humano (IDH), mientras que en 1997 ocupó el puesto 33 a nivel mundial, pero mantuvo el segundo lugar a nivel latinoamericano.

El país cuenta con una extensión territorial de 51.900 Km² de superficie y la población estimada para 1997 fue de 3.681.151 personas, de las cuales el 50,4% del total son del sexo masculino y el 49,6% del sexo femenino. Su densidad poblacional es de 62,8 habitantes por Km². Con respecto a la distribución por edad de la población, los grupos de 0 a 4 años, de 5 a 9 años y de 10 a 14 años, cada uno de ellos con alrededor del 11 % de la población total, son los más numerosos para un total del 33% de la población, lo que nos sitúa como una población joven. El grupo de 60 y más años representa un 7,7% , y el de 65 y más años un 5,4%. (Cuadro 1).

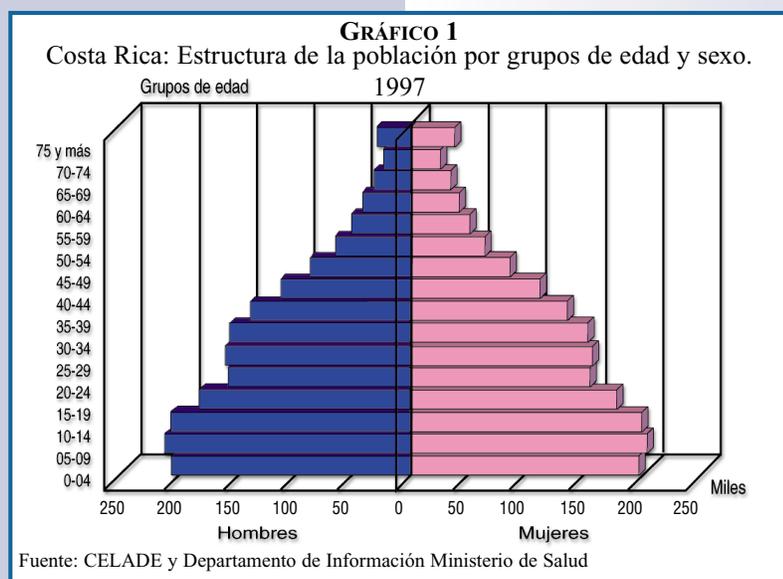
La pirámide de población muestra un perfil que inicia un patrón en retracción, los grupos de menor edad comienzan a ser menores que los grupos precedentes, pero aún recuerda una pirámide de base ancha, con alto porcentaje de jóvenes, típica de una población que estuvo en un período de expansión.¹

Con respecto a la distribución por sexo, la razón de masculinidad (hombres / mujeres) es prácticamente de 1, con una distribución normal para los diferentes grupos de edad, mayor de 1 en los grupos menores de 55 años y menor de 1 en los mayores de 55 años.

La razón de dependencia demográfica (población menor de 15 años y mayores de 64 años/ población económicamente activa 15 a 64 años x 100), que indica el número de personas que dependen de cada 100 personas que trabajan, presenta una reducción, pasando de 97,1% en 1970 a 63,3% en 1995, de acuerdo con el Sistema de Indicadores sobre Desarrollo Sostenible (SIDES) del Ministerio de Planificación.

La distribución territorial de la población presenta una concentración importante en el centro del país, en donde, además, se reúne también la mayor parte de la infraestructura de servicios disponibles; el 64,5% de la población total del país radica en la Gran Área Metropolitana.

La urbanización ha crecido a gran velocidad, y son los barrios emergentes en las afueras y centros urbanos de la Meseta Central los que atraen a la mayoría de los inmigrantes. La Gran Área Metropolitana



CUADRO 1
Costa Rica: Población total y por sexo, según grupos quinquenales de edad, 1997

Grupos de edad	Total		Masculino		Femenino	
	No.	%	No.	%	No.	%
TOTAL	3.681.151	100,0	1.855.696	100,0	1.825.455	100,0
0 - 4	402.283	10,9	205.773	11,1	196.510	10,8
5 - 9	415.284	11,3	212.020	11,4	203.264	11,1
10 - 14	405.221	11,0	206.069	11,1	199.152	10,9
15 - 19	360.695	9,8	182.727	9,8	177.968	9,7
20 - 24	312.988	8,5	158.086	8,5	154.902	8,5
25 - 29	315.542	8,6	159.362	8,6	156.180	8,6
30 - 34	309.378	8,4	157.071	8,5	152.307	8,3
35 - 39	273.440	7,4	138.479	7,5	134.961	7,4
40 - 44	222.906	6,1	112.510	6,1	110.396	6,0
45 - 49	171.623	4,7	86.283	4,6	85.340	4,7
50 - 54	129.212	3,5	64.733	3,5	64.479	3,5
55 - 59	100.467	2,7	49.808	2,7	50.659	2,8
60 - 64	82.223	2,2	40.281	2,2	41.942	2,3
65 - 69	65.592	1,8	31.538	1,7	34.054	1,9
70 - 74	47.936	1,3	22.379	1,2	25.557	1,4
75 - 79	36.811	1,0	14.856	0,8	20.080	1,1
80 y más	29.550	0,8	13.721	0,7	17.704	1,0

Fuente: CELADE y Departamento Centro de Información, Ministerio de Salud. Estimaciones y proyecciones de población

¹ León de Coto E.M.; Evolución de la Salud Pública en Costa Rica, Siglo XX.; Costa Rica; 1999

ha sido históricamente sector de atracción de capital humano de los cantones circundantes; sin embargo, recientemente se observa un foco de desplazamiento hacia las zonas de San Carlos y Limón, debido a un expansivo desarrollo agroindustrial.

Crecimiento natural de la población

Costa Rica se encuentra en un período de transición demográfica, con tendencia a un equilibrio basado en la economía de vida, resultante de la disminución de muertes prematuras y una baja fecundidad. Como parte de esta transición, la esperanza de vida de un recién nacido ha aumentado de 47 años en 1940 a 76 años en 1997. Se refleja una disminución en su tasa de natalidad en el tiempo (descendió del 26,3 por 1.000 habitantes en 1991 al 21,2 en 1997). La tasa global de fecundidad (TGF) (número de nacimientos/ mujeres en edad fértil) ha caído de 7,3 hijos por mujer en 1960 a 2,5 hijos en 1997. Se espera que en uno o dos decenios, la TGF sea de 2,1 hijos, con lo cual el país habrá cerrado el círculo de la transición demográfica.²

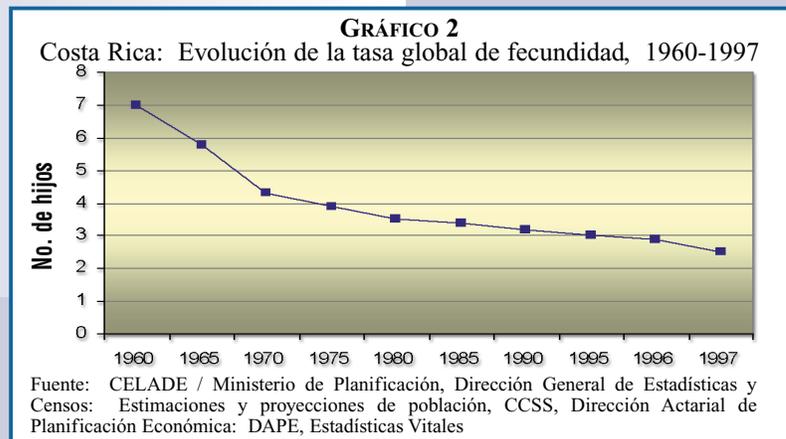
Se ha experimentado un crecimiento de la población "explosivo", producto de decrecientes tasas de mortalidad y el rezago en la eventual disminución de las tasas de

natalidad. Así, el país ha pasado de menos de 1 millón de habitantes en 1950 a una estimación de 3,6 millones de personas en 1997.

La tasa de mortalidad general es una de las más baja del mundo, con cifras promedio de 4 por mil habitantes, esta tasa deberá ir aumentando conforme la población vaya envejeciendo. La tasa de crecimiento natural de la población, es decir, la diferencia entre las tasas brutas de natalidad y mortalidad, fue de 1,7 en 1997 (cuadro 2).

Fecundidad

Entre 1960 y 1975 el país experimentó una fuerte reducción en la tasa global de fecundidad, y pasó de más de 7,3 a 3,9 hijos por mujer. En la década siguiente (1975-1985), el descenso cesó; sin embargo, posteriormente a 1985, la tendencia de la TGF se reanudó, aunque a un ritmo más lento. De persistir este descenso, se estima una TGF aproximadamente de 2,1 hijos por mujer para el año 2010 (gráfico 2). El descenso se atribuye a la difusión y aplicación de las técnicas modernas de anticoncepción, lo que origina una transformación en el comportamiento reproductivo de las parejas que favoreció un aumento de los intervalos intergenésicos, es decir, la ampliación de tiempo entre el nacimiento de un hijo y del siguiente.³



CUADRO 2

Costa Rica: Población total, tasa de crecimiento natural, tasa de natalidad y tasa de mortalidad por año, 1991-1997

Tasas	Años						
	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Población total	3.087.685	3.160.408	3.218.938	3.290.616	3.362.333	3.443.320	3.681.15
Tasa de crecimiento natural (%)	2,3	3,0	2,0	2,4	2,2	2,4	1,7
Tasa de natalidad ¹	26,3	25,4	24,8	24,4	23,9	23,0	21,2
Tasa de mortalidad general ¹	3,8	3,8	3,9	4,0	4,2	4,1	3,9

tasas por 1.000 habitantes.

Fuente: Dirección General de Estadísticas y Censos. Ministerio de Salud, Departamento Centro de Información.

2 Rosero Luis; Contexto demográfico y social del país, 1998.

3 Rosero Luis, El descenso de la natalidad en Costa Rica, 1984.

En contraste con la caída de la fecundidad, la proporción de nacimientos en las mujeres adolescentes se ha modificado (aumentado), y ha pasado del 11% en 1975 al 19% en 1996. En la presente década, esta proporción pasó del 16% en 1990 al 19% en 1996.⁴

Otras tendencias importantes de señalar son los aumentos ocurridos en la proporción de nacimientos fuera del matrimonio. En 1990 esta proporción fue del 38% y en 1996 pasó al 47%, como la de hijos de padre desconocido (del 21% en 1990 al 27% en 1996).⁵

La Encuesta Nacional de Salud Reproductiva refleja que la fecundidad es siempre mayor en las mujeres de bajo nivel educativo, lo mismo que en las mujeres que viven en las áreas rurales. El nivel socioeconómico está muy ligado con las variaciones que se producen en la fecundidad, y es esta menor conforme aumenta la ubicación social y económica de la mujer. Las mujeres de posición económica alta tienen 2,23 hijos en promedio, en tanto que las mujeres de nivel bajo alcanzan a tener 4,17 hijos.⁶

Migración

Históricamente, los flujos migratorios han estado dirigidos hacia el área metropolitana de San José, donde se concentra la inversión y las oportunidades de empleo y, por tanto, ha atraído a la población económicamente activa de otras zonas⁷.

Las importantes migraciones del pasado costarricense se dirigieron hacia regiones periféricas en función de las plantaciones bananeras que se establecieron en el país, mientras que las migraciones del presente se orientan del campo hacia el centro del país, lo que ocasiona un deterioro medio ambiental importante en esta zona. Más recientemente se han desarrollado otros servicios que generan nuevas corrientes migratorias, como, por ejemplo, el turismo. El perfil de las corrientes migratorias señala que los individuos más móviles son los de las localidades urbanas fuera del Valle Central, que tienden a desplazarse hacia el área metropolitana, pero también hacia las zonas rurales de su misma región. Según este perfil, los migrantes son ligeramente más jóvenes que en el pasado, más educados y pertenecientes a hogares -en las localidades de destino- de ingresos relativamente más bajos.

Inmigración

La corriente migratoria internacional de los últimos 20 años está compuesta en gran parte por nicaragüenses, los cuales, inicialmente por desplazamientos bélicos y actualmente por la depresión económica y falta de empleo en Nicaragua, han traspasado la frontera hacia nuestro país para incorporarse a las actividades agrícolas (zafra y recolección del café), así como al campo de la construcción. Este fenómeno ha hecho que regiones específicas estén pobladas en proporciones importantes por nicaragüenses, como es el caso de las zonas norte y atlántica del país.

Se estima que cerca de 600.000 nicaragüenses residen en Costa Rica, cifra que representa alrededor del 20% de los habitantes del país⁸. Sumado a lo anterior, en los últimos años se ha dado un incremento importante en el número de partos de madres nacidas en el exterior (90% nicaragüenses), que oscila entre 4.000 en 1992, hasta 7.500 en 1995. Estas cifras sugieren que el flujo de inmigrantes se ha incrementado en forma importante desde 1993.

Esperanza de vida y mortalidad

Esperanza de vida

La esperanza de vida es uno de los indicadores más sensibles en el campo de la salud; es un indicador resumen que se extrae de la mortalidad de una población descrita con una tabla de vida y se calcula de preferencia quinquenalmente.

Costa Rica presenta una ganancia anual de años en su esperanza de vida desde inicios del siglo XX, cuando ya presentaba promedios superiores a los de América Latina. Se puede considerar que en la primera mitad del siglo las ganancias se debieron a la mejoría en el nivel socioeconómico en general y a acciones realizadas en el campo de la salud pública, tales como la creación del Ministerio de Salud en 1927 y la Caja Costarricense de Seguro Social en 1941. Además, la introducción de productos como los antibióticos y los insecticidas residuales en la década de los cuarentas redujo la mortalidad por tuberculosis y malaria. La disminución de la mortalidad infantil fue menor en esa primera mitad del siglo, aunque hubo logros significativos.

4 Op. cit.

5 Op. cit.

6 Encuesta Nacional de Salud Reproductiva, 1993

7 Uli Locher: *Migraciones y cambios medioambientales en Costa Rica desde 1927, 1997*

8 Solís Guevara Lorena, *Estimación del costo de atención en salud a usuarios nicaragüenses y panameños.*

En la década de los 60 se presentó una clara desaceleración de las ganancias de la esperanza de vida (cuadro 3). Es el fin del progreso "fácil". Cuando se pensaba que el progreso se iría volviendo cada vez más lento, Costa Rica da, en la década de los 70, un salto espectacular. Este parece asentarse fundamentalmente en programas sanitarios de gran cobertura nacional (Salud Rural y Comunitaria del Ministerio de Salud y universalización del Seguro Social), respaldados por la acumulación de un importante desarrollo económico y social desde décadas atrás.⁹

A partir de los noventa se observa otra desaceleración, pero el país ha alcanzado cifras similares a las naciones con mayor desarrollo y se debe esperar un avance lento. Es importante vigilar los cambios que se producen en los diferentes grupos de edad y la diferencia de acuerdo con el sexo. Las mujeres presentan aumentos mayores que los hombres, pero no se conoce la calidad de vida de esos años extra.

Mortalidad

El análisis de la mortalidad se realiza en un capítulo aparte; sin embargo, es importante señalar que la mortalidad proporcional en mayores de 50 años, otro de los indicadores muy sensibles en salud continúa aumentando: para 1998 es del 73,1%, lo que indica que la mortalidad se concentra en personas mayores de 50 años (de 100 personas que fallecen, 73 son mayores de 50 años).

El aumento de mortalidad ocurrido en el trienio 94-97 (cuadro 2) lo explica Rosero¹⁰ por un conjunto de causas de defunción que podrían calificarse como patologías sociales, las cuales incluyen suicidios, homicidios, accidentes de tránsito, alcoh-

CUADRO 3
Esperanza de vida al nacer, ganancias medias anuales, 1960-2000

Período	Esperanza de vida al nacer	Ganancia en años total	Ganancia en años período anual
1960-1965	63,02	2,87	0,57
1965-1970	65,64	2,62	0,52
1970-1975	68,08	2,44	0,49
1975-1980	70,80	2,72	0,54
1980-1985	73,53	2,73	0,55
1985-1990	74,67	1,14	0,23
1990-1995	75,19	0,52	0,10
1995-2000	75,60	0,41	0,08

Fuente: CELADE, Estimaciones y Proyecciones de Población
Ministerio de Salud, Departamento de Centro de Información

lismo y diabetes, así como el SIDA y el cáncer. Como ya se mencionó, al ir envejeciendo la población, la tasa de mortalidad general irá aumentando, sin que eso signifique deterioro de las condiciones de salud.

La otra tasa importante de analizar es la de mortalidad infantil que se analizará en el capítulo de mortalidad, pero es interesante señalar que la tasa de 12,6 por mil nacimientos para 1998 nos sitúa en una posición muy favorable entre los países de América Latina. La política del país está dirigida a reducir esa cifra a menos de 10 por mil nacimientos.

Características socioeconómicas de la población

Nivel de instrucción de la población

Para el desarrollo de la salud, la educación es un pilar fundamental. No hay duda de que la larga tradición de una buena educación en Costa Rica, con características de universalidad y gratuita, ha dado una base importante para la salud del país.

El aumento de la alfabetización y de las tasas de matrícula en todos los niveles; incluyendo preescolar y universitaria, dan cuenta de ello. Entre 1950 y 1970 la tasa de analfabetismo para mayores de 12 años de edad pasa del 21% al 7%, y la tasa de escolaridad para mayores de 15 años aumentó de 4,1 años a 6,5; lo que significa que prácticamente toda la población había completado la educación primaria, aunque resulta difícil precisar la cantidad de analfabetos por desuso. En cuanto a la educación superior, para el mismo período, el incremento del número de graduados en la educación superior fue de casi un 6%¹¹.

9 Rosero, L y Caamaño, H.: en Mortalidad y Fecundidad en Costa Rica, 1984.

10 Rosero, Luis. Contexto demográfico y social del país, 1998.

11 Ruiz, K y Orozco, J.: El contexto económico y social en el estilo de desarrollo costarricense, 1998.

Para 1997 la Encuesta de Hogares señala que cerca del 5,3% de la población total no tiene ningún grado escolar cursado.

Los mayores porcentajes de la población con primaria incompleta o ningún grado de educación se ubican en el grupo mayor de 49 años, sobre todo en los de 65 y más. Por el contrario, el nivel educativo es más alto en los adultos jóvenes (20-39 años). Un 15,0% en edades de 20 a 29 años, un 14,6% entre 30 y 39 años y un 14% en el grupo de 40 a 49 años presentan estudios universitarios, porcentajes que descienden a partir de los 50 años de edad (cuadro 4).

Las mujeres se encuentran en una situación ventajosa con respecto a los hombres, que presentan un mayor porcentaje de primaria incompleta o ningún grado de educación. Además, las mujeres tienen mejores resultados educativos. Las principales brechas en este campo se presentan entre la educación pública y privada y entre la zona urbana y rural. Estas desigualdades son importantes en rubros como el rendimiento y el nivel de deserción.¹²

En la zona urbana, la población sin ningún grado de educación formal y con primaria incompleta alcanza un 17,2%, mientras que en la zona rural constituye un 34,3%. En cuanto al rendimiento educativo para 1997, el porcentaje de aprobación en I y II ciclos en la zona urbana fue de un 83,2%, mientras que en la zona rural fue del 80,7%. Existe una diferencia mayor en el porcentaje de reprobación: un 5,7% en la zona urbana y un 9,4% en la zona rural.

La diferencia más notoria en términos de resultados se observa al comparar la educación pública con la privada; en la pública el porcentaje de aprobación en educación primaria es de un 80,8%, mientras que en la privada asciende a un 94,2%. En la secundaria, un 46,2% de los estudiantes de colegios públicos aprobaron el curso lectivo, y un 71,9% en los privados.

En el año 97 la deserción intraanual (entendida como el total de alumnos que se matricularon en el año lectivo y no lo concluyeron por abandono) en primaria fue del 4,5% y en secundaria, del 10,8%. La tasa más elevada se registra en el séptimo año (19,9%) y solo un 47,6% de la población adolescente cursaba algún grado de secundaria.

CUADRO 4

Costa Rica: Población de 12 años y más por nivel de instrucción, según edad, sexo y zona, 1997, (en porcentaje)

grado	Primaria Categoría Total	Secundaria Ningún	Para Inc.	Comp. -sitaria	Inc. si-taria	Comp. univer	Univer	Ignorado	
EDAD									
12-19	100,0	1,8	25,6	31,7	33,6	5,1	0,1	1,9	0,2
20-29	100,0	2,0	10,6	33,2	22,0	14,9	1,7	15,0	0,6
30-39	100,0	2,5	11,3	34,0	18,3	17,0	1,5	14,6	0,7
40-49	100,0	4,4	20,3	34,1	12,8	12,4	1,1	14,0	0,9
50-65	100,0	12,2	33,7	27,8	8,0	6,6	1,0	9,4	1,3
Más de 65	100,0	22,0	45,0	18,3	4,5	4,9	0,2	3,7	1,4
Ignorado	100,0	17,8	2,1	48,3	10,6	0,0	0,0	0,0	21,2
SEXO									
Hombres	100,0	5,5	21,5	31,5	19,5	10,1	0,8	10,2	0,8
Mujeres	100,0	5,0	21,0	31,1	19,4	11,6	1,2	10,1	0,6
Ambos	100,0	5,3	21,3	31,3	19,4	10,8	1,0	10,2	0,7
ZONA									
Urbana	100,0	3,0	14,2	24,1	23,6	15,6	1,5	17,0	1,0
Rural	100,0	7,2	27,1	37,4	15,9	6,9	0,5	4,5	0,5

Fuente: Informe Estado de la nación, 1998.

Así, el porcentaje de personas de 15 años que no asisten a la educación secundaria, representa el 21,1% en las zonas urbanas, mientras que en las rurales este porcentaje es del 51,3%. Solo una de cada cinco personas en la edad correspondiente llega a la educación universitaria¹³. Las desigualdades ya anotadas hacen que los jóvenes rurales tengan una escolarización incipiente, al igual que los jóvenes marginales urbanos que tienden a desertar tempranamente del sistema para iniciar alguna actividad laboral sin ninguna instrumentación previa y, frecuentemente, en ocupaciones informales.

Para solventar esta situación, el Ministerio de Educación inició, a partir del año 2000, una política intensa de educación de la población adolescente y adulta que no ha recibido educación secundaria o la tiene inconclusa.

A pesar de todo, se ha logrado una asistencia a las instituciones educativas bastante elevada, ya que el 96,2% de los niños entre 7 y 12 años de edad y el 79,2% de los niños en edad preescolar (6 años) asisten a un centro educativo.

Características de la población según condición de actividad

El impacto social del desempeño económico de Costa Rica debe evaluarse desde la óptica de los principales indicadores del mercado de trabajo. Esto se justifica en tanto que los cambios en el sistema productivo y financiero tienen un fuerte impacto sobre el comportamiento laboral. En general el mercado de trabajo ha mostrado una cierta flexibilidad, como resultado de las tendencias recientes en la economía, lo que ha facilitado la movilidad de trabajadores entre sectores, sobre todo hacia aquellos que se han visto favorecidos por los procesos de apertura económica. La movilidad laboral ha sido ma-

yor en los grupos jóvenes y mujeres de las zonas rurales, que han visto aumentar su incorporación ocupacional.¹⁴

En 1997, la fuerza de trabajo^a costarricense estuvo constituida por 1.301.625 personas, de las cuales el 68,6% eran hombres y el 31,4%, mujeres. La población ocupada representó el 94,3%, de la que el 54,2% se ubicó en la zona rural. Se estima que anualmente se incorporan alrededor de 35.000 personas a la población económicamente activa, con creciente participación de las mujeres, aunque aún se sitúan en niveles bastante bajos (cerca del 24%).

En los años 90, el desempleo abierto^b ha sido congruentemente superior al 4%, y ha alcanzado la cifra máxima del período en 1996, con un 6,2%. En 1997 descendió al 5,7%. Comúnmente existe una clara diferenciación en cuanto a las zonas urbanas y rurales; el desempleo ha tocado cifras más elevadas en la población urbana del país y ha afectado con mayor intensidad a la fuerza de trabajo femenina (cuadros 5 y 6).

CUADRO 5
Costa Rica: Porcentaje de desempleo abierto por sexo según años, 1990 – 1997

Año	Total	Hombres	Mujeres
1990	4,6	4,2	5,9
1991	5,5	4,8	7,4
1992	4,1	3,5	5,4
1993	4,1	3,6	5,3
1994	4,2	3,5	5,8
1995	5,2	4,6	6,5
1996	6,5	5,3	8,3
1997	5,7	4,9	7,5

Fuente: CCSS, Dirección Actuarial y de Planificación Económica
Dirección General de Estadísticas y Censos, Encuestas de Hogares.

CUADRO 6
Costa Rica: Porcentaje desempleo abierto por zona según año, 1990 – 1997

Año	Total	Urbano	Rural
1990	4,6	5,4	4,1
1991	5,5	6,0	5,2
1992	4,1	4,3	3,8
1993	4,1	4,0	4,2
1994	4,2	4,3	4,1
1995	5,2	5,7	4,7
1996	6,5	6,6	5,9
1997	5,7	5,9	5,6

Fuente: CCSS, Dirección Actuarial y de Planificación Económica.
Dirección General de Estadísticas y Censos, Encuestas de Hogares.

13 Estado de la Nación en desarrollo humano. 4º Informe, 1998.

14 Op. Cit. Ruiz, K y Orozco, J.

a Es el conjunto de personas mayores de 12 años que trabajaron al menos una hora a la semana de referencia o en la semana anterior a la Encuesta de Hogares y Propósitos múltiples y aquellas que buscaron trabajo en las últimas cinco semanas.

b Es el porcentaje de población desocupada respecto a la fuerza de trabajo.

Se ha producido un deterioro importante en la capacidad del mercado de trabajo para absorber mano de obra en las distintas actividades productivas. Solamente la provincia de Puntarenas y la zona sur lograron crear empleos tales que permitieron disminuir la tasa de desempleo abierto del 7,9% al 4,9% y del 3,8% al 3,2% entre 1990 y 1997. Las restantes zonas del país experimentaron fuertes incrementos en el nivel de la desocupación.

El comportamiento de la población económicamente activa ocupada según grandes áreas de actividad pone en evidencia que alrededor del 28% de la fuerza de trabajo está empleada en el segmento rural tradicional, un 30% está ocupada en el segmento moderno urbano, un 26%, en el moderno rural, y un 16%, en el informal urbano¹⁵.

Población femenina económicamente activa

Al comparar la distribución por sexo de la población económicamente activa (PEA), observando la participación de la mujer en las actividades informales se puede notar que, mientras la relación es de 30 mujeres y 70 hombres por cada cien personas en la PEA (cuadro 7), en la informalidad es de 37 y 63, en 1996. Para este mismo año, del total de mujeres ocupadas, el 19% se ubican en la informalidad urbana, mientras que en el caso de los hombres alcanza un 14,5%, "esto significa que de cada 5 mujeres en la PEA, una continúa inserta en las actividades informales urbanas. De tal manera que el ritmo de crecimiento de la población económicamente activa femenina, ante las insuficiencias de las actividades más modernas para insertarlas ocupacionalmente, es absorbido por las actividades de la informalidad urbana, que implican un mayor nivel de vulnerabilidad en el empleo, de precariedad en las condiciones de trabajo y de remuneración más baja" (Estado de la nación, 1996).¹⁶

Este grupo se dedica principalmente a actividades agrícolas, de construcción y servicio doméstico, y devengan, por lo general, salarios bastante inferiores a los establecidos por la ley. Dada la relativa baja tasa de desempleo abierto y subutilización de la mano de obra observada en Costa Rica en los últimos años, es factible afirmar que el mercado laboral ha logrado absorber esta mano de obra sin ejercer presión sobre sus principales indicadores.

Desde el punto de vista de salud, este grupo sí ejerce una influencia importante, no solo por el número, sino también por poseer un perfil epidemiológico diferente del presentado por los costarricenses. Respecto a morbilidad y presión en los servicios de consulta se puede citar una mayor fecundidad, períodos intergenésicos menores, procreación a edades más tempranas, introducción de enfermedades de tipo parasitario, mala utilización de antibióticos y antiparasitarios, diferentes hábitos higiénicos y alimentarios, entre otros. En cuanto a mortalidad, aumentan el número de muertes por causas externas, no así en los rubros de mortalidad por enfermedades crónicas y degenerativas, ya que es una población relativamen-

CUADRO 7
Evolución de la estructura de la PEA

AÑO	1985	1988	1991	1995	1996						
	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.	
Total	838	100	887	100	1.065	100	1.231	100	1.221	100	
Femenina	219	26,0	232	26,0	287	29,0	375	30,0	367,5	30,1	
Masculina	619	74,0	655	74,0	719	71,0	856	70,0	853,5	69,9	

Fuente: Ruiz, K y Orozco, J.

Empleo de trabajadores inmigrantes nicaragüenses

A pesar de la consolidación de las prácticas democráticas en Nicaragua, sus difíciles condiciones económicas y sociales han producido el crecimiento acelerado de las corrientes migratorias hacia Costa Rica en la presente década. El número de nicaragüenses que viven y laboran en el país se conocerá solo con el Censo Nacional realizado en el 2000.

¹⁵ Op.C. Ruiz, K y Orozco, J. 1998.

¹⁶ Idem.

te joven. Contrariamente a lo que algunas veces se dice, no han contribuido al aumento de la mortalidad infantil.

Cambios esperados para el período 2000-2005

Es conveniente tener presente que Costa Rica no realizaba censo de población desde 1984. Por esta razón, todas las cifras que se presentan en este apartado son proyecciones, producto de las hipótesis más probables de evolución de los componentes demográficos involucrados en la dinámica poblacional, las cuales deberán ajustarse de acuerdo con los resultados de los censos nacionales efectuados en el 2000. Los datos iniciales del censo 2000 indican que las proyecciones de población se acercan a las censales (cuadro 8).

Diversos estudios y estimaciones coinciden en señalar los cambios fundamentales que se esperan en el comportamiento de la población costarricense. Estas perspectivas para el período 2000-2005 fueron realizadas sobre la base de las estimaciones de población elaboradas por la Dirección Actuarial y de Planificación Económica de la CCSS, a través de la Sección de Análisis Demográfico. Dichos cambios pueden resumirse básicamente en los siguientes aspectos:

- * La población continuará consolidando su proceso de transición demográfica hacia una estructura de edad envejecida, en la que paulatinamente se irá concentrando una mayor proporción de personas en el extremo superior de la pirámide poblacional, como consecuencia de la disminución sostenida de los niveles de fecundidad y de mortalidad. Estos cambios acentuarán sus repercusiones en todos los ámbitos de la vida nacional, principalmente en lo que toca a las presiones que este colectivo ejercerá en el campo de la salud, las pensio-

nes, la vivienda, la recreación y la atención especializada de su condición, entre otras.

- * Una de las variables que han influido en este cambio estructural es la fecundidad, que congruentemente ha venido descendiendo, y se prevé que persistirá esta pauta, como resultado de una modificación de los patrones de comportamiento reproductivo de las parejas, que apunta hacia una disminución sostenida en el tamaño de la familia.
- * Con respecto a la migración, que es el tercer componente responsable de los cambios demográficos, es altamente probable que continúe actuando con intensidad en el entorno costarricense, debido a que los flujos migratorios provenientes de Nicaragua no cesarán en este lapso, y, más aún, debe esperarse que estos continúen aumentando. Se estima que en tanto la situación estructural de los aspectos económico y social de esa nación no mejoren y se estabilicen, esta corriente migratoria persistirá en volúmenes importantes en el quinquenio 2000-2005.
- * Apoyados en las hipótesis que sustentan las proyecciones de población citadas, en el corto plazo Costa Rica arribará a sus cuatro millones de habitantes. El volumen de población para el año 2000 se ha estimado en 4 millones, de los cuales más de la mitad estará asentada en la Gran Área Metropolitana (GAM), y para el año 2005 alrededor de 4,2 millones de personas.

CUADRO 8
Costa Rica: Proyección de los indicadores demográficos, 2000-2005

Indicador	Valor proyectado
Nacimientos anuales (miles)	92
Tasa bruta de natalidad (miles)	23,04
Tasa global de fecundidad (hijos promedio por mujer)	2,06
Tasa bruta de reproducción	1,39
Muertes anuales (miles)	17
Tasa bruta de mortalidad (por mil)	4,23
Tasa de mortalidad infantil (por mil)	12,20
Esperanza de vida al nacer (años)	76,32
Hombres	73,95
Mujeres	78,80
Tasa de crecimiento total (%)	1,98

Fuente: CCSS, Dirección Actuarial y de Planificación Económica, Sección de Análisis Demográfico, Estimaciones y Proyecciones de Población 1985-2050

1.2. Análisis de la situación económica

Las condiciones económicas del país constituyen un factor importante en el desarrollo de la salud, por la vinculación de la situación económica con la situación física, mental y social de los individuos. Por otra parte, la salud es un componente importante del capital humano pues individuos más saludables pueden producir más.

Crecimiento y composición de la producción

En el período 1985-1998 el producto interno bruto (PIB) creció en promedio un 4,2% anual. Dentro de los principales determinantes de este crecimiento, pueden señalarse: i) el dinamismo de las exportaciones, en especial aquellas de productos no tradicionales destinadas a mercados fuera de la región centroamericana; ii) la atracción de inversión extranjera directa, sobre todo a partir de 1994, y iii) la expansión de la actividad turística.

En cuanto a la contribución por sector económico¹⁷ (cuadro 9), destaca el 4,6% de crecimiento anual registrado por el sector terciario, a consecuencia de la favorable evolución de las actividades relacionadas con los subsectores "transporte, almacenamiento y comunicaciones" y "establecimientos financieros, seguros y otros". Asimismo, en este período la producción del sector primario pasó de estar concentrada en productos denominados tradicionales (café, banano, etc.), a una alta participación de productos no tradicionales (flores, melones, piñas, productos del mar, etc.).

Inflación^c

Hasta principios de los años setentas, Costa Rica gozó de una situación privilegiada: altas tasas de crecimiento económico con una singular estabilidad de precios¹⁸. No obstante, esta situación cambió radicalmente a partir de 1973, año en que da inicio el primer proceso inflacionario agudo en la historia del país, que finaliza en 1975 con una tasa de inflación promedio anual del 25,4%. Cuatro años después, en 1979, múltiples factores externos e internos concurren para dar vida a un nuevo período de crecimiento acelerado en el nivel general de precios; en 1982 la inflación alcanzó la cifra récord del 81,7%.¹⁹

CUADRO 9
Costa Rica: Estructura del PIB según sector productivo, 1960-1997 - (en porcentaje)

Año	1960	1970	1980	1985	1990	1997
PIB	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Sector primario	25,2	24,1	18,0	19,2	19,3	18,0
Sector secundario	18,4	22,7	28,2	26,4	25,6	25,1
Sector terciario	56,4	53,2	53,8	54,4	55,1	56,8

Fuente: Banco Central de Costa Rica.

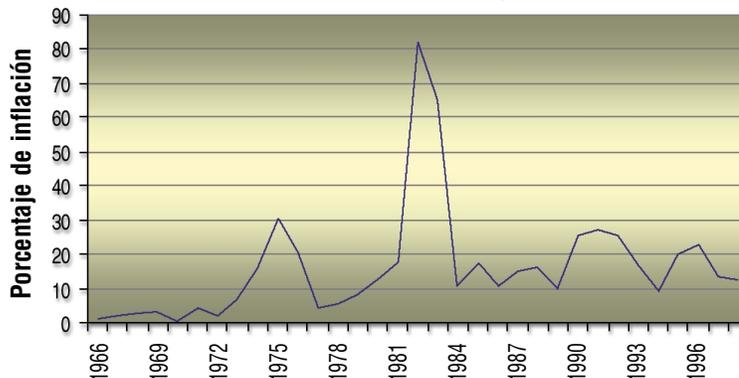
Por otra parte, la mayor apertura comercial ha provocado que en la actualidad los bienes y servicios intercambiados con el exterior tengan un peso mayor que hace quince años sobre la composición de la oferta y demanda globales. En 1998 las importaciones representaron un 40% de la oferta global en términos reales, mientras que en 1985 eran un 25%. Del mismo modo, las exportaciones, a un ritmo de crecimiento promedio anual del 9,9%, aumentaron su participación en la demanda total de un 28,6% a un 45,7% durante el citado período.

Durante los años siguientes, el patrón que ha caracterizado la inflación nacional es el de un nivel moderado (11-30%) pero persistente, sin poder regresar a las cifras de un solo dígito, típicas de las décadas anteriores. En el período 1983-1998 la tasa de crecimiento promedio de los pre-

Así, la demanda interna, con un crecimiento promedio anual en este período del 3,3%, dejó de ser el eje dinamizador de la economía nacional. El consumo privado, que representaba un 46,7% de la demanda total en 1985, para 1998 era únicamente del 33,8%, mientras que el gasto del Gobierno Central pasó de un 9,2% a un 5,8%.

GRÁFICO 3

Costa Rica: Tasa de inflación anual, 1966- 1998



Fuente: Dirección General de Estadísticas y Censos

17 Las actividades productivas según su origen se clasifican en primarias, secundarias y terciarias. Las primarias corresponden a agricultura, silvicultura, caza y pesca; las actividades secundarias constituyen las industrias manufactureras y explotación de minas y canteras, y por último, las actividades terciarias son aquellas relacionadas con los servicios que se prestan entre empresas y personas, tales como los servicios básicos, comercio y otros (sociales, comunales y personales).

c Aumento en el nivel general de precios.

18 La tasa media de inflación anual entre 1951 y 1972 fue de 2,2%

19 El aumento sostenido del precio internacional del petróleo, la caída del precio de los productos de exportación y una fuerte devaluación del colón (sobre todo en el segundo período), son algunos de los factores explicativos de la alta inflación en estos periodos.

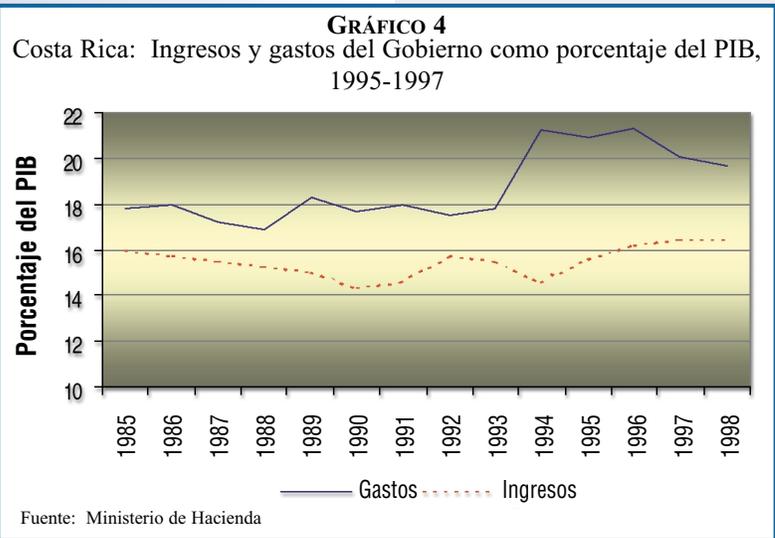
cios fue del 16,8%, con un valor máximo del 27,3% en 1990 y un mínimo del 9,1% en 1993.

Si bien, por el momento, el país aún está lejos de concretar una reducción sostenible en la inflación, resulta destacable la disminución de este indicador en el período 1994-1998, con un promedio anual del 14,9%, es decir, 4,5 puntos porcentuales por debajo del promedio obtenido entre 1989 y 1993 (gráfico 3).

Ingresos y gastos del Gobierno Central

El exceso de los gastos sobre los ingresos del Gobierno Central no es una situación desconocida en la historia costarricense. No obstante, el origen, nivel, duración y consecuencias sobre el crecimiento económico del déficit fiscal que prevalece en el país desde finales de los años setentas han convertido a este en el problema contemporáneo por excelencia de la economía nacional.

En 1980 este desequilibrio alcanzó un 8% del PIB, y varió posteriormente en el rango del 1% al 7%, con excepción de 1994, año en que asciende a un 8,1%, a raíz de la absorción de las pérdidas del Banco Anglo Costarricense (gráfico 4). En los últimos años, las empresas públicas y las instituciones descentralizadas han financiado parte del déficit fiscal con la generación de superávit, resultado comúnmente de las limitaciones presupuestarias impuestas por el Gobierno Central. Esta si-



tuación ha impedido que estas realicen inversiones en el mantenimiento, mejora y extensión de los servicios que prestan. En 1998 el déficit fiscal fue del 3,1% y se ha estimado que para 1999 será del 3,3%.

Empleo y desempleo

En Costa Rica, la tasa de desempleo abierto ha mostrado históricamente una correlación alta y negativa con respecto a la tasa de crecimiento del PIB; es decir, en los años en que esta última descendió, la tasa de desempleo aumentó y viceversa.

Otra característica interesante de este mercado es que las tasas de subempleo visible e invisible tienen una sensibilidad mayor ante los distintos niveles de producción que la misma tasa de desempleo abierto²⁰. Las dificultades del aparato productivo para absorber en un momento dado la fuerza de trabajo se reflejan no solo en el número de desempleados, sin también en la imposibilidad de los trabajadores empleados para concretar su deseo de laborar una mayor cantidad de horas (subempleo visible), o bien por la mayor disposición por parte de ellos de percibir una paga por debajo del mínimo de ley (subempleo invisible).

CUADRO 10
Costa Rica: Tasas de desempleo abierto, subempleo y subutilización total de la fuerza de trabajo, 1982 – 1998

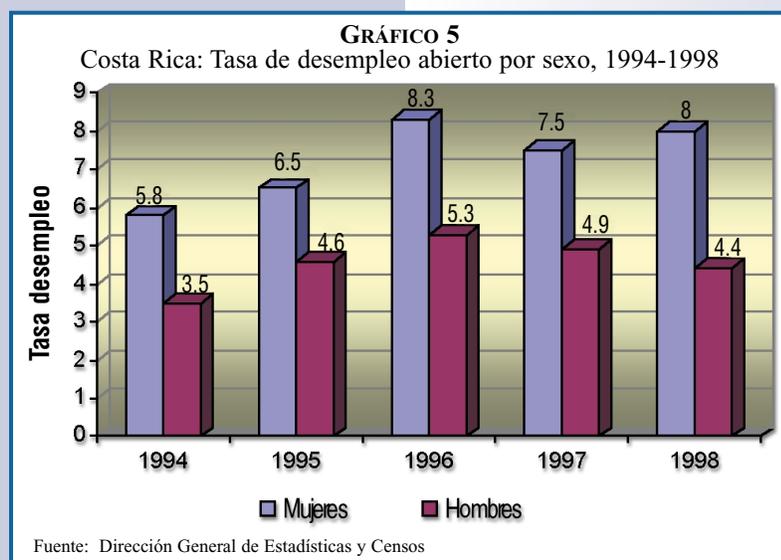
Año	1982	1985	1990	1995	1998	2000
Tasa de desempleo abierto	9,4	6,8	4,6	5,2	5,6	5,2
Tasa de subempleo visible	7,0	5,0	3,4	3,7	4,8	4,0
Tasa de subempleo invisible	7,4	3,9	2,7	2,1	2,7	3,3
Tasa de subutilización total	23,8	15,7	10,7	10,0	13,1	12,5

Fuente: Dirección General de Estadísticas y Censos. Encuestas de Hogares

²⁰ La tasa de subempleo visible se entiende como el porcentaje de personas de la fuerza de trabajo que laboran menos de 47 horas semanales a pesar de que desean trabajar más de esa cantidad; el subempleo invisible lo constituyen aquellos trabajadores que reciben un ingreso inferior al mínimo de ley establecido.

Después de este resultado tan poco alentador, el mercado laboral respondió en 1984 a las mejores condiciones económicas del país, y registró una tasa de desempleo abierto del 5,0% y una tasa de subutilización de mano de obra del 13,3%. En los años siguientes, los indicadores claves de empleo de la fuerza de trabajo no han mostrado variaciones significativas (con excepción de un reciente crecimiento en la tasa de subempleo visible).

Desigualdad en oportunidades de empleo por sexo: Desde el punto de vista del sexo, la tasa de desempleo abierto de las mujeres ha sido sistemáticamente superior a la de los hombres (gráfico 5). Asimismo, un porcentaje mayor de mujeres (19% en 1996) se ubican en actividades informales urbanas y tiene un perfil de más vulnerabilidad en el empleo, en las condiciones en que se desarrolla el trabajo y en las bajas remuneraciones.



1.3. Evolución de la situación social

Costa Rica muestra indicadores sociales cercanos a los de países desarrollados. El éxito en el campo social obedece, en buena parte, a una participación activa del Estado principalmente en los últimos cincuenta años, en la prestación de servicios sociales, en un marco de universalidad de cobertura

y solidaridad en su financiamiento. En las últimas dos décadas, a pesar de soportar los costos inherentes al proceso de estabilización y ajuste de la crisis económica de inicios de la década pasada, el país ha mantenido niveles satisfactorios en estos indicadores.

No obstante, el énfasis de la política social ha tenido un cambio importante durante este período, y ha pasado de estar centrado en acciones de desarrollo social, hacia la compensación social. En realidad esta transformación era inevitable por el impacto de la crisis sobre ciertos sectores, además debido a la reducción en la cobertura real y calidad de los servicios de promoción y generadas por factores como la disminución de los recursos financieros para su ejecución, por rigideces institucionales y por mecanismos ineficaces de seguimiento y control.

Índice de Desarrollo Humano

El Índice de Desarrollo Humano sintetiza tres indicadores, a saber: esperanza de vida al nacer, tasa de alfabetismo y años de escolaridad o, alternativamente, cobertura de educación e ingreso per cápita corregido. Los valores del IDH corresponden a una escala que tiene un máximo de uno.

De acuerdo con este indicador, Costa Rica está catalogada como de alto desarrollo humano, resultado de una elevada esperanza de vida y bajo nivel de analfabetismo. El ingreso per cápita del país, aun-

CUADRO 11
Costa Rica: Índice de Desarrollo Humano (IDH), 1992 - 1997

Indicador	1992	1993	1994	1995	1996	1997
IDH Costa Rica	0,842	0,852	0,848	0,883	0,884	0,889
Países clasificados	160	173	173	174	174	175
Puesto según IDH	42	42	39	28	31	33
Puesto según PIB per cápita	67	76	75	60	54	60
Puesto al nivel de América Latina	3	3	4	1	2	2
Puesto al nivel de países en desarrollo	11	9	8	5	7	5

Fuente: MIDEPLAN. Principales indicadores de Costa Rica

que no es tan elevado como en otras economías en desarrollo, es compensado con el desempeño de los otros dos indicadores. Desde 1992 el IDH presenta una tendencia creciente, y coloca al país en el primer lugar al nivel de América Latina en 1995 y en el segundo lugar los dos años siguientes (cuadro 11).

Al considerar desigualdades por sexo, el valor del Índice presenta para las mujeres una reducción considerable pues, a pesar de que la esperanza de vida de la mujer es mayor que la de los hombres y no existen diferencias marcadas en cuanto a logros educacionales, la desigualdad de ingresos es bastante amplia.

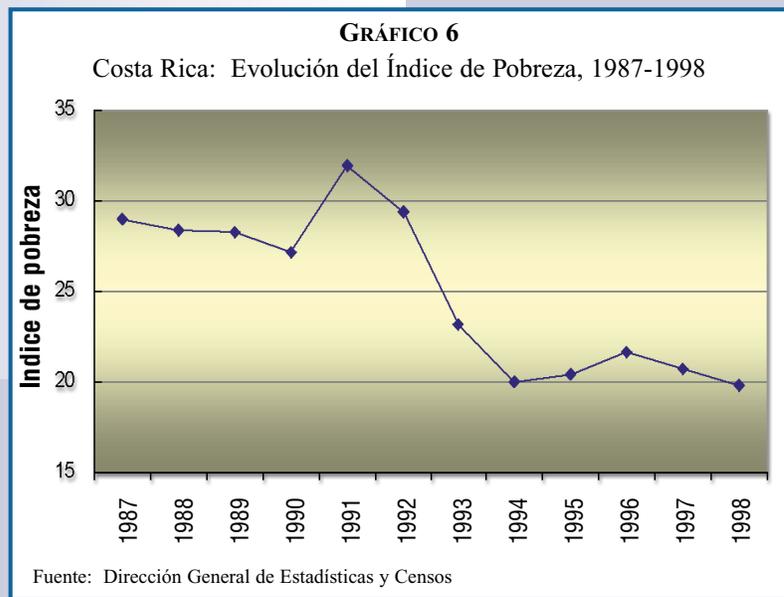
Dentro de las áreas de acción de la política seguida en Costa Rica, destaca la reducción sistemática de la pobreza como una de las más exitosas. En tanto el porcentaje de familias pobres era en la década de los cincuentas alrededor de un 50%, en la actualidad está por debajo del 20%, uno de los indicadores más bajos de América Latina.

En el período 1987-1998, el porcentaje de hogares pobres ha disminuido gradualmente. Así en 1987, la pobreza medida por ingresos afectaba a un 29,0% de los hogares, nivel que muestra una reducción de poco más de 8 puntos porcentuales en 1998 (19,8%) (gráfico 6). En cuanto al nivel de pobreza, se refleja una tendencia a la disminución de aquellos que se encuentran en una situación de pobreza relativa, es decir, aquellos que tienen ingresos suficientes para comprar la "canasta básica alimentaria", pero insuficientes para satisfacer otras necesidades básicas. Por su parte, los hogares ubicados en extrema pobreza, que se caracterizan por carecer de ingresos suficientes para cubrir las necesidades básicas de alimentación, mostraron en 1997 la cifra más baja de los últimos 10 años (5,7%).

El Índice de Pobreza Humana, incorporado en 1995 en el Índice de Desarrollo Humano, difiere del concepto de pobreza de ingresos. Para su construcción se utilizan indicadores referidos a la privación de acceso a servicios de salud, educación y oportunidades. El cálculo de este indicador mostró para Costa Rica, en 1995, un valor de 6,6, magnitud que colocó a Costa Rica en el quinto lugar entre los países en desarrollo.²¹

El Índice de Pobreza que se manejó antes del de Pobreza Humana se refiere a niveles de ingreso y se incluye a la población cuyos ingresos no son suficientes para satisfacer las demandas de la "canasta básica".

No obstante que la disminución en la incidencia de la pobreza es una tendencia generalizada, las disparidades en el nivel de vida de la zona urbana en relación con la rural continúan siendo marcadas; por cada hogar pobre en el área urbana, hay dos pobres rurales. En el ámbito regional también se observan amplias brechas: tanto la región Chorotega como la Brunca presentan índices de pobreza superiores al 30%.



21 Op. Cit. Ruiz, K y Orozco J:

Dentro de las características más sobresalientes de los hogares en condición de pobreza, está el hecho de que del total de hogares en extrema pobreza ubicados en la zona urbana, el 54,5% corresponden a hogares jefeados por una mujer (41,4% en 1987). Asimismo, como es de esperar, la tasa de desempleo abierto es mayor en los grupos pobres que en el promedio nacional.

medio anual, lo que equivale a un 2,8% per cápita. La relación de esta inversión respecto al PIB ha oscilado, con algunas pequeñas desviaciones, en torno a un 20% en la década de los noventas.

CUADRO 12
Costa Rica: Indicadores sociodemográficos y económicos de los pobres, 1997

Indicador	Total	Pobreza			No pobres
		Total	Extrema	Básica	
Total de hogares	670.634	138.865	37.989	100.876	531.769
Miembros por hogar	4,1	4,7	4,8	4,7	3,9
Fuerza de trabajo por hogar	1,6	1,2	1,0	1,3	1,7
Ocupados por hogar	1,5	1,1	0,8	1,1	1,1
Horas semanales trabajadas en la ocupación principal	45,1	40,1	35,2	51,4	46,0
Relación dependencia demográfica	0,7	1,1	1,3	1,0	0,6
Relación dependencia económica	1,6	2,9	3,6	2,6	1,3
Tasa de desempleo abierto	5,7	13,2	19,8	11,2	4,3
Tasa neta de participación	53,2	40,7	35,1	42,7	56,5

Fuente: IV Informe del Estado de la Nación PNUD.

Inversión social

La inversión pública en programas de carácter social constituye un importante mecanismo de redistribución de la riqueza de una nación, pero, además y aún más importante, una forma de ampliar las oportunidades de integración y ascenso social de todos los habitantes del país, especialmente de aquellos grupos de menos ingresos.

En la última década, a pesar de las restricciones financieras que han enfrentado los distintos gobiernos, los recursos destinados a la inversión en programas sociales mantienen una tendencia creciente. Así las cosas, de 1990 a 1997 la inversión social en términos reales creció a una tasa del 5,1% pro-

En cuanto a su estructura, es importante señalar que el impacto de la crisis sobre ciertos sectores de la sociedad costarricense obligó a las autoridades gubernamentales a impulsar una política social más focalizada y asistencial. Esta es la razón principal que explica el alto porcentaje del gasto encauzado a la asistencia social en el año 1987 (37,3%). No obstante, con el transcurrir de los años, este enfoque ha empezado a perder fuerza a favor de aquel que apoya la promoción y mejoramiento de servicios universales tales como la salud y educación.

CUADRO 13
Costa Rica: Inversión pública en sectores sociales, 1987 - 1997

Indicador	1987	1990	1995	1997
Estructura relativa				
Total	100,00	100,00	100,00	100,00
Educación	22,5	24,0	24,9	26,3
Salud	28,0	30,8	30,1	27,8
Asistencia social	37,3	33,1	34,5	33,8
Vivienda	12,2	12,1	10,5	12,1
Real per cápita (colones 1997)				
Total	100.162	100.536	111.681	122.331
Educación	22.559	24.117	27.843	32.132
Salud	28.059	30.926	33.571	34.002
Asistencia social	37.303	33.33	38.513	41.439
Vivienda	12.241	12.160	11.754	14.487

Fuente: MIDEPLAN. Principales Indicadores de Costa Rica

Gasto público en salud^d

En el período 1993-1997, la tendencia del gasto público en salud es al alza; no obstante, a una tasa bastante baja. En términos reales el gasto aumentó en promedio un 1,8% anual durante este período, con una disminución en su valor absoluto en el año 1997, causada por sendas disminuciones en la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), Acueductos y Alcantarillado (A.Y.A.) y el Instituto Nacional de Seguros (I.N.S.) (cuadro 14).

1.4. Análisis de la mortalidad

Transición epidemiológica

La mortalidad general en Costa Rica es baja, alrededor de 4 por mil habitantes en la última década, esto como producto de una buena condición de la salud general y por ser una población joven que inicia como ya se mencionó un proceso de retracción en su crecimiento. A pesar de que la mortalidad es un aspecto negativo de la salud, es más, es el mayor agravio a la salud, se trata en un capítulo aparte y destacado ya que tradicionalmente los indicadores relacionados con mortalidad son los utilizados para evaluar la salud de la población.

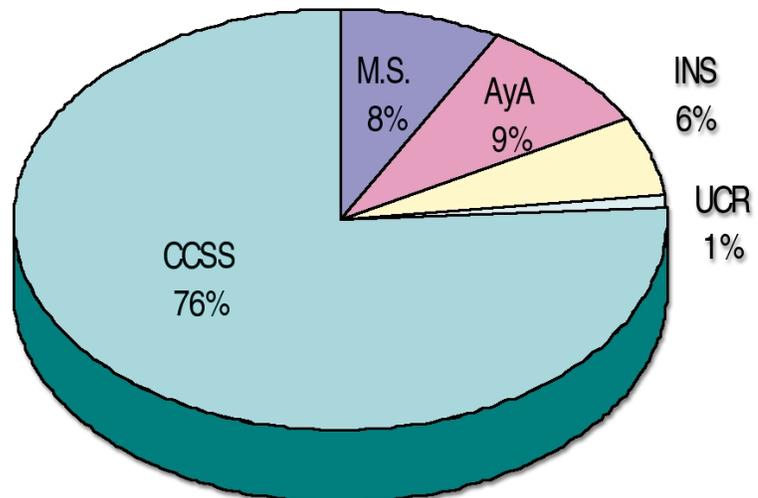
CUADRO 14
Costa Rica: Gasto público en salud, 1993 - 1997 - (en millones de colones corrientes)

Año	Total	Instituciones					
			CCSS	M.S.	AyA	I.N.S.	U.C.R.
1993		113.779	87.105	9.344	9.090	6.984	1.256
1994		116.117	89.225	9.514	9.536	6.631	1.210
1995		119.562	90.653	10.321	9.605	7.821	1.161
1996		123.722	93.405	9.925	11.389	7.541	1.463
1997		122.070	91.332	8.859	13.439	6.923	1.517
Tasa de variación promedio		1,8%	1,2%	-1,3%	10,3%	-0,2%	4,8%

Fuente: CCSS, Dirección Actuarial y Planificación Económica e instituciones involucradas.

En cuanto a la participación relativa de cada una de las instituciones que forman parte del Sector Salud, el gasto efectuado por la CCSS representa en promedio un 76% del total, seguida por Acueductos y Alcantarillados con un 9% y el Ministerio de Salud con un 8% (gráfico 7). Respecto a sus tasas de variación en el período de estudio, las instituciones que mostraron un mayor dinamismo fueron Acueductos y Alcantarillados y la Universidad de Costa Rica con una tasa de crecimiento real promedio del 10,3% y el 4,8%, respectivamente. Cabe destacar también que el Ministerio de Salud registró una tasa de crecimiento negativa (-1,3%), producto de la disminución en sus gastos en los últimos años, debido al traspaso de la Atención Primaria y funcionarios a la Caja Costarricense de Seguro Social.

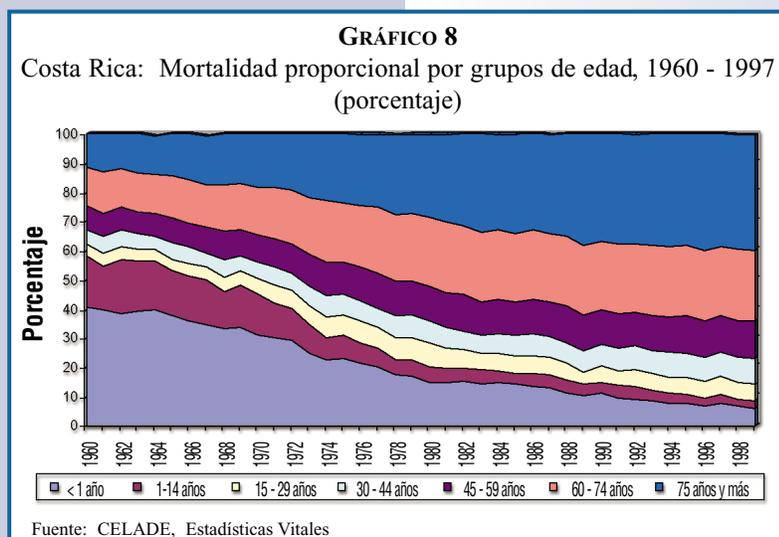
GRÁFICO 7
Costa Rica: Composición promedio del gasto público en salud, 1993 - 1997



Fuente: CCSS, Dirección Actuarial y Planificación Económica

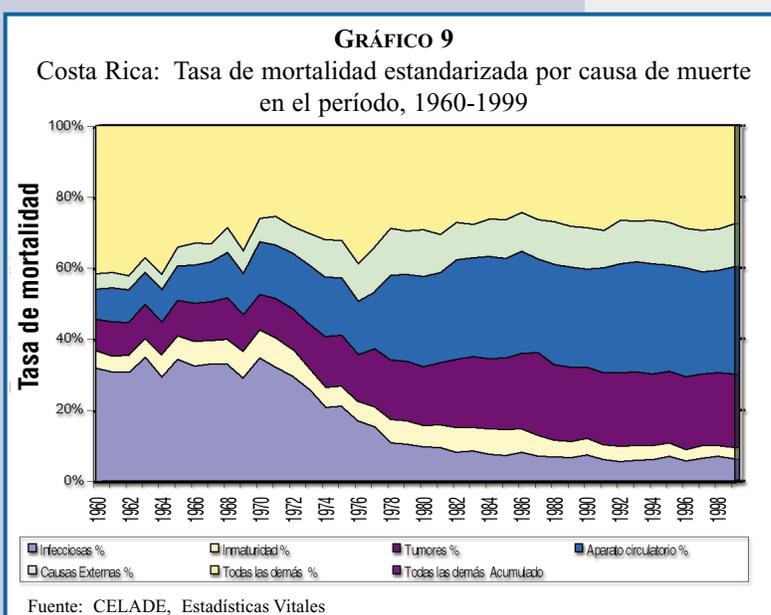
^d De acuerdo con lo estipulado en el Decreto Ejecutivo N° 19276-S, del 05 de diciembre de 1989, las instituciones que conforman el Sector Salud en nuestro país son los siguientes: Caja Costarricense de Seguro Social, Ministerio de Salud, Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados, Instituto Nacional de Seguros, Universidad de Costa Rica y Gobiernos Locales o Municipales. No obstante, debido a serias deficiencias en las estadísticas desagregadas de estas últimas instituciones, el gasto en salud no incluye lo correspondiente a las municipalidades.

Respecto a edad, en el gráfico 8 se presenta una relación de la mortalidad proporcional por grupos de edad, se separó el grupo de menores de 1 año y luego se hicieron grupos de 15 años para tratar de homogenizarlos y facilitar la comprensión del gráfico. Se estudia aquí la mortalidad en los últimos cuarenta años. Lo más destacado es notar cómo en los años sesenta el 40% de las muertes correspondía a menores de 1 año; la mortalidad en ese grupo fue disminuyendo para alcanzar solo un 5% en la actualidad. Al inicio de esta serie se puede notar un porcentaje importante de mortalidad en el grupo de 1 a 14 años que corresponde fundamentalmente al grupo de 1 año, que descendió a mitad de la década de los setentas. En general se puede decir que en los últimos 25 años la proporción de mortalidad en los grupos de 1 a 60 años se mantiene estable, y aumenta la proporción en el grupo de 60 a 75 años, pero especialmente en los mayores de 75 años, lo cual es un indicador de un excelente nivel en las condiciones de salud de la población.



Paralelamente a los cambios demográficos que ha sufrido el país y de acuerdo con la "Teoría de la transición epidemiológica" de Omran²², cuando disminuye la mortalidad general y la fertilidad, el patrón de las causas de muerte cambia. Nuestro país presenta un modelo rápido de transición, prácticamente pasa de un estadio en el que predominaba la mortalidad por enfermedades infecciosas a uno en el que predomina la mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio y cáncer en un período de menos de diez años, en la década de los 70.

El gráfico 9 presenta las causas de muerte en los últimos 40 años agrupadas de acuerdo con la teoría de la transición epidemiológica; los seis grupos comprenden las causas de muerte que se especifican a continuación. Debido al cambio en



la clasificación internacional de enfermedades, para la elaboración de este gráfico se debió utilizar la clasificación correspondiente a cada período desde la quinta hasta la décima, pero para la relación de grandes capítulos se toma como base la novena clasificación (CID-9).

Grupo 1: Enfermedades infecciosas. Se incluyen todas las enfermedades del grupo 1 de la clasificación internacional de enfermedades, las muertes por meningitis (incluidas en enfermedades del sistema nervioso) y enfermedades infecciosas agudas del sistema respiratorio (incluidas en sistema respiratorio, comprende infecciones de vías respiratorias altas, neumonía e influenza).

Grupo 2: Neoplasmas: comprende todos los tumores malignos y benignos (todo el capítulo II de la CID-9).

Grupo 3: Enfermedades del sistema circulatorio. Todas las categorías incluidas en el capítulo IX de la CID-9. Incluye enfermedades reumáticas del corazón, enfermedad isquémica, hipertensiva, circulación pulmonar, enfermedades cerebrovasculares y otras enfermedades del sistema circulatorio.

22 Omran, A.R. : The epidemiologic transition in the Americas. Pan-American Health Organization, World Health Organization, The University of Maryland at College Park.

Grupo 4: Ciertas condiciones originadas en el período perinatal, incluidas en el capítulo XV de la CID-9, tales como condiciones maternas y complicaciones obstétricas que afectan al feto y al recién nacido, crecimiento fetal retardado, malnutrición fetal e inmaduridad, trauma en el momento del parto, hipoxia, asfixia y otras condiciones respiratorias del feto y el recién nacido, infecciones específicas del período perinatal.

Grupo 5: Causas externas. Todas las incluidas en el capítulo XVII, código E., tales como accidentes, suicidio, homicidio, intervenciones legales, lesiones clasificadas como accidentales, lesiones de guerra.

Grupo 6: Todas las demás causas.

Lo más sobresaliente es la disminución de la mortalidad por enfermedades infecciosas al inicio de la década de los setentas y ya para 1978 presenta niveles menores al 10%. La disminución está dada en especial por baja en la muerte por gastroenteritis y, en menor grado pero importante, por la disminución en enfermedades prevenibles por vacunación.

Las causas de mortalidad perinatal, presentan una disminución importante en la década de los noventas, situación que se analizará aparte con la mortalidad infantil.

En la actualidad lo más destacable es la alta proporción por enfermedades crónicas y degenerativas, como son las del sistema circulatorio y el cáncer y, en tercer lugar, las causas externas; cada uno de estos grupos serán estudiados separadamente. Con esta estructura de mortalidad nos colocamos en un tercer estadio dentro de la clasificación de la transición epidemiológica, al igual que países de Europa Central, y ciertos países latinoamericanos como Chile, Cuba y otras islas del Caribe de lengua inglesa y francesa. En estos países la fertilidad sigue declinando, la esperanza de vida alcanza de 75 a 79 años, pero la mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio continúa aumentando.

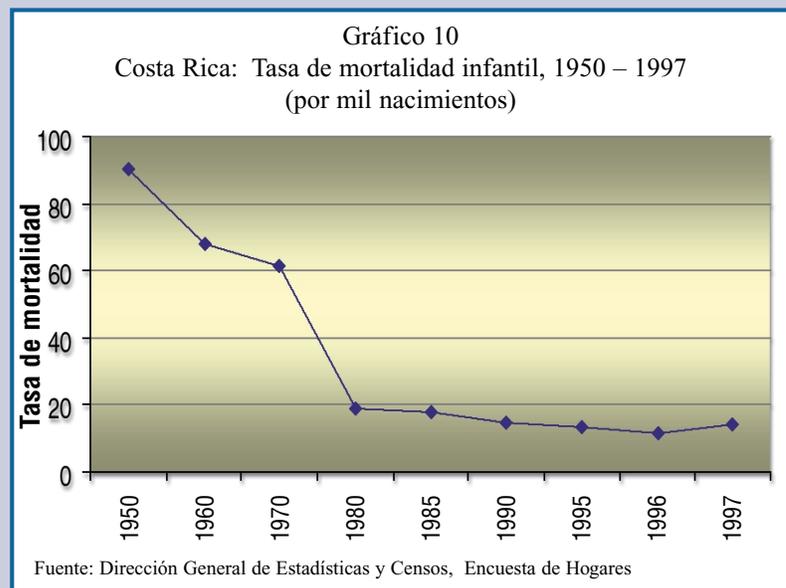
Los países que han avanzado al cuarto estadio, como Japón, Canadá, Estados Unidos y los países europeos occidentales, presentan una disminución de la mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio, la fertilidad disminuye y en algunos casos hay un crecimiento negativo de la población; la esperanza de vida, en especial en las mujeres, alcanza los 85-90 años.

Se ha hecho esta larga exposición en relación con la mortalidad debido a que en general los países evolucionan de ese modo conforme mejoran sus condiciones de salud. Lógicamente algunas veces los diferentes estadios se sobrepone, pero es importante notar que el paso al cuarto estadio depende de acciones específicas que se realicen respecto a las enfermedades del sistema circulatorio, relacionadas con estilo de vida como aumento del ejercicio, cambio a dietas bajas en grasas y colesterol, abandono del fumado, tratamiento de la hipertensión, control de la diabetes e intervenciones específicas en el manejo de las enfermedades cardiovasculares.

Otro punto importante de señalar es el relacionado con las enfermedades infecciosas, las cuales, si bien continúan presentándose, no causan un número importante de muertes debido al diagnóstico oportuno y al tratamiento específico, como es el caso de las gastroenteritis, la malaria, el dengue, la tuberculosis, entre otros. Punto especial lo constituye el SIDA y los pacientes VIH positivos, por lo que dicho tema se tratará en un apartado especial.

Mortalidad infantil

La mortalidad infantil se refiere a la mortalidad de niños menores de 1 año y la tasa se calcula de acuerdo con los nacimientos. Es uno de los indicadores más sensibles en salud; refleja condiciones no solo de salud, sino de tipo socioeconómico y de acceso a los servicios. El gráfico 10 muestra la evolución de este indicador.



A su vez la mortalidad infantil se divide en mortalidad neonatal o de menores de 28 días y tardía o residual o de mayores de 28 días. En este grupo de edad también se habla de una etapa de transición cuando la mortalidad neonatal pasa a ser mayor que la tardía; la mortalidad tardía se relaciona más con mortalidad por enfermedades infecciosas, por lo que es evitable en un alto porcentaje. En países desarrollados, como los Estados Unidos, la mortalidad neonatal alcanzó cifras máximas del 75% en 1970 para luego descender al 63% en 1990²³, posiblemente por una mejoría en la atención en el período neonatal que prolonga la vida más de un mes, y niños que anteriormente hubieran muerto en ese período lo hacen después. En Costa Rica, en el quinquenio 90-94, el porcentaje de mortalidad neonatal respecto a la mortalidad infantil fue de un 63,2%, y en el quinquenio 1995-99, del 65,7%. A su vez el 50% de las muertes neonatales ocurrieron en los primeros siete días de nacidos.

Debido a que las poblaciones de los cantones son relativamente pequeñas, es difícil referirse a los cambios que ocurren a ese nivel; sin embargo, existen cantones como Talamanca que tradicionalmente ha ocupado un puesto entre los cantones con más alta mortalidad infantil. Es bueno, no obstante, resaltar que es uno de los que mayores ganancias han presentado en los últimos años: para el trienio 88-90 tenía una tasa de 40,4 por mil nacidos, y para el trienio 96-98 la tasa descendió a 25,8 por mil nacidos.

CUADRO 15

Costa Rica: Tasa de mortalidad infantil por provincia, 1990-1999 (por 1000 nacimientos)

Provincia	1990		1991		1992		1993		1994		1995		1996		1997		1998		1999	
	No	Tasa	No	Tasa	No	Tasa	No	Tasa	No	Tasa										
Costa Rica	1.250	15,3	1.124	13,9	1.099	13,7	1.090	13,7	1.045	13,0	1.064	13,2	937	11,8	1.118	14,2	970	12,8	925	11,8
San José	404	13,7	368	12,9	373	13,3	358	12,9	344	12,3	348	12,6	323	11,8	383	14,3	322	12,1	325	12,2
Alajuela	217	14,5	181	12,5	203	14,1	182	12,6	152	10,2	169	11,3	161	10,8	202	13,8	170	11,8	93	11,0
Cartago	135	14,9	127	13,3	117	13,2	114	12,9	111	12,8	117	13,7	93	11,2	104	12,4	102	12,2	93	11,0
Heredia	74	12,0	85	13,9	66	10,6	69	10,7	79	12,3	95	14,3	84	12,6	71	11,0	64	9,8	86	12,8
Guanacaste	109	18,4	91	15,7	73	13,0	89	16,2	109	19,3	77	13,7	68	12,4	82	14,9	75	14,2	56	10,4
Puntarenas	168	18,8	132	15,0	123	14,4	145	17,3	121	14,1	129	14,9	89	10,6	131	16,0	115	14,7	115	13,8
Limón	143	19,4	139	18,0	144	17,2	133	15,8	129	15,5	129	15,7	119	14,8	135	16,9	122	15,2	102	12,4

Fuente: Dirección General de Estadísticas y Censos.
Centro de Información. Ministerio de Salud

Cuando la mortalidad infantil desciende a cifras como las que presenta nuestro país es más difícil disminuirla; se está trabajando intensamente por mantener y mejorar este indicador en todos los casos en que la muerte sea evitable y en aquellas áreas donde la mortalidad supera la del promedio nacional. La mortalidad infantil por provincia nos muestra cómo las provincias de Guanacaste, Puntarenas y Limón superan ese promedio (cuadro 15).

Respecto a las causas, las afecciones del período perinatal ocupan el primer lugar, seguidas de las malformaciones congénitas, las cuales constituyen más de un 25% de la mortalidad total; a pesar de que algunos países han disminuido esta causa, lo han hecho con la utilización del aborto, medida ilegal en nuestro país (cuadro 16).

CUADRO 16

Costa Rica: Mortalidad infantil según los principales grupos de causas, 1990-1997 - (tasas por 1000 nacimientos)

Grupo de causas	T a s a							
	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
TOTAL	15,3	13,9	13,7	13,7	13,0	13,2	11,8	14,2
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	6,5	6,1	6,5	6,5	6,4	6,49	5,7	6,5
Anomalías congénitas	3,9	3,9	3,8	4,3	3,6	3,65	3,2	4,6
Enfermedad respiratoria	1,8	1,5	1,6	1,2	1,3	1,3	1,5	1,6
Enf. infecciosas y parasitarias	1,3	0,7	0,4	0,5	0,5	0,6	0,5	0,7
Signos, síntomas y estados mal definidos	0,7	0,4	0,4	0,3	0,2	0,3	0,2	0,2

Fuente: Dirección General de Estadísticas y Censos

Mortalidad materna

La mortalidad materna es otro de los indicadores utilizados para medir no solo la situación de salud, sino también el acceso a los servicios de salud, tales como consulta prenatal, parto hospitalario, control en el puerperio. Debido a que el número de muertes maternas es bajo, se utiliza la tasa por cien mil nacimientos, y la meta mundial es de 45 muertes por cien mil. Costa Rica presenta un número pequeño de muertes maternas, con un promedio de 30 por año, lo que significa una tasa de mortalidad materna de 34 por 100.000 nacidos vivos²⁴ (cuadro 17).

Dada la importancia de este indicador, se creó una Comisión para el Análisis de la Mortalidad Materna; de acuerdo con los datos para 1999 se analizaron el 78% de las muertes y se determinó que un 85% de ellas eran prevenibles²⁵.

La atención de parto hospitalario es superior al 95%; el porcentaje de cesáreas en los últimos 10 años se ha mantenido en un 20% de los nacimientos; los abortos representan un 12% de los nacimientos. De acuerdo con los datos de la CCSS, en 1997 el 65% de las muertes maternas se produjo por complicación del parto; el 21%, por aborto, y un 14%, por complicaciones del puerperio.

En ese período, ocho de las muertes se presentaron en mujeres nicaragüenses y los nacimientos en madres de nacionalidad nicaragüense fueron de 9.562 para una tasa de 84 por 100.000 nacimientos.

Mortalidad por sexo y otros grupos de edad

La mortalidad entre 1 y 60 años se mantiene muy constante y es relativamente poca, el número de muertes de niños de 1 a 4 años no alcanza los 200 al año, y en los de 5 a 14 son alrededor de 200.

CUADRO 17
Costa Rica: Mortalidad materna en 1985-1999

Año	Nacimientos	Defunciones	Tasa por 100 mil nacimientos
1985	84.337	29	34,4
1986	83.194	30	36,1
1987	80.326	16	19,9
1988	81.376	15	18,4
1989	84.360	25	29,6
1990	81.939	12	14,6
1991	81.110	28	34,5
1992	80.164	18	22,5
1993	79.714	15	18,8
1994	80.391	31	38,6
1995	80.306	16	19,9
1996	79.203	23	29,0
1997	78.018	29	37,2
1998	76.982	12	15,6
1999	78.526	27	34,4

Fuente: Dirección General de Estadísticas y Censos

En las mujeres desde 5 hasta 30 años y en los hombres de 1 a 50 años, las causas externas ocupan el primer lugar, hecho muy importante porque son causas evitables y porque representan el mayor número de años de vida potencialmente perdidos. Como se analizará luego, son personas jóvenes, en edad productiva. El segundo lugar de la mortalidad general es ocupado por los tumores para todos los grupos de edad, tanto para hombres como para mujeres. En las mujeres de los 30 a los 50 años los tumores ocupan el primer lugar.

Las enfermedades del aparato circulatorio, principal causa de muerte general, comienza a ocupar un segundo lugar para ambos sexos a los 30 años y, ya a partir de los 60 años, ocupa el primer lugar en ambos sexos.

En los menores de 15 años lo que se anota como enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos, corresponde fundamentalmente a parálisis cerebral y otros síndromes paralíticos; en lo que respecta a enfermedades de glándulas endocrinas, la diabetes mellitus, y para el aparato digestivo, principalmente las enfermedades del hígado y vías biliares, pero en especial la cirrosis. Las enfermedades del aparato respiratorio que se presentan en este grupo de edad se deben a infecciones en alrededor del 40% de los casos y las llamadas enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores y las que afectan el intersticio en el otro 60% de los casos. En este grupo de enfermedades respiratorias el primer lugar está dado por la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) (cuadros 18 y 19).

Una causa individual que requiere ser mencionada es el SIDA, la más importante después de las causas externas en los grupos de edad de 20 a 39 años en hombres durante 1998.

24 Vargas González Rafael, *Factores de riesgo asociados a la muerte materna en Costa Rica*, Tesis para optar por el grado de maestría de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Costa Rica, diciembre 2000, San Pedro Montes de Oca, Costa Rica.

25 Memoria Ministerio de Salud, 1999. Pag.7. 2000.

CUADRO 18

Costa Rica: Principales causas de muerte según grupo de edad en varones
(tasa promedio del trienio 1995-1997 por 100.000 varones)

Grupo de edad	Causa de muerte (tasa trienal promedio)		
	Primera	Segunda	Tercera
< 1 año	Afecciones perinatales (617,3)	Anomalía congénita (377,5)	Enfermedad Sist. respiratorio (145,7)
1-4 años	Causas externas (18,9)	Anomalía congénita (9,9)	Enfermedad Infecciosas y parasitarias (9,3)
5-9 años	Causas externas (12,2)	Tumores (7,3)	Enfermedad Sist. nervioso (3,9)
10-14 años	Causas externas (17,7)	Enfermedad Sist. nervioso (5,0)	Tumores (4,9)
15-19 años	Causas externas (59,2)	Tumores (9,8)	Enfermedad Sist. nervioso (6,5)
20-29 años	Causas externas (94,8)	Tumores (10,8)	Enf de las glándulas endocrinas (8,7)
30-39 años	Causas externas (90,3)	Enfermedad Sist. circulatorio (21,7)	Tumores (18,8)
40-49 años	Causas externas (98,3)	Enfermedad Sist. circulatorio (61,7)	Tumores (50,9)
50-59 años	Enfermedad Sist. circulatorio (210,4)	Tumores (168,7)	Causas externas (118,4)
60-69 años	Enfermedad Sist. circulatorio (593,4)	Tumores (471,8)	Enfermedad Sist. digestivo (152,2)
70-79 años	Enfermedad Sist. circulatorio (1.608,8)	Tumores (1.097,4)	Enfermedad Sist. respiratorio (492,0)
80 y más años	Enfermedad Sist. circulatorio (7.922,7)	Tumores (3.713,9)	Enfermedad Sist. respiratorio (3.346,1)

Fuente: Estadísticas vitales INEC. Elaboración PASP.

CUADRO 19

Costa Rica: Principales causas de muerte según grupo de edad en mujeres
(tasa promedio del trienio 1995-1997 por 100.000 mujeres)

Grupo de edad	Causa de muerte (tasa promedio del trienio)		
	Primera	Segunda	Tercera
1-4 años	Anomalía congénita (8,3)	Causas externas (7,5)	Enfermedad Sist. respiratorio (6,6)
5-9 años	Causas externas (7,6)	Tumores (4,1)	Enf. Sist. nervioso (3,9)
10-14 años	Causas externas (8,0)	Tumores (5,3)	Enf. Sist. nervioso (4,2)
15-19 años	Causas externas (14,6)	Tumores (7,4)	Enf. Sist. nervioso (6,0)
20-29 años	Causas externas (11,9)	Tumores (10,0)	Enf. Sist. circulatorio (5,3)
30-39 años	Tumores (27,2)	Enf. Sist. circulatorio (15,0)	Causas externas (13,2)
40-49 años	Tumores (82,6)	Enf. Sist. circulatorio (35,0)	Enf. Sist. digestivo (15,4)
50-59 años	Tumores (174,1)	Enf. Sist. circulatorio (112,1)	Enf. Sist. digestivo (35,1)
60-69 años	Enf. Sist. circulatorio (382,8)	Tumores (353,4)	Enf de las glándulas endocrinas (103,7)
70-79 años	Enf. Sist. circulatorio (1.058,0)	Tumores (659,3)	Enf. Sist. respiratorio (308,4)
80 y más años	Enf. Sist. circulatorio (6.039,1)	Enf. Sist. respiratorio (2.482,9)	Tumores (2.030,9)

Fuente: Estadísticas vitales I.N.E.C. Elaboración PASP.

Mortalidad por grupos y causas específicas

Mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio

Ocupan el primer lugar como causa de muerte y son motivo importante de mortalidad desde los 30 años en ambos sexos, por lo cual también representan un alto porcentaje de los años de vida potencialmente perdidos y de personas en edad productiva. El 48% de las muertes se debe a enfermedad isquémica del corazón, y de estas dos terceras partes a infarto del miocardio, primera causa individual de muerte en el país, en ambos sexos; sin embargo, el mayor número de casos se presenta en varones con un 57% de las muertes.

El segundo lugar en este grupo lo constituyen las enfermedades cerebrovasculares: estos padecimientos presentan un número mayor de muertes en mujeres (53%) que en hombres, en especial en mayores de 65 años. Es importante señalar que en los países que han disminuido la mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio,

en gran parte lo han hecho por disminución de las enfermedades cerebrovasculares en mujeres y como resultado del control de la hipertensión arterial.

El tercer lugar es ocupado por la enfermedad hipertensiva, que en los últimos años ha aumentado, posiblemente por una mejoría en el diagnóstico y no por un aumento real de ese padecimiento como causa de muerte (cuadro 20).

Mortalidad por tumores

Los tumores ocupan un segundo lugar como causa de muerte de una forma muy constante y en diferentes grupos de edad. Aunque por su comportamiento histológico se agrupan como tumores, sus causas, en la mayoría de los casos desconocidas, son muy diferentes, y los grupos de riesgo, tanto por edad como por sexo, también lo son, lo cual complica su análisis. También por su comportamiento y sus rasgos histológicos se dividen en malignos (generalmente se denominan cáncer) y benignos, pero estos últimos por su sitio de presentación pueden al final comportarse como malignos (tumores cerebrales).

Dado que este es un capítulo de mortalidad, se tratarán los tipos de tumor con mayor mortalidad y debido a que en consulta externa, urgencias y egresos hospitalarios estas causas no tienen su propio peso específico, se comentarán en este mismo capítulo algunos aspectos relacionados con la incidencia. La mayoría de los datos de incidencia se refieren al año 1995, último año que se cuenta con datos depurados en el momento de realizar este análisis.

Para ambos sexos no se puede decir que la incidencia haya aumentado, pese a que globalmente hay un aumento en la mortalidad, pero como ya se comentó, es preferible analizar los casos separadamente.

CUADRO 20
Costa Rica: Tasas de mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio según causa específica, 1990-1997
(tasas por 100.000 habitantes)

Grupo de causas	Años									
		1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Enfermedad isquémica del corazón		54	53	55	58	59	60	61	54	54
Enfermedad cerebrovascular		24	27	30	29	29	28	28	25	26
Enfermedad de la circulación pulmonar y otras enfermedades del corazón		17	17	19	19	19	19	19	16	16
Enfermedad hipertensiva		3	8	8	9	11	11	11	10	10
Enfermedad de las arterias, arteriolas y de los vasos capilares		3	4	4	4	4	4	4	3	4
Fiebre reumática y otras enfermedades reumáticas del corazón		1	1	1	2	1	1	1	0	1
Enfermedad de las venas y vasos linfáticos		1	1	1	1	2	2	1	1	1
Las demás causas		1	6	3	04	0	0	0	0	0

Fuente: Dirección General de Estadísticas y Censos

CUADRO 21

Costa Rica: Tasas trienales de incidencia y mortalidad por cáncer según sexo, 1981—1995 (tasas por 100.000 habitantes)

Trienio	Incidencia y mortalidad			
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
1981-1983	129,3	134,7	81,6	66,5
1984-1986	124,4	127,3	84,0	71,4
1987-1989	122,7	130,8	87,4	73,5
1990-1992	122,9	128,8	83,4	68,7
1993-1995	124,6	129,4	87,8	75,4

Fuente: Memoria del Ministerio de Salud 1997.

Tumores malignos del tejido linfático, de los órganos hematopoyéticos y tejidos afines

Este grupo de tumores ocupa el tercer lugar tras los tumores del sistema digestivo y los órganos genitales femeninos y masculinos. Es el tipo de tumor más frecuente en el grupo de edad de 1 a 34 años. En los niños la leucemia linfoblástica aguda representa la primera causa en incidencia, aunque se debe enfatizar el hecho de que el porcentaje de curación de este padecimiento en nuestro país es muy alto, con resultados similares a los de los países más avanzados. La alta incidencia de este padecimiento merece ser investigada; si bien se considera probable una causa viral, debe de existir en nuestro medio algún factor coadyuvante o desencadenante de tal tipo de leucemia.

Tumores malignos más frecuentes en los varones

Como se aprecia en el cuadro 21, la incidencia de tumores es mayor en mujeres que en hombres, dato que posiblemente no coincida con la realidad y se deba a que las mujeres consultan más que los hombres; la mortalidad, de la cual hay datos más precisos, indica que es mayor en el sexo masculino.

Cáncer gástrico

La causa que aporta más muertes es el cáncer gástrico. Nuestro país -es bien conocido- ostenta una de las tasas más altas en incidencia y mortalidad en el mundo, comparable con países como Japón y Chile. Se presenta en especial en el Valle Central y es más frecuente en hombres que en mujeres con una relación aproximada de 2 a 1. Es la segunda causa individual de muerte en los hombres mayores de 45 años, después del infarto del miocardio.

Dado que su etiología y sus factores de riesgo no están bien definidos, no se dispone de medidas concretas para tratar de disminuir su incidencia. La detección precoz en grupos de mayor riesgo conocido es una de las formas para tratar de disminuir su alta mortalidad.

Es probable que hábitos de alimentación saludables puedan evitar lesiones precursoras de este tipo de tumor, al igual que otros del sistema digestivo, por lo que es importante realizar programas orientados en este sentido.

CUADRO 22

Costa Rica: Mortalidad por los cinco tumores malignos más frecuentes en la población masculina, según localización anatómica, por año de ocurrencia, 1994-1998 (tasas por 100.000 varones)

Localización	1994		1995		1996		1997		1998	
	N°	Tasa								
Total	1.406	84,19	1.475	86,49	1.512	86,88	1.487	80,13	1.556	81,92
Estómago	389	23,29	412	24,16	386	22,18	393	21,18	381	20,06
Próstata	168	10,06	229	13,43	223	12,81	199	10,72	240	12,63
Tráquea, bronquios y pulmón	148	8,86	136	7,79	174	10,00	151	8,14	141	7,42
Leucemias	85	5,09	70	4,1	68	3,91	78	4,20	79	4,16
Hígado y conductos biliares intrahepáticos	65	3,89	79	4,63	99	5,69	82	4,42	88	4,63
Colon	53	3,17	68	3,99	76	3,37	67	3,61	73	3,84
Otras localizaciones	498	29,82	481	28,20	486	27,93	517	27,86	554	29,17

Fuente: Dirección General de Estadísticas y Censos, Registro Nacional de Tumores, Ministerio de Salud

Cáncer de próstata

La segunda causa es la muerte por cáncer de próstata. El 90% de los casos se presenta en mayores de 65 años; su detección temprana por examen físico o exámenes de laboratorio podría disminuir la morbilidad asociada a este padecimiento y la mortalidad. La definición del grupo de mayor riesgo posiblemente se oriente a hombres mayores de 50 años.

Cáncer de pulmón

El cáncer de pulmón ocupa el tercer lugar con una tasa cercana a 9 por 100.000, que se ha mantenido bastante estable en los últimos años; al igual que el de estómago, tiene una relación de 2 a 1 con respecto al sexo femenino. Un 70% de los casos se presenta en mayores de 65 años. El factor de riesgo más importante es el consumo de cigarrillos, y su control debe enfocarse hacia la educación en salud para la prevención del fumado, no solo para evitar este tipo de tumor, sino otros tumores y padecimientos.

Los tumores de páncreas, colon, hígado y vías biliares mantienen tasas de alrededor de 4 por 100 mil habitantes, se mantienen muy estables a lo largo de los años y afectan principalmente a las personas mayores de 60-65 años.

Tumores malignos más frecuentes en las mujeres

La mayor mortalidad por tumores malignos en las mujeres está dada por el cáncer de estómago, que supera al de mama y cuello de útero (cuadro 23). Su incidencia es la mitad que en los hombres, situación vista prácticamente en todos los países, por lo cual debe existir algún factor protector o un factor de riesgo que no comparten los dos sexos. Los comentarios realizados para los varones son válidos para las mujeres.

La segunda causa de muerte la constituyen los tumores de glándula mamaria, a mitad de la década de los ochentas desplazó de este lugar al cáncer de cuello de útero, e inició lo que se llama la "tijera" cuando se habla de ambos tipos de cáncer. La detección temprana por autoexamen, examen físico y de gabinete puede aumentar la sobrevivencia y posiblemente disminuir la mortalidad por este tipo de tumor. El país ha iniciado programas en este sentido.

El cáncer de cuello de útero ocupa una tercera posición. Si bien la tasa de mortalidad ha disminuido, la presentación de este tumor en edades jóvenes lo colocan como uno de los responsables de mayor cantidad de años potencialmente perdidos; además, el impacto en el hogar con hijos relativamente pequeños o adolescentes es importante. A pesar de que la detección temprana mediante la citología vaginal se inició en nuestro país desde 1969, el impacto sobre la mortalidad no ha sido el esperado, por lo que se ha readecuado el programa para lograr el fin deseado.

El cáncer de pulmón ocupa un cuarto lugar; la incidencia y mortalidad son la mitad que en los hombres. Al inicio de la década de los 70 se presentó un aumento importante supuestamente por un incremento en el consumo de cigarrillos por parte de las mujeres, pero posteriormente se ha estabilizado, al igual que en los hombres hay una relación directa con el tabaquismo.

CUADRO 23

Costa Rica: Mortalidad por los cinco tumores malignos más frecuentes en la población femenina, según localización anatómica, por año de ocurrencia, 1994-1998 (tasas por 100.000 mujeres)

Localización	1994		1995		1996		1997		1998	
	Nº	Tasa								
Total	1.155	73,88	1.227	77,43	1.265	78,04	1.234	71,49	1.502	73,88
Estómago	207	12,67	234	14,02	234	13,74	188	10,30	227	12,14
Mama	163	9,98	169	10,13	174	10,22	159	8,71	176	9,41
Cuello del útero	148	9,06	150	8,99	145	8,51	147	8,05	144	7,70
Colon	72	4,41	73	4,37	87	5,11	92	5,04	93	4,97
Páncreas	68	4,16	53	3,18	53	3,11	64	3,51	61	3,26
Leucemias	58	3,55	69	4,14	64	3,76	65	3,56	75	4,01
Bronquios y pulmón	56	3,43	68	4,08	74	4,5	80	4,38	60	3,21
Otras localizaciones	383	23,44	411	24,63	434	25,49	439	24,05	666	35,6

Fuente: Dirección General de Estadísticas y Censos
Registro Nacional de Tumores, Ministerio de Salud

Mortalidad por enfermedades del sistema respiratorio

Este grupo de enfermedades ocupa un cuarto lugar en la mortalidad con cifras parecidas a las causas externas. Sus dos componentes principales están dados por las enfermedades crónicas de las vías respiratorias y la neumonía (cuadro 24); las primeras se presentan en un 90% en los mayores de 65 años y la neumonía, en un 80% en ese mismo grupo. Entre las enfermedades crónicas la EPOC es la principal. La neumonía muchas veces es la causa final de muerte, pero las enfermedades respiratorias tienen una gran importancia y se analizarán con más detalle como causa de morbilidad. Mueren más hombres que mujeres pero la diferencia es pequeña.

Mortalidad por accidentes.

La mortalidad por accidentes está dada a su vez por accidentes de tráfico con un 47,3%, caídas accidentales en un 12,5%, ahogamiento en un 11,2%, las restantes causas con un 29%. Como datos importantes, en las Estadísticas Vitales de 1998²⁶ se publican las 10 causas individuales (CID-10) más frecuentes por grupo de edad, y encontramos: en niños de 1 a 4 años, ahogamiento en 5° lugar, y en 7°

CUADRO 24

Costa Rica: Principales causas de mortalidad por enfermedades del aparato respiratorio según año de ocurrencia, 1994-1996, (tasas por 100.000 habitantes)

Causas	1994	1995	1996		1996	1996		1996	1996	
			N°	Tasa		N°	Tasa		N°	Tasa
TOTAL			1.328	40,4	1.328	39,5	1.487	43,2		
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica			592	18,0	721	21,4	687	20,0		
Neumonía e influenza			460	14,0	558	16,6	521	15,1		
Neumococo y otras enfermedades pulmonares debidas a agentes externos			40	1,2	27	0,8	27	0,8		
Infecciones respiratorias agudas			18	0,5	17	0,5	22	0,6		
Otras enfermedades del Ap. respiratorio			214	6,5	216	6,4	230	6,7		

Fuente: Centro de Información. Ministerio de Salud.

Mortalidad por causas externas

Abarcan un gran número de motivos y constituyen la tercera causa de muerte en el país. Lo conforman, a su vez, cuatro grandes grupos: accidentes en general, homicidios, suicidios y otras causas. En el trienio 94-96, un 64,3% correspondió a accidentes, un 12% a suicidios, un 11,5% a homicidios y un 23,2% a las demás causas. Las tasas y la proporción de muertes en este grupo se han mantenido estables en los últimos años (cuadro 25); la distribución por sexo se inclina hacia el varón con una relación de 4 a 1.

lugar, peatón. En el grupo de 5 a 14 en 3er. lugar, peatón, y en 4° ahogamiento; en 6° y 8° lugares accidentes de tránsito de otros tipos. En el grupo de 15 a 44, ahogamiento en primer lugar, y en tercer lugar, peatón; en los mayores de 45 años no aparece ningún accidente entre las 10 principales causas individuales.

CUADRO 25

Costa Rica: Mortalidad por causas externas según causa específica, 1990-1997 - (tasas por 100.000 habitantes)

Grupo de Causas	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Accidentes de tráfico de vehículos de motor	14	13	15	14	17	15	12	14
Accidentes causados por sumersión, sofocación y cuerpo extraño	6	5	6	5	5	6	6	4
Caídas accidentales	5	4	7	6	7	6	5	2
Suicidio y lesiones autoinfligidas	5	4	5	5	5	6	6	5
Homicidio y lesiones infligidas intencionalmente por otras personas	5	4	5	5	6	5	6	7
Otros accidentes	2	2	2	2	2	2	2	2

Fuente: Centro de Información, Ministerio de Salud.

El ahogamiento en niños se da muchas veces en recipientes con agua y no necesariamente en piscinas, ríos o mar. La educación en cuanto a lugares seguros para bañarse como recreación, el saber nadar y el conocer procedimientos de resucitación cardiopulmonar en la población son medidas por implementar.

Las caídas se presentan especialmente en hombres y en todos los grupos de edad, no en ancianos como se podría pensar, sino en hombres de 30 a 40 años, posiblemente como accidente de trabajo.

Debido a que los datos por accidente que en general conocemos como de tránsito se agrupan de formas muy diferentes, presentamos el cuadro 26, en el cual se puede apreciar que el 37,3 % de las muertes son peatones y un 28,2 %, ocupantes de algún vehículo, lo cual podría indicar que, si bien se dice que los conductores de los vehículos al final son los responsables en gran medida de los accidentes, se debe hacer mucha campaña educativa en los peatones como defensa contra ese tipo de accidente. Sorprende también el alto por-

centaje de ciclistas (7,3%), considerando que estos son relativamente pocos aun comparados con los motociclistas, que presentaron un 11,8% del total. En la sección de morbilidad se hablará de las lesiones e incapacidades de este tipo de accidentes.

Mortalidad por suicidios y homicidios

Al estudiar una larga serie de mortalidad por estas causas se encuentra que hasta 1982 los suicidios presentaban números mayores que los homicidios, la diferencia entre las tasas promedio quinquenales por 100.000 habitantes eran de 4,3 para suicidio y 4,2 para homicidio, para el quinquenio 78-82; para el quinquenio 90-94 esas tasas están en 4,9 para ambas causas, lo que nos indica un ligero aumento en ambas. Este tipo de muertes tienen importancia en el caso de suicidios ya que de base deben existir problemas de salud mental que no fueron tratados o diagnosticados oportunamente. En el caso de los homicidios hay posiblemente problemas de tipo sociocultural y en la actualidad en ese grupo están situadas todas las muertes debidas a violencia intrafamiliar que también representan problemas psicosociales importantes. Solo como ejemplo, en 1998 se reportaron 214 muertes por lo que se denomina agresión, de las cuales 26 fueron en mujeres y 188 en hombres.

CUADRO 26
Costa Rica: Mortalidad por accidentes de transporte, según tipo y sexo, 1998

Tipo de accidente	Total	Hombres	Mujeres
TOTAL	628	502	126
Peatón lesionado en accidente de transporte	234	180	54
Ciclista lesionado en accidente de transporte	46	45	1
Motociclista lesionado en accidente de transporte	74	68	6
Ocupante de vehículo de transporte terrestre	177	125	52
Otros accidentes de transporte terrestre	82	71	11
Accidentes de transporte acuático	9	7	2
Accidentes de transporte aéreo y espacial	6	6	-

Fuente: Estadísticas Vitales 1998. INEC.

Mortalidad por enfermedades infecciosas

Las enfermedades infecciosas tienen poco peso como causa de muerte. La gastroenteritis, principal causa de muerte en todos los grupos de edad hasta 1970, causó en 1999 menos de 100 defunciones, 29 de ellas en menores de 1 año y 51 en mayores de 65 años. Ocupa el tercer lugar como causa de muerte entre las infecciosas. Para ese mismo año la tuberculosis ocupó un segundo lugar con 85 muertes, solo una en un niño menor de 1 año y el resto en mayores de 25 años, con 42 en mayores de 65 años. De las muertes por tuberculosis, 63, un 73% se presentaron en hombres.

El primer lugar entre las enfermedades infecciosas lo ocupa el SIDA. Se muestran los datos de 1999 porque para este año la clasificación de muerte por esta enfermedad está mejor establecida. Para 1999 se reportaron 124 muertes, 110 de ellas en hombres todos mayores de 24 años y el mayor número (68) en el grupo de 25 a 39 años. En este grupo de edad los años de vida potencialmente perdidos posiblemente ocupen el primer lugar.

Se estima que alrededor del 50% de los casos diagnosticados en el país ha fallecido; sin embargo, no se ha realizado ninguna investigación de supervivencia en pacientes VIH positivos ni en pacientes con SIDA, aunque existe la impresión de que ha mejorado con la utilización de las nuevas drogas; en especial no han fallecido niños.²⁷

Las enfermedades infecciosas siguen presentándose y ocupan un lugar importante en la morbilidad del país como se verá en el apartado correspondiente.

Años de vida potencialmente perdidos (AVPP)

El análisis de las principales causas de muerte en la población de Costa Rica evidencia que las muertes por causas externas^e y los tumores son las causas que más contribuyen a los años potenciales de vida perdidos. En el cuadro 27 se presentan los cálculos utilizando la fórmula:

$APVP = \sum dx (L-x)$ Donde, \sum sumatoria
 dx : número de muertes a la edad x
 Xx : diferencia entre la esperanza de vida y la edad al morir
 L : vida máxima 70 años

CUADRO 27
Costa Rica: Años de vida potencialmente perdidos según las cinco principales causas de mortalidad, 1996

Causas de muerte	AVPP	% AVPP	Tasa AVPP/ 1000 hab
Enf. Ap. circulatorio	22.219	18,34	6,64
Tumores	27.851	22,98	8,33
Causas externas	46.817,5	38,64	14,0
Enf. Ap. respiratorio	15.233,5	12,56	4,55
Enf. Ap. digestivo	9.052,5	7,47	2,70
TOTAL	121.163,5	100	

Fuente: Elaboración PASP

²⁷ Comunicación personal Dra. Guisella Herrera, Directora Programa SIDA Ministerio de Salud.

^e Incluye accidentes de: tráfico, sumersión, sofocación, caídas, suicidio, homicidio y otros accidentes.

1.4. Análisis de la morbilidad atendida en los servicios de salud de la CCSS

Consulta externa

Los datos de la consulta externa son un buen indicador de la morbilidad de la población, si bien es conocido que no todos los enfermos asisten a los servicios de salud y, por el contrario, algunos abusan de la consulta. En el cuadro 28 se presenta una serie con los datos a partir de 1980, entre ese año y 1998 el número de consultas casi se ha duplicado; no obstante, al calcular el indicador de consultas por habitante, se han mantenido alrededor de 3 consultas por habitante. En los últimos años las consultas han aumentado quizás por el paso de servicios del Ministerio a la Caja y por aumento de la población; esto se aprecia en especial en las consultas odontológicas y en las de urgencia, que se analizarán por separado.

CUADRO 28
Costa Rica: Atenciones ambulatorias en instituciones de la CCSS, 1980-1990

Año	TOTAL	p/ Hab	Consultas Médicas	Atención Urgencias	Personal no médico	Odontológico	Médico de empresa	Medicina Mixta
1980	6.858.887	3,00	5.429.380	860.564	*	568.943	-	
1981	7.096.738	3,02	5.274.419	979.559	262.347	580.413	-	
1982	6.994.299	2,89	5.330.495	876.920	263.912	522.972		
1983	7.385.369	2,96	5.651.075	935.297	255.052	543.945	&	&
1984	7.269.439	2,83	5.632.597	817.044	250.706	569.092	323.347	80.817
1985	7.637.080	2,89	5.744.613	1.056.846	246.214	589.407	385.072	97.982
1986	7.740.109	2,85	5.821.667	1.098.140	227.707	592.595	411.557	122.395
1987	7.955.713	2,84	5.915.454	1.225.717	221.877	592.665	455.905	142.870
1988	8.011.695	2,79	5.799.120	1.394.962	227.923	589.690	487.886	165.871
1989	8.308.374	2,81	5.754.438	1.665.126	238.662	650.148	475.770	179.268
1990	8.269.881	2,73	5.859.668	1.558.181	203.516	648.516	486.820	174.623
1991	8.541.445	2,75	5.991.570	1.685.656	216.257	647.962	567.006	212.630
1992	8.663.402	2,72	6.067.352	1.676.286	228.674	691.090	578.768	236.150
1993	8.832.006	2,71	6.046.951	1.851.933	299.948	633.174	570.639	254.475
1994	9.278.453	2,78	6.286.990	2.093.510	247.144	650.809	600.921	255.371
1995	9.781.223	2,87	6.618.798	2.191.058	264.399	706.968	621.533	233.236
1996	10.346.074	2,97	7.028.424	2.229.111	281.336	737.203	687.005	265.353
1997	11.116.118	3,12	7.492.422	2.524.484	302.537	796.675	724.728	270.812
1998	12.002.538	3,29	7.819.539	2.792.849	320.647	1.069.503	690.427	247.128

(*): incluida en la consulta médica
 (&): datos estimados no incluidos en total de atenciones CCSS.
 Fuente: CCSS, Sección de Información Biomédica

En el cuadro 29 se presentan los datos por sexo y grupo de edad, en 1987 y 1997, años en que se observa que las tendencias se mantienen, con una ligera disminución de los porcentajes en los niños menores de 10 años. Las mujeres consultan más que los hombres y hay una tendencia a aumentar pues por cada 10 consultas de varones en 1987 hubo 17,3 de mujeres, y en 1997 aumentó a 18,8.

Grupos de edad	1987			1997		
	Total	Femenino	Masculino	Total	Femenino	Masculino
TOTAL	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
menos de 1	5,23	3,70	7,88	4,70	3,52	6,92
1 a 4	11,58	8,72	16,53	9,75	7,33	14,30
5 a 9	7,61	6,05	10,30	6,92	5,18	10,18
10 a 14	4,65	4,00	5,76	4,54	3,67	6,18
15 a 19	5,72	6,22	4,84	5,89	6,63	4,49
20 a 44	35,87	40,93	27,11	37,35	42,71	27,28
45 a 59	14,82	16,48	11,94	15,21	16,54	12,70
60 y más	14,53	13,90	15,63	15,51	14,28	17,83
desconocido	-	-	-	0,13	0,13	0,12

Fuente: CCSS, Sección Información Biomédica
Encuestas nacionales de la consulta externa

Debido al alto número de consultas, el análisis de las causas se realiza por muestreo en encuestas que se han llevado a cabo en los años 87, 92 y 97. Los datos, por la misma razón, se dan por porcentajes y no se hacen estimaciones de tasas.

La primera causa de consulta la constituyen las enfermedades del aparato respiratorio con casi una cuarta parte de las consultas; predominan la amigdalitis aguda, el enfisema y el asma. Es importante resaltar que la segunda causa anotada como sin hallazgo patológico corresponde a control de la salud, tanto niño sano como control prenatal, planificación familiar y controles generales de salud.

El tercer lugar es ocupado por problemas del sistema genitourinario, con un predominio en el sexo femenino en el que destacan la cistitis, inflamaciones de útero, vagina y vulva, trastornos menstruales y, para ambos sexos lo que se anota como enfermedades de los genitales.

El cuarto lugar lo ocupan las enfermedades del sistema osteomuscular, en especial artropatías y dorsopatías, y el quinto lugar, las enfermedades del sistema circulatorio en que la primera causa de consulta la constituye la hipertensión arterial en ambos sexos, con un ligero predominio en mujeres.

Llama la atención el aumento de causas mal definidas sin que se tenga una identificación clara del motivo de tal aumento. En este grupo el dolor abdominal, la fiebre y la cefalea son los principales síntomas anotados.

En hombres, para este mismo período, la principal causa de consulta externa fueron las enfermedades del aparato respiratorio, que constituye el 22,25% (653.494) de la totalidad de las consultas en hombres. Siguen las afecciones osteomusculares (9,40%), las enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos (9,34%), las enfermedades de la piel y tejido celular subcutáneo (8,21%) y, en quinto lugar, los controles de salud sin hallazgo patológico (7,73%).

CUADRO 30
Costa Rica: Porcentaje de consulta externa por causa (*) en los servicios de consulta externa de la CCSS, 1987, 1992, 1997

Causa (Capítulos de la CIE)	Año		
	1987	1992	1997
TOTAL	5.915.456	6.129.523	8.456.575
Porcentaje	100,0	100,0	100,0
Sin hallazgo patológico	12,06	8,87	12,26
Infecciosas y parasitarias	4,85	2,89	2,91
Tumores	0,80	1,08	1,36
Enfermedades de la sangre y hematopoyético	1,96	1,75	1,68
Enfermedades endocrinas y metabólicas	3,75	4,64	6,17
Trastornos mentales	4,27	3,98	3,70
Enfermedades del sistema nervioso y sentidos	7,85	7,54	7,16
Enfermedades del sistema circulatorio	8,10	7,48	7,34
Enfermedades del sistema respiratorio	17,76	22,66	17,27
Enfermedades del sistema digestivo	6,68	6,41	5,85
Enfermedades de la piel y tejido subcutáneo	9,34	7,15	6,73
Enfermedades del sistema osteomuscular	8,35	8,24	8,28
Enfermedades del sistema Genitourinario	7,06	8,68	8,84
Embarazo, parto y puerperio	0,35	1,28	0,93
Afecciones de origen perinatal	0,07	0,38	0,34
Malformaciones congénitas	0,42	0,53	0,43
Causas externas	1,82	1,75	1,62
Signos y síntomas mal definidos	4,49	4,50	7,14

(*) Según Capítulos de la CIE, 1987 y 1992 CIE IX 1997 CIE X
Fuente: CCSS, Información Biomédica

En el año 1997 la principal causa de consulta externa en mujeres fue el control de salud sin hallazgo patológico; constituyó el 14,67% del total de consultas en mujeres (809.413 consultas). El segundo lugar fue ocupado por las enfermedades del sistema respiratorio (14,62%), seguidas de las patologías del sistema genitourinario (11,51%), las enfermedades del sistema circulatorio (7,68%) y, en quinto lugar, las afecciones osteomusculares (7,68%).

Respecto a causas por grupo de edad y sexo, es importante que la primera causa de consulta en ambos sexos, en los menores de 20 años, es el control de la salud. Las infecciones de vías respiratorias superiores (IVRS) ocupan un segundo lugar, pero en realidad constituyen la primera causa de morbilidad. La amigdalitis y el asma son los otros padecimientos importantes. En este grupo menor de 20 años aparecen las causas externas como importantes en hombres de 15 a 19 años y los problemas de la menstruación en las mujeres.

Para el grupo de 20 a 44 años los hombres consultan en primer lugar por dorsopatías y las mujeres por control. Dada la importancia en cuanto a número de consultas en mujeres en edad reproductiva, se presentan los datos correspondientes.

CUADRO 31

Costa Rica: Atenciones de consulta externa de mujeres de 15-44 años, porcentajes* por motivo de consulta, CCSS, 1992 y 1997

Motivo de consulta	1992	1997
TOTAL	1.979.404	2.722.728
PORCENTAJES	100	100
Control prenatal	11,04	13,62
Control posparto	0,57	1,04
Examen ginecológico	4,59	5,71
Salud reproductiva	6,70	8,76
Control enfermedad anterior	26,31	19,11
Búsqueda de consejo médico	49,12	44,41
Otros	1,68	7,34

* Porcentaje del total de consultas
Fuente: Información Biomédica. CCSS.

Para la población mayor de 45 años, en ambos sexos, la hipertensión arterial ocupa el primer lugar, la diabetes el segundo y luego las artropatías y dorsopatías.

CUADRO 32

Costa Rica: Principales causas de consulta externa, varones por grupo de edad, CCSS 1997

Grupo de edad (años)	Principales causas de consulta externa en varones (porcentaje)				
	Primera	Segunda	Tercera	Cuarta	Quinta
Menos de 1	Sin patología 21,95%	I.V.R.S. 15,27%	Signos y síntomas 7,27%	Bronquitis 6,56%	Amigdalitis 3,99%
1-4	I.V.R.S. 12,74%	Sin patología 11,38%	Amigdalitis 7,34%	Signos y síntomas 6,48%	Anemia 5,95%
5-9	Sin patología 10,04%	I.V.R.S. 9,88%	Asma 6,71%	Signos y síntomas 6,29%	Amigdalitis 5,88%
10-14	Sin patología 10,13%	Signos y síntomas 6,93%	Asma 6,14%	I.V.R.S. 5,87	Amigdalitis 5,32%
15-19	Sin patología 7,10%	I.V.R.S. 6,20%	Causas externas 6,15%	Signos y síntomas 5,02%	Amigdalitis 4,73%
20-44	Dorsopatía 6,6%	I.V.R.S. 6,38%	Sin patología 5,67%	Causas externas 4,64%	Amigdalitis 3,99%
45-59	Hipertensión arterial 9,94%	Diabetes mellitus 8,19%	Dorsopatía 6,46%	Artropatía 4,58%	Sin patología 3,81%
60 y más	Hipertensión arterial 14,39%	Diabetes mellitus 9,69%	Artropatía 4,99%	Dorsopatía 3,75%	Sin patología 3,22%

Fuente: CCSS, Información Biomédica

CUADRO 33
Costa Rica: Principales causas de consulta externa, mujeres por grupo de edad, CCSS 1997

Grupo de edad (años)	Principales causa de consulta externa en mujeres (porcentaje)				
	Primera	Segunda	Tercera	Cuarta	Quinta
Menos de 1	Sin patología 25,25%	I.V.R.S. 14,76%	Signos y síntomas 7,48%	Bronquitis 5,04%	Amigdalitis 4,04%
1-4	Sin patología 12,83%	I.V.R.S. 12,60%	Amigdalitis 7,46%	Anemia 6,11%	Bronquitis 4,94%
5-9	Sin patología 9,99%	I.V.R.S. 9,81%	Amigdalitis 6,80%	Signos y síntomas 6,11%	Asma 5,47%
10-14	Sin patología 10,82%	Signos y síntomas 7,95%	I.V.R.S. 7,18%	Amigdalitis 5,39%	Asma 4,19%
15-19	Sin patología 25,69%	Signos y síntomas 8,38%	Trastornos menstruales 4,94%	I.V.R.S. 3,90%	Complicaciones Obstétricas 3,32%
20-44	Sin patología 20,33%	Signos y síntomas 8,01%	Infecciones de útero, vagina y vulva 4,06%	I.V.R.S. 3,42%	Trastornos menstruales 3,31 %
45-59	Hipertensión arterial 12,93%	Diabetes mellitus 7,97%	Sin patología 6,21%	Artropatía 4,91%	Dorsopatía 3,84%
60 y más	Hipertensión arterial 18,26%	Diabetes mellitus 13,16%	Artropatía 5,29%	Sin patología 3,53%	Dorsopatía 2,78%

Fuente: CCSS, Información Biomédica

Como comentario final sobre la consulta externa, es importante mencionar que, si se toman en cuenta todas las enfermedades de la piel, que incluyen infecciones, inflamaciones y otros problemas de la piel y el tejido conjuntivo, ocupan un lugar importante con un 6,73% del total de las consultas.

Como causa individual la hipertensión arterial es la más importante con un 5,45%, el mismo porcentaje de todas las denominadas afecciones agudas de vías respiratorias superiores. La diabetes mellitus es la segunda causa individual más frecuente con un 3,62%. Las enfermedades del sistema osteomuscular presentan datos muy importantes en consulta externa, un 2,93% de dorsopatías, 2,69% artropatías y un 2,07% de enfermedades de los huesos y tejido conjuntivo.

Cuando se realizó la primera encuesta, se trató de incluir las causas más frecuentes en forma individual; otras se agruparon

tomando en cuenta ciertas características: ese es el motivo de ciertas diferencias con otras clasificaciones. Entre los padecimientos importantes que no se han citado por no ocupar los primeros lugares, pero que son importantes, se deben mencionar la gastritis y la duodenitis con un 2,18% y los trastornos neuróticos y de la personalidad con un 1,90%.

Consulta de urgencias

La atención de urgencias representa un porcentaje importante de la atención ambulatoria de la CCSS; por su gran cantidad no se llevan estadísticas continuas por causa y, al igual que en consulta externa, se realizan encuestas. La primera y única hasta el momento se realizó en 1996 y a ella se refieren los datos que se presentan en este apartado de urgencias.

Se define como urgencia toda atención inmediata brindada a un paciente no hospitalizado, sin cita previa, en cualquier instante de las veinticuatro horas del día, por justificarlo así su estado de salud ya que, de otra manera, se pondría en serio peligro su vida o integridad física.²⁸ Después de que el paciente es atendido, el médico determina si sus características eran o no de una urgencia; si no lo era, se anota: no urgencia.

De las atenciones que se brindan en los servicios de urgencias, el 40,52% corresponden a no urgencias; los hospitales nacionales son los que tienen el menor porcentaje con un 25,52%, y de ellos el Hospital Nacional de Niños, con un 2,88%. Las urgencias por área clínica se presentan a continuación.

CUADRO 34

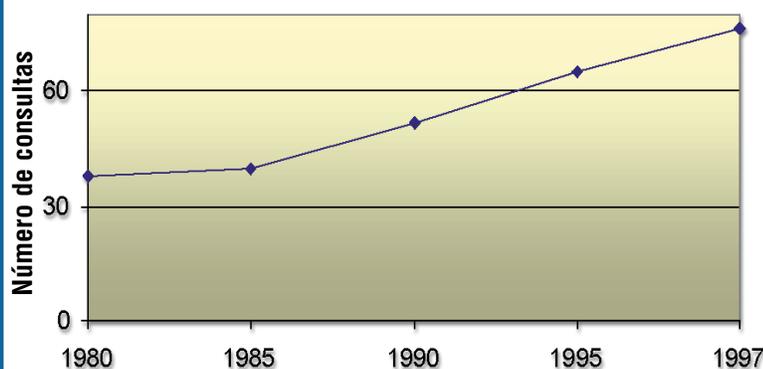
Costa Rica: Total de atenciones y porcentaje por área clínica de acuerdo con encuesta de urgencias realizada en 1996, CCSS

Área de atención	N.º de consultas	Porcentaje
Total de atenciones	2.792.849	100%
Medicina	747.825	26,78
Cirugía	321.635	11,51
Ginecoobstetricia	155.850	5,58
Pediatría	435.910	15,60
Subtotal de urgencias	1.661.220	59,48
No urgencias	1.136.629	40,52

Fuente: Encuesta de urgencias. Sección Biomédica CCSS.

GRÁFICO 11

Costa Rica: Número de consultas en los servicios de urgencias, según año de ocurrencia, CCSS 1980-1997, (tasa por 100 habitantes)



Fuente: Información Biomédica. CCSS

La atención de urgencias ha ido creciendo más que la población estimada. En 1980 se registraron en los servicios de salud de la CCSS 37,7 atenciones de urgencia por cada 100 habitantes; esta cifra subió a 40,0 en 1985; en 1990 fue de 51,7; en 1995 alcanzó 64,9 y, en 1997, 76,6 por cada 100 habitantes.

Durante 1996 la causa más frecuente de consulta de urgencias fueron las enfermedades del aparato respiratorio, que constituyeron un 32,29% del total de consultas de urgencia. Siguieron las causas externas (traumatismos y envenenamientos) con un 14,73%, las enfermedades infecciosas y parasitarias (5,75%), enfermedades del sistema nervioso central y órganos de los sentidos (5,41%) y, en quinta posición, afecciones osteomusculares (5,05%). En su conjunto los cinco grupos de causas mencionados conformaron el 63,23% del total de consultas de urgencias durante 1996.

En los menores de 15 años las causas de consulta a urgencias es similar en ambos sexos en cuanto a lugar de importancia, a pesar de que hay diferencias en cuanto a proporción; llama la atención la diferencia en los menores de un año ya que no deberían existir mayores distinciones por sexo. En este grupo predominan las enfermedades del sistema respiratorio y hay causas individuales importantes como el asma y la otitis.

En los varones mayores de 1 año y menores de 10 años las afecciones de las vías respiratorias superiores ocupan el primer lugar y en segundo lugar están las causas externas, el asma, la otitis y, seguidamente, las infecciones intestinales.

En los hombres mayores de 10 años las causas externas son el principal motivo de atención en urgencias y las IVRS como segunda causa en todos los grupos, excepto en los mayores de 60 años, en que el segundo lugar lo ocupa el enfisema. Las dorsopatías, hipertensión arterial y diabetes mellitus ocupan también lugares importantes en la atención de urgencias, aunque muchos de estos casos posiblemente correspondan a "no urgencias".

CUADRO 35

Costa Rica: Porcentajes de consulta de urgencias por causa (*) en la CCSS, 1996

CAUSA	Porcentaje
TOTAL	1.301.489
Porcentaje	100,00
Sin hallazgo patológico	6,09
Infecciosas y parasitarias	5,75
Tumores	0,32
Enfermedad sangre y hematopoyético	0,12
Enfermedad endocrinas y metabólicas	1,15
Trastornos mentales	1,88
Enfermedad Sist. nervioso y sentidos	5,41
Enfermedad Sist. circulatorio	2,61
Enfermedad Sist. respiratorio	32,29
Enfermedad del sistema digestivo	3,78
Enfermedad de piel y subcutáneas	3,05
Enfermedad sistema osteomuscular	5,05
Enfermedad sistema genitourinario	4,07
Embarazo, parto y puerperio	3,33
Afección origen perinatal	0,14
Malformación congénita	0,05
Causas externas	14,73
Signos y síntomas mal definidos	10,18

(*) Según capítulos de la CIE-10
Fuente: Información Biomédica, CCSS.

En las mujeres las infecciones de vías respiratorias ocupan el primer lugar en el grupo de 0 a 10 años y en mayores de 60 años; en el grupo de 20 a 59 años lo ocupan las infecciones de vías respiratorias superiores; en este grupo de edad de 15 a 44 años los problemas de embarazo y puerperio se colocan en tercer lugar. El asma, dolor intestinal e infecciones intestinales siguen en importancia.

Para las mujeres mayores de 60 años la hipertensión arterial, el enfisema, la diabetes y las dorsalgias son problemas importantes.

CUADRO 36
Costa Rica: Principales cinco causas de consulta de urgencia, varones por grupo de edad, CCSS 1997

Grupo de edad (años)	Principales causas de consulta de urgencias en varones (porcentaje)				
	Primera	Segunda	Tercera	Cuarta	Quinta
Menos de 1	I.V.R.S. 33,54%	I.V.R. inferiores 7,57%	Asma 5,63%	Bronquitis 5,0%	Otitis 4,51%
1-4	I.V.R.S. 33,99%	Causas externas 12,05%	Asma 9,82%	Otitis 5,99%	Inf. intestinal 3,01%
5-9	I.V.R.S. 24,03%	Causas externas 21,68%	Asma 13,05%	Otitis 4,65%	Inf. intestinal 3,01%
10-14	Causas externas 30,93%	I.V.R.S. 18,64%	Asma 8,12%	Dolor abdominal 3,04%	Otitis 3,36%
15-19	Causas externas 34,50%	I.V.R.S. 16,34%	Signos y síntomas 10,90%	Asma 3,06%	Inf. intestinal 2,11%
20-44	Causas externas 29,62%	I.V.R.S. 12,10%	Dorsopatía 5,02%	Inf. intestinal 2,95%	Dolor abdominal 2,94%
45-59	Causas externas 22,86%	I.V.R.S. 7,69%	Dorsopatía 5,69%	Enfisema 3,11%	Hipertensión arterial 2,99%
60 y más	Causas externas 11,89%	Enfisema 7,82%	Hipertensión arterial 4,68%	I.V.R.S. 3,78%	Diabetes mellitus 3,25%

Fuente: Información Biomédica CCSS

CUADRO 37
Costa Rica: Principales 5 causas de consulta de urgencia, mujeres por grupo de edad, CCSS 1997

Grupo de edad (años)	Principales causas de consulta de urgencias en mujeres (porcentaje)				
	Primera	Segunda	Tercera	Cuarta	Quinta
Menos de 1	I.V.R.S. 33,68%	Otitis 6,20%	I.V.R. inferiores 5,24%	Asma 4,75%	Bronquitis 3,95%
1-4	I.V.R.S. 37,86%	Causas externas 9,15%	Asma 7,03%	Otitis 5,56%	Inf. intestinal 3,81%
5-9	I.V.R.S. 29,86%	Causas externas 15,25%	Asma 9,16%	Otitis 4,74%	Inf. intestinal 3,81%
10-14	Causas externas 22,21%	I.V.R.S. 17,25	Asma 7,85%	Dolor abdominal 5,77%	Inf. intestinal 3,92%
15-19	Causas externas 19,82%	I.V.R.S. 12,87%	Embarazo y puerperio 12,35%	Asma 3,60%	Inf. intestinal 2,33%
20-44	I.V.R.S. 10,62%	Embarazo y puerperio 10,60%	Causas externas 7,69%	Trastorno urinario 3,93%	Asma 3,51
45-59	I.V.R.S. 9,85	Causas externas 9,26%	Enfisema 6,66%	Hipertensión arterial 6,38%	Dorsopatía 4,40%
60 y más	Causas externas 10,72%	Hipertensión arterial 6,96%	Enfisema 6,28%	Diabetes mellitus 5,84%	I.V.R.S. 5,56

Fuente: Información Biomédica CCSS

Egresos hospitalarios

El cuadro 38 presenta las cifras generales del área de internamiento de pacientes y su evolución de 1980 a 1998. A pesar de que el número de camas se ha reducido en más de mil, se ha aumentado el número de egresos hospitalarios debido a una disminución en la estancia promedio y un mayor giro de camas. El cuadro agrega las intervenciones quirúrgicas, las cuales han ido en aumento y constituyen el 50% de los egresos; incluyen la cirugía ambulatoria.

medades del sistema digestivo, las enfermedades del sistema genitourinario y respiratorio y, en quinto lugar, las causas externas (traumatismos y envenenamientos). El sexto lugar lo ocuparon las enfermedades del sistema circulatorio. En su conjunto, los grupos de causas mencionados constituyeron el 67,46% (213.485) del total de egresos en 1997.

CUADRO 38
Costa Rica: Número de camas, porcentaje de ocupación, egresos, estancia promedio y porcentaje de intervenciones quirúrgicas mayores, CCSS, 1980-1998

Año	Número de camas	Porcentaje de ocupación	Egresos	Giro de camas	Estancia promedio	Porcentaje de intervenciones quirúrgicas
1980	6,926	77,90	245.048	35,38	7,91	42,16
1981	6,924	76,50	250.332	36,15	7,27	43,35
1982	7,085	74,40	253.179	35,73	7,10	42,23
1983	6,952	77,20	263.244	37,87	6,78	41,49
1984	6,841	78,90	278.392	40,69	7,21	41,44
1985	6,832	81,20	301.592	44,14	6,24	40,67
1986	6,790	79,50	298.632	43,98	6,73	41,89
1987	6,774	79,10	302.230	44,62	6,13	41,78
1988	6,741	78,40	300.729	44,61	6,31	43,11
1989	6,602	78,80	303.742	46,01	5,87	39,78
1990	6,536	76,70	290.988	44,52	5,88	42,97
1991	9,379	78,20	289.136	45,33	6,12	46,50
1992	6,245	80,70	288.008	46,12	6,10	47,41
1993	6,131	79,20	297.187	48,47	6,10	47,87
1994	5,860	81,10	295.599	50,44	5,68	48,12
1995	5,947	80,30	302.911	50,94	5,76	47,01
1996	5,953	81,10	297.262	49,93	6,11	49,72
1997	5,924	81,20	303.941	51,31	5,91	52,38
1998	5,924	75,20	316.680	53,46	5,34	49,38

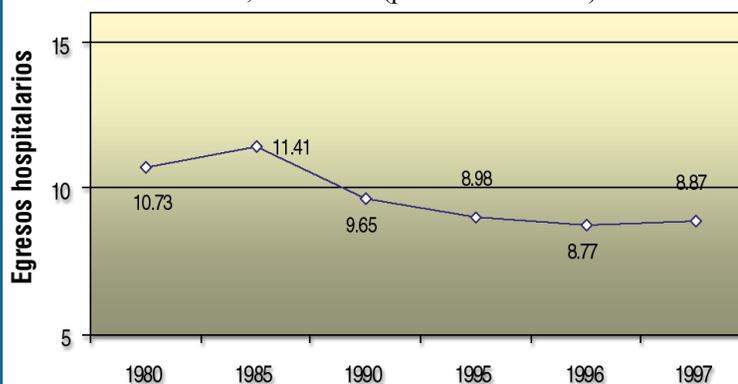
Fuente: Sección Información Biomédicas CCSS.

La razón de hospitalización se refiere al número de egresos por 100 habitantes y disminuyó a partir de 1985; tiende a estabilizarse a partir de 1996.

Para los egresos se dispone de una serie continua; sin embargo, para mantener los datos y para efectos de comparación se detallan los datos de 1987, 92 y 97. En el año 1987 se registraron 302.229 egresos, mientras que en el año 1992 se dieron 298.013 y en 1997 un total de 316.461 egresos hospitalarios (67,85% en mujeres y 32,14% en hombres).

Más del 30% de los egresos hospitalarios en el período mencionado (1987, 92, 97) son embarazo, parto y puerperio, seguidos por las enfer-

GRÁFICO 12
Costa Rica: Razón de hospitalización de los servicios de salud de la CCSS, 1980-1997 (por 100 habitantes)



Fuente: Dirección Técnica de Servicios de Salud, Sección de Estadística e Información Biomédica, CCSS

CUADRO 39
Costa Rica: Porcentaje de hospitalizaciones por causa (*), CCSS, 1987-1992-1997

Causa	Año		
	1987	1992	1997
TOTAL	302.229	298.013	316.461
Porcentaje	100,0	100,0	100,0
Sin hallazgo patológico	3,78	4,49	4,47
Infecciosas y parasitarias	5,01	3,18	3,25
Tumores	3,82	4,56	4,99
E. sangre y hematopoyético	0,67	0,66	0,53
Enfermedades endocrinas y metabólicas	2,25	2,15	2,17
Trastornos mentales	3,05	2,16	2,07
Enfermedad del sistema nervioso y sentidos	3,19	3,58	4,04
Enfermedad del sistema circulatorio	5,13	4,92	5,41
Enfermedad del sistema respiratorio	7,61	6,30	6,88
Enfermedad del sistema digestivo	7,20	8,50	9,01
Enfermedad de la piel y tejido subcutáneo	1,77	1,52	0,78
Enfermedad del sistema osteomuscular	2,81	2,86	3,42
Enfermedad del sistema genitourinario	7,05	6,92	6,91
Embarazo, parto y puerperio	33,27	34,37	32,62
Afección de origen perinatal	2,97	3,75	3,57
Malformaciones congénitas	1,55	1,82	1,93
Causas externas	7,58	7,04	6,63
Signos y síntomas	1,31	1,21	1,33

(*) Según capítulos de la CIE 1987 y 1992 CIE IX 1997 CIE X
Fuente: Información Biomédica, CCSS.

Los casos presentados como sin hallazgo patológico corresponden en general a recién nacidos sanos que permanecen un día o más hospitalizados por razones ajenas a su estado de salud.

En el año 1997 la principal causa de egreso hospitalario en mujeres fue el embarazo, parto y puerperio, la cual constituye el 48,7% (103.243) del total de egresos en mujeres. El segundo lugar lo ocu-

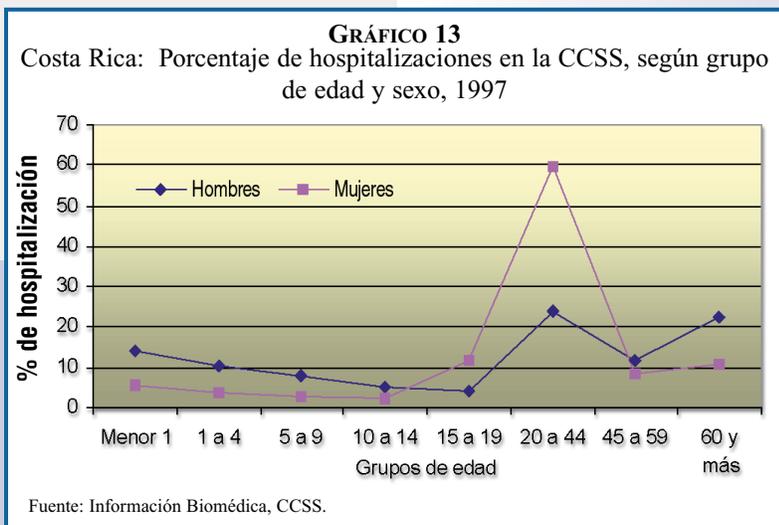
paron las enfermedades del sistema genitourinario (6,1%), seguidas de las enfermedades del sistema digestivo (6,6%) y sin hallazgo patológico, con un 5,8% (incluye procedimientos diagnósticos y recién nacidos que se mantuvieron en observación) y, en quinto lugar, los tumores (4,81%).

En hombres la principal causa de egreso hospitalario son las enfermedades del sistema digestivo, con 14.405 egresos (14,16%) del total de egresos en varones. El segundo lugar lo ocupan las causas externas (13,68%), seguidas por las enfermedades del sistema respiratorio (11,44%), enfermedades del sistema circulatorio (8,67%) y las enfermedades del sistema genitourinario (7,53%).

CUADRO 40
Costa Rica: Porcentaje de hospitalizaciones por sexo y orden de frecuencia (*) CCSS, 1997

Causas 1997 (Capítulos de la CIE-10)	Mujeres		Hombres	
	Mujeres	Orden	Hombres	Orden
TOTAL	214.732		101.729	
Porcentaje	100,0		100,0	
Embarazo, parto y puerperio	8,08	1	-	-
Enfermedad del sistema genitourinario	6,61	2	7,53	5
Enfermedad del sistema digestivo	6,56	3	14,16	1
Sin hallazgo patológico	5,18	4	2,96	-
Tumores	4,81	5	,37	10
Enfermedad del sistema respiratorio	4,72	6	1,44	3
Enfermedad del sistema circulatorio	3,86	7	8,67	4
Trauma y envenenamiento	3,29	8	13,68	2
Enfermedad del sistema nervioso y sentidos	3,11	9	6,01	7
Enfermedad del sistema osteomuscular	2,49	10	5,39	9
Afección de origen perinatal	2,33	-	6,19	6
Infecciosas y parasitarias	2,15	-	5,58	8

(*) Según capítulos de la CIE
Fuente: Información Biomédica, CCSS.



En relación con el porcentaje de hospitalización según grupo de edad, el grupo que más se hospitaliza es el de 20 a 44 años (46,35%), seguido del de 60 y más (14,13%). El grupo que presenta el menor porcentaje de hospitalizaciones es el de 10 a 14 años de edad. Las mujeres presentan mayores porcentajes de hospitalizaciones que los hombres; destacan los grupos de 15 a 44 años, edad reproductiva en la cual se producen los partos, principal causa de internamiento. El alto número de hospitalizaciones en los hombres de 20 a 44 años está dado por causas externas, accidentes en especial. Los cuadros 41 y 42 muestran el comportamiento de las tres principales causas de egreso hospitalario según grupo de edad y sexo, en el año 1997.

En los primeros años de vida, la distribución de las principales causas de egreso es similar en hombres y mujeres. Durante el primer año de vida, tanto en hombres como en mujeres, la principal causa de hospitalización son las afecciones de origen perinatal. Dentro de ellas destacan la ictericia del recién nacido (11,15%), los trastornos de la gestación (9,29%) y las afecciones respiratorias del recién nacido (9,10%).

Entre 1 y 9 años, el primer lugar lo ocupan las enfermedades del sistema respiratorio y destacan el asma, neumonías, infecciones respiratorias agudas (IRA) y la adenoamigdalitis crónica. Entre los 10 y los 44 años de edad, el primer lugar en hombres lo ocupan las causas externas (principalmente heridas, traumas y fracturas) y en las mujeres el embarazo, parto y puerperio; dentro de esta causa sobresalen el parto normal, la amenaza de parto prematuro, parto complicado y otras complicaciones del embarazo.

Además, las enfermedades del sistema digestivo aparecen como segunda causa en hombres y mujeres de 10 a 19 años (sobre todo apendicitis y hernia de la cavidad abdominal) y mantiene esta posición en hombres hasta los 44 años, cuando se empieza a destacar la colelitiasis y colecistitis. En este grupo (hombres de 20 a 44 años) el tercer lugar lo ocupan las enfermedades del sistema osteomuscular, entre las que sobresalen las artropatías y dorsopa-

tías, mientras que en las mujeres el tercer lugar de egreso lo ocupan las enfermedades del sistema genitourinario.

Para el grupo de 45 a 59 años, en hombres las enfermedades del sistema digestivo y circulatorio (sobre todo enfermedad isquémica del corazón e hipertensión arterial) se presentan como primera y segunda causa, respectivamente; las causas externas ocupan el tercer lugar. Para las mujeres, estos lugares los ocupan las enfermedades del sistema genitourinario (sobresalen los trastornos genitales), los tumores (benignos y malignos) y las enfermedades del sistema digestivo. Las enfermedades endocrinas y metabólicas, como la diabetes mellitus empiezan a destacar en las mujeres de este grupo de edad, y se extiende al de 60 y más años.

Finalmente, en el grupo de 60 y más años, las enfermedades del sistema circulatorio, digestivo y genitourinario son los principales motivos de egreso hospitalario. Dentro de las enfermedades del sistema circulatorio sobresalen la enfermedad isquémica (5,71%), la hipertensión arterial (4,04%) y la enfermedad cerebrovascular con un 3,24%.

En este grupo de edad también se destacan las enfermedades del sistema respiratorio, las cuales ocupan la cuarta posición como causa de egreso hospitalario (10,6%), dentro de las cuales destacan la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y las neumonías.

CUADRO 41Costa Rica: Principales causas de egresos hospitalarios en mujeres según grupo de edad, CCSS, 1997, (en porcentaje ¹⁾)

Grupo de edad	Total de egresos	Causas		
		1	2	3
Menores 1 año	11.168	Afecciones origen perinatal 44,44	Enf. sistema respiratorio 14,97	Sin hallazgo patológico 10,51
1 – 4 años	7.488	Enf.sistema respiratorio 25,16	Infecciosas y parasitarias 19,21	Causas externas 12,14
5 – 9 años	5.433	Enf.sistema respiratorio 21,97	Enf. sistema digestivo 18,58	Causas externas 15,09
10 – 14 años	4.573	Embarazo, parto y puerperio 18,30	Enf. sistema digestivo 15,19	Causas externas 11,29
15 – 19 años	24.282	Embarazo, parto y puerperio 80,74	Enf. Sistemadigestivo 3,22	Sin hallazgo patológico 2,85
20 – 44 años	122.218	Embarazo, parto y puerperio 67,57	Sin hallazgo patológico 6,69	Enf. sistema Genitourinario 6,38
45 – 59 años	17.340	Enf. sistema genitourinario 19,69	Tumores 1619	Enf. sistema digestivo 14,21
60 y más	21.971	Enf. sistema digestivo 29,92	Enf. Sistema circulatorio 20,31	Enf. sistema respiratorio 10,75

1 Porcentaje del total de egresos para cada grupo de edad.
Fuente: Información Biomédica. CCSS.

CUADRO 42Costa Rica: Principales causas de egresos hospitalarios en hombres según grupo de edad, CCSS, 1997, (en porcentaje ¹⁾)

Grupo de edad	Total de egresos	Causas		
		1	2	3
Menores 1 año	14.460	Afecciones origen perinatal 42,48	Enfs. sistema respiratorio 19,63	Infecciosas y parasitarias 9,52
1 – 4 años	10.664	Enfs. sistema respiratorio 24,06	Infecciosas y parasitarias 16,44	Causas externas 11,91
5 – 9 años	7.954	Enfs. sistema respiratorio 19,99	Causas externas 19,65	Enfs. sistema digestivo 15,81
10 – 14 años	5.414	Causas externas 17,22	Enfs. sistema digestivo 13,74	Enfs. sistema respiratorio 7,52
15 – 19 años	4.306	Causas externas 27,89	Enfs. sistema digestivo 17,37	Enfs. sistema genitourinario 9,51
20 – 44 años	24.240	Causas externas 22,74	Enfs. sistema digestivo 18,47	Enfs. sistema osteomuscular 8,16
45 – 59 años	11.741	Enfs. sistema digestivo 18,02	Enfs. sistema circulatorio 16,40	Causas externas 11,48
60 y más	22.685	Enfs. sistema circulatorio 21,62	Enfs. sistema digestivo 12,69	Enfs. sistema genitourinario 12,45

1 Porcentaje del total de egresos para cada grupo de edad.
Fuente: Información Biomédica. CCSS

1.5. Morbilidad por enfermedades transmisibles

Las enfermedades transmisibles, si bien han perdido su importancia como causa de muerte, continúan siendo una causa importante de morbilidad; de hecho la primera causa de morbilidad está dada por las infecciones del sistema respiratorio, como ya se analizó. Las enfermeda-

des infecciosas del aparato digestivo continúan siendo importantes, aunque su reporte está bastante subestimado, en especial la diarrea. Por otra parte, las personas que asisten a consulta por estas causas son las menos ya que, en general, las personas se tratan en sus hogares, muchas veces con remedios caseros, o se automedican.

Enfermedades prevenibles por vacunación

Este grupo de enfermedades tan importantes en el pasado ha sido controlado y en algunos casos eliminado como causa de enfermedad. La poliomieli-

tis fue declarada erradicada de la región de las Américas en 1995. En Costa Rica no se presentan casos de difteria desde 1974 y, en cuanto tétanos, no se reportan casos en recién nacidos en los últimos 10 años y únicamente 25 casos en adultos en ese período. La tos ferina ha descendido de tasas de 3,3 por 100.000 en 1988 a 0,8 en 1998. La cobertura al año de edad, por vacuna antipoliomielítica y DPT, que son las vacunas que protegen contra estas cuatro enfermedades, es superior al 90% en el país, lo cual explica los excelentes resultados.

La vacuna triple, sarampión, rubéola, parotiditis, que se aplica a los 15 meses de edad, presenta resultados un tanto dispares; el sarampión tradicionalmente ha presentado picos epidémicos, inicialmente cada 5 años: el último brote se dio en 1992-93 cuando se presentaron 8.725 casos con 56 muertes. Este brote se presentó en personas no vacunadas, en especial jóvenes adultos y niños muy pequeños. La Organización Panamericana de la Salud inició una campaña para que los países de la región establecieran un programa de erradicación, al cual se adhirieron los países de la zona centroamericana, lo que ha permitido que este padecimiento se controle y se está en camino de erradicar esta enfermedad que, al igual que la poliomielitis, son padecimientos bajo control epidemiológico en toda la región.

Costa Rica inició la vacunación antirrubéolica en 1973. A partir de entonces los brotes prácticamente desaparecieron y, al no presentarse en forma epidémica, disminuyeron o no se volvieron a presentar malformaciones secundarias al síndrome de rubéola congénita. En 1998 se inició un brote de este padecimiento en personas jóvenes, con un número importante en población migrante y con el reporte de algunos casos de síndrome rubeólico, pero no se dispone de información completa. Las diferentes campañas de vacunación triple y antirrubéolica simple lograron controlar dicho brote.

Respecto al tercer componente de esta vacuna, el antiparotidítico, se introdujo en 1986. Los brotes periódicos, que se presentaban con una periodicidad bienal, han ido disminuyendo en cuanto a número de personas afectadas y se han ido espaciando. Eventualmente en el futuro se puede presentar algún brote por acumulo de susceptibles o por influencia de los países vecinos en los que aún no se utiliza esta vacuna, pero es claro que su importancia ha venido disminuyendo.

La vacuna BCG utilizada en los recién nacidos se emplea con el propósito de evitar la tuberculosis en niños menores de un año en especial en las presen-

taciones de meningitis y diseminación miliar, y sus resultados para estos propósitos han sido excelentes. No se aplica en otros grupos de edad.

El programa ampliado de inmunizaciones (PAI) se denomina en nuestro país 'ampliado' ya que, además de los cuatro biológicos mencionados, aplica otra serie de vacunas, que en general solo son utilizadas en los países más desarrollados. La primera vacuna no tradicional utilizada en el país fue la vacuna contra hepatitis B; esta se utilizaba en grupos de riesgo como trabajadores del Sector Salud, homosexuales, privados de libertad y mujeres en edad fértil en la zona sur. En 1995 se incluyó en el esquema básico para todos los niños de un año. La hepatitis tradicionalmente se ha notificado en conjunto, y los datos para hepatitis B no son muy exactos.

En 1998 se incluyó la última vacuna en el esquema básico. Correspondió a la vacuna contra Haemophilus influenzae, responsable de alrededor de un 30% de las meningitis de origen bacteriano que ocurrían en menores de 2 años, además de cuadros infecciosos de amígdalas, faringe y oído medio. Los resultados se podrán evaluar en un corto plazo.

La vacuna contra la varicela se utiliza desde los años 80, pero únicamente para niños inmunosuprimidos.

CUADRO 43

Costa Rica: Número y porcentajes de cantones con cobertura igual o superior al 95% según tipo de vacuna, 1997-1999*

Cobertura >= 95%									
Año	VOP3		DPT3		VHB3		SRP		No. Cantones
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
1997	36	44,44%	33	40,74%	14	17,28%	62	76,54%	81
1998	23	28,40%	21	25,93%	21	25,93%	33	40,74%	81
1999*	44	54,32%	42	51,85%	48	59,26%	49	60,49%	81

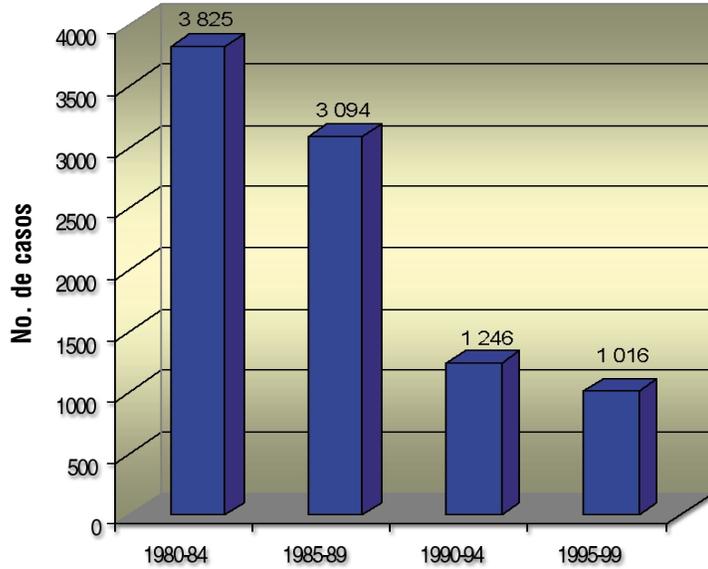
Primer Trimestre
Fuente: Programa Ampliado de Inmunizaciones, P.A.I.

La vacuna contra meningitis meningocócica está también disponible desde finales de los setentas, pero se utiliza únicamente en contactos de casos diagnosticados o en grupos ante la sospecha de un posible brote.

Hepatitis viral

Este es uno de los padecimientos virales que tradicionalmente presentaba mayor número de notificaciones y de brotes relacionados con la entrada de las escuelas; el causante es el virus tipo A, aunque, como ya se indicó, al notificarse en general, no se hace mayor diferencia en cuanto al virus que la produce: por lo general en niños se considera que es A y en adultos, B o C. En 1992 se presentó una disminución notable en los casos notificados, situación que se atribuyó a la mejoría en las condiciones de hábitos de lavado de manos y de consumo de alimentos como resultado de la amplia campaña realizada para evitar el ingreso y propagación del cólera en nuestro país.

GRAFICO 14
Costa Rica: Casos notificados de hepatitis en promedios quinquenales, 1980 – 1999

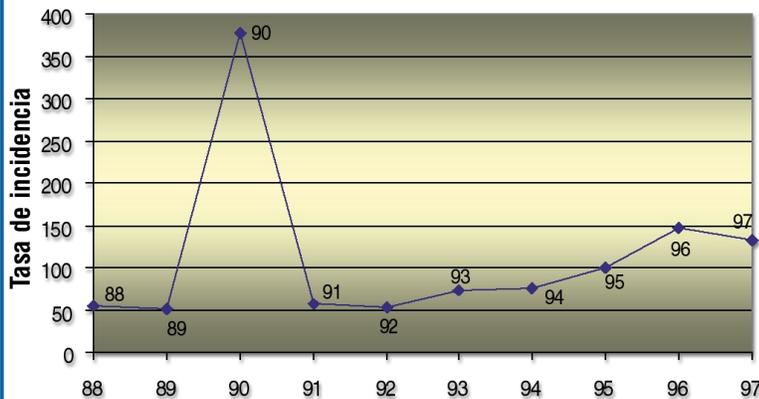


* Hepatitis en todas sus formas
 **Datos del quinquenio 95-99 fueron estimados con base en datos 95/96
 Fuente: Sistema de Vigilancia de la Salud, M. S.

Enfermedades de transmisión sexual

Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) han mostrado tendencia a disminuir o mantenerse estables desde 1993, con excepción de la sífilis congénita, la cual muestra marcada tendencia al aumento, y ha pasado de 47 casos en 1988 a 106 casos en 1997, por una situación que no ha sido bien estudiada.

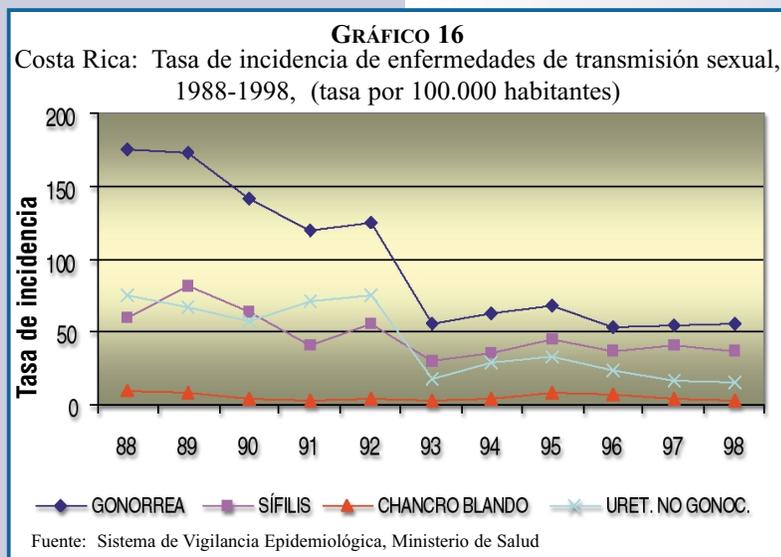
GRÁFICO 15
Costa Rica: Tasa de incidencia de sífilis congénita, 1988-1998 (tasa por 100.000 habitantes)



Fuente: Sistema de Vigilancia Epidemiológica, Ministerio de Salud

La detección de sífilis por medio del VDRL practicado a todas las mujeres que asisten a consulta prenatal debería garantizar la ausencia de esta forma de sífilis en los recién nacidos. Se espera que las medidas dictadas en este sentido lograrán a corto plazo revertir tal situación.

La disminución de las ETS se asoció con la aparición y difusión del SIDA. La utilización de medidas de protección, como el uso del condón, posiblemente motivó la disminución en todo este grupo de enfermedades.



CUADRO 44
Costa Rica: Incidencia de SIDA en los quinquenios 83-87, 88-92, 93-97

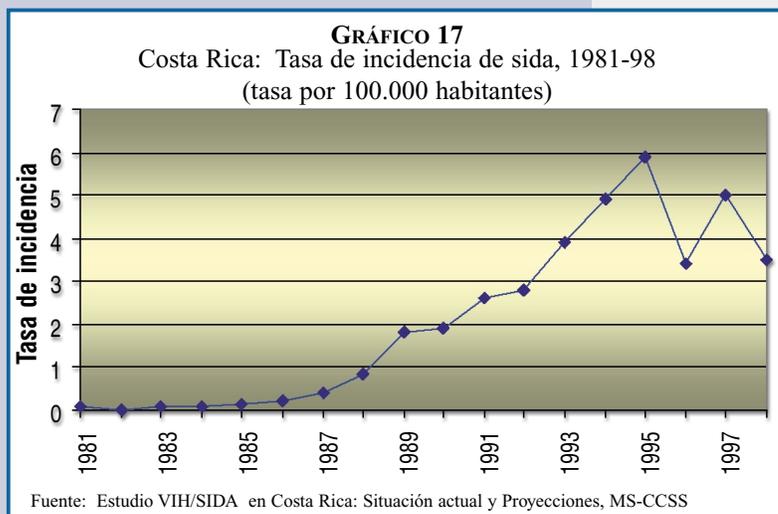
Quinquenio	Número de casos	Tasa por 100.000 habitantes
1983-1987	45	0,35
1988-1992	407	2,7
1993-1997	972	5,8

Fuente: Control del SIDA, Ministerio de Salud.

SIDA

Costa Rica notificó el primer caso de SIDA en 1980 y los primeros casos se presentaron en hemofílicos ya que en ese tiempo no se conocían las vías de transmisión del virus. A partir de 1986 comienzan a detectarse casos en especial en hombres homosexuales, con una notificación que presentó un ascenso marcado hasta 1998; la disminución en los dos últimos años se ignora si corresponde a un descenso real o a defectos en la notificación.

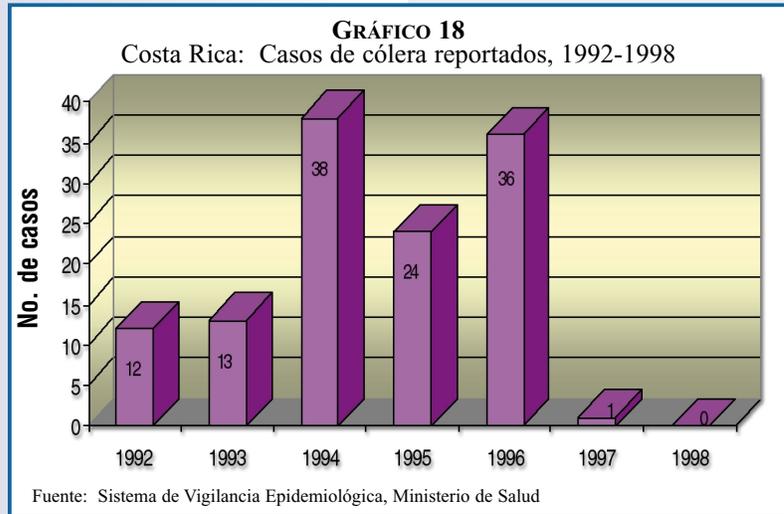
En el SIDA se acostumbra hablar de números totales, pero se debe comenzar a hablar de incidencia anual y de prevalencia para analizar un poco la evolución de esta enfermedad en el país. En el quinquenio 93-97 se duplicó la tasa de incidencia, pero para el bienio 97-98 se mantiene una tasa de 5,8.



Cólera

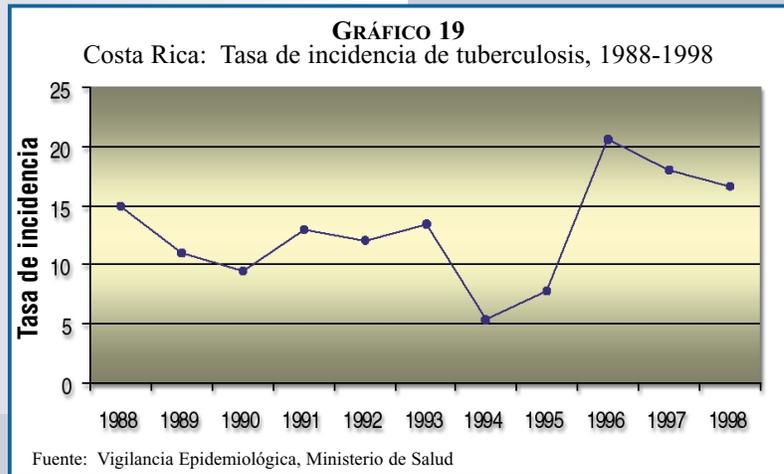
El primer caso de cólera se detectó en Costa Rica en enero de 1992; en este año se notificaron 12 casos. En 1996, el año de mayor incidencia, se detectaron 36 casos, 19 de ellos importados. En 1997 solo se presentó un caso importado de Nicaragua, y en 1998 no hubo casos reportados.

La aparición del cólera en el continente americano puso en alerta al país, el cual demostró tener un excelente sistema de salud y logró impedir que se presentaran brotes de la enfermedad.



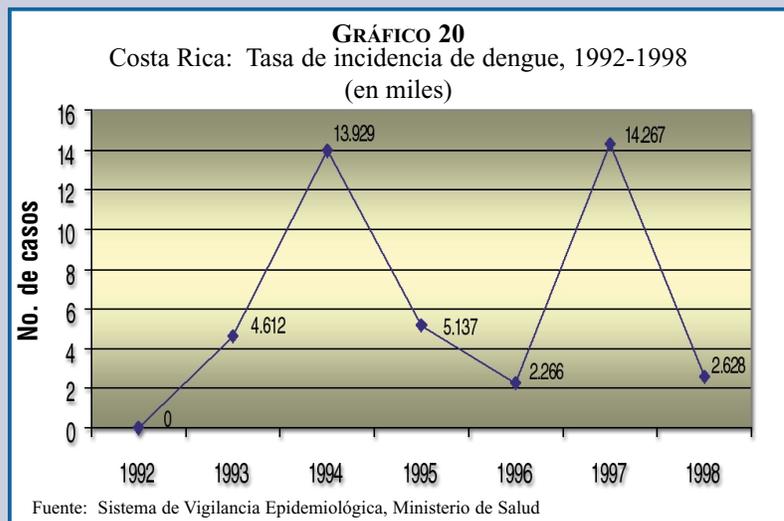
Tuberculosis

A pesar de que en Costa Rica la incidencia de tuberculosis había disminuido en los últimos 20 años; a partir de 1995 se incrementa el número de casos, y se alcanzó en 1996 y 97 la mayor tasa de los últimos 10 años. La situación que ha experimentado la tuberculosis en Costa Rica es la misma que se presenta en el resto del mundo. Los cantones ubicados en la bajura urbana y la bajura rural muestran una incidencia de 33,6/100.000, lo que a escala internacional se considera una incidencia moderada o intermedia.



Dengue

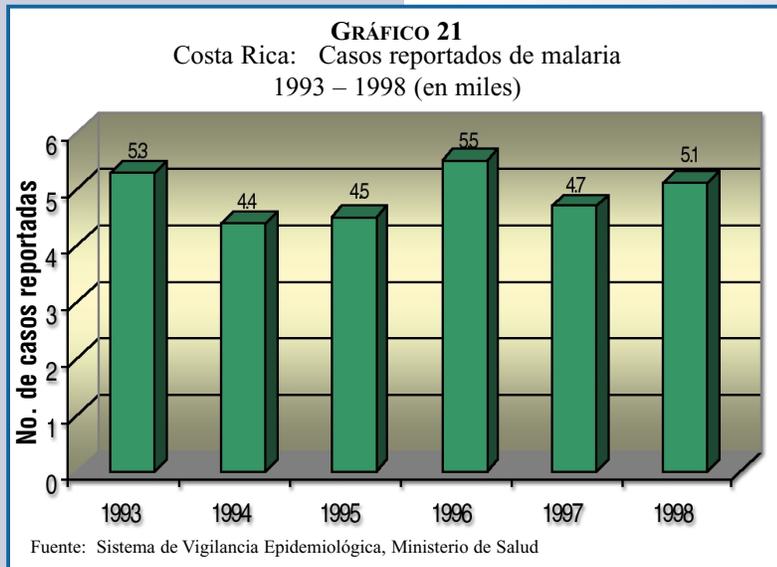
Costa Rica estuvo libre del *Aedes aegypti* hasta 1992, año en que se reintrodujo este mosquito vector de la fiebre amarilla urbana y del dengue. En octubre de 1993 se presentan los primeros casos de dengue serotipo 1, en especial en el cantón central de Puntarenas. Durante los años 94, 95 y 96 la epidemia se fue extendiendo por las regiones de bajura, con algunos casos en zonas del Valle Central. En 1997 se dio un repunte de la epidemia nacional, con 14.276 casos (tasa: 406,7/100.000), ocho de los cuales fueron hemorrágicos, con dos fallecimientos. Para 1998 se logró una reducción del número de casos,



con solo 2.628 casos (tasa 69,7/100.000). Hay que recordar que ese padecimiento se comporta de esta forma, con picos epidémicos de acuerdo con la cantidad de susceptibles.

Malaria

La malaria ha sido una de las enfermedades que más vigilancia ha requerido. La lucha contra este padecimiento lo redujo a cifras mínimas en la mitad de la década de los setentas; sin embargo, como resultado de la apertura a nuevas zonas bananeras en las regiones norte y atlántica, y la llegada de extranjeros infectados desde finales de los años ochentas, se presentó un aumento importante de casos, situación que continuó durante toda la década de los años noventas. El trabajo realizado en los últimos años se ha enfocado en los distritos que presentan la mayor incidencia, con lo cual se ha logrado una disminución importante. En 1999 se notificaron 3.998 casos.



Como respuesta a lo anterior, los niveles de colesterol reportados para la población entre 20 y 59 años muestran cifras superiores a 240 mg/dl, en un 10% de ese grupo de edad. El consumo de fibra dietética oscila entre 11 y 25 gramos. Lo recomendado es 30 gramos.

En relación con el consumo de micronutrientes, el de hierro y folatos es deficiente, lo que da como resultado cuadros de anemia en mujeres embarazadas y niños preescolares. El 44,6% de las mujeres gestantes y el 24,2 % de los preescolares presentan anemia; el 24,2% por deficiencia de hierro y el 11,4% por déficit de folatos. Ambas deficiencias predominan en la población del área rural, con respecto a la del área urbana y metropolitana.

En 1996 se determinó que el 8,7% de los niños preescolares tienen deficiencia de vitamina A, mientras que en 1981 era del 1,8%. Tal aumento se ha explicado por haberse descontinuado la fortificación de ciertos alimentos con esa vitamina, por lo que actualmente se restableció la norma.

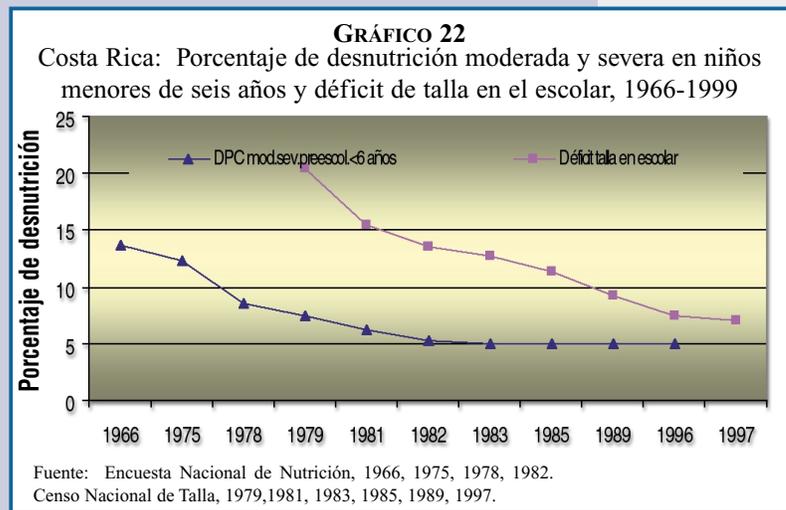
Estado nutricional

De acuerdo con las encuestas, el estado nutricional de la población preescolar, escolar y embarazadas del país ha mejorado notablemente; sin embargo, existen diferencias según grado de urbanización.

1.6. Condicionantes de la salud

Alimentación

De acuerdo con las últimas encuestas nacionales de nutrición realizadas por el Ministerio de Salud y su Departamento de Nutrición, en los últimos cinco años el país presenta datos que indican un desarrollo en la dieta de los costarricenses; se nota un aumento progresivo en el consumo de grasas totales: se pasó de un 20% en 1966 a 29,1% en 1991 y disminuyó a un 27,4% en 1996, aunque lo recomendado es un 25%. En 1991 la grasa saturada suministró el 12,6% del volumen calórico total de la dieta de los costarricenses, cuando es aconsejable que sea de un 8%.



El nivel de desnutrición moderada y severa de peso para edad, en el área urbana es del 4,2%, mientras que en la rural es del 6,7%. El déficit moderado y severo de peso para talla es del 3,1% en la zona rural y del 1,5% en la urbana.

Por otra parte, las encuestas muestran un aumento en el sobrepeso en preescolares, que pasó del 2,3% en 1982 al 6,2% en 1996. En los escolares un 14,9% presentó sobrepeso, con un 16,3% en niñas y un 13,6% en niños (13,6%). El déficit nutricional fue similar en ambos sexos con un 16,3%.

Para mujeres de 15 a 44 años se presentó un 23,2% con algún grado de obesidad y un 45,9% para el grupo de 20 a 44 años; en este último grupo el porcentaje de obesidad fue mayor en la zona rural (50,6%) con respecto al área metropolitana (42,2%). En mujeres mayores de 45 años la situación es más alarmante pues el 75% mostró algún grado de obesidad, valor que aumentó en relación con 1982, cuando el valor encontrado fue del 55,6%.

Actividad física

La información sobre ingesta calórica en Costa Rica no justifica la prevalencia estimada de obesidad. La obesidad exógena está determinada por un desbalance entre la ingesta y el gasto calórico, por lo que, además de un posible subregistro del consumo que explique esta discordancia, podría estar determinada por una reducida actividad física de la población.

La encuesta nacional sobre consumo de drogas reporta como resultado de las preguntas hechas que el 53,4% de la población de 12 a 70 años nunca realiza ejercicio físico, un 2,9% lo hace una vez al mes, un 21,4% de 1 a 2 veces por semana y un 22,3% lo practica durante 3 o más ocasiones semanales. En este último grupo las personas entre 15 y 24 años

constituyen el mayor porcentaje con un 34,4%. El grupo con más baja actividad fue el de 30 a 50 años.

Alrededor de la mitad de los estudiantes de tercero, sexto y noveno año realizan una hora o menos de actividad física durante los días lectivos de la semana, mientras que dedican un promedio de dos horas y media a ver televisión.

Estrés

Más de un 50% de la población reconoce estar sometida a estado de tensión o estrés con una frecuencia semanal al menos de una o dos veces y que más de la cuarta parte lo experimenta más de tres veces por semana.

Este fenómeno es más frecuente en la zona urbana entre los 20 a 40 años de edad y en mujeres. Su asociación con el consumo actual de alcohol, tabaco y marihuana es débil; no así con el de cocaína y crack, con respecto al cual más cantidad de personas respondieron estar sometidas a una gran tensión cotidiana. Los estados de tensión con frecuencia semanal al menos de una vez se hallaron, predominantemente, entre funcionarios del sector terciario (49,1%) y amas de casa (44%) (p=0,00005). Dos tercios de los que reportaron estados de tensión muy frecuente no practican ejercicio físico.

Hábito tabáquico

La incidencia de consumo de tabaco en la población de 12 a 70 años en Costa Rica mostró un incremento durante el período de 1990 a 1995 pues se elevó de 14 a 22 por 1.000 habitantes. La edad promedio de inicio del fumado fue de 16,4 años en 1990 y 16,6 años en 1995. La disminución que se produjo entre los que inician el fumado antes de los 12 años es más acentuada en las mujeres.

CUADRO 45
Costa Rica: Distribución porcentual de la población según sexo y edad de inicio de consumo de tabaco, 1990 y 1995

Edad de inicio (años)	Hombres		Mujeres	
	1990	1995	1990	1995
Menor de 12	18,0	17,0	18,1	11,1
13 a 15	31,8	33,8	19,3	24,2
16 a 18	33,5	30,3	30,9	31,7
Mayor de 19	16,7	18,9	31,7	32,9

Fuente: IAFA, Consumo de drogas en Costa Rica: resultados de la encuesta nacional de 1995

Por otra parte, una de cada dos personas que han fumado alguna vez en la vida se mantiene activa. De los fumadores activos (que fumaban en el momento de la encuesta), el 81,1% son hombres y el 18,9%, mujeres. Al caracterizar los hábitos de los fumadores, se determinó que el promedio de años de consumo fue de 14 años (9,25 cigarrillos al día). Como factor de riesgo asociado al tabaquismo, más del 50% de esta población no practica ningún

tipo de ejercicio y a un 49,3% le hace falta fumar cuando suspende el consumo. Se estima que tres cuartas partes de los fumadores ha procurado dejar de fumar y más del 40% de ellos lo ha intentado en tres o más oportunidades. Existe una asociación estadísticamente significativa entre el fumador activo y el consumidor activo de alcohol. Prácticamente todas las personas que han fumado marihuana han sido consumidoras de tabaco.

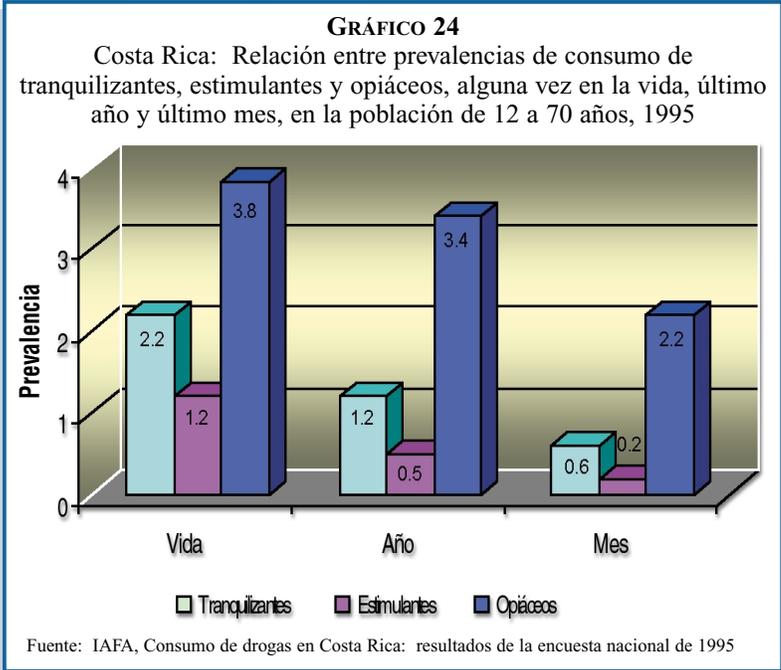
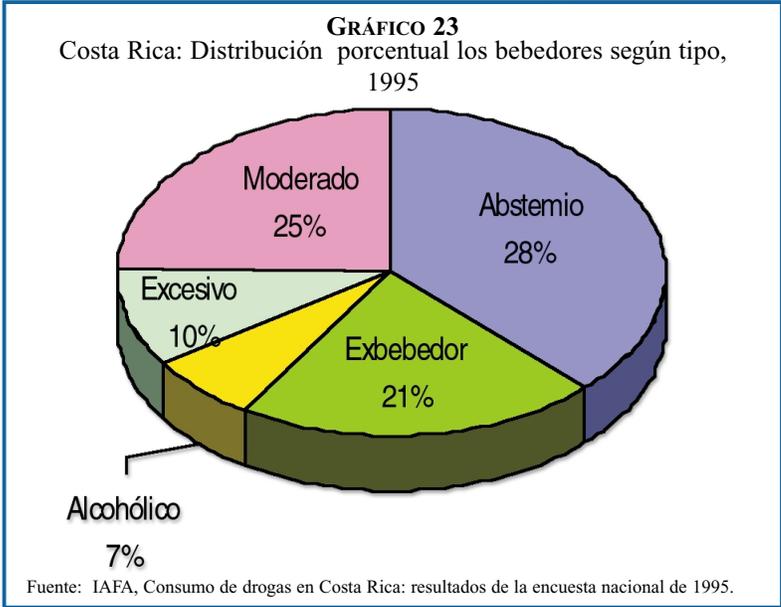
Consumo de alcohol y otras adicciones

La prevalencia (personas que toman alcohol) en Costa Rica fue de 120 por 1.000 habitantes en 1995, superior a las 116 por mil reportadas en 1990. En la población de décimo y undécimo años de secundaria, la prevalencia es de 461 por 1.000, la cual se considera muy elevada y relacionada posiblemente con problemas de ajuste a la adolescencia.

La edad está relacionada significativamente con el tipo de bebedor. Cerca de un 44% de bebedores excesivos y de alcohólicos se encuentran entre los 30 y 44 años. Además, existe una asociación significativa entre tener problemas con el consumo de bebidas alcohólicas y la edad temprana de iniciación. Un 55% de las personas detectadas como alcohólicas iniciaron el consumo de licor antes de los 15 años (61,5% de hombres alcohólicos y 22,7% de las mujeres). Entre los bebedores excesivos, un 40% se inició antes de esa edad, en tanto que los bebedores moderados lo hizo en un 31%.

Respecto a medicamentos estimulantes, alrededor de un 1% han consumido alguna vez en su vida algún medicamento de este tipo. Ocho de cada diez han consumido tiamina con cafeína, y dos, estimulantes de tipo anfetamínico. La mayoría de los consumidores de alguna vez en la vida se encuentran en el grupo de 30 a 38 años de edad, y los activos, en el de 21 a 29 años. Residen en áreas urbanas.

En cuanto a opiáceos, la proporción es menor y se refiere en especial al consumo de acetaminofén con codeína ya que los otros medicamentos están muy controlados. El uso de acetaminofén con codeína ha aumentado de acuerdo con recomendaciones de otros países en cuanto al uso de analgésicos.



Consumo de drogas ilegales: marihuana, cocaína y crack

El consumo de marihuana mostró un aumento discreto comparando el año 90 con el 95. El consumo reciente de 0,5% fue menor. La variación del consumo anual y mensual fue superior al 1,1%. La edad promedio de inicio en el consumo fue de 18,55 años; el 8,8% de todas las personas que alguna vez fumaron marihuana son mujeres. Un 17,6% de las personas que fumaban dijo ser dependiente, y un 60% indicó problemas familiares como explicación del consumo

Los consumidores recientes de marihuana son, predominantemente, hombres, solteros, con estudios primarios o secundarios (88,3%). La probabilidad de encontrar un consumidor reciente es mayor entre individuos con ingresos altos que entre personas con ingresos medios o bajos.

Al comparar los datos de 1990 con 1995, el consumo de por vida de cocaína se ha incrementado y el consumo reciente se mantiene igual. La edad promedio de inicio del consumo ha pasado de 21,7 a 22,1 años. Cerca de 21.000 personas entre 12 y 70 años de edad han consumido cocaína por lo menos una vez en la vida. De cada 5 personas que cumplen esta condición, dos consumieron durante el año previo a la aplicación del cuestionario; el 11% la consumió en el mes anterior; un 69,2% es de las áreas urbanas y un 30,8%, de las urbanomarginales; 9 de cada 10 fueron varones, solteros o en unión libre; la mayoría tiene estudios universitarios.

En relación con el consumo del crack, su evolución en Costa Rica ha sido muy importante durante el último quinquenio. Solo la prevalencia de vida de consumo de crack es idéntica a la prevalencia general de consumo de todas las drogas ilegales hallada en 1990. De cada 10 personas que alguna vez probaron crack, cinco son

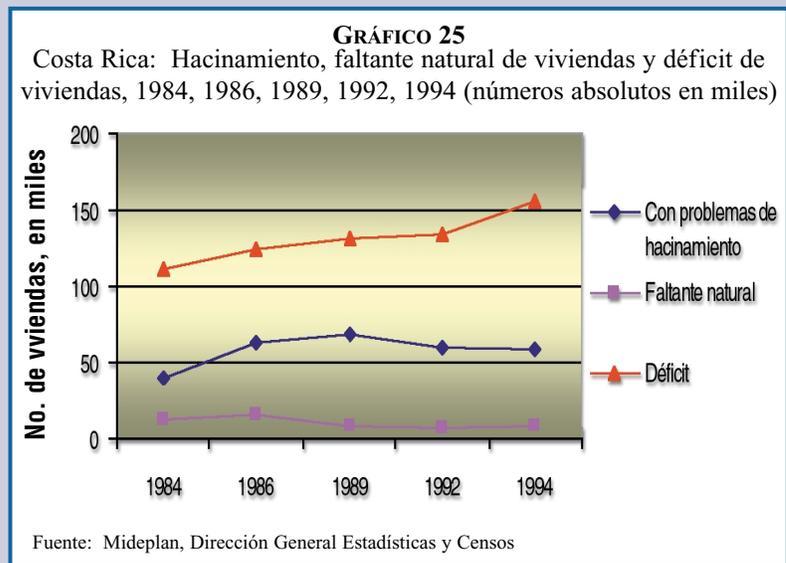
usuarios activos. La edad promedio de inicio de consumo del crack es de 24,4 años.

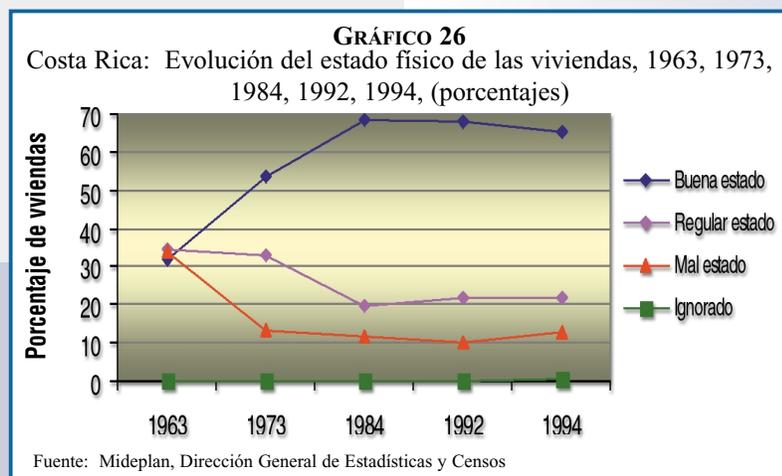
1.7. Análisis del ambiente

Tanto el microambiente como el macroambiente desempeñan un papel importante en las condiciones de vida de las poblaciones. Su control, sin embargo, depende de múltiples factores, y a una institución con las características de la CCSS, no le corresponde liderar estas acciones. Lógicamente debe colaborar en los esfuerzos sectoriales e intersectoriales encaminados a corregir o mejorar las condiciones del entorno. Con el propósito de realizar un análisis integral de la situación de salud del país, se incluye este capítulo, el cual incorpora la información de diversos documentos elaborados por las entidades encargadas de los diferentes temas que se abordan.

Condiciones ecológicas del microambiente

De acuerdo con los datos del último Módulo de Vivienda de la Encuesta de Hogares, se pasó de 500.000 viviendas en 1984 a 784.128 viviendas en 1997. El número de viviendas con problemas de hacinamiento (más de tres personas por aposento) ha mostrado una tendencia descendente desde 1989. Con respecto al faltante natural de viviendas (diferencia entre número de hogares y número de viviendas) ha ido disminuyendo. El déficit de vivienda (suma del faltante natural de viviendas, viviendas en mal estado y viviendas con hacinamiento) mostró un aumento mantenido desde 1984 (gráfico 25).





En la década de los 60 se notó una mejoría en el estado de las viviendas; sin embargo, en 1994 hubo un descenso en el porcentaje nacional de viviendas en buen estado, y se dio un leve retroceso hacia las viviendas en mal estado (gráfico 26).

Disposición de excretas

El avance en el sistema de disposición de excretas en Costa Rica ha sido notable. En 1994 un 84,7% de las viviendas (83,6% de la población) dispone sus excretas en cloaca o tanque séptico, lo que muestra un incremento importante con respecto a 1986, cuando solo un 75,8% de las viviendas tenían ese servicio²⁹.

CUADRO 46
Costa Rica: Forma de disposición de excretas por número de viviendas y ocupantes, 1986,1989, 1992,1994

Disposición	1986	1989		1992		1994		1994	
		Viviendas	Ocupantes	Viviendas	Ocupantes	Viviendas	Ocupantes	Viviendas	Ocupantes
TOTAL ABSOLUTO		545.658	2.511.604	604.726	2.734.818	637.315	2.938.377	711.527	3.070.918
Cloaca o tanque séptico		413.792	1.847.183	466.698	2.073.059	522.128	2.399.587	602.789	2.566.873
Otro		124.606	637.489	132.413	641.368	109.131	517.967	101.066	476.992
No tiene		7.260	26.932	5.615	20.391	5.775	20.136	5.950	19.408
Ignorado		0	0	0	0	281	687	1.713	7.645
TOTAL RELATIVO		100	100	100	100	100	100	100	100
Cloaca o tanque séptico		75,8	73,5	77,2	75,9	82,0	81,7	84,7	83,6
Otro		22,9	25,4	21,8	23,4	17,1	17,6	14,2	15,5
No tiene		1,3	1,2	1,0	0,7	0,9	0,7	0,8	0,6
Ignorado		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,3

Disposición de desechos sólidos

En 1997 el 73,8% de las viviendas contó con recolección de los desechos sólidos por parte de las municipalidades, y la disposición final de la mayoría de los desechos en los cantones fueron los botaderos a cielo abierto. El país mantiene únicamente tres rellenos sanitarios mecanizados y cuatro rellenos

²⁹ Orozco J., y Ruiz, K. El contexto ambiental en el estilo de desarrollo costarricense, Foro Nacional, 1998.

sanitarios manuales. En el área metropolitana la cantidad de desechos sólidos ha ido en aumento vertiginosamente, especialmente los que ingresan al relleno sanitario de Río Azul, cuya cantidad se ha duplicado desde 1978 y ha pasado de 419 toneladas métricas por día a 947 en 1997.

CUADRO 47

Costa Rica: Disposición final de desechos sólidos en las viviendas, 1989, 1992, 1994, 1997

Disposición final	1989	1992	1994	1997
Recolección municipal	61,9	68,9	67,9	73,8
En hueco	16,0	15,3	15,2	12,0
En lote	5,3	2,9	2,1	1,1
En río	1,1	0,5	0,2	0,4
La queman	13,2	10,6	10,7	12,1
Otro	2,4	1,8	3,7	0,7
Ignorado	0,1	0,1	0,2	0,0

Fuente: Dirección General Estadísticas y Censos. Encuestas de Hogares, Módulo de Vivienda y Servicios. 1989, 1992, 1994, 1997.

La composición de los desechos sólidos ha cambiado significativamente respecto a la década anterior. La tendencia muestra que los desechos orgánicos y el vidrio han disminuido su peso relativo, mientras que el papel y los plásticos han aumentado su participación.³⁰

Los hospitales, clínicas y centros de atención de la enfermedad generan desechos que se consideran peligrosos. Se ha estimado que doce hospitales públicos y cuatro privados en la Gran Área Metropolitana, en promedio generan 4,9 kg diarios de desechos por cama ocupada, de los cuales un 46% serían peligrosos³¹.

Condiciones ecológicas del macroambiente

Servicio de agua

La cobertura de la población con agua potable está por encima del 97%; se considera, sin embargo, que un 37% de la población, especialmente dentro del grupo abastecido por otras fuentes que no

son del Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (ICAA), recibe agua de calidad poco confiable.³²

CUADRO 48

Costa Rica: Cobertura poblacional con agua potable y alcantarillado según ente administrador y tipo de servicio, 1993-1995 (en porcentajes)

Servicio	1993	1994	1995
Acueducto			
Total*	96,6	97,3	97,9
ICAA	47,1	48,2	48,9
Municipalidades	21,4	19,8	20,0
CAAR	24,3	24,3	24,1
ESPH	3,0	4,2	4,1
Ministerio de Salud	0,7	0,7	0,7
Privado	0,1	0,1	0,1
Alcantarillado			
Total*	24,0	23,9	23,5
ICAA	20,5	20,5	20,3
Municipalidades	1,2	1,2	1,0
CAAR	0,8	0,8	0,8
ESPH	1,5	1,4	1,4
Ministerio de Salud	0,0	0,0	0,0
Privado	0,0	0,0	0,0

*/ Porcentaje del total de población servida en relación con la población nacional
 ICAA: Comités Administradores de Acueductos Rurales (comunales)
 ESPH: Empresa de Servicios Públicos de Heredia
 Privados: Incluye acueductos privados que han presentado estudios tarifarios, datos al 31 de diciembre de 1995.
 Fuente: SIDES, MIDEPLAN, 1996

30 Foro Nacional de Salud, 1998

31 MIDEPLAN. Principales Indicadores de Costa Rica, 1998.

32 Memoria, Ministerio de Salud, 1995.

Fuentes de contaminación (agua, aire, suelo)

En Costa Rica se pueden identificar varios grupos de contaminación. Los de mayor importancia son el uso excesivo de plaguicidas, con sus efectos en la salud y en la contaminación del suelo, la contaminación del agua, la emisión excesiva de gases contaminantes del aire y la generación masiva y mal manejada de desechos sólidos. También se reportan otros problemas como la contaminación sónica, la emisión de radiaciones ionizantes y la contaminación de alimentos, pero existe poca información sobre ellos.

El problema de contaminación del agua en Costa Rica ha sido generado porque muchos de los ríos, riachuelos y quebradas han servido como medio de eliminación de aguas negras y desechos sólidos domésticos, así como de aguas residuales y desechos industriales y agropecuarios. Las cargas de agentes contaminantes que se encuentran en los ríos de nuestro país son equivalentes a una población mayor de siete millones de personas³³.

La contaminación del aire se deriva del consumo de derivados del petróleo, especialmente por el consumo de gasolina por parte de los vehículos de transporte privado. La emisión de gases se ha convertido en un problema importante tanto ambiental como de salud pública. Una muestra de esto es la designación de San José en 1993, por el Programa Ecológico Centroamericano (proEco) como una de las urbes más contaminadas del istmo, con índices de contaminación que sobrepasan los estándares establecidos por diferentes organismos internacionales de salud³⁴. Un aspecto interesante es que el sector industrial contribuye muy marginalmente a la contaminación por emisión de gases.

CUADRO 49

Costa Rica: Contaminantes atmosféricos medidos en la Gran Área Metropolitana, fuentes de contaminación, efectos sobre la salud, nivel permitido, 1993-1996

Contaminante	Fuentes de Contaminación	Efectos sobre la salud	Nivel Permitido	Promedio 1993-1995	Niveles 1996
Monóxido de Carbono (CO)	Quema incompleta de combustibles, motores de combustión interna, incineración de desechos, emisión de océanos, erupciones volcánicas, incendios de vegetación	Dificultad respiratoria, cefalea, cansancio, náusea, inhabilidad muscular, disminución de velocidad de reacción, alteraciones funcionales cardíacas, colapso, muerte.	9 ppm en 8 horas	9.7 ppm	13.4 ppm
Ozono (O ₃)	Residuos de combustión de gasolina, tabaquismo, equipo eléctrico de alto voltaje, aparatos de rayos X, soldadura, producto de reacciones fotoquímicas con luz solar.	Daños en sistema respiratorio, respiración irregular, enfisema, bronconeumonía, edema pulmonar, hemorragias, carcinogénesis, muerte.	60 mg/m ³ promedio anual	37.2 mg/m ³	37.2 mg/m ³
Dióxido de Nitrógeno (NO ₂)	Combustibles fósiles, motores de combustión interna, fabricación de ácido nítrico, fertilizantes y explosivos, fumado, artefactos domésticos de gas.	Alteraciones en los conductos bronquiales y en la función pulmonar en general, disminución de mecanismos de defensa, edema, muerte.	100 mg/m ³ promedio anual	50.0 mg/m ³	46.2 mg/m ³
Plomo (Pb)	Combustión de gasolina, fabricación de vidrios, insecticidas, pinturas y piezas metálicas, constituyente natural del suelo y rocas.	Enfermedad pulmonar, alteraciones en sistemas digestivo, reproductor y urinario, potencialmente carcinogénico, mayor susceptibilidad a enfermedades virales, retraso mental en niños.	1.0 mg/m ³ promedio anual	0.6 mg/m ³	0.2 mg/m ³
Total de partículas suspendidas (TPS)	Quema de combustibles fósiles, erupciones volcánicas, incendios de vegetación, erosión de rocas y suelos.	Reducción de función pulmonar, bronquitis, tos crónica, enfisema.	75 mg/m ³ promedio anual	257 mg/m ³	242 mg/m ³

Fuente: Estado de la nación, 1997

Se estima que anualmente se dan alrededor de 2.500 hospitalizaciones y 37.000 consultas externas relacionadas con exposiciones atmosféricas. De acuerdo con algunos estudios, San José presenta el mayor riesgo.

La contaminación del suelo está dada en gran parte por la generación de desechos sólidos, especialmente en los cantones de la Gran Área Metropolitana, donde confluyen los desechos domésticos, los comerciales, de servicios y los industriales.

Es necesario que las municipalidades del país cuenten con un sistema apropiado de recolección y manejo de los desechos sólidos; debe, asimismo, establecerse un plan de manejo orientado a lograr una disminución del volumen, reciclaje y reutilización. En la actualidad hay bastantes iniciativas tendientes a lograr este propósito.

Violencia

La definición de violencia no está claramente establecida. En algunas publicaciones se equipara a la muerte por causas externas, lo cual no es estrictamente correcto. Las muertes debidas a violencia en principio son las debidas a homicidio, en las cuales hay dolo. En los accidentes muchas veces existe culpa pero no dolo, en especial en accidentes de tránsito. De todas las formas, tanto las muertes como las incapacidades debidas a accidentes de cualquier tipo, en el fondo tienen causas relacionadas con problemas de salud mental, por lo que deben ser muy bien analizadas por los entes encargados de la salud.

A continuación se anotan algunos aspectos relevantes respecto a la violencia intrafamiliar ³⁵.

La violencia intrafamiliar y el abuso sexual cada vez adquieren mayor importancia y su denuncia se incrementa conforme las víctimas reciben apoyo de instituciones gubernamentales y de organizaciones no gubernamentales.

El Patronato Nacional de la Infancia reportó que en 1995 atendió 5.964 casos de niños y niñas: 3.800 por abandono; 1.318 por abuso sexual; 1.158 por maltrato físico, y 116 por maltrato psicológico. En el primer trimestre de 1997 atendió 5.639 casos de abandono y 3.332 casos de maltrato, de los cuales 1.209 corresponden a maltrato físico, 2.021 a maltrato sexual y 102 a maltrato psicológico.³⁶

La Fundación SER Y CRECER atendió, en 1992, 307 casos de violencia, de los cuales el 90% eran mujeres que habían sido víctimas de incesto y de violación. Las edades en que se inició la agresión son: menores de 5 años un 19%; 5 a 9 años un 51%; 9 a 13 años un 15%, y de 13 a 16 años el 7% de los casos.

La Defensoría de la Mujer durante el año 1991 atendió 3.000 casos de mujeres que fueron víctimas de abuso psicológico, físico o sexual por parte de su pareja.

La Delegación de la Mujer, institución del Ministerio de Gobernación, reportó la atención en 1994 de 2.299 mujeres víctimas de la violencia; en 1995 ese número se elevó a 5.597, y a mayo de 1996 se habían registrado 4.221 denuncias. Alrededor de la mitad de las mujeres agredidas tenían entre 30 y 50 años de edad, estaban casadas y eran amas de casa o trabajaban en oficios domésticos. Estas características no coinciden necesariamente en un mismo caso, pero representan condiciones de mayor riesgo si se toma en cuenta que solo una cuarta parte de las denuncias provinieron de mujeres solteras.

Durante 1997, 12 mujeres fueron asesinadas por sus compañeros o esposos tras una larga historia de violencia doméstica.³⁷

El cuadro 50 ilustra la situación observada en los últimos años con respecto a la violencia intrafamiliar.

CUADRO 50 Costa Rica: Violencia intrafamiliar, 1992-1997						
Indicador	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Denuncias atendidas en la Delegación de la Mujer ¹	563	n.d	2.299	5.597	12.185	15.007
Menores atendidos por agresión en el Hospital Nac. Niños ²	249	145	217	291	188*	268
1	Las cifras consideran agresiones definidas como "delitos mayores" (tentativa de homicidio, lesiones graves, lesiones leves, incesto, agresión con arma, violación, abusos deshonestos, contagios venéreos) y "contravenciones" (golpes, amenazas, divulgación de hechos mortificantes, palabras o actos obscenos, amenaza de muerte contra niños).					
2	Incluye agresión física, sexual, pasiva y otras no bien especificadas.					
*	Datos de enero a junio de 1996.					
Fuente:	Ministerio de Justicia. Delegación de la Mujer Agredida. Hospital Nacional de Niños, Registro de Casos. Departamento de Trabajo Social.					

35 Carranza E., et al, 1998.

36 Periódico La Nación. 31 de diciembre de 1997.Página 14 A. San José, Costa Rica.

37 Periódico La Nación. 31 de diciembre de 1997.Página 14 A. San José, Costa Rica.

El aumento en más de un 200% en el número anual de denuncias a partir de 1995 podría estar reflejando el impacto -por una parte- de las políticas y acciones por parte de instituciones, públicas y privadas, que en los últimos años se han dedicado a propiciar la igualdad entre los sexos, la defensa de los derechos de la mujer y la lucha contra la violencia doméstica y, por otra parte, a la campaña de concienciación efectuada por el Plan Nacional para la Atención y Prevención de Violencia Intrafamiliar (PLANOVI). Esta campaña de concienciación permitió que muchas mujeres que, por falta de información, vivían situaciones de agresión, se atrevieran a presentar y formalizar una denuncia, como lo demuestran los datos aportados por la Delegación de la Mujer Agredida, los que indican que, a partir de 1994, cada año aumentan el total de denuncias.

Por otra parte, el grupo poblacional del adulto mayor también muestra cifras significativas de violencia. Un estudio realizado en una comunidad urbano-marginal demostró que el 8% sufrió agresión y el 6% manifestó no ser deseado por su grupo familiar. En 1995, de la población atendida por abandono en el hospital Raúl Blanco Cervantes, el 80% había sufrido maltrato; un 35%, descuido en su alimentación; un 35%, descuido en la satisfacción de sus necesidades básicas, y un 24%, aislamiento afectivo. Según reveló la Encuesta de Hogares de 1994, 5.600 ancianos habían sufrido algún tipo de agresión.

En el aumento de la violencia sobresalen los agresores que tienen vínculos cercanos con sus víctimas: en 1991, un 68% de los delitos mostraron esta característica (49% vecinos y amigos, 19% tenían consanguinidad de primer grado o cohabitación doméstica). Los delitos sexuales por 100.000 habitantes han aumentado del 62,6 en el año 92 al 72,9 en el año 95 (cuadro 51).

1.8. Transformaciones en los patrones de vida y dinámicas familiares

El cuadro 52 muestra que aún predominan los hogares conformados por una pareja conyugal y sus hijos solteros (nucleares conyugales) (Estado de la nación 1997). Sin embargo, el perfil de los hogares costarricenses muestra una disminución en la proporción de este tipo de hogares (4% entre 1988 y 1997) y un incremento de un 3% en la proporción de hogares uniparentales (hogares integrados por uno de los padres, que se desempeña como jefe y sus hijos solteros) y unipersonales (en los que vive una sola persona, que se denomina jefe). Además, llama la atención el incremento en el número de hombres a cargo de hogares y la mayor presencia de mujeres jefas de hogar.

El segundo lugar en 1997, lo ocuparon los hogares conformados al menos por un núcleo conyugal y uno uniparental con sus respectivos hijos(as) (extendidos), con un 19%. Entre las condiciones que pueden estar influyendo en estos cambios se citan

CUADRO 51
Costa Rica: Estadísticas sobre violencia. 1992-96

Indicador	1992	1993	1994	1995	1996
Suicidios	153	163	179	224	210
Hombres	134	138	150	187	186
Mujeres	19	25	29	37	24
Tasa de suicidios (por 100.000 hab.)	5,2	5,4	5,8	7,1	6,6
Tasa de homicidio doloso (100.000 hab)	5,4	5,3	5,9	5,9	5,8
Víctimas de homicidio doloso	165	163	186	189	195
Hombres	140	142	157	160	175
Mujeres	25	21	29	29	20
Casos de homicidio culposo	308	344	393	392	285
Tasa de homicidio culposo (100.000 hab)	10,5	11,4	12,8	12,5	8,7
Delitos sexuales	1.838	1.887	2.089	2.022	2.383
Tasa de delitos sexuales (100.000 hab).	62,6	62,8	68,0	64,5	72,9

Fuente: Instituto Latinoamericano de las Naciones Unidas para la Prevención del Delito y el Tratamiento del Delincuente (ILANUD). Poder Judicial. Depto de Planificación, Sección de Estadísticas. Ministerio de Seguridad Pública.

el aumento del número de divorcios y separaciones. Así, la relación de divorcios por cada 100 matrimonios inscritos pasó de 9,9 en 1980 a 21,2 en 1996 (SISEA, página web). En 1997, el 41,9% de los jefes y el 55% de las jefas de hogares uniparentales estaban separados o divorciados.

ce algunos puntos de vista complementarios con los de orden cuantitativo, en relación con los problemas de salud y la eficiencia en los servicios, ya que incorpora elementos que generalmente permanecen ocultos por los registros institucionales. La experiencia de los usuarios es determinante en este campo pues ofrece una perspectiva vivencial de los problemas de salud y del funcionamiento de los servicios como se viven actualmente en las diferentes regiones del país.

CUADRO 52
Costa Rica: Distribución relativa de los tipos* de hogar, 1988-1995

Tipo de hogar	Año					
	1988	1990	1992	1995	1996	1997
Unipersonal	4,7	4,8	5,1	6,2	6,3	6,3
Nuclear conyugal	6,6	6,7	6,5	7,6	7,6	8,0
Nuclear conyugal + hijos no unidos	55,8	55,4	54,6	53,2	52,0	51,7
Nuclear uniparental	8,3	9,2	10,3	10,3	10,3	11,2
Nucleares extendidos	20,0	19,8	19,1	19,4	20,4	19,3
Nucleares extensos	4,5	4,1	4,2	3,2	3,2	3,6

* Se mencionan solo las categorías más representativas.
Fuente: Estado de la nación, Informe 1997.

2. Percepciones sobre los problemas de salud en Costa Rica y los servicios que brinda la Caja Costarricense de Seguro Social

A partir de octubre de 1999 el equipo coordinador de la elaboración del PASP, realizó en todo el país un total de 22 talleres, con el principal objetivo de analizar las percepciones de los profesionales, técnicos de la salud, representantes de la población, académicos y autoridades políticas y nacionales sobre los problemas de salud y la eficiencia y bondades de los servicios que brinda la CCSS.

Este análisis cualitativo es de gran importancia para la toma de decisiones y la creación de conciencia sobre el valor de la práctica del personal de salud adscrito a la Caja y las percepciones de los representantes de la población sobre los servicios que ella brinda.

La percepción de las personas consultadas surge de sus experiencias directas y ofre-

Las percepciones están fundamentadas en la experiencia diaria de las personas, que utilizan o prestan servicios de salud. Estas logran integrar otros componentes que configuran la problemática de la salud, entendida no solo como la ausencia de enfermedad, sino como un estado de bienestar integral.

2.1. Metodología

Métodos

La metodología cualitativa empleada en esta investigación se basa en talleres participativos con grupos focales, en los cuales los participantes responden un conjunto de preguntas guías que sirven para orientar las discusiones.

Dichas preguntas fueron construidas por el equipo técnico a cargo de la elaboración del primer Plan de atención a la salud de las personas (PASP) y ajustadas metodológicamente por un grupo de consultores externos a la CCSS, en relación con las modalidades de los talleres y grupos focales. El producto es un conocimiento basado en la práctica.

Este "saber" tiene la particularidad de integrar la forma natural con que cada uno se relaciona y aprende de su interacción con el medio social y físico inmediato. Es decir, integra no solo nuestros esquemas racionales de pensamiento y análisis de la realidad circundante, sino que también incorpora la intuición, la emocionalidad y los valores de cada uno. Por esto, los resultados son esencialmente distintos de los que se obtienen con aproximaciones más metódicas, pero también más rígidas, como la investigación científica tradicionales. Esto no significa que el conocimiento, el "saber", de estas dos formas de reconstruir la realidad, sean opuestos, de mayor o menor valor, sino más bien son esencialmente distintos y complementarios.

Los datos obtenidos a partir de un procedimiento puramente racional tienen el valor de entregar una interpretación más ordenada e inteligible de la realidad. El conocimiento surgido de la práctica cotidiana ofrece una visión más integrada e intuitiva. En este último caso el valor de la información no depende tanto de la cantidad como de la lucidez que otorga el contacto íntimo con la realidad.

Instrumentos

La dinámica de los grupos focales consiste en trabajos en grupos, complementados con asambleas plenarios y síntesis colectivas, para llenar la información y hacer la priorización de los principales problemas de salud y de los servicios según los perciben los usuarios. Este trabajo incluye, igualmente, una evaluación final.

Los talleres para profesionales y técnicos se hicieron separados de los destinados a líderes y dirigentes populares, con la finalidad de no influenciar en ningún sentido la percepción de cada segmento y, ante todo, para no viciar las percepciones de ambos grupos.

Participantes

En los 22 talleres participaron 300 personas entre funcionarios técnicos y profesionales de las direcciones regionales de la Caja; líderes comunales y autoridades nacionales, médicas, políticas y académicas, con un promedio de 14 personas por taller. En los talleres realizados con representantes de las comunidades fueron convocadas, principalmente, personas que tenían una gran trayectoria en organizaciones comunales de salud, como comités de salud y otras, y se constituyó en un grupo de informantes muy calificado sobre los temas que se trataron. Este grupo mostró un manejo apropiado, inclusive de términos médicos, y sus percepciones estaban sustentadas en una importante experiencia en el campo de la salud.

Los funcionarios de la Caja que asistieron a los talleres eran una muestra representativa de profesionales y técnicos, jefes de servicios de clínicas y hospitales, médicos, trabajadores sociales, psicólogos, enfermeros y personal administrativo.

A los talleres con académicos y científicos de la salud asistieron representantes de la Facultad de Medicina y la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Costa Rica, representantes de universidades privadas, funcionarios de centros de investigación públicos y privados, personal del Ministerio de Salud y representantes del proyecto Estado de la nación, entre otros.

El taller nacional con personalidades convocó a diversa gente que han tenido una destacada trayectoria pública, como expresidentes de la CCSS, diputados, Defensoría de los Habitantes, Contraloría General de la República, exrepresentantes de la Organización Panamericana de la Salud y del Ministerio de Salud.

Finalmente, el taller con medios de comunicación y representantes de clínicas privadas contó con la presencia de periodistas de prensa escrita, televisión y radio.

Técnicas

En los talleres para los grupos focales se solicitó a los participantes que identificaran y evaluaran: los problemas de salud que más afectan a la pobla-

ción y por los que sufre, se discapacita y fallece; las dificultades que enfrentan las personas cuando acceden a los servicios de salud en sus comunidades o ciudades; los servicios de salud que no utiliza la gente; las quejas más frecuentes sobre los servicios; la existencia o no de discriminación en la atención a las personas; los problemas de salud no atendidos por las CCSS.

Limitaciones para el estudio

Entre las limitaciones más evidentes para este tipo de análisis se encontró como significativo el hecho de establecer percepciones en momentos particulares cuando las personas consultadas tienen ciertas inclinaciones emocionales que permiten visualizar algunas cosas, pero, al mismo tiempo se ocultan otras. Posiblemente no fueron identificados todos los grupos de la población porque no fueron mencionados, así como tampoco fueron identificados todos los problemas de salud porque las personas no los ven o porque están en ellos todos los días. Tal es el caso del dengue, que no fue mencionado en Limón ni en Puntarenas, aun cuando en ese momento tenían el problema en sus comunidades. Es decir, hay un sesgo que depende de la subjetividad.

Otra limitación proviene de la falta de representatividad de ciertos sectores sociales y culturales de la población que no pueden expresarse por sí mismos y son otros los que lo hacen por ellos. Por ejemplo, si al taller no asisten jóvenes, la percepción de los problemas de salud de ese grupo lo indican los adultos que asisten, y lo mismo si no hay personas de otras etnias que puedan señalar sus propias percepciones respecto de los temas analizados.

2.2. Resultados

Principales problemas de salud

A continuación aparece un listado de las principales enfermedades identificadas por los grupos de trabajo y que afectan a la población de Costa Rica.

- * Trastornos mentales
- * Problemas nutricionales
- * Accidentes
- * Problemas materno-infantiles
- * Problemas osteomusculares
- * Cáncer
- * Enfermedades respiratorias
- * Enfermedades digestivas
- * Problemas genitourinarios
- * Enfermedades de transmisión sexual

Sectores de la población con necesidades específicas de salud identificados

Grupos por ocupación laboral

- * Adolescentes
- * Niños
- * Adultos mayores
- * Mujeres
- * Adultos
- * Inmigrantes (nicaragüenses y panameños)
- * Población en estado de pobreza
- * Personas con discapacidad
- * Grupos indígenas

Factores condicionantes de la salud

- * Cultura de la violencia que genera agresión, delincuencia y abuso sexual
- * Conductas no saludables, como situaciones riesgosas
- * Prácticas de exclusión, entre ellas, el abandono, la soledad, la discriminación y el rechazo
- * Limitaciones de los servicios de salud
- * Aspectos socioculturales generales
- * Transformación de la estructura familiar
- * Empleo
- * Educación
- * Pobreza
- * Falta de información

2.3. Análisis de la percepción de los problemas del servicio de salud

Entre las quejas y los problemas en la atención se mencionaron:

- * Mala atención en general
- * Largo proceso de espera para consulta y citas a largo plazo; falta de especialistas y especialidades en áreas de salud, y saturación de los servicios
- * Espacio físico inadecuado en términos de infraestructura, equipamiento y materiales
- * Poca información al paciente
- * Diagnóstico y tratamientos inadecuados
- * Falta de medicamentos y muchas veces son malos o no corresponden a la enfermedad
- * Preferencias, discriminación y falta de equidad de los servicios
- * Participación social restringida e inadecuada
- * Dificultad para el acceso

Los servicios no utilizados

- * Especialidades médicas
- * Servicios preventivos o de consejería
- * Exámenes especializados
- * Otros servicios de salud, como rehabilitación, planificación familiar, nutrición, servicios que presta el Centro de Desarrollo Social (Cedeso)
- * Modalidades alternativas de atención médica (medicina mixta, de empresa, atención domiciliar, libre elección)
- * Servicios de apoyo al asegurado (subsidios)
- * Falta de información y desconocimiento de los servicios por ignorancia de los usuarios
- * Insuficiente oferta de servicios de salud
- * Insatisfacción con los servicios, preferencia por atención privada
- * Cobertura desigual y no equitativa en el territorio nacional y distancia del servicio.

¿Existe discriminación en la atención de la Caja?

- * Sectores discriminados por prejuicios sociales o étnicos
- * Sectores discriminados por su padecimiento
- * Sectores discriminados según categoría de asegurado, edad, sexo o forma de uso del servicio de salud
- * Discriminación por falta de equidad en la distribución territorial de los recursos y por preferencias en la atención médica.
- * Problemas de salud no atendidos
- * Promoción y prevención
- * Laboral
- * Del ambiente
- * Odontológicos

Finalmente del análisis se deduce lo siguiente:

Tanto a escala de la CCSS como a nivel comunal predomina una visión de los problemas de salud todavía muy centrada en la enfermedad, a pesar de que se reconoce que existe una crisis en el sistema originada por esa visión.

Se reconoce que un amplio conjunto de problemas de salud tiene su origen en condiciones económicas, sociales y culturales que, si se superan, es posible reducir sustancialmente la demanda en los distintos niveles de atención. En este sentido, se pueden mencionar los problemas de estrés, todas las formas de malnutrición, baja autoestima, depresión, drogadicción y algunos otros cuya relación con condicionantes sociales no es tan directa.

Hay una percepción crítica del biologismo en la atención y la gestión del servicio, tanto por técnicos y profesionales de la Caja, como por los líderes comunitarios que reconocen que este modelo no es suficiente y que es un círculo vicioso porque, al no satisfacer la demanda, provoca que más población reclame servicios.

Se percibe que un vasto grupo de problemas de los servicios se origina, por un lado, en una demanda abultada por crecimiento poblacional, junto con el menor desarrollo de los servicios por escasez de recursos, heterogeneidad regional, ausencia de equidad en la distribución de los recursos; y, por otro lado, en problemas de intereses creados originados en esa misma situación, como los "biombos" en varias de las esferas de la atención médica y de laboratorios. Existe, en consecuencia, una pérdida de credibilidad del sistema que empeora las percepciones que existen sobre la CCSS.

Prevalece una necesidad de desarrollar conciencia tanto internamente en la CCSS como en las comunidades y espacios populares de respuesta social para la construcción de la salud ante los cambios del modelo de gestión de los servicios de salud.

Existe la percepción de que hay muy poca capacidad de resolución de problemas en el ámbito local.

La opción de enfocar los problemas de salud sin efectuar la relación entre sus causas y efectos inmediatos genera una visión algo estática de las percepciones acerca de los problemas de salud. Aun así, muchos participantes en los talleres plantearon un análisis más integral de la problemática e hicieron la referencia a condicionantes sociales, económicos y culturales.



IV. PROBLEMAS

IV. PROBLEMAS SELECCIONADOS E INTERVENCIONES PROPUESTAS

1. Lista de problemas

Con base en el análisis de la situación de salud, se definió la siguiente lista de problemas para la elaboración de la primera versión del Plan de atención a la salud de las personas, según se detalla a continuación:

En relación con promoción de la salud:

- Estilos de vida saludable
 - * Hábito de ejercicio físico
 - * Hábitos de alimentación saludable
 - * Promoción contra el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas

Según problemas y necesidades de salud más relevantes de acuerdo con magnitud, severidad, tendencia, percepción social y compromisos del sector y el país:

- Enfermedad cardiovascular y cerebrovascular
 - * Enfermedad isquémica del corazón
 - * Enfermedad cerebrovascular
 - * Hipertensión arterial
 - * Dislipidemias
- Diabetes mellitus
- Tumores
 - * Tumor maligno del cuello del útero
 - * Tumor maligno de mama femenina
 - * Tumor maligno de los bronquios y del pulmón
 - * Tumor maligno del estómago
 - * Tumor maligno de la próstata

- Enfermedades de las vías respiratorias
 - * Infecciones respiratorias agudas superiores
 - * Enfermedad crónica de las vías respiratorias inferiores
 - * Asma
- Salud mental
- Enfermedades emergentes y reemergentes
 - * Tuberculosis
 - * Dengue
 - * Malaria
- Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana, VIH/SIDA
- Enfermedad diarreica
- Salud materno-infantil
- Causas externas
 - * Accidentes de transporte
 - * Lesiones autoinfligidas intencionalmente
 - * Agresiones

Relacionados con problemas de servicios:

- Enfermedades inmunoprevenibles
 - * Sarampión, parotiditis Infecciosa y rubéola (SPR)
 - * Difteria, tétanos y tos ferina (DPT)
 - * Polio
 - * Haemophilus influenzae
 - * Hepatitis B
- Infecciones nosocomiales
- Salud bucodental
- Uso racional de fármacos

2. Lista de intervenciones propuestas para la atención de la lista de problemas

- * Promoción de estilos de vida saludables
- * Prevención, detección, atención y rehabilitación de las enfermedades del sistema circulatorio
- * Prevención, promoción, detección y atención de la diabetes mellitus y sus complicaciones
- * Prevención, detección, atención y tratamiento del cáncer de cuello de útero, mama, pulmón, estómago y próstata
- * Promoción, prevención, detección, atención, tratamiento y seguimiento oportuno del paciente con infecciones respiratorias agudas, asma, neumonía y enfermedad pulmonar obstructiva crónica
- * Promoción de la salud mental y abordaje integral de sus trastornos
- * Prevención, detección y atención al paciente con tuberculosis, dengue y malaria
- * Prevención, detección y atención al paciente con VIH/ SIDA
- * Promoción, prevención, control y atención de las enfermedades infecciosas intestinales
- * Atención integral a las mujeres en riesgo de embarazo, a las embarazadas y a los recién nacidos

- * Atención integral a la problemática por causas externas
- * Prevención de las enfermedades infecciosas inmunoprevenibles
- * Vigilancia, control, prevención y manejo oportuno de las infecciones nosocomiales
- * Atención integral de la salud bucodental
- * Uso racional, eficaz y eficiente de los recursos terapéuticos farmacológicos

Plan de Atención
a la Salud
de las
Personas

2001 - 2006

V. CONDICIONES

V. CONDICIONES GENERALES PARA LA IMPLANTACIÓN DEL PASP

Dentro de una nueva forma de planificar que demanda responder a las necesidades y a los problemas de salud de Costa Rica, el Plan de atención a la salud de las personas (PASP) constituye una herramienta que establece objetivos y metas para las intervenciones costoefectivas que, articuladas en torno a la prevención, la promoción, la equidad, la oportunidad de la atención y la calidad, contribuirán a la mejora de la salud de la población.

Sin embargo, el logro de dichos objetivos y metas dependen en gran medida de la coherencia con las políticas emanadas por el ente rector, con el modelo de atención propuesto y que se tome en cuenta una serie de condiciones generales para la implantación del PASP, que se describen a continuación.

Orientación de la prestación de servicios hacia las necesidades y problemas de salud: la detección de las necesidades y problemas de salud representa uno de los retos mayores para un sistema de salud; depende del conocimiento y adaptación al contexto social, político, epidemiológico y económico cambiante.

Distribución de recursos basada en las prioridades: Los efectos en salud son resultado de la relación entre los problemas y necesidades de salud, la distribución de los recursos y los servicios prestados, por lo que es necesario el privilegiar progresivamente las acciones preventivas y de promoción de la salud.

La efectividad de las intervenciones y la sostenibilidad ante la sociedad de la Seguridad Social dependen en gran medida de la equidad y la oportunidad con las que se brindan las intervenciones, características que no solo son éticamente necesarias para evitar las desigualdades, sino que, aunadas a la calidad técnica y a la de trato cálido y humano, son indispensables para el logro de resultados.

Evaluación tecnológica: los sistemas de salud tienen la imperiosa necesidad de responder a los problemas y necesidades de salud con los recursos asignados. La explosión tecnológica presenta un reto; de ahí la necesidad de incorporar a la prestación solamente aquellas intervenciones de eficacia probada, basadas en la evidencia científica y que permitan la utilización efectiva de los recursos

Por razones demográficas, epidemiológicas, tecnológicas y económicas se debe continuar con la profundización de la Estrategia de Atención Primaria dentro del modelo de atención, que implica el fortalecimiento

del primer nivel de atención, el cual, acercando los servicios a las poblaciones, contribuye a la disminución de disparidades en materia de prestación de servicios. Permite también el papel de filtro hacia los niveles especializados, la continuidad, longitudinalidad e integralidad de la atención a lo largo de la vida de las personas, desarrollando con ellas las diferentes actividades de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación. Potencia la comunicación, la coordinación y, por ende, la efectividad de los otros niveles de atención.

No es posible pensar ni en el largo ni en el mediano plazo en la efectividad de las intervenciones, ni en la sostenibilidad del sistema, ni en la optimización de la red de servicios si no se da una mejora substancial en su utilización racional. Ello implica una conciencia colectiva, sobre este aspecto, tanto por parte de los prestadores de servicios como de los usuarios del sistema; en suma: de la sociedad civil.

El conocimiento de que la salud es un producto social y de que el concepto de integralidad requiere realizar actividades, tareas e intervenciones de carácter intersectorial, demanda que la CCSS deba encontrar las fórmulas que permitan organizar conjuntamente y bajo la conducción del ente rector, de dichas actividades bajo una estrategia de acción intersectorial.

Los cambios organizativos y la implementación de planes estratégicos serán viables cuando se tome en cuenta el elemento esencial para el impulso de intervenciones que es el recurso humano, de manera que se deberá desarrollar un plan de formación, capacitación y adecuación del recurso humano acorde con las necesidades de salud.

VI. CONTENIDO

VI. CONTENIDO Y ORGANIZACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN A LA SALUD DE LAS PERSONAS

El resultado final de todo el proceso de elaboración se materializa y se sintetiza en el documento del PASP (2001-2006), en el que se plantean los diferentes productos resultantes de cada una de las fases.

De los 19 grupos de problemas de salud identificados como prioritarios en el análisis de la situación de salud de la población, esta primera etapa del PASP se enfoca en 11 de ellos, así como cuatro problemas de la gestión de los servicios de salud. Dado que el PASP parte de un modelo de atención integral, la definición de las intervenciones se ha realizado en un proceso que visualiza tanto la promoción de la salud como la prevención y la curación de la enfermedad, así como la rehabilitación. Por ello, se incorporan, adicionalmente, las intervenciones de promoción de la salud que permiten mejorar las condiciones generales de salud de la población y ayudan a reducir los riesgos de los problemas de salud enfocados en el Plan.

Para cada problema, se presentan sus características en cuanto a importancia a escala nacional (magnitud, tendencia y gravedad, vistos desde la morbilidad -consultas, egresos hospitalarios-, mortalidad, años de vida potencialmente perdidos, discapacidad), la comparación con respecto a otros países, los compromisos adquiridos tanto a escala nacional como internacional, la percepción social obtenida por medio del análisis cualitativo y los grupos de población específicos a los que afecta este problema.

Asimismo, para las intervenciones que se proponen, se señala el beneficio esperado según la evidencia encontrada en cuanto a efectividad, externalidades asociadas, el costo efectividad y, adicionalmente, se incorporan los costos de implementar esta intervención según la experiencia en otros países.

Posteriormente, se presenta la propuesta de implementación de la intervención con el objetivo y sus metas. La definición del objetivo para cada intervención no fue posible establecerla en términos del impacto esperado, dadas las limitaciones de la información y las dificultades para conocer la fracción impactable; sin embargo, se proponen las metas y mecanismos para lograr obtener la línea de base. Al igual que en el documento "Healthy People" 2000 y el Plan de Salud de Canarias, las metas se establecen en cuatro grandes grupos:

- * Reducción del riesgo, que incluye las metas relacionadas con acciones que permitan prevenir la enfermedad o, en su defecto, minimizar los riesgos de complicaciones y la muerte.
- * Mejoramiento de los servicios de salud, cuyas metas corresponden a la aplicación de las Guías de Atención (protocolización, normalización de los procesos de atención), tratamiento, organización, infraestructura (planta y equipo), referencia y contrarreferencia de pacientes.
- * Formación y capacitación del recurso humano, que comprende desde la formación del nuevo personal de salud en los centros de educación superior hasta la educación en servicio que se da en los establecimientos de salud.
- * Información e investigación, donde se establecen las metas que permitirán definir la línea de base para el próximo Plan, de modo que se pueda establecer el impacto que se desea obtener mediante la puesta en práctica de las intervenciones propuestas, al finalizar el período de vigencia del Plan. Asimismo, se señalan temas de interés institucional que permitirán una mejor prestación de servicios, tal como la evaluación de una nueva intervención o la medición del impacto de algún rubro en particular.

Precisamente porque la puesta en práctica de algunas intervenciones trasciende lo propuesto en un plan, se incorporan metas que permitirán la construcción de la factibilidad para que, a mediano plazo, los servicios se vayan preparando a fin de que puedan incorporar nuevas intervenciones o lograr la plena capacidad de aplicación.



VII. METAS

VII. METAS GENERALES

El Plan de atención a la salud de las personas ha identificado un grupo de metas, interrelacionadas entre sí, comunes a los diferentes problemas que se presentan en este documento y que, a la vez, se han organizado en las cuatro áreas mencionadas anteriormente.

Es oportuno aclarar que las metas que se presentan en este apartado, a diferencia de las otras establecidas en el documento, incluyen, además de su enunciado, las características que cada una deberá tener para que sean factibles.

Metas de reducción del riesgo

a. Durante el período de aplicación del PASP y a partir del año 2002, la CCSS fortalecerá los programas de divulgación, información y educación, en relación con la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, así como la detección temprana de las enfermedades y su tratamiento.

*Responsable: Gerencia Médica
en coordinación con la Dirección de Comunicación Organizacional*

Metas de mejora de la oferta de servicios

b. Al finalizar el año 2002, se habrá logrado elaborar y actualizar el conjunto de Guías de Atención Integral para los diferentes problemas y necesidades de salud presentados en el PASP.

* Los procesos de actualización y elaboración de las Guías deberán ser coordinados por una sola instancia que garantice no solo los aspectos metodológicos, sino también que sea un proceso sumamente participativo en cuanto a los diferentes niveles de complejidad, como también, de manera fundamental, a las diferentes instancias del nivel central.

* El diseño del proceso de implementación de las Guías deberá contar con una etapa claramente definida de monitoreo, evaluación y actualización de las diferentes etapas del proceso de formulación y puesta en práctica de las Guías.

- * Las Guías deberán incorporar los aspectos relativos al costo efectividad de las intervenciones y la mejor evidencia científica existente.
- * Las Guías deberán formalmente contar con el aval institucional y serán de aplicación obligatoria en los establecimientos de la CCSS.

Responsable: Dirección Técnica de Servicios de Salud en coordinación con las instancias a cargo de áreas específicas y las comisiones

c. Para el año de 2006 la CCSS, garantizará la operación efectiva de los mecanismos de referencia y contrarreferencia en toda la red de servicios, contribuyendo a la atención continua, oportuna, eficaz y de calidad de los usuarios.

Lo anterior implica que la Institución implementará un proceso permanente de control y evaluación del sistema de referencia y contrarreferencia a escala nacional, que garantice su adecuado funcionamiento.

Responsable: Gerencia Médica

d. Al finalizar el 2002 la CCSS, habrá elaborado el Plan Estratégico de Servicios de Salud (PESS) que permita la readecuación tecnológica de infraestructura y recurso humano necesaria en los diferentes niveles de complejidad para el desarrollo óptimo del PASP.

- * La adopción, readecuación y desarrollo del recurso humano, tecnológico y de la infraestructura, deberá hacerse considerando la costo-efectividad, sostenibilidad financiera, así como el acceso oportuno y equitativo.
- * Deberán quedar claramente establecidos los procesos que permitan la incorporación de nuevas tecnologías, así como los mecanismos que se deberán seguir para la exclusión de aquellas de ineficacia probada.
- * El mecanismo de construcción del PESS deberá incluir actividades e instancias organizativas que permitan la validación y legitimación, tanto interna como dentro de la sociedad costarricense y sus demás instituciones.

Responsable: Gerencia Modernización y Desarrollo en coordinación con las Gerencias Administrativa, Médica y Financiera

Metas de formación y capacitación del recurso humano

e. Al finalizar el primer semestre del año 2002, la CCSS habrá diseñado una estrategia que haga posible que, conforme a mecanismos de negociación, se incorpore en los programas de las carreras de personal de salud, en los diferentes centros y universidades, los contenidos del presente Plan.

- * Deberá quedar claramente definido el perfil del personal de salud que se requiere, el cual no solo dará atención a aspectos de destrezas, sino que lo hará en forma prioritaria, al conjunto de actitudes indispensables, como son la humanización y la calidez en la prestación de servicios.

- * Deberá incorporarse, dentro de la temática de la carrera, aspectos relacionados con los principios de la seguridad social, las características del sistema de salud costarricense, la ética, el trato, la atención al paciente y las Guías institucionales de Atención Integral.

- * La definición de dichos perfiles deberá ser participativa, considerando las necesidades que se expresan en los diferentes niveles de complejidad.

- * Para la contratación del personal de salud, la CCSS estará exigiendo los conocimientos y destrezas incorporados en los perfiles profesionales y técnicos previamente definidos.

Responsable: CENDEISS

f. Al finalizar el año 2002, la CCSS habrá establecido en todos los centros de salud los programas de educación permanente en salud, a los que quedarán incorporados los contenidos de este Plan.

- * En los contenidos deberá considerarse la Medicina Basada en Evidencias (MBE) la costo-efectividad de las intervenciones, la actualización sobre avances tecnológico y, de manera prioritaria, técnicas y metodologías para el mejoramiento de la relación comunidad, usuarios y prestadores de servicios, así como lo referente a ética y principios de la seguridad social.

- * La CCSS deberá evaluar y revisar experiencias tanto nacionales como internacionales en cuanto a metodologías de educación permanente, y privilegiar aquellas que impliquen un uso efectivo del tiempo.

- * Deberá darse seguimiento y evaluarse los diferentes programas de educación permanente tanto en su implementación como en el impacto logrado.

Responsable: CENDEISSS

Metas de necesidades de información e investigación

g. Para finales del año 2001, la CCSS contará con un plan actualizado de divulgación e información orientadas a la población, que contemple los diferentes problemas dentro del PASP

- * La elaboración del Plan deberá contar con el apoyo de los diferentes niveles técnicos de la institución involucrados, que permita la selección de mensajes y formas de transmisión costo-efectivas.
- * La información que se brinde tratará aspectos fundamentales tales como promoción de la salud, prevención de enfermedades, autocuidado, reducción del riesgo y uso racional de los servicios de salud, así como lo referente a principios de la seguridad social y deberes y derechos de la población.

- * La elaboración del Plan deberá contar con acciones de seguimiento y evaluación que permitan valorar el impacto logrado.

Responsable: Dirección de Comunicación Organizacional

h. Al finalizar el primer semestre del 2002, se tendrá una propuesta de un plan institucional de investigación que incluya, de forma prioritaria, las áreas y metas planteadas en el PASP

- * La agenda de investigación deberá ser coordinada por una sola instancia, responsable de la definición de

los criterios en relación con las metodologías de investigación, así como de los temas prioritarios.

- * Dicha propuesta deberá contar con los incentivos necesarios para su desarrollo, así como los recursos que permitan la introducción de la cultura de investigación, como medio del mejoramiento continuo, de autoevaluación y toma de decisiones.

- * La CCSS creará incentivos para que tanto su personal como otros centros de investigación, instituciones y personas interesadas, participen en el desarrollo de las investigaciones de los temas definidos como prioritarios.

- * Habrá coordinado con el Ministerio de Salud la creación de una base de datos sobre las diferentes investigaciones en materia de salud que se hagan en el país.

- * Se establecería una base de datos para las investigaciones realizadas internamente en la CCSS relacionadas con otras áreas de interés institucional.

- * Para el 2003, la CCSS habrá creado y reglamentado un fondo concursable de investigación que estimule tanto al personal de la institución como de otras instituciones o investigadores independientes a efectuar estudios sobre las prioridades definidas en el Plan.

Responsable: CENDEISSS
en conjunto con la Dirección Técnica de Servicios de Salud

i. Al finalizar el año 2006, se contará con un sistema de información institucional, que permita la integración de diferentes fuentes de datos para la identificación de morbilidad, discapacidad, mortalidad, y factores de riesgo por grupos de población afectados (sexo, etnia, edad y nivel socioeconómico), de costos, equidad en la prestación de los servicios.

- * La formulación de esta meta contempla la definición de una instancia responsable única del sistema de información de la CCSS, que deberá negociar y hacer este proceso participativo involucrando a los diferentes interesados en el sistema de información homogénea y veraz desde cualquier puesto de consulta.

- * Deberá garantizarse información válida, oportuna, actualizada, accesible y de calidad, que permita la toma de decisiones con base en la información.

- * Deberán fortalecerse prioritariamente, los mecanismos de recolección, manejo y análisis de información en el primer nivel de atención.

Responsable: Departamento de Información y Estadísticas de Salud en coordinación con otras instancias que manipulan información como el Sistema de Información Gerencial, Costos Hospitalarios, Departamento de Estadísticas de DAPE, y otros

VIII. DESCRIPCIÓN

VIII. DESCRIPCIÓN DE LOS PROBLEMAS DE SALUD Y SUS INTERVENCIONES

1. Estilos de vida

Los estilos de vida son uno de los determinantes más importantes de la salud de una población. Los problemas de salud comunes y aparentemente banales, son los precursores de problemas graves, deterioros irreversibles y muerte precoz³⁸. Tales problemas comunes se relacionan con hábitos culturales aprendidos (dieta, tabaco, otras drogas, sedentarismo, entre otros aspectos) y, por lo tanto, modificables.

En términos generales, una mejor condición de salud y un menor gasto en la atención de problemas de salud, se puede lograr con medidas básicas de promoción. La prevención primaria y la promoción son los medios realmente eficaces para evitar o reducir la mayor parte de los problemas de salud. Para poder hacer promoción de la salud son necesarias nuevas actitudes y conocimientos por parte de los prestadores de los servicios, pero, sobre todo, un nuevo tipo de relación con los usuarios de los servicios de salud. Hacer promoción de la salud significa ayudar a las personas a aprender y a aceptar la responsabilidad de su propio bienestar.

En la Conferencia de Ottawa, celebrada en Canadá en 1986, se plantea la más amplia visión sobre promoción de la salud, y se proponen cinco rubros estratégicos para su implementación:

- * Formulación de políticas públicas saludables
- * Creación de ambientes propicios
- * Fortalecimiento de la acción comunitaria
- * Desarrollo de aptitudes personales
- * Reorientación de servicios de salud

De acuerdo con lo que establece el Proceso de Reforma del Sector, es responsabilidad de la CCSS la prestación de servicios integrales de salud, con base en lo cual se retoma de la Conferencia de Otawa por parte del PASP el quinto rubro de reorientación de servicios de salud, con el fin de definir las intervenciones que el Plan propone.

Por su parte, los compromisos de gestión plantean la promoción de la actividad física tanto para las áreas de salud como para los hospitales.

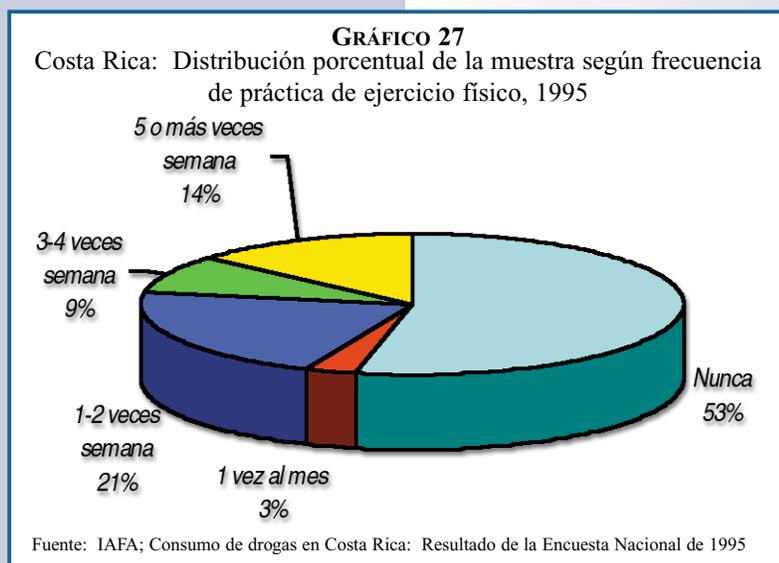
38 J. Tudor Hart en Zurro Martín y Pérez Cano; *Atención Primaria: Conceptos, Organización y Práctica Clínica*, Tercera Edición, Editorial Horcourt Brace, España, 1994, pág 327

En esta primera edición del Plan de atención a la salud de las personas, se toman tres aspectos relacionados con el estilo de vida: el hábito del ejercicio físico, alimentación saludable y la promoción contra el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas.

1.1. Hábito de ejercicio físico

Un nivel bajo de actividad física³⁹ incide en el aumento de la prevalencia de obesidad. En el caso de Costa Rica, de acuerdo con lo que señala el IAFA⁴⁰, solo un 22,3% de las personas realizan ejercicio físico; el grupo de 15 a 24 años es el que lo practica con mayor regularidad y tiende a disminuir esta actividad conforme aumenta la edad. El grupo de edad en que se reportó la frecuencia más baja de ejercitación física o la ausencia de ella fue en el de las personas de 30 a 50 años (41%).

El gráfico 27 muestra la distribución porcentual de la muestra, según la frecuencia de la práctica de ejercicio físico.



En el caso de la población estudiantil, se apunta que el 44,6% de los estudiantes de tercer grado, el 49,6% de sexto y el 54,7% de noveno año realizan una hora o menos de actividad física durante los días lectivos de la semana y en el caso de los fines de semana se observaron porcentajes similares (45,4%, 48,3% y 46%, respectivamente) con excepción del grupo de noveno año, que incrementa su actividad física los sábados y domingos⁴¹.

De acuerdo con una investigación realizada por la OPS en conjunto con la Universidad de Costa Rica, en la población de 15 a 25 años del área metropolitana se encontró que el 85,8% de los entrevistados veían diariamente televisión y que el promedio fue de 6,76 horas al día⁴²; estos resultados se suman a una alta variabilidad, con lo cual se supone que el tiempo que se dedica a ver televisión va en detrimento del tiempo que se otorga al ejercicio físico y otras actividades sociales.

1.2. Hábitos de alimentación saludable

Según lo que señala la Encuesta Nacional de Nutrición⁴³, Costa Rica muestra una mejora en el estado nutricional de su población preescolar durante el período de 1982 a 1996 con una disminución del 6,3% al 5,1% de la desnutrición de moderada y severa (peso/talla) y la reducción del 7,6% al 6,1% en el retardo en talla. No obstante, también se observó, en el mismo período, un leve aumento de la desnutrición aguda (peso/talla), pasando del 1,9% al 2,3%.

De acuerdo con el índice de masa corporal, se identificó que el 16,5% de los niños son delgados⁴⁴ y el 14,9% tienen sobrepeso, mientras que en las mujeres de 15 a 19 años de edad la prevalencia de bajo peso fue del 1,4% y de sobrepeso del 23,2%. Entre las mujeres de 20 a 59 años de edad, la prevalencia de obesidad aumentó de 39,7% en 1982 a 49,6% en 1996 y el déficit nutricional disminuyó de 16,6 a 8,2% en el mismo período⁴⁵.

39 Ejercicio físico definido como cualquier actividad física para la cual se dedica un mínimo de quince minutos por jornada, dos o más veces por semana, con intencionalidad orientada al mejoramiento de la salud o la estética corporal. En Programa Carmen; Situación de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles en Costa Rica. Costa Rica, Junio 1998, pág. 32.

40 IAFA, Departamento de Investigación; Consumo de Drogas en Costa Rica: Resultados de la Encuesta Nacional de 1995; San José, Costa Rica, 1996.

41 Ministerio de Educación Pública y Universidad de Costa Rica; Informe Nacional de Evaluación de la Salud Física de Estudiantes de Educación General Básica, Marzo, 1997; en Programa Carmen, Situación de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles en Costa Rica, Junio 1998, Pág. 32

42 Organización Panamericana de la Salud e Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad de Costa Rica; Algunas Características Psicosociales de la Juventud en la Región Metropolitana del Valle Central, San José, 1996, en Programa Carmen, Situación de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles en Costa Rica, Junio 1998, Pág. 33

43 Ministerio de Salud, Encuesta Nacional de Nutrición, Fascículo 1, San José, Costa Rica, 1996.

44 Clasificación: delgado < 5 percentil, Normal 5-85 percentil, Riesgo de obesidad > 85 percentil.

45 Ministerio de Salud, Encuesta Nacional de Nutrición, Fascículo 1, San José, Costa Rica, 1996

En cuanto a los micronutrientes, los resultados de la encuesta señalan que las anemias nutricionales continúan constituyendo un problema moderado de salud pública con una prevalencia del 27,9% en mujeres gestantes, el 26% en preescolares y el 18,9% en mujeres en edad fértil⁴⁶. La causa principal de la anemia fue la deficiencia de hierro: el 44,6% de las mujeres gestantes y el 24,2% de los preescolares tenían las reservas depletadas, seguida por la de folatos, con una prevalencia de deficiencia en mujeres de edad fértil del 24,7% y del 11,4% en los preescolares. Asimismo, en relación con las hemoglobinas anormales, la prevalencia a escala nacional fue del 3,1%.

Dado que la población consume sal con yodo y flúor, las deficiencias en estos micronutrientes no constituyen problema de salud pública, excepto en algunas poblaciones rurales, donde no se consume sal fortificada.

Se determinó que el 8,7% de los niños preescolares presentan hipovitaminosis A, pasando del 1,8% en 1981 al 8,7% en 1996, lo que significa un aumento de casi cinco veces.

El aporte calórico de las grasas en una dieta normal recomendado es del 25%; no obstante, en Costa Rica se incrementó del 20% en 1966 al 27,4% en 1996 en la población general, y es del 35% en los estratos socioeconómicos altos.

Sobre los niveles séricos de lípidos, la Encuesta Nacional de Nutrición de 1982 señaló que el 20% de la población con edades comprendidas entre los 20 y 59 años

tenía un nivel de colesterol superior a los 200 mg/dl, y el 10% de ella, cifras superiores a 240 mg/dl, por lo que se pueden catalogar como hipercolesterolémicos. No obstante, no se determinó la prevalencia de hipertrigliceridemia ni de factores protectores como el HDL-colesterol. Estudios realizados señalan que el 21,4% de la población adolescente muestra cifras de colesterol total mayores de 200 mg/dl y el 8,3% presenta niveles superiores a 130 mg/dl, situación que se considera riesgosa.

En cuanto al porcentaje de adecuación de consumo energético a escala nacional para 1996, fue del 91,5%; la zona rural tuvo un 101,6% mientras que la urbana tan solo el 86,4%. En relación con el consumo de proteínas, en forma general, es superior al 100%, mientras que el consumo de hierro, por el contrario, no satisface las recomendaciones dietéticas.⁴⁷

Sobre el consumo de fibra dietética, a pesar de que la recomendación sugiere que no debe ser inferior a 30 gramos al día, se reportan valores que oscilan entre 11 y 25 g. de consumo de fibra total en el costarricense.

1.3. Promoción contra el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas

Alcohol

El consumo de alcohol tiene para la sociedad costarricense enormes cargas en materia de salud, no solo por el impacto directamente derivado de la ingesta etílica, sino también por fenómenos estrechamente relacionados con ella, como es la violencia doméstica y los accidentes de tránsito.

En Costa Rica, el consumo per cápita de bebidas alcohólicas en la población mayor de 15 años durante 1996 fue de 54 litros⁴⁸.

La prevalencia de vida⁴⁹ de consumo de alcohol en Costa Rica, en el año 1995, fue del 62,3%, mientras que la incidencia⁵⁰ es de 120 consumidores por cada 1.000 habitantes⁵¹. En la población costarricense de décimo y undécimo años de educación secundaria, la incidencia es de 461 por 1.000⁵². Para el año 1996 se reportaron en el país 173 muertes asociadas directamente al consumo de alcohol, de las cuales el 83% fueron varones y el 17% mujeres, en edades comprendidas entre los 30 y 70 años para ambos sexos; las principales causas fueron daño hepático alcohólico no especificado y cirrosis. En ese mismo año, se reportaron 42.872 accidentes de tránsito, de los cuales el 5,3% (equivalente a 2.272 casos) fueron por ebriedad documentada del conductor, y el 0,5%, por ebriedad del peatón.

46 Op cit, fascículo 2

47 Ibi pág. 28

48 Instituto sobre alcoholismo y farmacodependencia. *Compilación sobre algunos indicadores de bebidas alcohólicas y drogas en Costa Rica, 1996*; San José Costa Rica, 1998, pág. 98

49 Prevalencia de vida: se refiere a la proporción de sujetos, con respecto a la muestra total que ha consumido alcohol u otra droga alguna vez en su vida.

50 Incidencia: se refiere al número de nuevos consumidores de alcohol en un período de tiempo determinado. Es la razón entre el número de individuos que experimentaron con alguna droga por primera vez en el año anterior a la aplicación del instrumento, y el total de la población a riesgo, entendida con la población no consumidora.

51 IAFA. Op cit. p 53

52 IAFA, *Consumo de Drogas en Costa Rica: Resultado de la Encuesta Nacional de 1995*, San José, 1996.

En cuanto a los servicios prestados durante 1996 en relación con problemas relacionados de alcohol y otras drogas, se tienen las siguientes estadísticas⁵³, con respecto al número de atenciones por servicios:

Servicio de urgencias IAFA	7.937
Consulta externa IAFA	6.248
Ocho Hogares Salvando al Alcohólico	1.428
Egresos hospitalarios CCSS	2.875

De los pacientes atendidos en el IAFA, el 84% fue por problemas relacionados con el consumo de alcohol; la mayoría (35%) fueron varones que pertenecían al grupo de edad de 30 a 39 años.

Los resultados de la Encuesta Nacional de 1995⁵⁴ indican que en opinión de los costarricenses de 12 a 70 años, en relación con el principal problema de salud del país, el alcoholismo ocupa el tercer lugar de importancia (7,4%).

Tabaco

Las implicaciones sociales, económicas y de salud del consumo de tabaco constituyen uno de los fenómenos más estudiados en la actualidad. Es un problema de salud pública en nuestro país, por el alto porcentaje de enfermedad y muerte asociado y por su impacto negativo sobre los servicios de salud. Su consumo masivo está condicionado por la aceptación, tolerancia social y por el efecto inductor y reforzador de la publicidad.

La carga global de enfermedad por concepto de consumo mundial de tabaco fue del 2,6% en 1990 y se espera que para el año 2020 alcance el 9%; causará la muerte a más personas que cualquier otra enfermedad⁵⁵. Solo en Latinoamérica se estima que ocurren 150.000 muertes al año ocasionadas por este problema.

En Costa Rica, la población de 12 a 70 años fumadora activa, según una encuesta de 1995, asciende a un 17% (prevalencia mes), de la cual un 81% son hombres y un 19%, mujeres.

La incidencia nacional de consumo de tabaco es de 22 por cada 1.000 habitantes (52.500 nuevos fumadores por año en el grupo de 12 a 70 años de edad)⁵⁶. Asimismo, el 35,2% de la población de 12 a 70 años ha fumado alguna vez en su vida tabaco, en comparación con el resto de Latinoamérica, donde la prevalencia de consumo de tabaco en población mayor de 12

años está entre el 32 y 57,2%, mientras que en Estados Unidos fue del 72,7% en el año 1990.

La edad promedio de inicio del consumo es a los 16,6 años y una de cada dos personas que inician el consumo mantiene el tabaquismo activo. Unido a lo anterior, el 50% de los fumadores no practica ningún ejercicio y, además, el consumo de tabaco está relacionado con la ingestión de bebidas alcohólicas.

Las defunciones asociadas con el consumo de tabaco en Costa Rica para el año 1996 fueron 1.331 personas⁵⁷, grupo en el cual las tres principales causas fueron la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), infarto agudo al miocardio y tumor maligno de bronquio y pulmón.

La Agencia de Protección Ambiental de los Estados Unidos clasifica el humo del tabaco como un carcinógeno humano tan peligroso como el asbesto, arsénico, benceno y el cloruro de vinilo. El humo del tabaco está constituido por partículas y gases de combustión que permanecen suspendidos en el aire y no pueden ser eliminados por los sistemas de ventilación comunes.

En cuanto a su importancia a escala internacional, se tiene que la prevalencia de tabaquismo mundial es del 33% para 1998⁵⁸, con ejemplos específicos, como España, con una prevalencia del 36% para 1997⁵⁹, mientras que en EUA el 24% de la población es fumadora⁶⁰.

53 IAFA. Complicación sobre Algunos Indicadores de Bebidas Alcohólicas y Drogas en Costa Rica 1996, San José, Costa Rica, 1998.

54 IAFA Departamento de Investigación, Consumo de Drogas en Costa Rica: Resultados de la encuesta Nacional de 1995, 1996

55 Murray CJ and López AD.; The Global Burden of Disease. Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank. En: Guía a sus Pacientes a un Futuro Libre de Tabaco: Taller para Capacitar Capacitadores. Cartago, Costa Rica, 11 y 12 de agosto 1999, IAFA, CCSS, MS, Proyecto Carmen, OPS.

56 IAFA, Departamento de investigación Consumo de Drogas en Costa Rica: Resultados de la encuesta Nacional de 1995, 1996

57 Instituto sobre alcoholismo y farmacodependencia, Compilación sobre algunos indicadores de bebidas alcohólicas y drogas en Costa Rica, 1996. San José Costa Rica, 1998, p 54

58 Federación Mundial de Asociaciones de Salud Pública, El Control Global del Tabaco. San José, CR, ACOSAP, 1998.

59 Grupo de expertos del PAPPS, Recomendaciones Preventivas Cardiovasculares. Aplicaciones prácticas del riesgo cardiovascular. Atención Primaria, 24(Supp 1), 66

60 Emmons Karen; Smokin Cessation and Tobacco Control: An Overview. Chest, December 1999, 116 (6): 490s.

Otras drogas

La prevalencia de consumo de otras drogas en Costa Rica, en 1996, fue

Marihuana	3,90%
Opiáceos	3,87%
Tranquilizantes	2,19%
Estimulantes	1,44%
Cocaína	0,89%
Crack	0,41%

El consumo de estas drogas, en 1996, generaron 17 muertes relacionadas directamente; sin embargo, el efecto más negativo de este fenómeno no es solo la carga de enfermedad y muerte asociada, sino todo el impacto social. En la Encuesta Nacional de 1995, el consumo de otras drogas se percibió entre la población de 12 a 70 años como el segundo problema del país (29,9%), después del costo de la vida (35,1%), y, entre la población de 12 a 14 años, como el primer problema (40,2 %).

Intervención: Promoción de estilos de vida saludables

Definición

Promoción y asesoría sobre hábitos de actividad física apropiada, alimentación saludable y contra el consumo del tabaco, alcohol y otras drogas, a la población atendida, con énfasis en los grupos prioritarios.

Las actividades de promoción constituyen una intervención de reorientación que requiere de cooperación intersectorial y que está asociada a la atención, sobre todo, de otros problemas de salud y la reducción del riesgo de adquirirlos.

En el caso del hábito del ejercicio físico, coadyuva con la reducción del riesgo

principalmente de tres problemas de salud: enfermedades del sistema circulatorio, enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, y trastornos mentales y del comportamiento.

La promoción del ejercicio físico otorga beneficios a toda la población. A su vez, como beneficio esperado se asocia al ejercicio físico, una reducción de la mortalidad por todas las causas. La efectividad se ha descrito en la reducción de la mortalidad por cardiopatías coronarias, hipertensión y diabetes mellitus no insulino dependiente. El impacto de la intervención en la salud es amplio, ya que actúa sobre uno de los determinantes de la enfermedad. Hay pruebas razonables para recomendar al individuo que inicie la práctica regular de una actividad física de intensidad moderada (recomendación tipo B)⁶¹ y se indica como recomendación tipo A para hipertensos, obesos y diabéticos.⁶²

En el caso de la promoción de hábitos de alimentación saludable, están asociados a la reducción del riesgo de las enfermedades del sistema circulatorio, las endocrinas, nutricionales y metabólicas, a los tumores en general, pero principalmente el tumor maligno de colon, complicaciones durante el embarazo y osteoporosis, por lo que se dirige a grupos de población específicos donde se espera mayor impacto, tales como adultos mayores, adolescentes, niños, mujeres embarazadas, mujeres que amamantan, pacientes diabéticos y pacientes hipertensos. Sin embargo, toda la población percibe beneficios con las prácticas de hábitos saludables de alimentación.

Asimismo, los hábitos de alimentación saludables tienen un amplio impacto sobre la salud, ya que actúa sobre determinantes base, existiendo pruebas razonables para incorporar el asesoramiento nutricional general (recomendación tipo B)⁶³. Por ejemplo, la reducción del consumo de grasas (sobre todo saturadas) y de colesterol conlleva una disminución de la incidencia de enfermedad coronaria sintomática. La restricción del consumo de sodio podría reducir la incidencia de hipertensión y no tiene efectos adversos graves. El aumento de las fibras en la dieta mejora la motilidad intestinal y podría reducir la incidencia de cáncer de colon.

Dado que en salud carece de importancia el diferenciar las drogas en legales e ilegales, la asesoría que se brinde incluye el consejo, el material informativo y el seguimiento contra el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas. La promoción contra el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas está asociada a hacer frente a los problemas de salud como las enfermedades del sistema circulatorio; tumor maligno de bronquios y pulmón, boca, esófago, laringe, faringe, páncreas, vejiga, otros; enfermedades del sistema respiratorio; enfermedades del sistema digestivo; trastornos mentales y del comportamiento; mortalidad perinatal, complicaciones durante el embarazo, retardo en el crecimiento intrauterino, y causas externas, tales como los accidentes y la violencia.

61 Organización Panamericana de la Salud, *Prevención Clínica: Guía para Médicos*; Publicación científica No. 568, Washington DC, USA, 1998-

62 US Preventive Service, *Guide to Clinical Preventive Services, Task Force*, 2nd ed, Alexandria, VA, International Medical Publishing, Inc. 1996.

63 OPS; *Prevención Clínica*, Washington, USA, 1998, pág. 187

Se espera que esta actividad tenga mayor impacto en algunos grupos de población, tales como escolares de 7-9 años, adolescentes, mujeres embarazadas, mujeres que amamantan, pacientes con factores de riesgo cardiovascular y personal institucional. Sin embargo, en cuanto al beneficio esperado asociado a este asesoramiento, se tiene que la educación en población escolar produce una disminución de la prevalencia de tabaquismo de acuerdo con la experiencia en Estados Unidos entre el 25% y el 60%, asociado a un folleto informativo y aviso de seguimiento.⁶⁴

Se produce, además, una cesación del 6% al 9% al año, por consejo médico o del personal de salud y con la prohibición del fumado en lugares públicos; en EUA disminuyó del 4% a 10% el consumo de tabaco.⁶⁵

La terapia de comportamiento asociado al uso del chicle de nicotina produce un 23% de abstinencia al año de su utilización, mientras que la terapia de comportamiento asociada al uso de parches de nicotina produce un 22% de abstinencia, pero su eficacia no está demostrada si se utiliza por más de 8 meses.

La consejería como programa de ayuda al fumador produce una cesación del 18% a los 3 años. La consejería individual produce entre el 3% y el 7% de cesación al año, mientras que la grupal es del 8% al 25% al año (resultados regulares).

Los sustitutos de nicotina (chicles y parches) son útiles para los fumadores dependientes que han intentado dejarlo más de una vez y han presentado un síndrome de abstinencia importante en los primeros 15 días posteriores, con un 18% de abstinencia a los tres años.

Sobre externalidades, se puede decir que la disminución de la morbilidad y mortalidad por causas externas: accidentes de tránsito, suicidios, homicidios, lesiones, accidentes laborales, etc. se asocian con la reducción del consumo de alcohol y otras drogas; asimismo, la disminución de la exposición al humo en fumadores pasivos⁶⁶.

En relación con el costo-efectividad de la intervención, la consejería médica más el uso de los parches de nicotina es la actividad más costo-efectiva (8,1%)⁶⁷. La consejería médica más el uso de los chicles de nicotina tienen una costo-efectividad intermedia (6,7%).

Objetivo de la intervención

Contribuir al incremento de la adopción de hábitos de actividad física, alimentación saludable y no consumo de tabaco, alcohol y otras drogas en la población de Costa Rica.

Metas de reducción del riesgo

1. Al finalizar el año 2003, se habrá presentado a los tres poderes del Gobierno una propuesta para la discusión sobre el establecimiento de impuestos especiales al tabaco y el alcohol, que coadyuven al financiamiento de los servicios de salud que presta la CCSS y, a la vez, contribuya a reducir el consumo.
2. Al finalizar el año 2006, todas las mujeres embarazadas recibirán consejo contra el consumo de tabaco, alcohol y/u otras drogas, sobre todo, durante el período de gestación y lactancia.
3. Al finalizar el año 2006, se habrá presentado a los tres poderes del Gobierno una propuesta para la discusión sobre la prohibición de la propaganda del tabaco y alcohol.
4. Al finalizar el año 2006, los establecimientos de salud habrán ejecutado acciones de promoción contra el consumo del tabaco, alcohol y otras drogas en el 90% de los establecimientos educativos de su área de atracción.

Metas de mejora de la oferta de servicios

5. Al finalizar el año 2002, los establecimientos de salud de la CCSS habrán incorporado lo referente a la promoción del ejercicio físico, alimentación saludable y el asesoramiento contra el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, en sus programas de educación permanente de su personal de salud.

64 Emmons, Karen, *Smoking Cessation and Tobacco Control: An overview*, Chest, December, 1999, 116(6): 490s

64 WHO. National Cancer Control Programmes. *Policies and Managerial Guidelines*. Geneva. 1995

65 World Bank. *Development in Practice. Curbing the Epidemic Governments and Economics of Tobacco Control*, Washington D.C. 1999. Pag. 49, 53.

66 US Preventive Service, *Guide to Clinical Preventive Services, Task Force*, 2nd ed, Alexandria, VA, International Medical Publishing, Inc. 1996.

67 Plans, P et al, *Coste efectividad de los métodos de cesación tabáquica*, Medicina clínica, 104:

6. Al finalizar el año 2002, se habrá puesto en marcha la ejecución de los "Lineamientos Estratégicos para Disminuir el Consumo de Tabaco en la Sociedad Costarricense"⁶⁸.

7. Al finalizar el año 2003, se contará con el material didáctico para uso en las actividades de motivación sobre el hábito del ejercicio físico, alimentación saludable y contra el consumo del tabaco, alcohol y otras drogas.

8. Al finalizar el año 2004, los establecimientos de salud contarán con los insumos necesarios para la puesta en práctica de las actividades de motivación contra el consumo del tabaco, alcohol y otras drogas.

9. Al finalizar el año 2006, los establecimientos de salud de la CCSS, habrán ejecutado acciones permanentes de motivación sobre el ejercicio físico y alimentación saludable y de consejería contra el consumo del tabaco, alcohol y otras drogas.

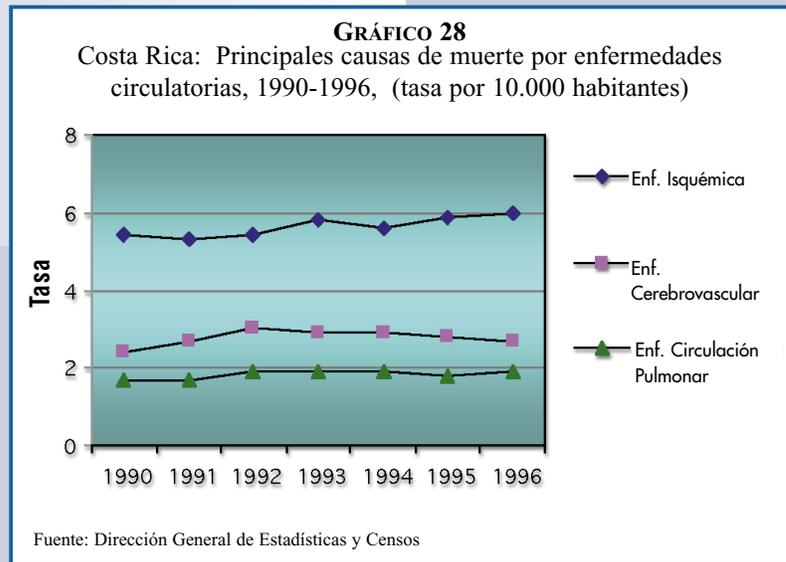
10. Al finalizar el año 2006, los establecimientos de salud de la CCSS habrán implementado el Plan Institucional de Promoción de la Salud⁶⁹ en lo referente a la promoción del ejercicio físico, hábitos de alimentación saludable y la asesoría contra el consumo del tabaco, alcohol y otras drogas, mediante la incorporación en el plan estratégico local.

11. Al finalizar el año 2006, los establecimientos de salud habrán implementado acciones de motivación contra el consumo del tabaco, alcohol y otras drogas en el 10% de los centros de trabajo dentro de su área de atracción

2. Enfermedad cardiovascular y cerebrovascular

Las enfermedades cardiovasculares incluyen un grupo de afecciones del aparato circulatorio, entre las que se destacan la enfermedad isquémica del corazón, la enfermedad cerebrovascular y la enfermedad hipertensiva. Las dos primeras constituyen las causas de morbilidad y mortalidad circulatoria más frecuentes y comparten, junto con la enfermedad hipertensiva y la aterosclerosis, factores de riesgo comunes que pueden ser identificados tempranamente y sobre los cuales se puede intervenir favorablemente, lo que facilita su prevención y control⁷⁰.

Los grupos de población específicos afectados⁷¹ incluye a diabéticos, hipertensos, dislipidémicos y tabaquistas, así como personas con dieta rica en sal, colesterol y grasas saturadas, sobrepeso, sedentarias, con antecedentes familiares de cardiopatías, hombres mayores de 40 años, mujeres posmenopáusicas, embarazadas y puérperas. Otros factores como drogas, estrés y tipo de personalidad también se postulan.



68 Comisión Institucional Contra el Consumo de Tabaco, Lineamientos Estratégicos 1999 - 2002, para disminuir el Consumo de Tabaco en la Sociedad Costarricense, CCSS, San José, Costa Rica, 1999.

69 Caja Costarricense de Seguro Social, Gerencia de Modernización y Desarrollo; Plan Institucional de Promoción de la Salud, San José Costa Rica, 1999.

70 Organización Panamericana de la Salud, La Salud en las Américas, edición de 1998, Washington, D.C.: OPS, 1998-2v. (OPS. Publicación Científica; 569), volumen I pag 168.

71 Tierney, Lawrence M. et al. Diagnóstico Clínico y Tratamiento. 34ta. Ed. México: Manual Moderno, 1998. Pág. 355.

En Costa Rica no se cuentan con datos para calcular la incidencia ni la prevalencia de estas patologías. Las enfermedades del sistema circulatorio fueron responsables, como grupo de 12.569 defunciones en el trienio 1995 a 1997, con una tasa general de mortalidad de 119,9 por 100.000 habitantes⁷² (primera causa de muerte). Tercer lugar como causal de AVPP, tanto en los hombres (22.219 años) como en las mujeres (40.470 años) para 1996.⁷³

Para 1997, la enfermedad isquémica del corazón y la cerebrovascular, presentaron tasas de 55,8 y 26 fallecidos por cada cien mil habitantes, respectivamente⁷⁴.

Las enfermedades del sistema circulatorio constituyeron la decimotercera causa de consulta externa y la decimocuarta causa de hospitalización en la CCSS para 1997⁷⁵. Para el mismo período, en egresos masculinos las enfermedades del sistema circulatorio fueron la cuarta causa⁷⁶.

La enfermedad hipertensiva es conocida como "el asesino silencioso" y sigue siendo un factor de riesgo mayor para enfermedades isquémicas del corazón, enfermedades cerebrovasculares e insuficiencia cardiaca.

Los años de vida potencialmente perdidos ascienden a 1.833 para el año 1998 por enfermedades hipertensivas, cifra que ha aumentado en relación con los años precedentes en los últimos doce años⁷⁷.

La prevalencia de la hipertensión arterial aumenta con la edad, con énfasis en los mayores de 60 años^{78,79}, y afecta especialmente a grupos de población tales como hombres, mujeres posmenopáusicas, personas negras, personas con historia familiar de cardiopatía, las mujeres menores de 65 años y hombres menores de los 55, consumidores excesivos de sal, consumidores excesivos de proteínas, personas con sobrepeso, sedentarias, diabéticas, dislipidémicas, alcohólicas, tabaquistas, embarazadas.

En cuanto a causas de consulta externa la hipertensión arterial, en ambos sexos, fue el primer motivo de consulta, después de los 45 años⁸⁰ y la octava causa de consulta en los servicios de emergencia, para 1996⁸¹. En urgencias produjo 34.407 consultas en el año 1997.

Los niveles altos en colesterol son un factor de riesgo mayor para enfermedades isquémicas del corazón, que puede ser modificado.

La prevalencia de lipidemias por cantones oscila entre el 8,7% y el 17,4%, afectando al 20% del grupo etario de 20 a 59 años (1982)⁸². La mortalidad por esta causa está asociada a la enfermedad isquémica del corazón. No se cuentan con datos específicos de consulta externa, hospitalizaciones ni de urgencias debidas a las dislipidemias⁸³.

Las dislipidemias afectan a grupos de población específicos, tales como personas con sobrepeso, hipotiroideas, diabéticas, con antecedentes familiares de esta enfermedad, que utilizan estrógenos (solo en susceptibles) e hipertensas⁸⁴.

Intervención: Prevención, detección, atención y rehabilitación de las enfermedades del sistema circulatorio

Definición

Prevención, detección y atención de la hipertensión arterial y las dislipidemias, así como tratamiento oportuno y seguimiento de las personas con enfermedades cerebrovasculares y enfermedades isquémicas del corazón.

El primer nivel de atención realizará el tamizaje⁸⁵ y la detección oportunista,⁸⁶ mientras que el segundo y tercero llevarán a efecto solo la detección oportunista. El tratamiento se realizará con énfasis en el primer nivel con apoyo del segundo y tercer nivel.

72 Gerencia de Modernización y Desarrollo, Equipo Elaborador del Plan de Atención a las Personas (PASP). *Análisis Cuantitativo de la Situación de Salud de Costa Rica*. CCSS, 1999. Pág. 44.

73 CCSS, Sección de Información Biomédica; *Cambios en la Morbilidad y la Mortalidad por Edad y Sexo en Costa Rica: 1987, 1992 y 1997*; Serie Estadísticas de la Salud No. 8 B; Costa Rica, julio 1999

74 Idem, págs. 46

75 Idem, pág. 24.

76 Idem. Pág. 33 y 34.

77 Quesada Castro, Rodolfo. *Tendencia de la Mortalidad y Medición de los Años de Vida Potencialmente Perdidos, 1990-1994-1999*. San José, CR.:CCSS/ Dirección Actuarial, 1999.

78 Joint National Committee on Prevention, *Detection, evaluation, and Treatment of high Blood Pressure*. The Sixth Report. Archives of International Medicine. 1997, November, 157: 2421-2423.

79 Woodley Michele y Whelan, Alison. *Manual de Terapéutica Médica*. 8ed. México, DF: Masson, 1994.

80 Idem, pág. 27.

81 Idem, pág. 29.

82 Ministerio de Salud de CR. *Encuesta Nacional de Nutrición*. San José, Costa Rica., 1982.

83 Jiménez Montero, J.G. *Intervención Nutricional y Farmacológica en Pacientes Dislipidémicos*. Revista Costarricense de Ciencias Médicas. 1997, Diciembre; 18(4):29-30.

84 Littler, John y Momany, Timothy. *Manual de Medicina Familiar*. 1ed. Madrid: Mosby, 1993

85 Ver glosario.

86 Ver glosario.

El tratamiento antihipertensivo adecuado tiene el potencial de disminuir en un 42% el riesgo de accidente vascular cerebral y en un 14% el riesgo para enfermedad isquémica del corazón.⁸⁷

La hipertensión arterial se describe como uno de los más importantes factores de riesgo modificables para enfermedad cardiovascular, por lo que se deduce que a través de su intervención es posible impactar en la mortalidad por esta enfermedad⁸⁸.

El tamizaje periódico de hipertensión está indicada en todas las personas mayor de 20 años, constituyendo una recomendación tipo A⁸⁹. El intervalo óptimo para el tamizaje no ha sido determinado; sin embargo, se recomienda realizarlo cada dos años.

El intervenir sobre las dislipidemias contribuye a la intervención sobre la enfermedad cerebrovascular y la enfermedad isquémica del corazón.

Las reducciones del 10% en el colesterol se acompañan de una disminución de enfermedad isquémica del corazón entre un 19% y un 34%.⁹⁰ La reducción del colesterol origina una disminución promedio del 24% en el número de infartos no fatales y del 14% en la mortalidad por infarto del miocardio⁹¹.

Los estudios con lovastatina sugieren una reducción del 31% en la incidencia combinada de infarto del miocardio y muerte coronaria, en hombres de mediana edad y con cifras medias de colesterol de 272 mg/ dl, y del 37% en el riesgo de un primer episodio coronario, definido como infarto del miocardio fatal o no fatal, angina inestable o muerte súbita, respectivamente⁹².

El tamizaje periódico del colesterol sanguíneo, en ayunas o no, es una recomendación tipo B para todo hombre de 35 a 65 años y mujeres de 45 a 65 años, asintomáticos (as)⁹³.

No hay suficiente evidencia para recomendar el tamizaje rutinario en personas mayores de 65 años asintomáticas y sin factores de riesgo para enfermedad coronaria (HTA, DM, fumado, etc).

Por otro lado, si se trata de personas mayores de 65 años sintomáticas o portadoras de factores de riesgo para enfermedades del sistema circulatorio, se debe considerar realizar el examen de colesterol sanguíneo como tamizaje.

No hay suficiente evidencia para recomendarlo como tamizaje rutinario (recomendación tipo C) en niños, adolescentes ni adultos jóvenes, excepto que haya antecedentes documentados de dislipidemia familiar o muerte prematura por enfermedad coronaria en parientes de primer grado.⁹⁴

Basándose en la información disponible en cuanto a costo efectividad y la recomendación basada en evidencia, se considera que la opción factible es la de detección oportunista.

En los últimos veinte años, la tasa de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio ha descendido espectacularmente en los Estados Unidos. Para todo el grupo de enfermedades del sistema circulatorio la disminución ha sido del 46%, un 51% para enfermedades coronarias y un 60% por accidente vascular cerebral, debido a las intervenciones llevadas a cabo (promoción del ejercicio, promoción de hábitos alimentarios saludables y asesoramiento contra el consumo de tabaco). El énfasis para el control de este grupo de enfermedades debe ir dirigido a intervenciones de promoción y prevención; sin embargo, una vez ocurrido el evento, la atención oportuna es la intervención.

El beneficio esperado con la realización de la intervención está relacionado con las consecuencias que la enfermedad produce: discapacidad física, intelectual, depresión y pérdida de la independencia. El manejo temprano y oportuno disminuye las consecuencias de la enfermedad, los gastos financieros y evita o reduce el estrés familiar y emocional.

Objetivo de la intervención

Contribuir a mejorar la salud cardiovascular y la calidad de vida mediante la prevención, detección y tratamiento de los factores de riesgo; detección temprana y tratamiento de los infartos del miocardio y accidentes cerebrovasculares, y prevención de la recurrencia de eventos cardiovasculares.

87 U.S. Department of Health and Human Services. *National Health Promotion and Disease Prevention Objectives: Healthy People 2000, Review 1997*. Maryland, USA: Centers for Disease Control and Prevention / National Center of Health Statistics, 1997

88 Grupo de Expertos del PAPPs. *Recomendaciones Preventivas Cardiovasculares: Aplicaciones Prácticas del Riesgo Cardiovascular*. Atención Primaria. 24 (Sup 1): 66.

89 United States Preventive Services Task Force. *Guide to Clinical Preventive Services*. 2nd ed. Alexandria, Va., USA: International Medical Publishing, Inc., 1996.

90 Russow JE; *The effects of lowering serum cholesterol on coronary heart disease risk*; Metanalysis. Medical Clinics of North America. 1994; 78: 181-195.

91 Shepherd J et al; *Prevention of Coronary Heart Disease with Pravastatin in Men with Hypercholesterolemia*; New England Journal of Medicine; 1995; 333: 1301 - 1307.

92 Downs, GR et al. *Primary prevention of acute coronary events with lovastatin in men and women with average cholesterol levels: results of the AFCAPS/TEXCAPS*. JAMA. 1998; 279: 1615-1622.

93 Stephen, Morris et al. *Strategies for the Management of Hypercholesterolaemia: a Systematic Review of the Cost-Effectiveness Literature*. Journal of Health Service Research and Policy, October, 1997; 2(4)241.

94 United States Preventive Services Task Force. *Guide to Clinical Preventive Services*. Segunda edición, Editorial Alexandria, Va., USA: International Medical Publishing, Inc., 1996.

Metas de reducción del riesgo

- 12.** Al finalizar el año 2006, la cobertura del tamizaje por hipertensión arterial en la población de 20 años y más será de al menos el 70% (línea de base 54% cobertura al 2001).
- 13.** Al finalizar el año 2006, la cobertura de tamizaje por dislipidemia, en la población de 35 a 65 años que presente factores de riesgo y que asista a los servicios de salud, será al menos del 90%.

NOTA: Véanse metas relacionadas con estilos de vida.

Metas de mejora de la oferta de servicios

- 14.** A partir del año 2002, la CCSS asegurará la disponibilidad de medicamentos para las enfermedades del sistema circulatorio en toda la red de servicios.
- 15.** Al finalizar el año 2003, el 100% de los esfigmomanómetros con que cuentan todos los servicios de la CCSS, serán idóneos⁹⁵ y estarán debidamente calibrados.
- 16.** Al finalizar el año 2003, se habrán definido las estrategias más adecuadas para la puesta en práctica de la asesoría nutricional y psicológica, para los pacientes con riesgo o en riesgo de problemas cardiovasculares y cerebrovasculares, en el primer nivel de atención.
- 17.** Al finalizar el año 2004, la CCSS garantizará el acceso oportuno del primer nivel de atención a los exámenes de laboratorio y gabinete, así como a los especialistas de referencia para las enfermedades del sistema circulatorio.
- 18.** A partir del año 2006, los servicios de salud de la CCSS habrán otorgado el tratamiento a no menos del 75% de los hipertensos y dislipidémicos detectados, según lo establecen las Guías de Atención.
- 19.** Al finalizar el año 2006, al menos el 40% de los hipertensos y dislipidémicos tratados mantendrán cifras adecuadamente controladas.⁹⁶
- 20.** A partir del año 2006, los hospitales de referencia habrán incorporado la prestación de servicios de rehabilitación para los pacientes con enfermedades del aparato circulatorio.
- 21.** Al finalizar el año 2006, el 90% de las referencias y contrarreferencias, de pacientes hipertensos, hechas dentro de la red de servicios, se habrán realizado de acuerdo con los criterios definidos en las Guías de Atención.

Metas de necesidades de información e investigación

- 22.** Al finalizar el año 2003, la CCSS contará con estudios y estrategias de mejora continua sobre la calidad de la respuesta de su red de servicios para la atención de pacientes con problemas cardiovasculares agudos.

3. Diabetes mellitus

Aproximadamente el 4% de la población adulta en el mundo padece de diabetes (135 millones)⁹⁷. EUA, Canadá, Argentina, Brasil y Chile cuentan con prevalencias que fluctúan entre el 5% y el 7%, mientras que el Caribe y la ciudad de México poseen tasas hasta de un 14%. Mundialmente se calcula un aumento progresivo de la prevalencia de esta enfermedad y se estima que se pasará de 135 millones de personas afectadas en 1995 a 300 millones en el 2025⁹⁸.

La prevalencia de diabetes mellitus en el país se estimó en un 4,6% para el año 1995^{99,100}, y en un 5% en el año 2000, y se espera que ascenderá a un 7% en el 2025. La tasa de mortalidad es del 128 por 100.000 personas (440 muertes en 1996), con un total de 6.890 de años de vida perdidos en 1998.

La diabetes mellitus afecta a grupos de población específicos, incluyendo obesos (índice de masa corporal IMC > 27 kg/m²), sedentarios, parientes de primer grado diabéticos, embarazadas, madres de productos macrosómicos, niños con esta condición, intolerantes a los carbohidratos, dislipidémicos (HDL colesterol < 35 mg/dl o triglicéridos > 250 mg/dl), hipertensos y personas mayores de 45 años.¹⁰¹

95 De acuerdo a la evaluación de los diferentes esfigmomanómetros realizada en las Guías de Atención.

96 De acuerdo a definición en las Guías de Atención en Salud

97 King H., Aubert et al. Global Burden of Diabetes, 1995-2025. Diabetes Care. 1998; 21:1414-1431.

98 OPS-OMS, La Diabetes Mellitus en las Américas. Washington, D.C.: OPS, 1999.

99 CCSS, Cambios en la Mortalidad por Sexo y Edad. San José, CR.: CCSS / Dirección Técnica de Estadística. No. 8B, Julio 1999.

100 King, Hilary et al. Global Burden of Diabetes, 1995-2025. Diabetes Care. September, 1998; 21(9): 1427.

101 The Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. Report of the Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. Diabetes Care, 21(supp 1), January 1998; S5-S19

Las consultas externas por diabetes mellitus alcanzaron un total de 306.128 en 1997, mientras que las consultas de urgencias en 1996 fueron de 22.021; los egresos hospitalarios ascendieron, en 1997, a 4.779, lo que determina un costo aproximado de atención hospitalaria de 210 millones de colones en 1995¹⁰².

Intervención: Prevención, promoción, detección y atención de la diabetes mellitus y sus complicaciones

Definición

Prevención, promoción, detección de la diabetes mellitus; así como tratamiento oportuno y seguimiento de las personas diabéticas y sus complicaciones.

De acuerdo con lo señalado en Healthy People 2010, las oportunidades para enfrentar los retos de la diabetes mellitus, descansan en cuatro puntos de la transición de la historia natural de la enfermedad y las intervenciones preventivas que apuntan a ellas: prevención primaria, tamizaje y detección temprana, acceso y calidad del cuidado (prevención secundaria y terciaria)¹⁰³

Los puntos de transición y las intervenciones en salud pública asociadas, son las siguientes:

Punto de transición 1: De no diabético a diabetes presente (aunque no ha sido reconocida). Intervención: prevención primaria.

Punto de transición 2: De diabetes no reconocida a diabetes reconocida, pero sin control provisto. Intervención: tamizaje/detección temprana.

Punto de transición 3: De diabetes sin atención a diabetes con atención. Intervención: Acceso.

Punto de transición 4: De atención inadecuada a atención adecuada. Intervención: Atención de calidad (prevención secundaria y terciaria; por ejemplo, control glicémico y de las complicaciones diabéticas).

En los adultos, con excepción de las mujeres embarazadas, la prevención primaria en lugar del tamizaje puede ser un medio importante de prevención de la diabetes y sus complicaciones. Entre los muchos beneficios del ejercicio y la reducción de peso están, por ejemplo, la mejora en la tolerancia a la glucosa, la reducción de la obesidad como factor de riesgo importante para diabetes, así como para otras enfermedades crónicas. Este hábito saludable está ampliamente recomendado, aun en ausencia de diabetes: los pacientes deben de ser motivados a adoptar este comportamiento, independientemente del tamizaje por diabetes¹⁰⁴.

La evidencia para recomendar o no el tamizaje rutinario por diabetes mellitus, en pacientes no embarazadas, es insuficiente (recomendación C). Aunque la evidencia del beneficio de detección temprana no está disponible para ningún grupo, el clínico puede decidir tamizar personas seleccionadas, con riesgo elevado de diabetes tipo 2, que incluye, entre otros, mujeres y hombres obesos mayores de 40 años y pacientes con fuerte historia familiar de esta enfermedad¹⁰⁵.

La medida de la glicemia en ayunas está recomendada por los expertos como el examen de tamizaje de elección; su frecuencia se deja a criterio del clínico¹⁰⁶.

La educación a pacientes diabéticos es, en general, visualizada como efectiva y económica, en la prevención de las complicaciones de la diabetes. Un paciente informado y motivado es esencial en el manejo de la enfermedad y la reducción del riesgo de las complicaciones (por ejemplo, úlceras de los miembros inferiores, hipoglicemias e hipertensión)¹⁰⁷.

La nutrición inadecuada, obesidad y la falta de actividad son considerados factores de riesgo significativos para desarrollar diabetes tipo 2. Los componentes de nutrición, peso y actividad física son particularmente críticos, tanto en el manejo de la glicemia como en el control de la presión arterial y de los lípidos, en los diabéticos. Estos componentes se correlacionan muy de cerca con la habilidad para el control de las complicaciones tanto microvasculares como macrovasculares de esta enfermedad¹⁰⁸.

Las personas diabéticas experimentan una mortalidad de dos o cuatro veces mayor que las personas no diabéticas, especialmente por enfermedad cardio-

102 Ministerio de Salud / INCIENSA.. *Situación de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles en Costa Rica*. 1ed. San José, CR.:

103 U.S. Department of Health and Human Services, *Healthy People 2010* (Conference Edition, in Two Volumes). Washington, DC: January 2000. capítulo 5 Diabetes.

104 Canadian Task Force on the Periodic Health Examination, *The Canadian Guide to Clinical Preventive Health Care*, Minister of Supply and Services Canada 1994, section 7, metabolic / nutritional disorders, chapter 50, screening for diabetes mellitus in non-pregnant adult.

105 USA, Preventive Services Task Force, *Guide To Clinical Preventive Services*, Second Edition, 1996 Editorial Alexandria , Report Of The U.S. U.S. Department Of Health And Human Services, Office Of Public Health And Science, Office Of Disease Prevention And Health Promotion Chapter 19 Screening For Diabetes Mellitus Page. 193 .

106 Opcit

107 U.S. Department of Health and Human Services. *Healthy People 2010* (Conference Edition, in Two Volumes). Washington, DC: January 2000. capítulo 5 Diabetes.

108 Opcit

vascular. Otras causas de muerte incluyen falla renal, acidosis diabética e infecciones. Los estudios han indicado claramente que la prevención secundaria y terciaria pueden reducir la enfermedad cardiaca relacionada, la discapacidad y la muerte.

El aumento de la calidad de vida, la disminución de la mortalidad y la reducción de los costos de atención pueden lograrse mediante el mejoramiento de las estrategias clínicas y de salud pública, dirigidas a evitar las complicaciones microvasculares y metabólicas de la diabetes¹⁰⁹.

Dichas complicaciones también pueden ser evitadas mediante estrategias de prevención secundaria (control de la glucosa) y terciaria (tamizaje y tratamiento temprano de las complicaciones)¹¹⁰.

Los diabéticos tienen un riesgo aumentado de periodontitis destructiva, con la pérdida dental consecutiva. Esta afección buco-dental, de no ser tratada en los diabéticos, puede complicar el control glicémico. Las visitas regulares al odontólogo dan la oportunidad para la prevención, detección temprana y tratamiento de los problemas periodontales en estos pacientes¹¹¹.

Algunas prácticas clínicas, como el control de la presión arterial o el examen de fondo de ojo y pies, se han asociado con una identificación mayor de indicadores tempranos de daño terminal a órganos blanco, por diabetes. Estas prácticas de tamizaje son necesarias para iniciar programas de prevención secundaria y terciaria, y su aplicación debe convertirse en una rutina¹¹².

Objetivo de la intervención

Contribuir a mejorar la salud de los diabéticos y la calidad de vida a través de la promoción, prevención, detección y tratamiento de la diabetes mellitus y sus complicaciones.

Metas de reducción del riesgo

NOTA: Véase en apartado correspondiente a Estilos de Vida.

Metas de mejora de la oferta de servicios

23. Al finalizar el año 2002 se contará con glucómetros y oftalmoscopios adecuados en toda la red de servicios de la CCSS.

24. Al finalizar el año 2003, se habrán definido las estrategias más adecuadas para la implementación de la asesoría nutricional y psicológica

para los pacientes con riesgo o en riesgo de diabetes mellitus, en el primer nivel de atención.

25. Al finalizar el año 2004, se garantizará al primer nivel de atención el acceso oportuno a exámenes de hemoglobina glicosilada.

26. Al finalizar el año 2006, el 70% de los médicos conocerán y aplicarán la técnica adecuada para la realización de fondo de ojo.

27. Al finalizar el año 2006, el 70 % de los pacientes diabéticos, atendidos en los servicios de la institución, habrán recibido educación para su autocuidado y habrán sido tratados de acuerdo con lo establecido en las Guías de Atención Integral de Diabetes Mellitus.

28. Al finalizar el año 2006, la cobertura mínima del tamizaje por diabetes mellitus será del 70% de la población identificada en la consulta externa como de alto riesgo.

29. Al finalizar el año 2006, el 50% de los diabéticos tratados mantendrán cifras de glicemia adecuadamente controladas.¹¹³

30. Al finalizar el año 2006, al menos al 70% de los diabéticos atendidos en los servicios de la CCSS se les habrá realizado fondo de ojo, examen de los pies, revisión odontológica y análisis de microalbuminuria, en forma anual.

109 U.S. Department of Health and Human Services. Healthy People 2010 (Conference Edition, in Two Volumes). Washington, DC: January 2000. capítulo 5 Diabetes.

110 Opcit

111 Opcit

112 Opcit

113 De acuerdo a definición en las Guías de Atención Integral en Salud

4. Tumores malignos (cuello del útero, mama, pulmón y bronquios, estómago y próstata)

Los tumores malignos constituyen la segunda causa de mortalidad en el país con una tasa de 80 por 100.000 habitantes para 1998¹¹⁴. Las tasas de mortalidad para 1998 por tumores malignos alcanzaron en la población masculina 81,9 por cada 100.000 hombres y 73,9 por cada 100.000 mujeres. El comportamiento que se observa ha sido similar a lo largo de los últimos 10 años. Asimismo, los tumores malignos ocupan una de las tres primeras causas de mortalidad específica por edad en todos los grupos etáreos.

La incidencia de tumores malignos en las mujeres se presenta en el siguiente orden, la primera causa es mama (23,1 por cada 100.000); la segunda, estómago (16,6 por cada 100.000), y la tercera causa es cuello de útero (14,4 por cada 100.000)¹¹⁵.

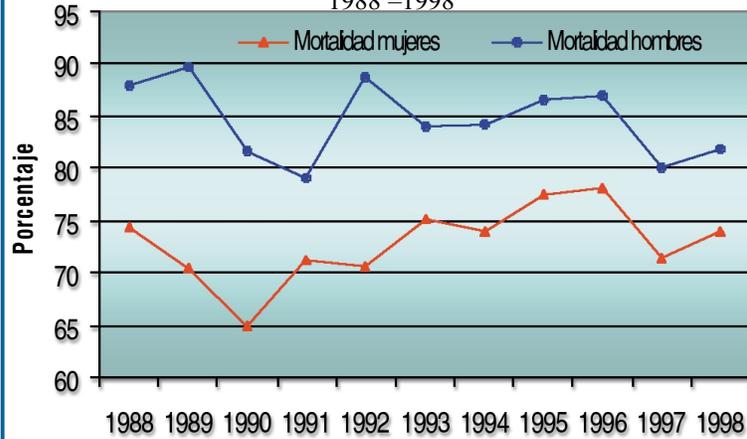
En el grupo de mujeres, los que presentan más defunciones están localizados en el estómago, la mama y el cuello del útero.

Para los hombres, la primera causa de incidencia en tumores malignos es estómago (26,9 por cada 100.000); la segunda, próstata (22,2 por cada 100.000); siguen tumores de la tráquea, bronquios y pulmón (8,4 por cada 100.000).

Según la ubicación anatómica, la causa de mortalidad por tumores malignos más frecuente en el grupo de los hombres son los localizados en el estómago, seguido por la próstata y la tráquea, bronquios y pulmón.

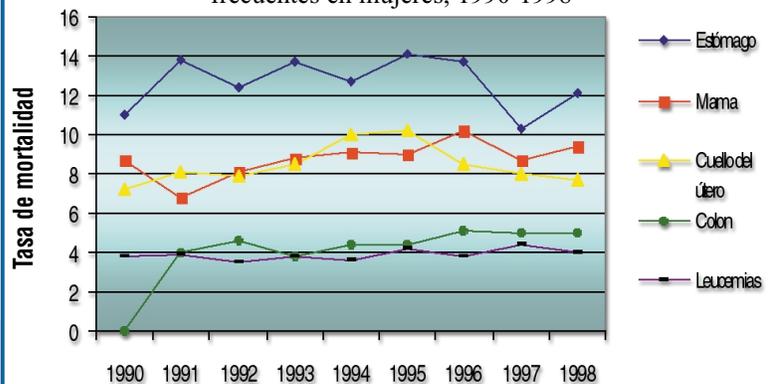
En total, para 1998, se estimaron 28.599 años de vida potencialmente perdidos por tumores malignos.^{116 117}

GRÁFICO 29
Costa Rica: Mortalidad por tumores malignos según sexo, 1988-1998



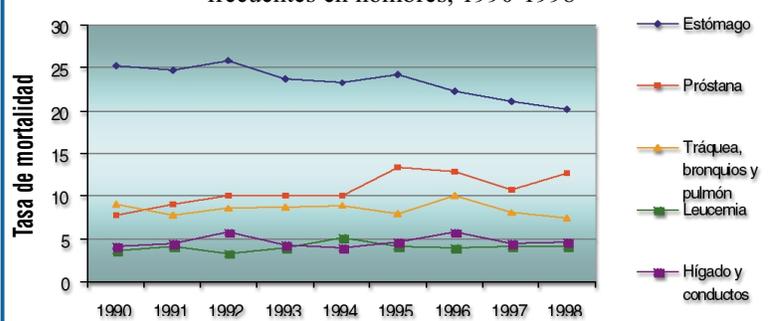
Fuente: Registro Nacional de Tumores, Ministerio de Salud

GRÁFICO 30
Costa Rica: Tasa de mortalidad de tumores malignos más frecuentes en mujeres, 1990-1998



Fuente: Registro Nacional de Tumores, Ministerio de Salud

GRÁFICO 31
Costa Rica: Tasa de mortalidad de tumores malignos más frecuentes en hombres, 1990-1998



Fuente: Registro Nacional de Tumores, Ministerio de Salud

114 Registro Nacional de Tumores, Ministerio de Salud. En *Análisis de la situación de Salud de Costa Rica (desde la perspectiva de la CCSS)*, Noviembre, 1999, p 61

115 Idem

116 Incluye: Tumor maligno de otros órganos digestivos y del peritoneo; del tejido linfático y de los órganos hematopoyéticos y de sitios múltiples independientes; de otros sitios y de los no especificados; de órganos respiratorios e intratorácicos; de los órganos genitourinarios; de los huesos, el tejido conjuntivo, tejidos blandos, piel y mama.

117 CCSS, Dirección Técnica Actuarial, Quesada Castro Rodolfo; *Tendencia de la Mortalidad y Medición de los Años de Vida Potencialmente Perdidos: 1990-1994-1998*; No. 34, San José, Costa Rica, 1999.

Con respecto al uso de los servicios de salud, debe apuntarse que en el año 1997 el 1,36% del total de las consultas externas (8.456.575) fueron para la atención de casos de tumores, mientras que en las consultas de urgencias, solo en un 0,32% del total (1.301.489) se atendió esta patología; así como, del total de egresos del año 1997 (316.461), el 5% fueron para la atención de tumores, y constituyen la quinta causa por egresos para el grupo de las mujeres en general, después de los diagnósticos por embarazo, parto y puerperio, enfermedades del sistema genitourinario, sistema digestivo y 'sin hallazgo patológico', que ocupan los primeros lugares.

Para el grupo de mujeres de 45 a 59 años, los tumores malignos son la segunda causa de egreso hospitalario (16,19% de los 17.340 egresos para el grupo), solo después de las enfermedades del sistema genitourinario.

4.1. Tumor maligno del cuello del útero

El tumor maligno del cuello del útero es un problema de salud en todo el mundo¹¹⁸. La tabla siguiente compara Costa Rica con Canadá, el país con mortalidad por tumor de cérvix más baja en América¹¹⁹.

Tasas de mortalidad según grupo etáreo por 100.000 personas

Grupo de edad	30-44	45-64	65-74	> 75
Canadá	2,5	5,1	7,5	11,4
Costa Rica	7,6	32,4	24,1	144,8

Costa Rica ocupa el 8° lugar en América Latina con una tasa de incidencia de 16,9 por 100.000 para el período de 1994-1996.

De acuerdo con la tasa de incidencia de tumores malignos de cuello de útero en Costa Rica, este constituye la tercera causa dentro del grupo de tumores que afectan a las mujeres de todas las edades. La tasa de incidencia fue de 17 por 100.000 mujeres en el trienio 1994-1996¹²⁰, la cual no ha variado significativamente en los últimos 12 años. Esta enfermedad se manifiesta en forma importante a partir de los 20 años de edad, y alcanza su pico de frecuencia en el grupo de 30 a 44 años. A los 59 años ya se han producido el 68% de todos los tumores del cuello del útero¹²¹. Los lugares con tasa de incidencia por encima de la nacional son Limón, Guanacaste y Puntarenas (1994-1996).

El grupo de edad donde es más frecuente el carcinoma in situ es de 35-39 años, mientras que el grupo de edad en el cual es más frecuente el carcinoma invasor es de 40-44 años.

El tumor maligno de cuello de útero ocupó durante el trienio 1994-1996 el tercer lugar en mortalidad por tumores malignos entre las mujeres con una tasa de 8,7 por cada 100.000 mujeres, con 146 defunciones. Mientras tanto,

en los años de vida potencialmente perdidos, esta patología fue la responsable de 3.562¹²² para el mismo período.

En cuanto a la repercusión del tumor maligno de cérvix en los egresos hospitalarios, en el año 1997 los tumores malignos en mujeres en general provocaron casi el 5% del total de egresos hospitalarios (10.328 de 214.732) y, de estos, casi el 9% fueron por cáncer del cuello de útero (923 casos)¹²³.

En relación con los factores de riesgo para el desarrollo de los tumores malignos de cuello de útero, todas las mujeres con vida sexual activa tienen riesgo de padecerlo; sin embargo, la enfermedad es más común entre mujeres de baja condición socioeconómica, con historia de múltiples compañeros sexuales, inicio temprano de relaciones sexuales, multiparas y fumadoras¹²⁴.

El factor de riesgo más importante es la infección por virus del papiloma humano (VPH) de tipo oncogénico, especialmente el tipo 16 en más del 50% de los casos.¹²⁵

4.2. Tumor maligno de mama femenina

En el ámbito mundial, el tumor maligno de mama es el más frecuente en la mujer y representa el 21% de los nuevos casos. Anualmente, se estima que se dan 796.000 nuevos casos y 314.000 mueren. Su frecuencia es alta en países desarrollados, con rangos de 35 a 86 por 100.000, y baja en los países menos desarrollados como en África Subsahariana, en donde las tasas son de 12 a 14 por 100.000.

Uruguay tiene la tasa más alta con 87,6 por cada 100.000 habitantes.

118 WHO. IARC. *Cancer Incidence in Five Continents* Vol VII. Lyon 1997, Page.862.

119 Organización Panamericana de la Salud. *La Salud en las Américas*. Ed. 1998. Vol 1 p 177

120 Ministerio de Salud. Registro Nacional de Tumores; Incidencia y Mortalidad del Cáncer en Costa Rica 1994 - 1996; Costa Rica, 1999; pág. 14.

121 Ministerio de Salud. *Incidencia y Mortalidad del Cáncer en Costa Rica 1994-1996*. Registro Nacional de Tumores. San José, Costa Rica, 1999.

122 Quesada Castro, R. *Tendencia de la Mortalidad y Medición de los Años de Vida Potencialmente Perdidos*. 1990-1994-1998. San José, Costa Rica. CCSS /Dirección de Actuarial. 1999

123 CCSS, Sección de Información Biomédica; *Cambios en la Morbilidad y Mortalidad por Edad y Sexo: Costa Rica 1987, 1992 y 1997*, San José Costa Rica, 1999; Cuadro No. 3, pág. 18

124 Sierra, Rafaela. *El Cáncer en Costa Rica*. 1984-1990

125 Herrero R, 2000; Bosch FX, 1995; IARC, 1995; Parkin DM, 1999; Walboomers JM, 1999.

El tumor maligno de mama ocupa el décimo lugar en registros de tumores malignos de América Latina, según tasas de incidencia¹²⁶. En Costa Rica, el tumor maligno de mama es el segundo en incidencia y mortalidad entre los tumores que atacan a las mujeres en todas las edades.

La tasa de incidencia para el período 1994-1996 es del 22,5 por 100.000 mujeres¹²⁷ (375 casos nuevos en el trienio, equivalente a un promedio de 125 por año). Se manifiesta de manera importante a partir de los 25 años de edad; sin embargo, es en el grupo de 45 a 59 años de edad en el que alcanza su pico más alto con el 37% del total de los casos de tumores de mama para todas las edades.

Los lugares con tasa de incidencia por encima de la tasa nacional (1994-1996) son San José y Heredia, y la mayoría de los casos se presenta en la clase económica media alta.

En cuanto a la incidencia, según grupos de edad¹²⁸, se tiene para el período de 1994-1996 el siguiente detalle:

Grupo de edad	Tasa de incidencia por 100.000 personas	Número de casos nuevos
40 - 44	48,4	139
45 - 49	73,6	161
50 - 54	74,8	123
55 - 59	97,4	134
60 - 64	81,8	96
65 - 69	118,2	111
70 - 74	111,2	78
75 y más	152,8	138

Fuente: Ministerio de Salud. Registro Nacional de Tumores

La mortalidad por este tipo de tumores malignos es alta en nuestro medio. Por ejemplo, en el trienio 1994-1996 murieron¹²⁹ 168 mujeres por tumores malignos de mama, equivalente a la muerte de una mujer cada dos días, en promedio. La tasa ajustada por edad de los 25 a 74 años en 1995 fue de 26,6 por 100.000. El índice de letalidad por esta patología es del 45%. En cuanto a la tendencia, se mantiene estable según las tasas de incidencia del período 1984-1996.

En relación con el impacto en los egresos hospitalarios, en 1997 se efectuaron 15.203 por tumores, de los cuales 9.934 ocurrieron en el grupo de las mujeres y, a la vez, de estos últimos, el tumor maligno de mama representó el 8,14%.

La probabilidad de desarrollar tumores malignos de mama aumenta durante toda la vida, y es la edad el factor de riesgo más importante. El riesgo asociado con la exposición prolongada de estrógenos es alto. Por otra parte, los períodos progesteronicos, tales como los inducidos por embarazo, lactancia y ejercicio confieren protección.

Existen otros factores que influyen en el desarrollo de tumores malignos de mama en una proporción limitada de las mujeres, tales como la historia familiar de tumores malignos de mama, antecedente de tratamiento por enfermedad de Hodgkin, radiación previa por aparición de tumores malignos, hiperplasia atípica en biopsia de mama con historia familiar y el tumor maligno de mama previo.

En cuanto a la presentación clínica, se identifican dos grupos: la enfermedad temprana representada por la etapa clínica I y la enfermedad avanzada, que incluye los estadios II, III y IV. En la etapa temprana no se detecta el tumor maligno con el autoexamen ni el examen efectuado por el médico, se necesita para detectarlo, estudios de imágenes y la confirmación con biopsia. Para optimizar los recursos, se deben identificar los grupos de alto riesgo.

A partir del estadio II hasta el estadio IV, el autoexamen puede detectar el tumor que ya es palpable, y se presentan también los cambios típicos del tumor maligno de mama.

4.3. Tumor maligno de los bronquios y del pulmón

El tumor maligno de los bronquios y del pulmón ocupa el noveno lugar de incidencia en América Latina¹³⁰ tanto en hombres como en mujeres. En Costa Rica la tasa de incidencia fue de 8,4 por 100.000 personas para el período de 1994-1996¹³¹.

La tasa de mortalidad en Costa Rica fue de 7,42 por 100.000¹³² y constituye la tercera causa de muerte por tumores malignos en hombres y la séptima en mujeres.

126 IARC. WHO. *Cancer Incidence in Five Continents* Vol. VII. Lyon 1997. Pag. 858.

127 Ministerio de Salud. Registro Nacional de Tumores. *Incidencia y Mortalidad del Cáncer en Costa Rica 1994-1996*. San José, Costa Rica. 1999.

128 Ministerio de Salud, Registro Nacional de Tumores, IBID

129 Ministerio de Salud. IBID

130 IARC.WHO. *Cancer Incidence in Five Continents* Vol. VII. Lyon. 1997. Pag.842

131 CCSS. *Cambios en la Mortalidad por Edad y Sexo*. San José, Costa Rica. DTSS. Sección Biomédica. Serie Estadística N° 8B. Julio, 1999

132 Ministerio de Salud, 1996

Como factores de riesgo, el tabaquismo constituye la principal causa de cáncer de pulmón en todos los países, y ocasiona hasta un 90% de los casos: 590.000 casos nuevos por año en el mundo¹³³. En cuanto a la incidencia del consumo de tabaco en la población de Costa Rica de 12 a 70 años, para 1995 fue del 22% (el 50% de las personas que fumaron una vez en la vida mantienen el consumo).

Los grupos en los cuales se presenta el mayor porcentaje de tumor maligno de bronquios y pulmón son: los hombres de 55 años y más, y las mujeres de 65 años y más. San José, Limón y Cartago son las provincias con tasas de incidencia más altas.

4.4. Tumor maligno del estómago

Costa Rica ocupa el primer lugar en América Latina en incidencia y mortalidad por tumor maligno del estómago, tanto en hombres como en mujeres¹³⁴¹³⁵, y el cuarto lugar a escala mundial después de Japón y las dos Coreas para el grupo de los hombres.

Las tasas estandarizadas de incidencia para el grupo de los hombres son de 51,5 por cada 10.000, mientras que para las mujeres es de 22,7 por 10.000. La tasa de incidencia¹³⁶ fue de 27,1 por 10.000 hombres y 17,4 por 10.000 mujeres para el período de 1994-1996. En cifras absolutas se tiene para ese período, 463 casos nuevos en hombres y 291 en mujeres (aparecen en promedio dos casos nuevos por cada tres días).

La tasa de mortalidad fue de 23,2 por 10.000 en el grupo de los hombres y de 13,5 por 10.000 para las mujeres en el período de 1994-1996, con un total de 396 muertes masculinas y 225 en las mujeres y una letalidad del 85% (es equivalente a decir que se muere una persona cada dos días por este tumor).

En cuanto a los años de vida potencialmente perdidos, constituyen 9.581 (incluyendo tumores malignos de otros órganos digestivos y del peritoneo)¹³⁷ para el período de 1994-1996. Sobre la tendencia, no hay variación significativa en el período de análisis, y se mantiene estable.

El tumor maligno de estómago afecta particularmente a los hombres de 45 años y a mujeres de 55 y más. Asimismo, los lugares con tasa de incidencia por encima de la nacional durante el período 1994-1996 fueron Cartago y San José¹³⁸.

Se consideran factores de riesgo el excesivo consumo de sal, consumo deficiente de frutas y vegetales, ingestión de nitratos (presentes en los agroquímicos), alta ingestión de grasas y dieta elevada en carbohidratos¹³⁹.

4.5. Tumor maligno de la próstata

A escala mundial el tumor maligno de la próstata se ubica en los primeros 15 lugares, con una tendencia internacional de aumento. En relación con América Latina¹⁴⁰, Costa Rica ocupa el sexto lugar en tumores malignos de próstata, con una incidencia estandarizada de 27 por 100.000 habitantes.

La tasa de incidencia fue de 21,8 por 10.000 para el período de 1994-1996, con 372 casos nuevos. En cuanto a los lugares que poseen tasas de incidencia mayores que la nacional, de acuerdo con los registros de 1994-1996, fueron Alajuela, San José y Heredia.

El tumor maligno de próstata afecta a hombres de 60 años y más (92% del total) y la tendencia en tasas de incidencia se ha duplicado de 12,4 (1984-1987) hasta 22,2 (1996). Es el tercer tipo de tumores malignos en frecuencia para la población masculina (14,35% del total)¹⁴¹.

La tasa de mortalidad para Costa Rica en el período de 1994-1996 fue de 12,0 por 10.000, y se constituye así en la segunda causa de mortalidad por tumores malignos en hombres¹⁴², con 205 muertes (1994-1996) y una letalidad del 56%. En

133 Devesa, 1987

134 WHO. IARC. *Cancer Incidence in Five Continents*, Vol. VII. IARC Scientific Publication N° 143. Lyon.1997. pág. 822

135 Quesada Castro, R. *Tendencia de la Mortalidad y Medición de los Años de Vida Potencialmente Perdidos*, 1990-1994-1998. San José, Costa Rica. CCSS/Dirección Actuarial, 1999.

136 Ministerio de Salud. Registro Nacional de Tumores. *Incidencia y Mortalidad del Cáncer en Costa Rica* 1994-1996. San José, Costa Rica. 1999.

137 Quesada Castro, R. IBID

138 Sierra, R. *El Cáncer en Costa Rica*. Epidemiología Descriptiva. Editorial Universidad de Costa Rica. INISA. 1995

139 Tierney Lawrence, McPhee Stepehn, Papadakis Maxine, *Diagnóstico Clínico y Tratamiento*, 37° edición, Editorial El Manual Moderno SA, México, 1999.

140 WHO. IARC. *Cancer Incidence in Five Continents*. Vol. VII. Lyon.1997. page 872

141 Quesada Castro, R. *Tendencia de la Mortalidad y Medición de los Años de Vida Potencialmente Perdidos*, 1990-1994-1998. San José, Costa Rica. CCSS/ Dirección de Actuarial, 1999

142 Sierra Rafaela. *El Cáncer en Costa Rica*. Epidemiología Descriptiva. Editorial Universidad de Costa Rica. INISA. 1995.

cuanto al tiempo de vida potencialmente perdido por esta patología, se obtuvieron 1.106 años para 1998.

En cuanto los factores de riesgo de este tipo de tumor, su incidencia aumenta con la edad y varía en diferentes partes del mundo, lo que sugiere que los factores ambientales y dietéticos son la principal causa de estas diferencias. Las correlaciones más importantes de la enfermedad han encontrado una relación directa con la dieta alta en grasas animales¹⁴³, mientras que es inversa esta relación con el consumo de frutas y verduras¹⁴⁴. Lo anterior actúa en la próstata en la modificación de las hormonas sexuales.

Intervención: Prevención, detección, atención y tratamiento del cáncer de cuello de útero, mama, pulmón, estómago y próstata

Definición

Prevención, detección, atención y tratamiento de los tumores malignos de cuello de útero, mama, pulmón, estómago y próstata.

El tamizaje para el diagnóstico precoz de tumor de cuello de útero, junto con el tratamiento oportuno pueden disminuir hasta en un 80% la incidencia y mortalidad por tumor maligno invasor del cuello uteri-

no¹⁴⁵. La citología cervicovaginal reduce el riesgo de carcinoma infiltrante de cuello uterino en las mujeres que han sido sexualmente activas¹⁴⁶.

Existe controversia en cuanto al momento del inicio del tamizaje para tumores malignos de cérvix en la población^{147 148 149}, así como consideraciones de tipo jurídico nacional¹⁵⁰, que deberán ser tomadas en cuenta en la fase de elaboración de las Guías de Atención.

Un tratamiento efectivo es incapaz de disminuir la mortalidad del tumor maligno por cuello uterino más allá del 15%; este efecto reducido sólo puede ser incrementado mediante la detección temprana de los casos y tratamiento oportuno¹⁵¹.

En cuanto al tumor maligno de la mama femenina, la mamografía cada dos años en el grupo de edad entre 50-70 ha demostrado ser efectiva^{152 153 154}, y se ha logrado la disminución de la tasa de mortalidad entre un 20% y un 30%, con el logro de su máximo efecto entre los 7 y 10 años de iniciado el programa. El tamizaje para tumores malignos de mama cada uno o dos años, con mamografía sola, o mamografía más examen clínico de mama para mujeres de 50-69 años, es una recomendación tipo A^{155 156}.

La mamografía cada dos años en mujeres entre 50 y 69 años es la acción más costo-efectiva, según estudio en EUA, donde se indica un gasto calculado de \$60.000 dólares por cada año de vida ganado¹⁵⁷. Para la mamografía cada tres años se describe un costo de \$2.700 dólares de 1993^{158 159}.

En relación con el tumor maligno de pulmón y bronquios, el tamizaje de rutina con radiografía de tórax o citología por esputo en personas asintomáticas no se recomienda debido a que hay escasa evidencia que lo apoye (recomendación grado D)¹⁶⁰.

Asimismo, la búsqueda de marcadores tumorales ha sido infructuosa debido a la baja especificidad de ellos¹⁶¹. Se propone insistir en las actividades de prevención primaria sobre consejería contra el uso del tabaco para todos los pacientes (*Véase intervención correspondiente a promoción de estilos de vida saludable*)¹⁶².

143 Willet Walter; *Nutrición y Cáncer*; Revista: Salud Pública Mexicana 1997; 39: 402 - 414.

144 Schuman Mandel et al; *Some Selected Features of Epidemiology of Prostatic Cancer*; Minneapolis St. Paul, Minnesota case control study, 1982; Mills Beeso, Phillips Fraser et al; *Cohort study of Diet, Lifestyle and Prostate Cancer in Adventist Men*; Cancer 1989; 64: 598 - 604; Giovannucci E, Ascherio A et al; *Intake of Carotenoids and Retinol in Relation to Risk of Prostate Cancer*; Journal National Cancer Institut, 1995; 87: 1767 - 1776; en Willet Walter, *Nutrición y Cáncer* ibidem

145 Miller AB., et al, *Report on a Workshop of the UICC Project on Evaluation of Screening for Cancer*, Int. J Cancer, 1990, No. 46, pag. 761 - 769.

146 OPS, *Prevención Clínica: Guía para Médicos*, Publicación científica No. 568, 1998, pag. 87

147 Instituto de Seguridad Social de Colombia, *Guías de Práctica Clínica Basadas en la Evidencia. Tamizaje en Cáncer Ginecológico*, Colombia.

148 United States of America, Report of US Preventive Service, Task Force: *Guide to Clinical Preventive Service*, Second edition, Alexandria VA, International Medical Publishing, 1996, pag. 3147 - 316.

149 Miller AB., *Reporte de Trabajo de la Visita del Prof. AB Miller a San José de Costa Rica*, 22 junio al 1 julio 1999, pag. 3.

150 *La Gaceta*, Número 163, Viernes, 25 de agosto 2000, San José Costa Rica.

151 Miller AB., *Reporte de Trabajo de la Visita del Prof. AB Miller a San José de Costa Rica*, 22 junio al 1 julio 1999, pag. 3.

152 Servicio Catalán de la Salud, *Plan de Salud de Cataluña 1996-1998*, Barcelona, España: Servicio Catalán de la Salud, 1995, Pag. 265

153 Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Sanidad y Consumo, *Cribado Poblacional de Cáncer de Mama Mediante Mamografía*, Madrid, España, diciembre 1995. Pag. 15.

154 Miller, A.B. Assignment report: *Visit of Professor A. B. Miller to San José, Costa Rica*, June 22- July 1, 1999.

155 Messonnier, Mark L. *An Ounce of Prevention... What are the Returns?* American Journal of Preventive Medicine, 1999; 16(3): 248-263

156 Report of the United States Preventive Services Task Force. *Guide to Clinical Preventive Services*, 2nd. Ed. Baltimore, USA: Williams and Wilkins, 1996

157 Moss S.M., *Breast Cancer*, Institute of Cancer Research, Surrey, England, 1998, pag. 163.

158 Messonnier Mark, *An Ounce of Prevention... What are the Returns?*, American Journal of Preventive Medicine, 1999, No. 16(3), pag. 248 - 263.

159 Fahey Michael, et al, *Metaanalysis of Pap Test Accuracy*, American Journal of Epidemiology, 1995, pag., 141 (7)

160 Report of the U.S. Preventive Services Task Force. *Guide to Clinical Preventive Services*, 2ed. Alexandria, VA., USA: International Medical Publishing, 1996. p. 135, 138.

161 Grupo de Trabajo sobre Prevención del Cáncer / Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS); *Guía de Prevención del Cáncer en Atención Primaria*; Barcelona, Esp.: SEMFYC, 2000.

162 Report of the U.S. Preventive Services Task Force. *Guide to Clinical Preventive Services*, 2 Ed. Alexandria, Va USA: International Medical Publishing, 1996.

El diagnóstico y manejo son muy costosos y el tratamiento tiene actualmente malos resultados con una supervivencia general a cinco años del 13%¹⁶³. En un estudio realizado en Estados Unidos, se encontró que la supervivencia a cinco años decrece en un rango del 89% y del 26% para los casos cuyo estadio en el momento de la detección estaba entre el A1 y el D2. En el caso de los pacientes con metástasis, tratados con hormonas, tuvieron una remisión temporal; sin embargo, el tumor pronto se vuelve inmune y, en este caso, la letalidad es alta, con supervivencias a cinco años en menos del 15% de los casos¹⁶⁴.

¹⁶⁵.

En el caso del tumor maligno de estómago, la prevención primaria es parcialmente efectiva¹⁶⁶. El tamizaje y la terapia curativa tiene un alto costo en relación con su efectividad y el cuidado paliativo y el control del dolor se describen como efectivos¹⁶⁷. No hay actualmente estudios de casos y controles, ni de análisis de tendencias que demuestren que el tamizaje en Japón (país con la incidencia más alta) haya disminuido la mortalidad por tumores malignos de estómago¹⁶⁸.

Para la costo-efectividad de la intervención, un estudio japonés de mediados de los años ochentas, basado en un modelo teórico, determinó un costo de \$55.000 dólares por año por vida salvada¹⁶⁹.

Sobre el cáncer de próstata, ninguno de los exámenes de tamizaje existentes, como tacto rectal, antígeno prostático específico (APE) ni ultrasonido transrectal, se recomienda realizar como rutinario (recomendación tipo D); sin embargo, se considera que solo se cuenta con evidencia parcial que apoye su exclusión de una revisión médica periódica¹⁷⁰.

El tacto rectal es el tamizaje más antiguo para el estudio de la próstata, pero de sensibilidad limitada porque solo son accesibles el lóbulo posterior y las partes laterales de la glándula. Se ha determinado que del 25% al 35% de los tumores ocurren en áreas no alcanzables por el dedo del examinador; por lo que más de un 50% de dichos tumores podrían no ser detectados con este método. Además, el estadio de desarrollo tumoral "A" no es clínicamente palpable¹⁷¹.

La *American Cancer Society* recomienda, sin embargo, el tacto rectal de realización anual en conjunto con la determinación del antígeno prostático específico en hombres mayores de 50 años y, como consideración de detección temprana, en hombres de grupos de alto riesgo, incluyendo a aquellos con fuerte predisposición familiar. Esta evidencia se considera de calidad III o solo basada en opinión de expertos^{172 173}.

No se han encontrado beneficios probados, y algunos grupos no recomiendan estos tamizajes mencionados, debido a la incertidumbre en relación con los beneficios, como posible detección temprana. Se apunta que un valor predictivo positivo representativo del tacto rectal puede ser del 28%.

Además, existe controversia en relación con los valores verdaderos de laboratorio para las pruebas serológicas, tanto del antígeno prostático específico como de la fosfatasa ácida prostática^{174 175}.

El ultrasonido transrectal se recomendó inicialmente como una posible herramienta de detección precoz; sin embargo, actualmente los investigadores concuerdan en que solo es una prueba diagnóstica más, cuya exactitud depende de la habilidad de la persona que interpreta. Es una técnica segura, pero cara en términos de inversión económica y de tiempo. Aunque permite detectar lesiones de tan solo 5 mm, su tasa de falsos positivos es del 18% (grado de especificidad del 82%)^{176 177}.

Si el tamizaje debe realizarse, la mejor evaluación la brindan en conjunto el tacto rectal y el APE, los cuales se deben limitar a aquellos hombres con expectativas de vida superiores a 10 años¹⁷⁸. No hay suficiente evidencia para determinar la necesidad ni el intervalo óptimo para la repetición de los tamizajes¹⁷⁹.

En cuanto a la costo-efectividad, en Estados Unidos se ha dado un incremento en las tasas de incidencia de tumores malignos de próstata y de cirugía prostática, sin

163 Report of the US preventive Services Task Force, *Guide to Clinical Preventive Services*, 2 Ed. Alexandria, Va USA: International Medical Publishing, 1996.

164 Chamberlain Jocelyn and Melia Jane; *Screening for Prostate Cancer*, Evaluation of Cancer Screening, 1995.

165 Report of the US preventive Services "Task Force"; *Guide to Clinical Preventive Service*; Second edition, Alexandria, VA; International Medical Publishing, 1996.

166 WHO: *National Cancer Control Programmes, Policies and Managerial Guidelines*, Geneva, 1995. Pág. 83.

167 Parking, D; Pisani, P. *Gastric Cancer, Cancer Screening*, Theory and Practice. Editorial Barnett S. Kramer. Bethesda, USA, 1999. Page 525

168 Hisamechi, S. et al. *Evaluation of Mass Screening Programme for Stomach Cancer in Japan*, In Miller, A.B. et al. *Cancer Screening*, Cambridge, UK: Cambridge University Press, 1991. P357-372.

169 Sipponen, P., Kekki, M. Y Haapakoski, J. *Gastric Cancer Risk in Chronic Atrophic Gastritis: Statiseal Calculations of Cross-Sectional Data*, International Journal of Cancer, 1985; 35:173-177.

170 Report of the US preventive Services "Task Force"; *Guide to Clinical Preventive Service*; Second edition, Alexandria, VA; International Medical Publishing, 1996. Pág. 119-129.

171 OPS, *Prevención Clínica: Guía para Médicos*, Publicación Científica N° 568. Washington D.C., USA: OPS, 1998. p. 119

172 Report of the U.S. Preventive Services Task Force. *Guide to Clinical Preventive Services*, IBID

173 OPS. IBID

174 Burke, Wylie et al. *Recommendations for Follow-up Care of Individuals with an Inherited Predisposition to Cancer*, Journal of American Medical Association, March, 1997; 277(12):100.

175 OPS. IBID

176 Report of the U.S. Preventive Services Task Force. IBID

177 OPS. IBID

178 Report of the U.S. Preventive Services Task Force. IBID

179 Report of the U.S. Preventive Services Task Force. OP: CIT

que se cuente con evidencia clara de que el tamizaje o la prostatectomía sean efectivos en la reducción de la mortalidad. Se describe una situación de altos costos y poca efectividad¹⁸⁰.

Objetivo de la intervención

Contribuir a la reducción de la incidencia y mortalidad prevenibles por tumores malignos de cuello de útero, mama, pulmón, estómago y próstata, mediante las acciones de promoción y prevención pertinentes, la detección temprana en los casos en que la evidencia propone un método efectivo y el tratamiento y seguimiento oportunos.

Metas de reducción del riesgo

31. Al finalizar el año 2004, los establecimientos de salud de la CCSS, habrán fortalecido el programa de divulgación y motivación comunitaria para que la población meta acuda de manera oportuna, según las Guías de Atención, a los servicios de salud para recibir la atención en relación con la detección temprana de los tumores malignos de mama y cuello de útero.

32. Al finalizar el año 2006, se habrá logrado una cobertura en todas las áreas de salud en el tamizaje para la detección del tumor maligno de cérvix uterino, no menor del 70%, en el grupo de mujeres de 35 años y más.

33. Al finalizar el año 2006, se habrá logrado una cobertura del tamizaje para tumor maligno de cérvix uterino, no menor del 50% en las mujeres de 15 a 34 años, con énfasis en las zonas de mayor incidencia.

OTRAS: Véase lo referente a estilos de vida, sobre todo lo que corresponde a hábitos de alimentación saludables y asesoría contra el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas.

Metas de mejora de la oferta de servicios

34. Al finalizar el año 2001, se habrá puesto en marcha un programa piloto de diagnóstico temprano y tratamiento del cáncer de mama en un grupo de áreas de Salud.

35. Al finalizar el año 2002, se habrá definido, de acuerdo con los resultados de la evaluación del programa piloto de tumores malignos de mama, los tiempos promedios de cada una de las fases del proceso de atención de la paciente¹⁸¹.

36. Al finalizar el año 2002, todos los servicios de mamografía de la CCSS estarán debidamente acreditados por la autoridad competente, con lo que se garantiza la calidad de la atención.

37. Al finalizar el año 2002, se habrá definido, con base en los resultados de la evaluación del proyecto piloto, la direccionalidad del Programa de detección temprana y tratamiento de tumores malignos de mama en cuanto a extensión, población meta, programas de divulgación y motivación a las mujeres para que participen.

38. Al finalizar el año 2002, los tiempos promedios entre las diferentes fases de la atención: toma de la muestra de la citología cervical, el reporte del resultado alterado, la convocatoria de la paciente para el estudio citológico, el reporte de las pruebas confirmatorias y la continuación del tratamiento, no será superior al estipulado en la Guía de Atención para tumores malignos del cuello uterino.

39. Para el año 2004, la CCSS habrá reducido la proporción de casos de tumores malignos de mama detectados en estadios avanzados en una proporción relacionada con la línea de base, la cual se habría determinado previamente en el programa piloto de diagnóstico temprano poblacional del tumor maligno de mama.

40. Al finalizar el año 2004, la CCSS habrá reducido el porcentaje de casos de tumores malignos del cuello uterino diagnosticados en estadios avanzados, de acuerdo con la línea de base correspondiente al año 2001.

41. Al finalizar el año 2006, todas las gastroscopias cumplirán con los criterios de calidad establecidos en las Guías de Atención Integral.

42. Al finalizar el año 2006, todos los servicios de colposcopia y los laboratorios de citologías estarán debidamente acreditados, de acuerdo con criterios estandarizados.

43. Al finalizar el año 2006, el Laboratorio Nacional de Citologías estará procesando en forma oportuna el 100% de las muestras de citología del cuello uterino.

180 Lu-Yao, Grace L. and Greenberg, E. Robert, *Changes in Prostate Cancer Incidence and Treatment in USA*, The Lancet, January, 29, 1994; 343:251-255.

181 Entre la sospecha por examen clínico de mama y la mamografía, entre el resultado positivo de la mamografía y la biopsia, entre el resultado positivo de la biopsia y el inicio del tratamiento y la atención y del dolor y cuidados paliativos

Metas de necesidades de información e investigación

- 44.** Al finalizar el año 2001, la CCSS habrá coordinado con el Registro Nacional de Tumores, la incorporación de la información referente al estadio diagnóstico de los tumores.
- 45.** Al finalizar el año 2002, la CCSS habrá logrado el acceso en línea a la red del banco de datos del Registro Nacional de Tumores.
- 46.** Al finalizar el año 2004, la CCSS contará en todas las áreas de salud con información sobre la cobertura lograda en el tamizaje de los tumores seleccionados en el PASP.

5. Enfermedades de las vías respiratorias

Las enfermedades respiratorias constituyen uno de los problemas de morbi-mortalidad más importantes en los países occidentales (50 millones de defunciones en 1990); además es una de las primeras causas de egreso hospitalario. El asma y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) son los padecimientos respiratorios crónicos más frecuentes, cuya prevalencia tiende a aumentar de manera progresiva¹⁸².

De igual forma sucede en Costa Rica, donde estas patologías ocupan los primeros lugares como causas de egreso hospitalario, consulta externa y atención de urgencias, así como la cuarta causa de mortalidad general¹⁸³.

Para el año 1996, la atención de urgencias por enfermedades respiratorias fue la primera causa con un 32% (740.000 de 2,3 millones de consultas por urgencias totales) de los pacientes atendidos, con un comportamiento similar en hombres y mujeres¹⁸⁴; en lo que corresponde a las enfermedades respiratorias agudas, del total de urgencias, el 22,55% fue para atender estas patologías.

Durante 1997, las enfermedades respiratorias ocuparon el primer lugar en la consulta externa, con un 17 % del total (1,4 millones de 8,4 millones de consultas). En el grupo de mujeres constituyó la segunda causa¹⁸⁵. En este mismo año, fueron la cuarta causa de egreso hospitalario con el 4,9% (tercera causa en hombres con un 2,6% y sexta en mujeres con un 2,3%)¹⁸⁶.

En lo referente a incapacidades otorgadas, en 1999 las infecciones de vías respiratorias superiores provocaron cerca de 94.000 incapacidades, con un

promedio de 2,5 días de licencia pagada por paciente. La influenza y las neumonías fueron responsables de 23.000 licencias, con un promedio similar de días de duración. Por su parte, las enfermedades crónicas de vías respiratorias inferiores, generaron 21.400 incapacidades, ese mismo año, con un promedio de 3,3 días por paciente, para un total de 138.400 incapacidades. Las neumonías tuvieron un promedio de 2,5 días, para un total de incapacidades de 23.264 durante el año¹⁸⁷.

En cuanto a la mortalidad, en 1997 las enfermedades respiratorias ocupan el cuarto lugar, después de las enfermedades cardiovasculares, las causas externas y los tumores, con una tasa global de 44 por cada 100.000 habitantes, cifra ligeramente superior a la obtenida en la primera mitad de la década de los noventas; se constituía así en la más alta para esta patología durante el decenio^{188 189}.

5.1. Infecciones respiratorias agudas superiores

La morbilidad por esta patología, atendida en los servicios de urgencia de la CCSS en 1997 alcanzaron las 396.000 consultas (17% del total)¹⁹⁰. Las consultas externas por la misma causa, representaron el 5,5% de los 8,4 millones de atenciones (1997)¹⁹¹.

La mortalidad por infecciones respiratorias agudas superiores presentó una tasa de 0,5 por 100.000 en el mismo año, la cual ha venido descendiendo en los últimos años¹⁹².

182 Revista Lancet, 1269-76, pág. 349, 1997.

183 CCSS. Cambios en la Mortalidad por Sexo y Edad. San José, CR.: CCSS, Departamento de información y estadísticas de salud, No.8b, julio, 1999.

184 Idem

185 Idem

186 CCSS. Cambios en la Mortalidad por Sexo y Edad. San José, CR.: CCSS, Departamento de información y estadísticas de salud, No.8b, julio, 1999.

187 Caja Costarricense de Seguro Social Presidencia Ejecutiva Dirección Actuarial y de Planificación Económica cuadro 12 seguro de de salud incapacidades y días promedio de incapacidad por sexo según causa de morbilidad año 1999 -estimado www.ccss.sa.cr

188 CCSS. Departamento de Información y Estadísticas de Salud, Cambios en la Mortalidad por Sexo y Edad. San José, CR., Series de Estadísticas de Salud, No.8b, julio, 1999.

189 B.T.S.Guidelines for the Management of chronic Obstrutive Pulmonary Disease. the journal of the British Thoracic society 1997,December 52 (5-supp5)S5-S6.

190 Idem

191 Idem

192 Dirección General de Estadísticas y Censos, 1997

5.2. Neumonía

En 1997 la neumonía tuvo un índice de mortalidad de 12,7 por 100.000 habitantes, tasa que ha logrado una importante reducción desde 1972 (43 por 100.000 habitantes). En relación con la morbilidad, las atenciones por esta causa representaron el 2,2% del total de consultas.¹⁹³

Los pacientes con riesgo de sufrir neumonía neumocócica son las personas con insuficiencia cardiaca congestiva, mieloma múltiple, disfunción esplénica, drepanocitosis, enfermedad crónica de las vías respiratorias inferiores, esplenectomizadas, con trasplantes renales, y los alcohólicos.¹⁹⁴

5.3. Enfermedad crónica de las vías respiratorias inferiores.

En los servicios de urgencias durante el año 1997 el 3% de las 741.000 consultas por enfermedades del sistema respiratorio fueron atenciones por enfermedad crónica de las vías respiratorias inferiores.

De la mortalidad para enfermedad crónica de las vías respiratorias inferiores, el índice fue de 2,36 por 100.000 habitantes para 1997, tasa que ha venido en descenso (12,83 para 1972, y 4,08 para 1992)¹⁹⁵.

En cuanto a las incapacidades, para el grupo de las mujeres, fue el origen del 6,5%, promedio de 3,29 días, mientras que para los hombres fue de 5,1%, promedio de 3,57 días.¹⁹⁶

A escala mundial, la enfermedad crónica de las vías respiratorias inferiores es la única de las causas mayores de morbilidad que muestra una tendencia hacia el aumento.¹⁹⁷

El factor de riesgo más importante para la enfermedad crónica de las vías respiratorias inferiores es el consumo de tabaco; no obstante, se pueden enumerar otros elementos como los siguientes:¹⁹⁸

- * Tabaquismo pasivo
- * Polución atmosférica
- * Hiperreactividad bronquial
- * Edad, sexo y estado socioeconómico
- * Factores ocupacionales
- * Déficit de alfa-1-antitripsina (única alteración genética conocida que puede producir enfermedad crónica de las vías respiratorias inferiores).

5.4. Asma

Para el año 1997, del total de urgencias atendidas en la CCSS, el 6,6% correspondieron a asma y estado asmático (152.538 de los 2,3 millones de atenciones realizadas), cifra que representa el 20% del total de consultas por problemas del sistema respiratorio (740.000).

La intervención basada en los programas educativos específicos, las estrategias de prevención primaria para pacientes asmáticos no presentan una efectividad probada sobre la prevalencia del asma¹⁹⁹; sin embargo, sí hay evidencia de que las guías clínicas, la atención oportuna y con calidad mejoran la práctica clínica, disminuyen la morbilidad y el grado de incapacidad.

Intervención: Promoción, prevención, detección, atención, tratamiento y seguimiento oportuno del paciente con infecciones respiratorias agudas, asma, neumonía y enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Definición

Promoción, prevención, detección, atención, tratamiento oportuno y seguimiento del paciente con infecciones agudas de las vías respiratorias superiores, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (enfisema y bronquitis crónica), neumonías bacterianas y asma.²⁰⁰

193 Dirección General de Estadísticas y Censos, 1997

194 Zurro Martín, Pérez Cano, *Atención Primaria: Conceptos, Organización y Práctica Clínica*, Cuarta edición, Harcourt Brace, España, 1999, pág. 1308.

195 CCSS, Sección de Información Biomédica DTSS, *Cambios en la Morbilidad y Mortalidad por Edad, y Sexo Costa Rica*, 1987,1992 y 1997, julio 1999, pág. 21

196 www.ccss.sa.cr, CCSS, Dirección Actuarial y de Planificación Económica; *Incapacidades y Días Promedio de Incapacidad por Sexo Según Causa de Morbilidad año 1999* -estimado cuadro 12,

197 The COPD Guidelines Group of the Standards of Care Committee of the BTS; *BTS Guidelines for the Management of Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Thorax*, The Journal of The British Thoracic Society; 1997, December: 52(5 -supp5): S5 - S6.

198 Tierney Lawrence, McPhee Stephen, Papadakis Maxine, *Diagnóstico Clínico y Tratamiento*, Edición treinta y cuatro, Editorial Manual Moderno, México, 1999, pág. 256-266.

199 Saudre, P et al. Objectives, Methods and Content of Patient Education Programmes for Adults with Asthma: systematic Review of Studies Published between 1979 and 1998, *Thorax*. August, 1999; 54(8): 685.

Addington, W. And Wiess, K. Chicago's Response to the Public Health Challenge of Urban Asthma. October, 1999: *Chest*. 116(supp 4): 132S.

200 CCSS. *Taller de Expertos en Enfermedades Respiratorias*. San José, CR.: CCSS / Gerencia de Modernización y Desarrollo / Proyecto PASP, 1999.

Objetivo de la intervención

Promover la salud respiratoria, disminuir la morbilidad por enfermedades respiratorias y mejorar la calidad de vida de los pacientes con padecimientos crónicos, mediante promoción, prevención y tratamiento.

Metas de reducción del riesgo

- 47.** Al finalizar el año 2006, al menos el 70% de la población mayor de 12 años conocerá los principales factores que favorecen la aparición de las enfermedades de vías respiratorias, la sintomatología sugestiva de la gravedad y las medidas básicas de autocuidado y tratamiento.
- 48.** Al finalizar el año 2006, al menos el 70% de los pacientes asistidos institucionalmente por enfermedades de vías respiratorias habrán recibido educación o consejería sobre medidas preventivas, autocuidado y beneficios de la cesación del tabaco.
- 49.** Al finalizar el año 2006, se habrá logrado una reducción, respecto al año 2000, del 30% de los internamientos por enfermedad pulmonar obstructiva crónica, mediante estrategias tales como, hospitalización a domicilio, promoción de la salud respiratoria y prevención o atención oportuna de crisis.

NOTA: Véase objetivo y metas sobre estilos de vida, sobre todo lo relacionado con la asesoría contra el uso del tabaco, alcohol y otras drogas.

Metas de mejora de la oferta de servicios

- 50.** Al iniciar el año 2004, al menos el 75% de las personas afectadas por enfermedades de vías respiratorias estarán siendo tratadas de acuerdo con los criterios establecidos en las Guías Clínicas de Atención.
- 51.** Al finalizar el año 2006, al menos el 70% de los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica y asma estarán siendo controlados por medio de medidores de flujo espiratorio y tendrán acceso a las pruebas de función pulmonar, de acuerdo con lo establecido en la Guía de Atención Integral.
- 52.** Al finalizar el año 2006, todos los establecimientos de la CCSS contarán con medidores de flujo espiratorio y las condiciones para su utilización.

Metas de necesidades de información e investigación

- 53.** Al finalizar el año 2004, se habrá valorado en conjunto con el Ministerio de Salud, la factibilidad de utilizar vacunas de nueva generación como parte de la estrategia para la reducción de la morbilidad por enfermedades respiratorias.

6. Salud mental

La salud mental constituye un proceso de desempeño satisfactorio de las funciones mentales, que da como resultado actividades productivas, desarrollo de relaciones exitosas con otras personas, habilidad para adaptarse a los cambios y soportar la adversidad. La salud mental es indispensable para el bienestar personal, las relaciones interpersonales y familiares, así como contribuir con la sociedad y la comunidad. 'Enfermedad mental' es el término que se refiere colectivamente a todos los trastornos mentales.

Los trastornos mentales son condiciones de salud que se caracterizan por alteraciones de pensamiento, ánimo o comportamiento o alguna combinación, las cuales se asocian con estrés, incapacidad para desempeñarse funcionalmente, discapacidad, dolor o muerte²⁰¹. Los trastornos mentales del comportamiento y emocionales en niños y adolescentes pueden llevar al fracaso escolar, alcoholismo y uso de otras drogas; a la violencia o al suicidio²⁰². Aproximadamente el 5% de los niños y adolescentes en EE. UU. están extremadamente discapacitados por este tipo de trastornos mentales²⁰³.

201 USA, Healthy People 2010, *Understanding and Improving Health*, Cap. 18, Mental Health and Mental Disorders

202 Brandenberg N.; Friedman R.; and Silver S.; *The Epidemiology of Childhood Psychiatric Disorders: Prevalence Findings from Recent Studies*, Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 29:76-83, 1990. Taylor, E.; Chadwick, O.; Heptinstall, E; et al.; *Hyperactivity and Conduct Problems as Risk Factors for Adolescent Development*, Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 35:1213-1226, 1996. Foley, H.A.; Carlton, C.O.; and Howell, R.J. *The Relationship of Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Conduct Disorders to Juvenile Delinquency: Legal Implications*, Bulletin of the American Academy of Psychiatry Law 24:333-345, 1996. citados en Healthy People 2010 Understanding and Improving Health Cap. 18 Mental Health and Mental Disorders.

203 Friedman R.M.; Katz-Levey, J.W.; Manderschied, R.W.; and Sondheimer, D.L. *Prevalence of Serious Emotional Disturbance in Children and Adolescents*. In: Manderscheid, R.W., and Sonnenschein, M.A. (eds.), *Mental Health, United States, 1996*. Rockville, MD: Center for Mental Health Services, 1996, 71-78. citado en Healthy People 2010 Understanding and Improving Health Cap. 18 Mental Health and Mental Disorders

Los trastornos mentales se pueden presentar en cualquier sociedad y en el transcurso de toda la vida, y afectan a personas de todas las etnias, sexos, grupos educacionales y socioeconómicos. Por ejemplo, en Estados Unidos se estima que un 25% de las personas mayores de 65 años experimentan desórdenes mentales específicos tales como depresión, ansiedad, abuso de sustancias y demencia, condiciones que no corresponden al proceso de envejecimiento²⁰⁴.

Los trastornos mentales varían en severidad y en impacto sobre la vida de las personas. Algunos, como la esquizofrenia, depresión mayor, enfermedad maniaco-depresiva o bipolar y trastornos obsesivo-compulsivos o de pánico, pueden ser enormemente discapacitantes. Por otra parte, la enfermedad de Alzheimer es una de las principales causas de internamiento en hogares de ancianos²⁰⁵.

En general, para la mayoría de países, los costos por diagnóstico, tratamiento, pérdida de productividad, gastos en seguros, licencias de incapacidad, muerte prematura, crímenes, justicia criminal, pérdidas en la propiedad, etc., asociados a estas enfermedades, son de gran magnitud (aproximadamente 150.000 millones de dólares en Estados Unidos para el año 1996²⁰⁶). Cabe señalar que los costos indirectos en los procesos de salud mental son mayores que los costos directos; sin embargo, estos últimos no son cuantificados.

Durante 1997, las afecciones relacionadas con los trastornos mentales y del com-

portamiento representaron el 3,7% (312.892) del total de las consultas externas otorgadas por la CCSS²⁰⁷; sin embargo, se estima que existe un subregistro importante de este tipo de padecimientos. Debe aceptarse que los trastornos mentales se perciben como el problema más importante, tanto por parte de la población como por los prestadores de los servicios de salud, muy por encima de cualquier otro problema de salud, incluyendo enfermedades cardiovasculares y cáncer.

Con respecto a la atención de urgencias, en 1996 se registraron 43.123 atenciones (1,9% de total) relacionadas con trastornos mentales, y fueron las principales causas de consulta: ansiedad (0,4%), episodio depresivo (0,4%), alcoholismo (0,3%), otros trastornos neuróticos (0,3%) y otros trastornos mentales (0,12%)²⁰⁸.

En relación con los egresos hospitalarios²⁰⁹, los trastornos mentales representaron el 2% (6.650 egresos) del total de hospitalizaciones durante 1997. La estancia hospitalaria para los dos establecimientos psiquiátricos fue de 65 días para el Hospital Nacional Psiquiátrico y 247 días para el hospital Dr. Roberto Chacón Paut. Para este mismo período los principales diagnósticos de egreso fueron psicosis-esquizofrenia (0,8%), trastornos no psicóticos (0,8%), síndrome de dependencia alcohólica (0,1%). En la mayoría de estos diagnósticos, los hombres tienen una mayor representación sobre la población femenina.

Otros problemas de morbimortalidad del país están relacionados directamente con problemas de salud mental: causas externas, violencia intrafamiliar, consumo de alcohol y otras drogas, trastornos cardiovasculares y gastrointestinales, entre otros. Dentro de estos problemas destaca el suicidio, en grupos de edad de personas económicamente activas²¹⁰.

La tasa de mortalidad por trastornos mentales para 1997 fue de 2,13 por 100.000 habitantes. Durante el período 72-97 se evidencia una disminución de la tasa en la población masculina y un leve aumento en la femenina.

Como factores de riesgos para el desarrollo de enfermedades mentales, se establecen la pobreza, la baja escolaridad, el desempleo, el aislamiento social, eventos críticos de la vida, como viudez, los problemas financieros, ser víctima de agresiones; también se indican la predisposición genética, el alcoholismo y la drogadicción, los problemas del desarrollo, las lesiones a la hora del parto, pobres relaciones con los padres, entre otros.

204 USA, Healthy People 2010, Understanding and Improving Health, Cap. 18, Mental Health and Mental Disorders.

205 Ritchie K, Kildea D.; Is Senile Dementia "age-related" or "ageing related"? Evidence from Meta Analysis of Dementia Prevalence in the Oldest Old; Lancet 346: 931 - 934, 1995, en Healthy People 2010, Understanding and Improving Health, Cap. 18, Mental Health and Mental Disorders.

206 Lebowitz, B.D.; Pearson, J.L.; and Cohen, G.D.; Clinical Geriatric Psychopharmacology. Baltimore, MD: Williams & Wilkins, 1998. citado en Healthy People 2010 Understanding and Improving Health Cap. 18 Mental Health and Mental Disorders

206 U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration and National Institutes of Health. Mental Health: A Report of the Surgeon General, 1999. citado en Healthy People 2010 Understanding and Improving Health Cap. 18 Mental Health and Mental Disorders.

207 CCSS. Gerencia de División Médica, Dirección Técnica de Servicios de Salud, Sección de Información Biomédica, Cambios en la Morbilidad y Mortalidad por Edad y Sexo Costa Rica, 1987, 1992, 1997. Julio 1999, pág.16

208 Op cit.

209 Op cit.

210 CCSS. Gerencia Médica - Gerencia de Modernización y Desarrollo. Nuevo Modelo de Atención en Salud Mental. Perfil del Proyecto. Marzo, 2000. pág. 5

Intervención: Promoción de la salud mental y abordaje integral de sus trastornos

Definición

Promoción de la salud mental, reducción de los factores de riesgo modificables, detección temprana, tratamiento oportuno y efectivo de las enfermedades mentales, en todos los niveles de atención, rehabilitación y reinserción social.

La promoción de la salud mental es relevante en todas las personas. Se puede mejorar el bienestar psicológico mediante algunos pasos sencillos, que hacen más fácil tolerar los problemas y presiones de la vida diaria. Estos pueden ser tan sencillos como mantenerse en contacto con la familia, los amigos e involucrarse con la comunidad, dedicar tiempo para relajarse y para actividades físicas que ayudan a reducir el estrés, así como solicitar ayuda y hablar de los problemas, elementos que pueden prevenir que los problemas de salud mental se acrecienten.²¹¹

La reducción del riesgo de algunas enfermedades mentales es posible, como en el caso de la depresión, mediante el apoyo de los sistemas de soporte; la demencia, por medio del abandono del fumado, la adopción de una dieta saludable y la actividad física regular; y las recaídas en esquizofrenia se pueden reducir mediante intervenciones familiares.²¹²

Existen muchas más personas con problemas de salud mental que los que atienden los servicios especiales; algunos buscan ayuda con familiares y amigos, y muchos son vistos por su médico, pero los problemas de salud mental pueden ser difíciles de diagnosticar, especialmente cuando el paciente se presenta con síntomas físicos o problemas de aprendizaje o si existen barreras de lenguaje o culturales.

En promedio, los médicos de cabecera solo detectan la mitad de los pacientes con depresión o ansiedad y no todos reciben el tratamiento idóneo. Para algunos de los pacientes, el primer contacto es con la policía o con servicios sociales, en lugar de un hospital o un médico. Por todas estas razones, es importante que las personas en los programas sociales y de salud tengan la habilidad de reconocer los síntomas de enfermedades mentales.²¹³

Se pueden obtener importantes resultados mediante la promoción de una buena salud mental, la prevención de la enfermedad, el tratamiento oportuno e idóneo en el primer nivel de atención²¹⁴ y el apoyo de los niveles de mayor complejidad.

La naturaleza de los trastornos mentales hace que la respuesta y orientación asistencial pueda condicionar la remisión o la evolución a un proceso crónico. La detección y manejo oportuno pueden prevenir la cronificación de estos trastornos. La continuidad en la atención es esencial ya que puede determinar su gravedad y cronicidad²¹⁵.

Objetivo de la intervención

Contribuir a la promoción de la salud mental en la población general y a la prevención, detección temprana, hábil y oportuna, habilitación y reinserción social del paciente con trastornos mentales.

Metas de reducción del riesgo

NOTA: Véanse objetivos y metas correspondientes a estilos de vida, sobre todo lo referente a hábito de ejercicio físico y asesoría contra el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas.

Metas de mejora de la oferta de servicios

54. A inicios del año 2002, se habrá iniciado la puesta en práctica del Nuevo Modelo de Atención de Salud Mental.

55. Al finalizar el año 2002, la CCSS habrá elaborado las estrategias para la implementación de las políticas orientadas al fomento y preservación de la salud mental.

56. Al finalizar el primer semestre de 2002, se habrán identificado las dificultades y problemas técnicos en la entrega de la oferta de los servicios de salud mental para la posterior definición de opciones que permitan mejorarlos de manera continua. .

57. A partir del año 2002, la CCSS iniciará la capacitación del personal de salud para la detección temprana y oportuna de los trastornos mentales, así como mejorará los sistemas de registro, referencia y contrarreferencia, tratamiento y seguimiento de los pacientes detectados.

211 Gran Bretaña, *Our Healthier Nation 2000 - 2010*, 8 Saving lives:mental health, 1999

212 Op cit.

213 Op cit.

214 Op cit.

215 CCSS. Gerencia Médica - Gerencia de Modernización y Desarrollo; Nuevo Modelo de Atención en Salud Mental. Perfil del Proyecto. Marzo, 2000.

58. Al finalizar el año 2003, se habrá definido la creación de redes de apoyo y servicios de salud mental descentrados, con posibilidades de internamiento, para la atención integral a los pacientes con trastornos mentales, en todos los niveles de atención, según lo requieran. .

59. Al finalizar el año 2003, la CCSS realizará la coordinación con otros sectores (educativo, legal, laboral y otros) para velar por los derechos y condiciones que favorezcan la reinserción del paciente al medio habitual.

60. Al finalizar el año 2005, se tendrá garantía de un adecuado sistema de referencia y contrarreferencia para los pacientes con trastornos mentales, de tal manera que se fortalezca su atención en el primer nivel.

61. Al finalizar el año 2006, se estará dando tratamiento integral al menos al 50% de los pacientes captados con trastornos mentales, de acuerdo con lo que establecen las Guías de Atención Integral.

7. Enfermedades emergentes y reemergentes (tuberculosis, dengue y malaria)

La aparición de enfermedades reemergentes, emergentes y otras nuevas se debe a diferentes factores, tales como cambios demográficos y estilo de vida (hacinamiento, exclusión social, vivienda inadecuada, carencia de servicios básicos de salud, ambientales y otros), el manejo inadecuado de alimentos, el aumento de la movilización de personas entre países, sistemas de vigilancia epidemiológica, diagnóstico y comunicación sanitaria que no logran el conocimiento oportuno de la

evolución de la enfermedad o retrasan la toma de medidas correctivas, recursos financieros e infraestructura en salud insuficiente, la evolución continua de los microorganismos patógenos como mecanismo de supervivencia, la farmacorresistencia, la inclusión de personas en áreas remotas, no habitadas, cambios ambientales por contaminación, deforestación, variaciones climáticas y otros.

Para efectos de nuestro país, este apartado incluye únicamente la tuberculosis, la malaria y dengue. El HVI/SIDA, por sus características epidemiológicas y sociales, se tratará en forma separada.

7.1. Tuberculosis

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa crónica, producida fundamentalmente por el *Mycobacterium tuberculosis*. Aunque es una enfermedad prevenible y curable, la tuberculosis sigue constituyendo una importante amenaza para la salud pública en la región de las Américas. Pese a que desde hace varias décadas se conocen medicamentos y tratamientos eficaces, así como las medidas y procedimientos para su control, actualmente se asiste a un recrudecimiento de la frecuencia de la enfermedad en todo el mundo, por lo que en 1993 la Organización Mundial de la Salud declaró a la tuberculosis una "emergencia sanitaria mundial"^{216 217}.

Varios factores, además de la pandemia del VIH y el crecimiento demográfico, han creado condiciones propicias para el agravamiento del problema en muchos países del mundo: las malas condiciones socioeconómicas imperantes que han acentuado en varios países las condiciones de pobreza, las desigualdades en la prestación de servicios de salud, el crecimiento de la población marginal en los grandes centros urbanos, la intensificación de los movimientos migratorios, el debilitamiento de los programas de control a causa de los reajustes económicos, la irregularidad en la continuidad de los tratamientos por falta de suministro o adherencia de los pacientes y la aparición de bacilos tuberculosos farmacorresistentes. Además, el uso de drogas, el consumo excesivo de alcohol y el tabaquismo son factores que favorecen la aparición de nuevos casos de tuberculosis.

La infección por el VIH aumenta la incidencia de tuberculosis activa mediante el incremento del riesgo de reactivación de la tuberculosis latente, de progresión rápida a enfermedad activa en los casos de tuberculosis resistente y de reinfección exógena.²¹⁸

El mal cumplimiento del tratamiento por parte de los infectados y enfermos es una situación relativamente frecuente, cuya consecuencia es la posible aparición de bacilos farmacorresistentes, que agravan el problema sanitario ya existente²¹⁹.

La tuberculosis presentó recientemente en Costa Rica un aumento importante, con tasas de incidencias por 100.000 habitantes de 7,8 en 1995; 20,6 en 1996; 18,0 en 1997; 16,6 en 1998, y 17,5 en 1999²²⁰.

216 Organización Panamericana de la Salud, *La Salud de las Américas*. Edición de 1998 Washington, D.C.:OPS. Volumen I, pag 137.

217 Op. Cit. Pág. 137

218 Op. Cit. Pág. 137

219 Op. Cit. Pág. 137

220 Ministerio de Salud, Departamento de Información: Sección de Vigilancia Epidemiológica, *Informe Anual 1999*, San José, Costa Rica, Pag.17

Las regiones Pacífico Central (Puntarenas) y Huetar Atlántica (Limón) son las más afectadas por la tuberculosis. En los varones se diagnostica el doble de casos que en las mujeres. Al rededor del 90% de los casos se presentan en forma de tuberculosis pulmonar²²¹. A pesar de este aumento general, la incidencia de meningitis tuberculosa en menores de 5 años es estable y baja.

La tasa de mortalidad por tuberculosis en 1997 fue de 2,3 por 100.000; y en este mismo año se reportaron 506 egresos hospitalarios en la CCSS²²².

Los grupos de la población más afectados por la tuberculosis son, en primer lugar, aquellos clasificados como de alto riesgo^{223 224}, trabajadores que tienen exposición ocupacional a la tuberculosis, empleados de instituciones de cuidado de personas de larga estancia, empleados de correccionales, residentes de asilos, manicomios, cárceles, portadores de VIH, adictos a drogas, alcohólicos, indigentes, personas institucionalizadas y otras que viven en ambientes poco ventilados.

7.2. Dengue

El dengue es una enfermedad infecciosa aguda producida por arbovirus, transmitida por mosquito, propia de áreas tropicales y subtropicales distribuidas por todo el mundo, cuya incidencia es máxima tras la estación de las lluvias. Por lo general adopta dos formas: el dengue "clásico" o leve y el dengue "hemorrágico" o grave.

La letalidad del dengue es reducida (menos de 5%), mientras que su morbilidad, es decir, el número de infecciones durante las epidemias, es elevada (hasta el 90%). La recuperación suele ser completa al cabo de 2 a 4 semanas.

El diagnóstico es básicamente clínico. El diagnóstico específico debe verificarse mediante el aislamiento del virus de la sangre y/o la demostración de los anticuerpos que aparecen en el curso de la enfermedad.

Costa Rica estuvo libre del *Aedes aegypti*, vector de la fiebre amarilla urbana, y del dengue, hasta 1992, año en que se reintrodujo al territorio nacional. En octubre de 1993 se presentan los primeros casos de dengue serotipo 1, en especial en el cantón central de Puntarenas. Durante los años 94, 95 y 96 la epidemia se fue extendiendo por las regiones de bajura, con algunos casos en zonas del Valle Central. En 1997 se dio un repunte de la epidemia nacional, con 14.276 casos (tasa 406,7/100.000), ocho de los cuales fueron hemorrágicos, con dos fallecimientos. Para 1998 se logró una reducción del número de casos, con solo 2.628 casos (tasa 69,7/100.000). Hay que recordar que ese padecimiento se comporta de esta forma, con picos epidémicos de acuerdo con la cantidad de susceptibles.

En 1999 el número de casos notificados por dengue fue de 6.040, y se localizaron principalmente en las regiones Huetar Atlántico, con 3.937 casos; Pacífico Central, con 1.336, y Chorotega, con 603. La situación se ha complicado debido a que en la región Huetar Atlántica está circulando el serotipo D3, y en las regiones Chorotega y Pacífico Central, el serotipo D2²²⁵, con lo que se incrementa el riesgo de casos hemorrágicos.

7.3. Malaria

El paludismo o malaria es una infección causada por protozoos intracelulares del género *Plasmodium*. La enfermedad la transmite la hembra del mosquito del género *Anopheles*²²⁶. Los cuatro tipos de *Plasmodium que afectan al hombre son: P. vivax, P. falciparum, P. malariae y P. ovale*²²⁷.

La confirmación diagnóstica se obtiene por la observación microscópica directa del plasmodio mediante la técnica de la gota gruesa²²⁸.

En Costa Rica desde finales de los años ochentas, la malaria se recrudeció hasta llegar a registrarse 6.951 casos en 1992, con un índice parasitario anual (IPA) de 7,9 por 1.000 habitantes. Desde 1991 se observó el desplazamiento de la malaria desde la costa del Pacífico a la región norte y a la costa del Atlántico, coincidiendo con el desarrollo bananero, la deforestación y el desplazamiento migratorio de trabajadores temporales, factores que dificultan el seguimiento y el control de casos. El riesgo de contraer malaria en la región Huetar Atlántica es el triple que en el resto del país, donde en 1995 se registraron 4.515 casos y 5.480 en el año

221 Organización Panamericana de la Salud, *La Salud de las Américas*, Edición de 1998 Washington D.C., Volumen II pag 203.

222 CCSS, Dirección Técnica de Servicios de Salud, *Cambios en la Morbilidad y Mortalidad por Edad y Sexo en Costa Rica*, 1972,1992 y1997. San José, Costa Rica, julio 1999.

223 Means-Markwell Melissa, MC, USNR; CDR O'Neil Kevin M., MC, USN, *Prevention of Tuberculosis* LCDR Vol 108, No 2, 2000 Postgraduate Medicine

224 Report of US Preventive Services 'Task Force'. Guide to Clinical Preventive Services..2nd Ed. Alexandria, VA. International Medical Publishing, 1996

225 Ministerio de Salud. *Informe Anual de 1999*, San José, Costa Rica, 1999.

226 Farreas Rosman; *Enfermedades Infecciosas Causadas por Parásitos*, Catorceava edición, Editorial Harcourt, Madrid, España, 2000.

227 Op cit

228 Opcit

1996, con un IPA de 4,8 por 1.000. *Plasmodium vivax* fue el agente infeccioso en 99,9% de los casos hasta 1995, mientras que las infecciones causadas por *Plasmodium falciparum* son casi siempre importadas (en 1996 se registraron 65 casos). En Costa Rica no se habían reportado muertes por malaria durante más de 20 años, pero en 1996 se registraron dos defunciones en casos por *P. falciparum*²²⁹.

En 1997 se reportaron 4.712 casos, lo que significó una disminución del 16,3% respecto a los reportados en 1996, de los cuales 4.667 (99%) corresponden a *P. vivax* y 45 (1,0%) a *P. falciparum*²³⁰. En el año 1999, se reportaron 3.998 casos.

En cuanto a la población de riesgo, el área malárica en Costa Rica tiene una extensión de 35.436 km² (69,5% del territorio nacional) y está comprendida entre 0 y 700 m sobre el nivel del mar, con una población de más de 1.100.000 habitantes; se presenta con características de endemia en los últimos seis años en la región Huetar Atlántica y Pacífico Central y, últimamente, en la Huetar Norte y Chorotega²³¹.

Intervención: Prevención, detección y atención al paciente con tuberculosis, dengue y malaria

Definición

Detección temprana mediante exploración clínica y atención oportuna al paciente con dengue, malaria o tuberculosis y sus contactos.

En el caso de la tuberculosis, la detección y el tratamiento correcto (adecuado y completo) de las personas con tuberculosis activa, particularmente los bacilíferos, son la clave para controlar de forma efectiva esta enfermedad²³².

La estrategia mundial de Tratamiento Acortado Directamente Observado (conocido como DOTS por sus siglas en inglés, "Directly Observed Treatment Strategy, Short-course"), es una de las intervenciones más eficaces en función de los costos y es factible en los países con pocos recursos. Los cinco elementos de la estrategia DOTS son: el compromiso del Gobierno con el programa contra la tuberculosis; la detección de casos principalmente los sintomáticos respiratorios que acuden a los servicios de salud, el tratamiento acortado directamente observado y estandarizado de todos los casos con baciloscopia positiva, el abastecimiento regular de medicamentos y un sistema de registro e información²³³.

En cuanto al dengue, las medidas de control se basan en el aislamiento de los enfermos para evitar, en lo posible, que sean picados de nuevo por los mosquitos vectores, así como en la desinfestación, el control de mosquitos y el empleo de medios que eviten las picaduras (ropa protectora, repelentes y redes)²³⁴. Son muy importantes la eliminación de criaderos intradomiciliares y peridomiciliares con participación activa de la comunidad y de instituciones involucradas dentro y fuera del sector, la vigilancia de febriles y el control de brotes.

Para la prevención de la malaria, OPS/OMS recomienda el uso de insecticidas, mallas protectoras impregnadas, acceso a tratamiento temprano y de buena calidad, quimioprofilaxis durante el embarazo, análisis y estratificación de los casos y de la comunidad, y el uso de larvicidas y atención al medio ambiente²³⁵.

Objetivo de la intervención

Contribuir a la reducción de la morbilidad evitable por la tuberculosis, dengue y malaria.

Metas de reducción del riesgo

62. Para finales del año 2002, las áreas de salud en riesgo continuarán participando, en coordinación con el Ministerio de Salud, en la formación y mantenimiento de alianzas estratégicas con otros actores/programas de desarrollo económico y social, para la elaboración e implementación de un plan de manejo integral del vector y protección del huésped y del ambiente, para el control del dengue y la malaria.

229 Organización Panamericana de la Salud; La Salud de las Américas; Volumen II, Edición de 1998, Washington, D.C., OPS., pág 202.

230 Ministerio de Salud. Informe Anual de 1997. San José: MS, 1997.

231 Ministerio de Salud, Protocolos de Vigilancia Epidemiológica, San José, Costa Rica, 1998.

232 Op. Cit. Pág. 137

233 Banco Mundial. Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993. Invertir en Salud. Washington, DC: Banco Mundial; 1993. En Organización Panamericana de la Salud, La Salud de las Américas, Volumen I, Edición de 1998, Washington, USA, Pág.137.

234 Farresas Rosman; Enfermedades Infecciosas Causadas por Parásitos, Catorceava edición, Editorial Harcourt, Madrid, España, 2000.

235 World Health Organization, World Health Report 1999, Geneva, Switzerland, 1999

63. Para finales del año 2002, las áreas de salud habrán incorporado en las actividades del ATAP, la vigilancia epidemiológica del dengue, la malaria y tuberculosis, de acuerdo con criterios de riesgo.

64. Para finales del año 2002, las áreas de salud en riesgo habrán formado sitios centinela para la vigilancia epidemiológica y entomológica, del dengue y la malaria.

65. Para finales del año 2002, las áreas de salud estarán participando activamente en la determinación de los índices de infestación de viviendas y comunidades, de los mosquitos transmisores del dengue y la malaria.

66. Al finalizar el año 2004, el 80% de los hogares de las regiones de mayor riesgo, habrán recibido educación sobre los mecanismos de transmisión del dengue y la malaria y sobre medidas de eliminación de criaderos del mosquito y otras acciones de prevención y control.

67. Al finalizar el año 2006, al menos el 90% de los pacientes infectados de tuberculosis que hallan sido detectados y sus contactos íntimos, habrán sido estudiados y tratados satisfactoriamente, según las Guías de Atención.

Metas de mejora de la oferta de servicios

68. Al finalizar el año 2002, se habrá elaborado un diagnóstico identificando las dificultades y problemas técnicos de la oferta de servicios, en relación con la tuberculosis, dengue y malaria, y un plan de trabajo para la mejora continua de dichos servicios.

69. Al finalizar el año 2003, el 100% de los laboratorios clínicos de la CCSS estarán debidamente acreditados para efectuar el diagnóstico bacteriológico de la tuberculosis.

70. Al finalizar el año 2002, el 100% de los laboratorios clínicos de los establecimientos de salud de la CCSS, habrán disminuido los tiempos de entrega del resultado baciloscópico para la confirmación diagnóstica de la tuberculosis, de acuerdo con lo establecido en las Guías de Atención.

71. Para el año 2002, la CCSS continuará garantizando la disponibilidad de medicamentos antifímicos, en todos los niveles de atención.

72. Al finalizar el año 2004, la CCSS garantizará el suministro de insumos y el acceso oportuno del primer nivel de atención a los exámenes de laboratorio y gabinete, así como a los especialistas de referencia, para la atención de los pacientes con tuberculosis, dengue y malaria, de acuerdo con lo que establecen las Guías de Atención.

73. A partir del año 2006, todos los pacientes con secuelas de tuberculosis que así lo requieran tendrán acceso a servicios de rehabilitación pulmonar.

Metas de necesidades de información e investigación

74. A partir del año 2002, las áreas de salud mantendrán actualizada una base de datos de los pacientes con tuberculosis y sus contactos.

75. Al finalizar el año 2003, la CCSS habrá creado e iniciado la aplicación de una metodología trazadora para el dengue hemorrágico y la malaria.

8. Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana, VIH/SIDA

En el año 1980 se conoció en Costa Rica el primer caso de sida. Analizando el período 88/97, se encuentra que los grupos de riesgo más importantes fueron, en primer lugar, los homosexuales, seguido de los bisexuales y en tercer lugar los hemofílicos. Debe recordarse que los hemofílicos se infectaron por transfusión con hemoderivados contaminados antes de 1985, año en que se inició el control y tamizaje de los hemoderivados en el país²³⁶.

La transmisión perinatal se comenzó a detectar a partir de 1990, con una tendencia creciente hasta 1995, año en que se inicia el tratamiento con AZT a las embarazadas positivas y sus productos, lo cual incide en que se presente cero casos por transmisión perinatal en 1996 y 1997.

A partir de 1990 se observa que la transmisión heterosexual muestra un crecimiento muy pronunciado, lo que indica una variación en el patrón epidemiológico; sin

236 Ministerio de Salud. Informe Anual de 1997. San José: MS, 1997. Pág. 40.

embargo, el grupo de los homosexuales sigue siendo el que aporta el mayor número de casos.

El grupo de riesgo por drogadicción intravenosa presentó el 1,43% de los enfermos, durante el período 1988 - 1997. Todavía se desconoce la vía de transmisión para un 10% de los casos reportados.

El total acumulado hasta diciembre de 1997 fue de 1.317 personas con VIH/SIDA, de los cuales el 91% fueron hombres (1.198) y el 9% mujeres (119)²³⁷, para una relación aproximada al 10 a 1. El grupo etario más afectado en ese mismo período fue de los 25 a los 44 años, pero con una tendencia creciente en el grupo de los 20 a 24 años. Se sospecha, no obstante, que la magnitud real del problema se aproxima a más de 15.000 afectados²³⁸, con una proyección para el 2005 cercana a 35.000 casos.

En cuanto a mortalidad, de los 1.317 casos mencionados, fallecieron el 52% (684). Durante ese mismo año se dieron 176 defunciones, con una tasa de mortalidad de 4,78 por 100 .000 habitantes, la mayoría de los cuales oscilaban entre los 20 y 49 años²³⁹.

Durante 1996 se brindaron un total de 688 consultas de urgencia por esta causa. Los egresos documentados para este mismo año fueron 421, con una estancia media de 14,7²⁴⁰ 241; y 5 .074 consultas externas²⁴².

En lo que respecta a evolución y tendencia, en los últimos 10 años la incidencia

ha venido en aumento, y se ha pasado de 22 casos nuevos por año en 1987, a 160 en 1997²⁴³.

Como población de alto riesgo²⁴⁴ se señalan las personas con antecedentes de otras enfermedades de transmisión sexual después de haberse iniciado la epidemia, los hombres que hayan tenido relaciones homosexuales, los privados de libertad, los drogadictos intravenosos, los trabajadores o trabajadoras del sexo, sus contactos y compañeros sexuales, los bisexuales, mujeres y hombres con compañeros(as) actuales o pasados VIH positivos(as), los jóvenes deambulantes y las personas con historia de transfusión entre 1978 y 1985.

Intervención: Prevención, detección y atención al paciente con VIH/ SIDA

Definición

Prevención, detección temprana mediante tamizaje en poblaciones de alto riesgo de contraer este virus y atención oportuna al paciente con VIH/SIDA.

Los avances recientes en la prevención y tratamiento del VIH aumentan la importancia de detectar oportunamente a los portadores. Los exámenes de VIH prporcionan una ruta crítica para poder asistir a las personas de alto riesgo con consejería preventiva, así como hacer un enlace entre los individuos infectados y los servicios de salud y apoyo. Es claro que las personas infectadas deben de ser aconsejadas sobre formas de proteger su propia salud y prevenir la infección de otros. Los nuevos tratamientos ofrecen a estas personas la promesa de una vida más prolongada y saludable²⁴⁵.

El impacto de las nuevas combinaciones de drogas fue reportada por primer vez hace cuatro años cuando las muertes atribuibles a infecciones por VIH disminuyeron un 44 %, comparando los primeros 6 meses de 1996 con el primer semestre de 1997. Estos datos sugieren que las nuevas terapias no solo retardan la progresión la muerte, una vez diagnosticado el SIDA, sino que, con el diagnóstico temprano y tratamiento, estas terapias están ayudando a disminuir la aparición de la enfermedad en las personas VIH positivas²⁴⁶.

El riesgo de transmisión perinatal de VIH puede ser reducido hasta en una tercera parte con el uso de terapia con zidovudine. Existe evidencia que confirma que la consejería de rutina y universal, y el examen voluntario combinado con este medicamento, son altamente efectivos para este fin²⁴⁷.

237 Ministerio de Salud. Informe Anual de 1997. San José: MS, 1997. Pág. 40.

238 Ministerio de Salud. Estudio VIH/SIDA en Costa Rica: Situación Actual y Proyecciones Futuras.

239 Op.cit. Pág. 40 y 41.

240 Sección Información Biomédica, Dirección Técnica de Servicios de Salud. Tercer Informe: Análisis Nacional Comparativo de 1990, 1995, 1996 y 1997, San José, Costa Rica, 1999

241 Ídem.

242 CCSS. Cambios en la Morbilidad y Mortalidad por Edad y Sexo. Serie Estadística de la Salud, 8B, Julio 1999.

243 Ídem.

244 Report of US Preventive Services Task Force: Guide to Clinical Preventive Services. 2nd Ed Alexandria, VA. International Medical Publishing, 1996, p. 314-316

245 USA, Healthy People 2010, Understanding and Improving Health, archivos\ Copy of 13 HIV.htm.

246 Op.cit.

247 Op.cit.

Para la detección y atención del paciente con VIH//SIDA, las investigaciones establecen diferentes recomendaciones:

- * El clínico debe establecer factores de riesgo para infección por VIH en todos los pacientes, mediante la obtención de una historia sexual y sobre uso de drogas.
- * Deben ofrecerse consejería y exámenes a toda persona en alto riesgo de infección (recomendación "A")²⁴⁸. La consejería y la prueba de detección han de ofrecerse a toda persona en alto riesgo de infección.
- * Tan pronto se capte una embarazada que esté dentro del grupo de alto riesgo o provenga de una comunidad donde la prevalencia de niños recién nacidos seropositivos se esté incrementando, debe recibir consejería sobre las enfermedad y la importancia y beneficios del diagnóstico temprano (recomendación "A")²⁴⁹.
- * La evidencia científica todavía es insuficiente para recomendar o no el tamizaje prenatal universal por VIH, en comunidades con baja prevalencia (recomendación "C")²⁵⁰.
- * El examen de detección en recién nacidos está recomendado cuando el estado de los anticuerpos de la madre de alto riesgo es desconocido (recomendación "B")²⁵¹.
- * La evidencia científica para recomendar o no el tamizaje de rutina por VIH, en personas sin riesgos conocidos es insuficiente (recomendación "C")²⁵².
- * El tamizaje de rutina podría ser razonable en grupos de prisioneros, jóvenes que huyan de casa o indigentes, o en otros grupos en que la prevalencia de conductas de alto riesgo para VIH sea alta²⁵³.
- * Los exámenes deben de ser realizados posteriormente al debido consentimiento por parte del paciente, el cual deberá haber recibido consejería previa, que lo instruya sobre el propósito de la prueba; el significado de un examen reactivo y no reactivo, las medidas para proteger la confidencialidad y la necesidad de notificar a las personas en riesgo²⁵⁴.

Objetivo de la intervención

Contribuir a la reducción de la propagación y morbilidad evitable por VIH/ SIDA.

Metas de reducción del riesgo

- 76.** Al finalizar el 2004, el 80% de la población nacional mayor de 12 años, habrá recibido educación sobre los mecanismos de transmisión del VIH y sobre medidas de prevención.
- 77.** Al finalizar el año 2004, para la reducción de la incidencia de transmisión de madre a hijo, se habrá establecido la consejería para parejas o embarazadas de riesgo captadas en los servicios de la CCSS y, cuando corresponda, se les habrá ofrecido la oportunidad de practicarse el tamizaje prenatal.
- 78.** Al finalizar el año 2004, al menos el 60% de los pacientes identificados en la consulta de la CCSS como de alto riesgo de VIH/SIDA habrán recibido educación sobre las medidas de protección necesarias para evitar el contagio, y se les habrá ofrecido la oportunidad para realizarse la prueba diagnóstica.

Metas de mejora de la oferta de servicios

- 79.** Al finalizar el primer semestre de 2002, se habrá elaborado un diagnóstico que identifique las dificultades y problemas técnicos de la oferta de servicios, en relación con VIH/SIDA, y un plan de trabajo para la mejora continua de dichos servicios.
- 80.** Al finalizar el año 2002, al menos el 100% de los pacientes portadores de VIH/SIDA, asistidos en los servi-

248 Report of US Preventive Services Task Force. *Guide to Clinical Preventive Services*. 2 edición Editorial Alexandria, VA. International Medical Publishing, 1996, p. 314-316

249 Ídem

250 Ídem

251 Ídem

252 Ídem

253 Ídem

254 Report of US Preventive Services, Task Force: *Guide to Clinical Preventive Services*. 2nd Ed Alexandria, VA. International Medical Publishing, 1996, p. 314-316

cios de la institución, habrán recibido consejería sobre las medidas y responsabilidad para la no propagación del virus y el autocuidado.

81. Al finalizar el año 2004, se tendrá garantía de acceso oportuno del primer nivel de atención a los exámenes de laboratorio y gabinete, así como a los especialistas de referencia, de acuerdo con lo que establecen las Guías de Atención.

82. Al finalizar el año 2004, la CCSS habrá logrado la coordinación interinstitucional para la instauración de la consejería y la oportunidad de realizar tamizaje por VIH a todos los privados de libertad.

83. Al finalizar el año 2006, se les estará dando seguimiento a todos los contactos conocidos de los pacientes con VIH/SIDA, asistidos en los establecimientos de la CCSS.

84. Al finalizar el año 2006, el 90% de los establecimientos de salud estarán atendiendo a los pacientes identificados con VIH/SIDA, de acuerdo con lo que establecen las Guías de Atención.

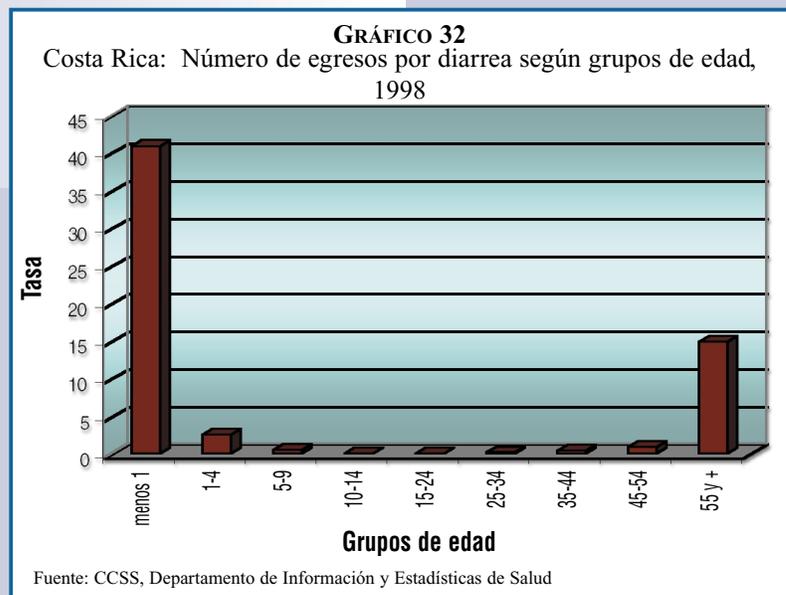
9. Enfermedad diarreica

La diarrea consiste en el aumento de la frecuencia, fluidez y volumen de las evacuaciones respecto al hábito de cada individuo, y es la deshidratación la principal causa de muerte. Los factores predisponentes son: las condiciones socioeconómicas, sanitarias, los hábitos de higiene personal deficientes, sobre todo en los niños menores y en los lactantes, quienes, a su vez, son los más afectados.

En nuestro país la mayoría de diarreas son de origen viral (especialmente por Rota virus y virus Norwalk). Otros agentes infecciosos frecuentes son las bacterias como *Escherichia coli*, *Campilobacter*, shigellas, salmonelas. También la giardiasis y la amebiasis continúan originando un número no despreciable de casos. El cólera no ha tenido un importante impacto en Costa Rica; entre 1992 (año del primer caso) y 1996, se registraron únicamente 123 casos, el 74% importados²⁵⁵. El área más afectada fue la frontera norte.

Las enfermedades diarreicas se clasifican entre las cinco primeras causas de defunción en los niños menores de un año y son la principal causa de morbilidad de la población de uno a cuatro años en la mayoría de los países²⁵⁶. En 1995, se calculó que el número promedio anual de episodios diarreicos en menores de cinco años, en 33 países de la región, era de tres por niño.

En Costa Rica como en el resto del mundo, esta enfermedad, hasta 1970, fue una de las principales causas de muerte, especialmente en los niños menores de un año, y alcanzó tasas de 35,5 por 100.000²⁵⁷. Sin embargo, con las medidas adoptadas por el país y el mejoramiento de las condiciones de vida, la morbimortalidad por esta enfermedad se fue reduciendo progresivamente. En 1998, solo se registraron 104 muertes por diarrea para una tasa de 2,8 por 100.000 habitantes, y los casos se concentraron en los grupos de 55 años y más (56 muertes y una tasa de 14,9 por 100.000); en menores de un año (33 casos y una tasa de 41 por 100.000); y en el grupo de 1 a 4 años (8 muertes y una tasa de 2,5 por 100.000)²⁵⁸.



En 1997, en los servicios de consulta externa de la CCSS, se reportaron 51.000 atenciones con el diagnóstico de infección intestinal (0,06% del total); y en 1996, por la misma causa, se registraron aproximadamente 76.000 consultas de urgencias (3,3% del total).

255 BP. Cita.

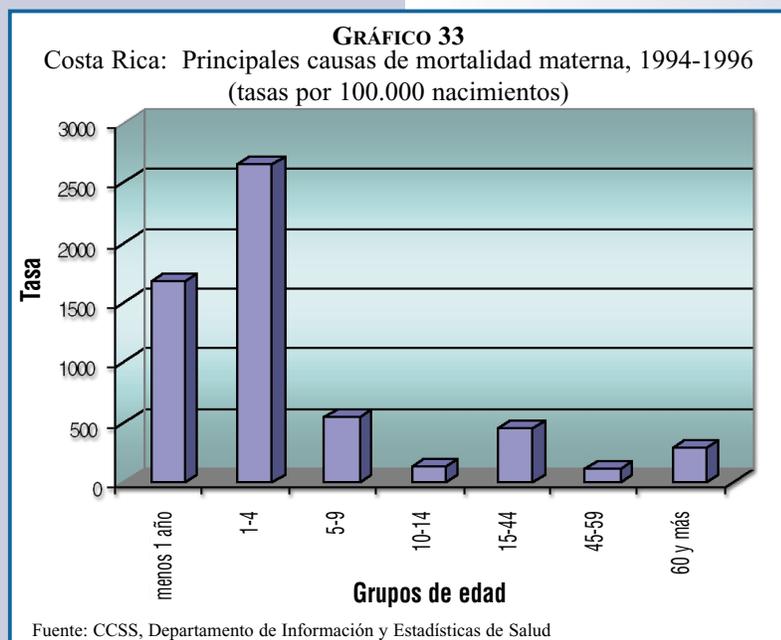
256 OPS. "La salud en las Américas". ED: OPS. Washington, D.C. Vol. 1998.

257 Organización Panamericana de la Salud, *El Progreso en la Salud de la Población: Informe Anual del Director 2000*, Washington, 2000.

258 Ministerio de Salud. "Memoria Anual 1999". Costa Rica.

En relación con las hospitalizaciones por esta causa en la CCSS, en 1997 se registraron 5.864 egresos, con una tasa del 15,9 por 10.000. Según edad, el primer lugar correspondió al grupo de 1 a 4 años, con 2.652 casos y una tasa de 81,8 por 10.000; el segundo, a menores de un año con 1.679 egresos, para una tasa de 2,15 por 10.000 nacimientos; y el tercer lugar, al grupo de 5 a 9 años con 545 egresos y una tasa de 13,1 por 10.000.²⁵⁹

En nuestro país, durante 1999, el Sistema de Vigilancia Epidemiológica reportó un total de 140.000 casos de diarrea, con una tasa de incidencia de 363 casos por 10.000 habitantes.



En cuanto a las tasas de mortalidad por diarrea, según provincia, en 1998 Puntarenas ocupó el primer lugar, con una tasa de 3,89 por 100.000 habitantes; siguió Limón con 3,80, y en tercer lugar Guanacaste con 3,31. Las cuatro restantes provincias mantienen índices relativamente bajos, entre 2,1 y 2,9 por 100.000 habitantes.

CUADRO 54
Costa Rica: Mortalidad por diarreas según provincia, 1998
(número de casos y tasa por 100.000 habitantes)

Provincia	No casos	Tasa
San José	30	2,18
Alajuela	19	2,85
Cartago	11	2,65
Heredia	8	2,36
Guanacaste	9	3,31
Puntarenas	14	3,89
Limón	13	3,80

Fuente: Dirección Gral. de Estadística y Censos, Vigilancia Epidemiológica

Intervención: Promoción, prevención, control y atención de las enfermedades infecciosas intestinales

Definición

Conjunto de acciones institucionales e intersectoriales tendientes a disminuir la incidencia y la morbilidad infantil por causa de las enfermedades infecciosas intestinales prevenibles.

Objetivo de la intervención

Reducción de la morbilidad producida por diarrea como enfermedad prevenible.

Metas de reducción del riesgo

85. Al finalizar el año 2003, se estarán brindando sales de hidratación oral en forma continua y permanente, durante todas las horas laborales de los diferentes centros de atención y durante las visitas domiciliarias.

86. Para finales del año 2002, las áreas de salud continuarán participando, en coordinación con el Ministerio de Salud, en la formación y mantenimiento de alianzas estratégicas con otros actores/programas de desarrollo económico y social para la elaboración e implementación de un plan de prevención de las enfermedades diarreicas y el manejo integral de los riesgos ambientales que las favorecen.

Metas de mejora de la oferta de servicios

87. Al finalizar el año 2002, se habrá elaborado un diagnóstico que identifique las dificultades y problemas técnicos de la oferta de servicios, en re-

lación con diarreas, y un plan de trabajo para su mejora continua.

88. Al finalizar el año 2006, al menos el 90% de los establecimientos de salud estarán atendiendo a los pacientes con enfermedades diarreicas, de acuerdo con lo que establecen las Guías de Atención.

10. Salud materno-infantil

La mortalidad infantil es un indicador crítico de la salud de una población. Refleja el estado de la salud materna, así como la calidad y accesibilidad a los servicios de salud disponibles, de las mujeres embarazadas y los infantes.

La salud de los recién nacidos depende en gran medida, de su salud intrauterina; un feto con defectos severos o con problemas del desarrollo puede que no nazca a salvo. Debido a que solo los nacimientos vivos cuentan en la mortalidad infantil, la mortalidad perinatal y fetal proporcionan un mejor panorama de la salud perinatal, que la que da la mortalidad infantil sola.

Las muertes fetales se asocian con complicaciones maternas del embarazo, tales como problemas en el nivel de líquido amniótico y desórdenes sanguíneos. Las proporciones de mortalidad fetal son un 35% superiores a lo esperado en las mujeres que usan tabaco durante el embarazo, y un 77% más altas en mujeres que utilizan alcohol.²⁶⁰

La mortalidad perinatal incluye tanto las muertes de los recién nacidos hasta los siete días de edad, como la muerte fetal después de las 28 semanas de gestación.

Este indicador sirve para medir la calidad de atención en salud que se brinda a las mujeres embarazadas y a los recién nacidos²⁶¹.

La mortalidad infantil la componen la mortalidad neonatal (muerte durante los primeros 28 días) y la mortalidad pos-neonatal (muerte después del primer mes y antes del primer año de vida). Las causas principales de muerte neonatal incluyen defectos en el nacimiento, desórdenes relacionados con una gestación corta y bajo peso al nacer, complicaciones del embarazo. De estas, las que tienen mayor posibilidad de prevención son aquellas relacionadas con parto prematuro y bajo peso al nacer. Las muertes postneonatales reflejan eventos experimentados en la infancia, incluyendo síndrome de muerte súbita infantil, defectos del nacimiento, lesiones y homicidios. El síndrome de muerte súbita infantil, en Estados Unidos, es la primera causas de muerte postneonatal en todos los grupos étnicos, y representa aproximadamente una tercera parte de todas las causas de las muertes postneonatales²⁶².

Las muertes maternas son el resultado de hemorragias, embarazo ectópico, hipertensión inducida por el embarazo, embolismos, infecciones y otras complicaciones del embarazo o el parto²⁶³.

El fumado es responsable del 20% al 30% de todos los nacimientos de bajo peso en Norteamérica. El efecto del fumado en el "bajo peso" al nacer parece ser atribuible a retardo en el crecimiento intrauterino mas que a partos pretérminos. El "muy bajo peso" al nacer está relacionado con partos pretérminos, que pueden estar asociados al uso de drogas durante el embarazo²⁶⁴.

Separar los efectos adversos del embarazo no deseado, de otros factores ambientales y sociales (v. gr. salud materna, educación e ingresos) es muy difícil. Las consecuencias adversas sociales y médicas son observadas más coherentemente en adolescentes embarazadas, muchas de las cuales son atribuibles a embarazo no deseado. Los infantes nacidos de madres adolescentes, especialmente las menores de 15 años, son más propensos a sufrir de bajo peso al nacer, mortalidad neonatal y síndrome de muerte súbita²⁶⁵.

Los efectos adversos de un embarazo no deseado no están restringidos a las adolescentes. Las mujeres que se embarazan inesperadamente pierden la oportunidad de recibir consejería preconcepcional para mejorar la salud del feto. Los embarazos después de los 40 años frecuentemente son no intencionales y se asocian con aumento del riesgo para la madre y el infante²⁶⁶.

Las mujeres con embarazos no deseados generalmente acuden en menor proporción al control prenatal y presentan una mayor incidencia de tabaquismo, consumo de licor y bebés de bajo peso al nacer²⁶⁷.

260 Hoyert, D.L. *Medical and life-style risk factors affecting fetal mortality, 1989-90*. Vital and Health Statistics 20 Data National Vital Statistics System 31:1-32, 1996 citado Healthy People 2010 cap.16 Maternal, Infant, and Child Health, U.S. Department of Health and Human Services January 2000.

261 Healthy People 2010 cap.16 Maternal, Infant, and Child Health, U.S. Department of Health and Human Services January 2000.

262 Opcit.

263 Healthy People 2010 cap.16 Maternal, Infant, and Child Health, U.S. Department of Health and Human Services January 2000.

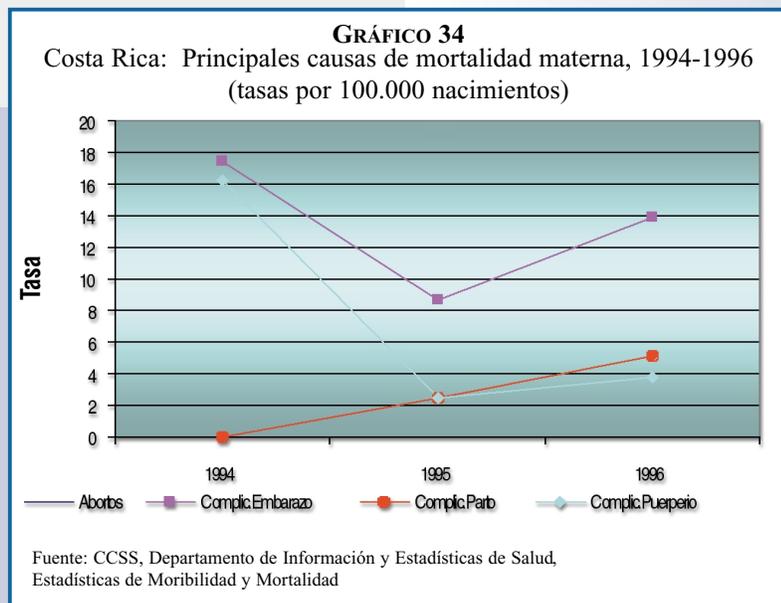
264 Opcit

265 Opcit

266 Opcit

267 Opcit

Las complicaciones del embarazo, parto y puerperio son responsables como grupo de 68 defunciones en el trienio 95-97, con una tasa de mortalidad materna de 0,3 por mil nacimientos en el mismo período ²⁶⁸. En 1994 produjo 1.200 AVPP ²⁶⁹.



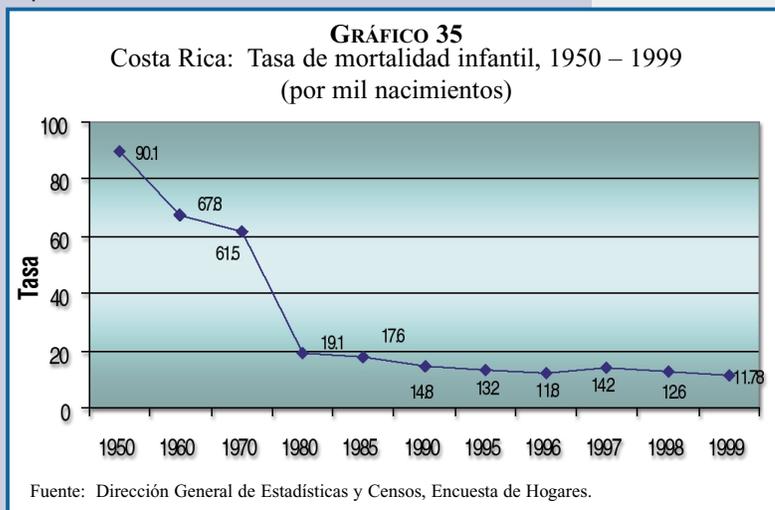
Como grupo, en el trienio 94-96 las complicaciones del embarazo, parto y puerperio han mostrado una disminución en el número absoluto de las defunciones. Entre las principales causas específicas registradas de mortalidad materna en este período, estuvo el aborto, la eclampsia, la hipertensión inducida por el embarazo y las complicaciones de las heridas quirúrgicas ²⁷⁰.

Cada año se producen aproximadamente 80.000 partos, de los cuales un 20% ocurren en adolescentes. Para 1997, el 96% de los partos fueron atendidos en establecimientos de la CCSS. La atención del embarazo, parto y puerperio y sus complicaciones constituye la principal causa de hospitalización, y representa el 32,6% (316 461) del total de egresos para ese mismo período. Como principales causas de egreso encontramos el parto prematuro (9,8%), parto obstruido (3,5%), trauma obstétrico (2,5%) y aborto (2,2%)²⁷¹.

En 1997, la atención de embarazo, parto y puerperio representó el 0,93% el total de consultas externas (78.646 casos). En urgencias se atendieron 156.897 casos, lo que corresponde a un 6,84% de las consultas en este servicio ²⁷².

Los grupos de población afectados son todas aquellas mujeres en edad fértil, en forma general aquellas con edades entre los 15 y 45 años; pero, especialmente, las portadoras de algún factor de riesgo durante la concepción, como adolescencia (< 16 años), paridad tardía (>35 años), multiparidad (> 4 embarazos), diabetes, obesidad (IMC > 27), baja estatura (<1,50m), hipertensión, cardiopatías, condición socioeconómica marginal, anemia grave (Hb < 10g/dl), hemorragias obstétricas, enfermedades infecciosas, entre otros ²⁷³.

En 1996 la mortalidad infantil produjo 65 590 AVPP. En el trienio 94-96 los AVPP por estas causas ascienden a 213.220.



268 Equipo elaborador del Plan de Atención a las Personas (PASP). *Análisis Cuantitativo de la Situación de Salud de Costa Rica*. CCSS, 1999.

269 Adriana Lacié, Rocabado Fernando, *Mortalidad Prematura en Costa Rica*. Instituto de Investigaciones en Salud, Universidad de Costa Rica, 1996.

270 Dirección Sistema de Información. *Comportamiento de la mortalidad y la natalidad*. Costa Rica 1996. Ministerio de Salud, Costa Rica, 1997.

271 Departamento de Información Biomédica. CCSS, Estadísticas de Moribilidad y Mortalidad.

272 Idem

273 Zurro Martín, Pérez Cano, *Atención Primaria: Conceptos, Organización y Práctica Clínica*. Cuarta Edición, Harcourt Brace, España, 1999.

En 1997 la mortalidad neonatal fue de 10 por mil nacimientos, en tanto que la mortalidad residual se ubicó en el orden de 4,2 por mil. El cuadro 54 muestra el comportamiento de la mortalidad infantil y sus componentes durante la década del 90 y marca con claridad que el elemento responsable del incremento del indicador en 1997 lo fueron las defunciones neonatales con un incremento superior al 28%²⁷⁴.

afecciones perinatales; 185 (26%), a malformaciones congénitas; 107 (15%), a causas mal definidas o desconocidas; 24 (3%), a infecciosas y parasitarias, y 19 (3%), a enfermedades del sistema respiratorio. De los 703 casos con información sobre la edad, 573 (73%) corresponden a defunciones neonatales, ocurridas en los 28 días de vida, y 190 (27%), a defunciones postneonatales o residuales. De las neonatales, 401 (78%) corresponden a defunciones neonatales tempranas, y 112, a neonatales tardías (22%)²⁷⁷.

Las características de las condiciones de vida de las familias de los casos analizados reveló que el 55% presentaban un índice de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI)²⁷⁸.

CUADRO 55
Costa Rica: Evolución de la mortalidad infantil y sus componentes, 1990 a 1999 - (tasas por mil nacimientos)

Año	Mortalidad infantil	Neonatal	Residual
1990	15,3	9,1	6,1
1991	13,9	8,6	5,2
1992	13,7	8,7	5,0
1993	13,7	8,9	4,7
1994	13,0	8,9	4,1
1995	13,2	8,5	4,7
1996	11,8	7,8	4,1
1997	14,2	10,0	4,2
1998	12,6	8,14	4,5
1999	11,78	8,09	3,7
2000	10,21	7,1	3,1

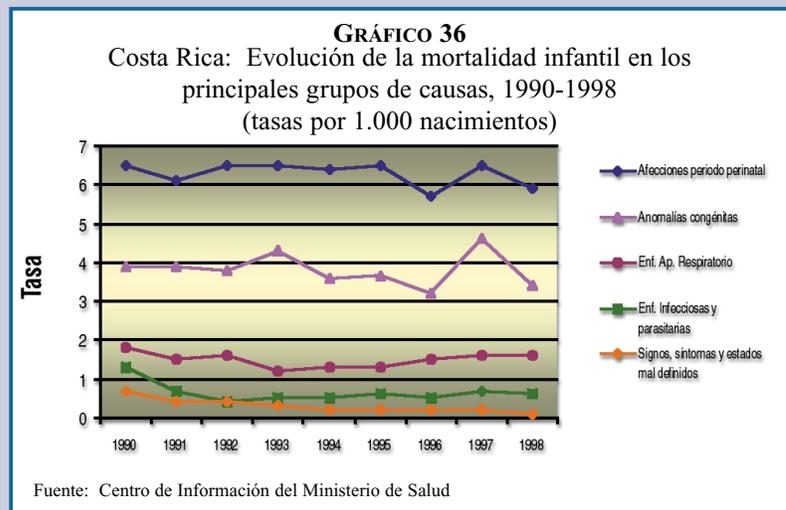
Fuente: Ministerio de Salud. Estadísticas Vitales
INEC, MS: Centro Nacional de información

Respecto a la mortalidad infantil, por definición la población en riesgo son todos aquellos niños menores de 1 año de edad. El mayor riesgo se presenta en los neonatos (menores de 28 días de edad) y, sobre todo, aquellos con las siguientes condiciones: prematuridad, bajo peso al nacer, sufrimiento fetal agudo (hipoxia), malformaciones congénitas y enfermedades infecciosas²⁷⁹.

Existen diversos factores que condicionan las variaciones en la mortalidad infantil, dentro de los cuales podemos citar el nivel educativo materno, el espacio intergenésico, la lactancia materna, condiciones de saneamiento ambiental, factores culturales y la calidad en la atención de la salud, entre otros²⁸⁰.

Al analizar la mortalidad infantil por grupos de causas en el período 90-97, como se muestra en el gráfico 36, el primer lugar lo ocupan las afecciones originadas en el período perinatal, seguidas por las anomalías congénitas, enfermedades del aparato respiratorio y por enfermedades infecciosas y parasitarias. En este mismo período, la evolución de dichos grupos patológicos fue similar²⁷⁵. Debe destacarse que las afecciones originadas en el período perinatal representan casi la mitad de las muertes en menores de 1 año (47,5%)²⁷⁶.

En 1999 del total de 722 defunciones infantiles, 350 (48%) corresponden a las



274 Adriana Laclé, Rocabado Fernando, *Mortalidad Prematura en Costa Rica*, Instituto de Investigaciones en Salud, Universidad de Costa Rica, 1996.
 275 Ministerio de Salud. Informe Anual 1996-1997, San José, Costa Rica.
 276 Dirección Sistema de Información. *Comportamiento de la mortalidad y la natalidad, Costa Rica 1996*, Ministerio de Salud, Costa Rica, 1997.
 277 Ministerio de Salud, Dirección de Servicios De Salud, Sistema Nacional de Análisis de la Mortalidad Infantil., San José, Febrero De 2000.
 278 Opcit
 279 Idem.
 280 Tendencias y determinantes de la mortalidad infantil en Costa Rica, Ana Morice

Niños cuyas madres tuvieron menos de cinco consultas durante el embarazo tienen un riesgo de muerte 2,5 veces mayor que los de madres que tuvieron más de cinco consultas prenatales ²⁸¹.

En 1998, el 29,4% de las mujeres que tuvieron un parto institucional no tuvieron ninguna consulta de atención prenatal. En algunas regiones del país, como en la región Chorotega y Pacífico Central, la proporción de mujeres sin ninguna atención de salud durante el embarazo fue superior al 50% ²⁸².

Intervención: Atención integral a las mujeres en riesgo de embarazo, a las embarazadas y a los recién nacidos

Definición

Prevención de embarazos no deseados, detección de riesgo previo a la concepción, captación temprana de los embarazos, clasificación de riesgo, control prenatal en el nivel de complejidad requerido y atención del parto y puerperio, así como del recién nacido.

Debido a aspectos fisiopatológicos claros del binomio madre-hijo, las complicaciones del embarazo y el parto se asocian necesariamente con la capacidad de sobrevivencia de los niños. De ahí que intervenir desde los momentos previos a la concepción, durante su transcurso y en el proceso mismo del parto, permiten al mismo tiempo actuar sobre factores que disminuyan la probabilidad de muerte en los niños menores de un año de edad.

Brindar consejería periódica sobre métodos anticonceptivos a todos los hombres y mujeres para evitar embarazos no planeados es una recomendación tipo B ²⁸³.

Mucho de los factores de riesgo pueden ser mitigados o prevenidos con un buen cuidado previo a la concepción. El tamizaje y consejería previos a la concepción, ofrece una oportunidad para identificar y mitigar factores de riesgo maternos antes de iniciar un embarazo. Algunos ejemplos incluyen consumo de ácido fólico (un factor protector) y el uso de alcohol (un factor de riesgo). Durante una consejería previa a la concepción, los trabajadores de la salud pueden referir a las mujeres a los servicios de salud u otros de apoyo social, por cualquier factor de riesgo identificado.

La atención integral de las embarazadas incluye tres componentes mayores: educación, determinación y reducción de riesgos y tratamiento de las condiciones que lo ameriten. Cada uno de ellos contribuye a la reducción de enfermedad, discapacidad o muerte perinatal, identificando y mitigando riesgos potenciales y ayudando a las mujeres a evitar factores de riesgo, como el fumado y el consumo de alcohol, los cuales indiden negativamente en la

salud materno-infantil. El control prenatal es más efectivo cuanto más temprano se inicie ²⁸⁴.

El ácido fólico, tomado desde un mes antes y durante el primer trimestre del embarazo, es parte de una acción efectiva en la prevención primaria de defectos en el tubo neural (recomendación tipo A)²⁸⁵.

Los partos de pretérminos son la causa principal de las muertes no asociados con defectos congénitos. La probabilidad de sobrevivencia de los infantes aumenta a medida que aumenta la edad gestacional, aun en aquellos infantes "muy de pretérmino". Entonces, la reducción de este tipo de partos trae la posibilidad de reducir las enfermedades, discapacidades y muertes en los infantes.

Otras medidas tomadas posteriormente al nacimiento pueden mejorar significativamente la salud de los infantes y la posibilidad de sobrevivencia: por ejemplo, un esquema apropiado de vacunación, la lactancia materna, que reducen el riesgo de infecciones en los infantes y mejoran la salud de la madre ²⁸⁶. El síndrome de muerte súbita infantil también puede prevenirse, poniendo a dormir a los niños sobre su espalda ²⁸⁷.

Muchos estudios han demostrado los beneficios de que los partos de infantes de alto riesgo se realicen en lugares que tengan la capacidad tecnológica para atenderlos. Estudios especiales han demostrado que los niños de muy bajo peso al nacer tienen menor probabilidad de muerte cuando son atendidos en establecimientos con la tecnología adecuada para el cuidado de infantes muy pequeños.

281 Consultoría al plan nacional para la prevención de la mortalidad infantil 1999-2002 en Costa Rica, Fernando C Barros, CLAP OPS/OMS, San José, Costa Rica, 19-21 de junio de 2000.

282 OpCit

283 *Guide To Clinical Preventive Services*, Second Edition, 1996 Editorial Alexandria , Report Of The U.S. Preventive Services Task Force. U.S. Department Of Health And Human Services, Office Of Public Health And Science, Office Of Disease Prevention And Health Promotion

284 *Healthy People 2010* cap.16 Maternal, Infant, and Child Health ,U.S. Department of Health and Human Services January 2000.

285 *Guide To Clinical Preventive Services*, Second Edition, 1996 Editorial Alexandria , Report Of The U.S. Preventive Services Task Force. U.S. Department Of Health And Human Services, Office Of Public Health And Science, Office Of Disease Prevention And Health Promotion

286 OpCit.

287 Willinger, M.; Hoffman, H.J.; and Hartford, R.B. *Infant Sleep Position and Risk for Sudden Infant Death Syndrome: Report of Meeting Held* January 13 and 14, 1994, National Institutes of Health, Bethesda, MD. *Pediatrics* 93(5):814-819, 1993. Citado en *Healthy People 2010* cap.16 Maternal, Infant, and Child Health,U.S. Department of Health and Human Services January 2000.

Objetivo de la intervención

Reducción de la tasa de morbilidad y mortalidad materna e infantil.

Metas de reducción del riesgo

89. Al finalizar el año 2006, se estará dando consejería sobre factores de riesgos gestacionales, métodos de anticoncepción y prevención de embarazos no planeados, al menos al 90% de los hombres y mujeres en edad reproductiva que acuden a los servicios de la CCSS.

90. Al finalizar el año 2003, la CCSS habrá coordinado con los Ministerios de Salud, Educación y Trabajo, la ejecución de un programa de educación y promoción dirigido a escuelas, colegios y centros laborales, para la prevención de factores de riesgo reproductivo, que esté cubriendo por lo menos al 70% de la población seleccionada.

91. Al finalizar el año 2006, se estará captando precozmente al menos el 85% de las embarazadas (antes de las 13 semanas).

92. Al finalizar el año 2006, la cobertura de control prenatal no será inferior al 90% de las embarazadas, las cuales estarán siendo atendidas de acuerdo con las Guías de Atención.

93. A más tardar al año 2006, el programa de tamizaje neonatal cubrirá al 100% de los recién nacidos.

Metas de mejora de la oferta de servicios

94. Al finalizar el año 2002, se habrá elaborado un diagnóstico que identifique las dificultades y problemas técnicos de la oferta de servicios, en relación con la salud materno-infantil, y un plan de trabajo para la mejora continua de dichos servicios.

95. Al finalizar el año 2006, se estará brindando control prenatal en los diferentes niveles de atención, según clasificación de riesgo del embarazo, de acuerdo con las normas.

96. Al finalizar el año 2006, al 100% de las personas que asistan a la consulta de control prenatal y de crecimiento y desarrollo estarán recibiendo consejería sobre los beneficios de la lactancia materna y de colocar en posición de espaldas a los recién nacidos en sus horas de sueño.

97. Al finalizar el año 2006, el 90% de las referencias de pacientes de riesgo gestacional hechas por el primer nivel de atención, se habrán realizado de acuerdo con los criterios definidos en las Guías de Atención.

NOTA: Véanse metas en la intervención de prevención, detección y atención al paciente con VIH/SIDA referente a tamizaje a mujeres de riesgo de adquirir el virus, y de tratamiento a la mujer embarazada con VIH/SIDA.

Metas de necesidades de información e investigación

98. Al finalizar el año 2002, las áreas de Salud contarán con una base de datos actualizada de la población gestante y de recién nacidos, con información sobre control prenatal, atención del parto, inmunizaciones, crecimiento y desarrollo y otra de interés.

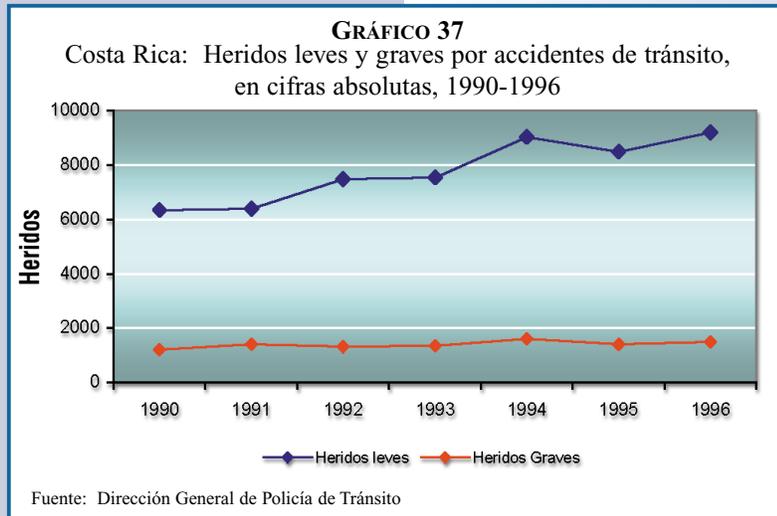
11. Causas externas: accidentes de transporte, lesiones autoinfligidas intencionalmente y agresiones

Estas representaron en 1997 el 1,6% (136.996 casos) del total de atenciones en los servicios de consulta externa de la CCSS, y ocuparon la tercera y cuarta causa en los varones de 15 a 19 años y de 20 a 44 años, respectivamente. Durante 1996, las causas externas fueron el segundo motivo de consulta de urgencias, y representaron el 14,7% del total (191.709 atenciones); fueron la primera causa en la población femenina de 10 a 19 años, y en los varones a partir de los 10 años de edad. En cuanto a los egresos hospitalarios, durante 1997 constituyó la quinta causa de internamiento, para un 6,6% del total (20.981); y fueron la segunda causa de hospitalización en la población masculina en general y la primera en el grupo de hombres de 10 a 44 años y de mujeres de 1 a 14 años.

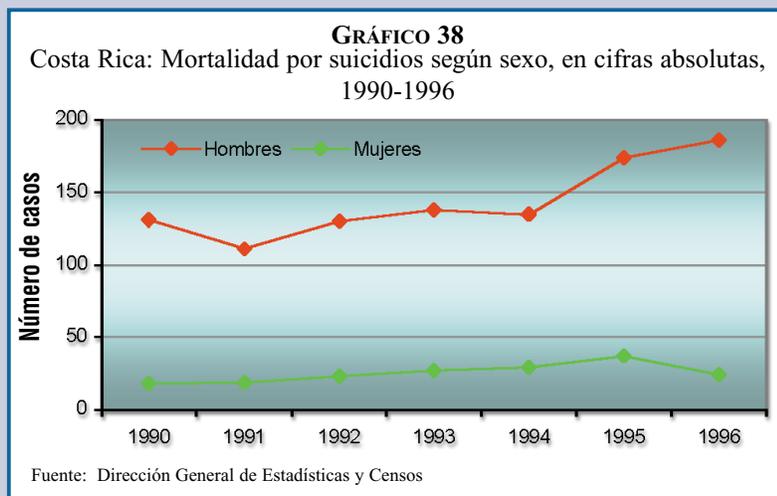
En el período 1990-1997 las causas externas ocuparon la tercera causa de muerte en Costa Rica, y representaron el 11,5% del total de las defunciones. En 1997, la tasa de mortalidad por causas externas fue de 43,8 por 100.000 habitantes. Durante este mismo período, constituyeron la primera causa de mortalidad en la población masculina de 1 a 49 años de edad, y en las mujeres de 5 a 29 años. Durante el trienio 95-97, más del 60% de las muertes acaecidas en varones de 10 a 29 años fue por causas externas.

Las causas externas ocupan el primer lugar de mortalidad prematura, ocasionando un total de 60 616 años de vida potenciales perdidos (AVPP), en 1996.

Ese mismo año ocurrieron 42.872 accidentes de tránsito, que generaron 9.196 heridos leves, 1.496 graves y 260 muertes inmediatas. El análisis de los datos del período 90-96 muestra una tendencia ascendente de este fenómeno, tal como se puede observar en el gráfico 37.



En el período 90-97, el 31,5% de las muertes por causas externas estuvo relacionado específicamente con los accidentes de tránsito, y afectó principalmente al grupo de edad de 25 a 29 años y de 60 y más. Para 1996 los accidentes de tránsito produjeron 18.700 AVPP.



Dentro de las causas de mortalidad de dichos accidentes, en el período 90-97 se encuentran en primer lugar los atropellos²⁸⁸, con 1.672 casos (44% del total), seguidos por los accidentes por colisión entre vehículos de motor, con 844 casos (22,3% del total).

Por cada fallecido en un accidente de tránsito, otras tres o cuatro personas resultan con discapacidades, hasta el punto de que los percances en las vías son la principal causa de este problema en el país.

Se estima que los costos para la CCSS por daños psicosociales, pérdida de fuerza laboral y gastos no ponderados ascienden a la suma de ₡3.000 millones anuales; por parte del Instituto Nacional de Seguros, se gastaron, durante el período 90-97, ₡1.867 millones para atender a 17.049 discapacitados²⁸⁹.

Dentro de los factores de riesgo descritos, el consumo de licor, el estrés y la fatiga desempeñan un papel importante en la génesis de los accidentes de tránsito. El 45% de las autopsias realizadas a las víctimas de estos percances, en 1994, registró presencia de alcohol en sangre, y en 1996 un total de 2.526 accidentes ocurrieron por ebriedad del conductor o del peatón.

De 1990 a 1997, los accidentes de tránsito (31,5%), junto con los suicidios (11,2%) y los homicidios (11,4%), representaron el 54% de las muertes por causas externas. El análisis de los suicidios en el período 90-96 muestra una tendencia creciente en el sexo masculino (gráfico 38); de un total de 1.182 suicidios, el 85% fue de hombres, y afectaron principalmente la población de 45 y más años. Este hecho se presentó más frecuentemente en personas solteras.

288 Se refiere a colisión entre un vehículo de motor y un peatón
289 Instituto Nacional de Seguros, Boletín EStadístico 1999, SOA, Claudio López, Acuariol INS, 2000.

El factor de riesgo más importante para los suicidios es la enfermedad psiquiátrica; la mayoría de las víctimas tienen trastornos afectivos, de personalidad y abuso de sustancias. Los estudios han demostrado que el riesgo de suicidio es casi cinco veces mayor en personas que viven en hogares que poseen al menos un arma de fuego, en comparación con quienes viven en hogares libres de armas²⁹⁰.

Además, se ha demostrado que poblaciones con una limitada accesibilidad a las armas de fuego presentan menores tasas de suicidio en adolescentes y adultos jóvenes²⁹¹.

Durante el período 90-97 ocurrieron 1.354 homicidios. El análisis de la información del 94 al 96 muestra una tendencia al aumento de este problema, y es el sexo masculino el más afectado (gráfico 39). El arma de fuego y las armas blancas son los principales instrumentos empleados; los móviles predominantes son las rencillas personales, el robo o asalto y las riñas en general.

Intervención: Atención integral a la problemática por causas externas

Definición

Promoción y prevención de la violencia doméstica y comunitaria; y atención oportuna y seguimiento a las víctimas de este fenómeno social.

Las intervenciones orientadas a afrontar el problema de causas externas incluyen determinantes que se abordan con intervenciones de promoción y prevención, como son la consejería para estilos de vida saludable y las orientadas a fomentar la salud mental²⁹².

El uso de cinturón de seguridad, sujetadores para niños y cascos para moto y bicicleta son recomendación tipo A. Los servicios de salud pueden influir significativamente para mejorar a corto plazo el uso de sujetadores para niños y cinturones de seguridad (tipo de recomendación B)²⁹³. Existe escasa información sobre la capacidad de los servicios de salud para influir en el uso del casco para motocicleta y bicicleta y para que sus pacientes no conduzcan bajo el efecto de medicamentos que alteran el estado de conciencia o funciones motoras, drogas o alcohol (recomendaciones tipo C). La decisión de incluir la consejería para estos aspectos se basa, entonces, en la magnitud del problema y el costo social derivado de él.

La promulgación y aplicación de leyes y reglamentos para controlar estos problemas y exigir la observancia de las medidas preventivas se consideran gran efectividad (recomendación tipo A).

Objetivo de la intervención

Contribuir a la reducción de la morbilidad y la mortalidad evitables por lesiones y secuelas producidas por causas externas.

Metas de reducción del riesgo

99. Al partir del año 2002, la CCSS promoverá, en conjunto con otras instituciones relacionadas, el uso de cascos para motocicleta y bicicleta, el cinturón de seguridad y la silla pediátrica con cinturón y otros, tendientes a prevenir la morbilidad, mortalidad y discapacidad por causas externas.

100. A partir del año 2002, la CCSS colaborará activamente con las instituciones tales como Instituto Nacional de Seguros, Colegio de Periodistas, medios de comunicación, Ministerio de Salud, Ministerio de Educación Pública, Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia, Ministerio de Obras Públicas y Transportes, en la definición de estrategias y en la puesta en práctica de medidas de promoción, prevención y atención oportuna de las "causas externas".

NOTA: Véanse intervenciones de problemas relacionados con estilos de vida y salud mental.

Metas de mejora de la oferta de servicios

101. Al finalizar el año 2002, la CCSS habrá formulado las estrategias para incorporar en la red de servicios las acciones de consejería y educación a la población, tendientes a prevenir las causas externas.

102. Al finalizar el año 2003, la CCSS habrá elaborado, en conjunto con otras instancias involucradas, un plan para la educación de la población en lo referente a la prevención de las causas externas.

290 Brent DA, Perper JA, Moritz C, et al. *Firearms and Adolescent Suicide: A Community Case Control Study*. Am J Dis Child 1993; 147: 1066 - 1071; en: US US Task Force

291 USA, US Task Force:

292 Taller de Identificación de Intervenciones, PASP, CCSS, 1999.

293 Organización Panamericana de la Salud, *Prevención Clínica-Guía para Médicos*. Publicación científica No. 568, 1998.

12. Enfermedades inmunoprevenibles: sarampión, parotiditis infecciosa y rubéola (SPR), difteria, tétanos y tos ferina (DPT), polio, Haemophilus influenzae, hepatitis B ²⁹⁴

Históricamente a escala mundial, las enfermedades infecciosas inmunoprevenibles han sido una de las principales causas de morbilidad; sin embargo, en las últimas décadas su impacto negativo se ha reducido y han constituido una de las principales mejoras en salud, en la mayoría de países ²⁹⁵.

Las medidas higiénicas colectivas y las vacunas, han cumplido un papel preponderante en la disminución de la incidencia de estas enfermedades, protegiendo a las personas susceptibles, y se ha logrado el control o erradicación de algunas de ellas mundial y regionalmente.

En América Central y el Caribe, la tos ferina, difteria, tétanos, sarampión y poliomielitis, para 1980, constituyeron una de las principales causas de morbilidad (cuarta causa de años de vida perdidos), mientras que en el resto de los países de América Latina únicamente ocupaban el decimoquinto lugar ²⁹⁶. Sin embargo, para 1994, como resultado de la ejecución de los programas de control de estas enfermedades en todos los países, su impacto como factor de años de vida perdidos, disminuyó.

Dentro del período 1980 - 1994, se erradicó la poliomielitis y prácticamente desaparecieron las defunciones en la mayoría de los países de las Américas. Además se logró un control significativo del tétanos y el sarampión. Pese al aumento de la población y del número de defunciones, se produjo una marcada disminución en el número de años de vida potencialmente perdidos en toda la región, debido a una reducción de la mortalidad en los primeros años de vida.

La tasa de mortalidad general en Costa Rica, por enfermedades inmunoprevenibles para los años 1972, 1992 y 1997, se presenta en el siguiente cuadro: ^{297 298}

CUADRO 56
Costa Rica: Tasa de mortalidad por algunas enfermedades inmunoprevenibles, según causa, 1972, 1992 y 1997 - (por 100 000 habitantes)

Causa de muerte	1972	1992	1997
Rubéola	0	0	0
Difteria	0,9	0	0
Tétanos	8,61	0,06	0,03
Tuberculosis pulmonar	6,25	2,40	1,79
Sarampión	5,54	0,57	No hay
Tos ferina	1,81	0,03	0,11
Otras tuberculosis	0,99	0,98	0,50

Fuente: CCSS, Sección Información Biomédica, Serie Estadísticas de la Salud, No. 8B, 1999

294 Cuadro Básico Ampliado

295 Martín Z 7 Cano, P. "Atención Primaria". Ed: Harcourt Brace, Barcelona, España. 4ª. Edición. 1999. Pág. 505

296 OPS. "La Salud en las Américas". Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C. E.U. Volumen I, 1998.

297 O.P.S./MIN SALUD; Primera evaluación multidisciplinaria del Programa de Inmunizaciones en Costa Rica Costa Rica, Junio 1995.

298 CCSS, Sección Bioestadísticas; Cambios en la Mortalidad y Morbilidad por Edad y Sexo de Costa Rica; Serie Estadística Salud No 8; Julio 99.

Las tasas de mortalidad de 1972 a 1992, según "La Salud de las Américas", publicado por la Organización Panamericana de la Salud, en la población infantil de 1-4 años y en los menores de un año de vida, han descendido.

En los siguientes cuadros estadísticos, para el mismo período, se muestra cómo desaparece la mortalidad por difteria y poliomielitis en niños menores de un año y cómo disminuyen las defunciones por sarampión, tos ferina y tuberculosis. Mientras que en niños de 1-4 años, se observa un panorama mucho más positivo.

CUADRO 57

Costa Rica: Tasa de mortalidad infantil según causa, 1972, 1992 y 1997 - (niños de menos un año, por 100.000)

Causa de muerte	1972	1992	1997
Tétanos	179,32	0,00	0,00
Sarampión	78,35	1,26	0,00
Tos ferina	26,12	1,26	5,00
Difteria	5,22	0,00	0,00
Tb. pulmonar	3,48	1,26	0,00
Poliomielitis aguda	3,48	0,00	0,00

Fuente: CCSS, Sección Información Biomédica, Serie Estadísticas de la Salud, No. 8B, 1999

CUADRO 58

Costa Rica: Tasa de mortalidad infantil según causa, 1972, 1992 y 1997 - (niños de 1-4 años, por 100.000)

Causa de muerte	1972	1992	1997
Sarampión	23,51	0,94	0,00
Tétanos	8,66	0,00	0,00
Tos ferina	6,60	0,00	0,00
Difteria	4,54	0,00	0,00
Infec. meningocócica	2,47	1,25	0,00
Poliomielitis	1,24	0,00	0,00

Fuente: CCSS, Sección Información Biomédica. Serie Estadísticas de la Salud, No. 8B, 1999

CUADRO 59

Costa Rica: Número de casos de enfermedades inmunoprevenibles, 2000

Enfermedad	Total
Sarampión	8
Rubéola	109
Paperas	402
Tétanos	1
Tétanos neonatal	0
Tos ferina	22

Fuente: Vigilancia Epidemiológica. Ministerio de Salud. Costa Rica, 2000

Según datos del Sistema de Vigilancia Epidemiológica del Ministerio de Salud, el número de casos por enfermedades inmunoprevenibles en el 2000 se muestra en el siguiente cuadro.

El Programa de Inmunizaciones ha contribuido significativamente a la disminución de la incidencia y la mortalidad por enfermedades infecciosas inmunoprevenibles, así como a la reducción del número de discapacitados, problemas del crecimiento y desarrollo físico y mental de la población nacional.

Intervención: **Prevención de las enfermedades infecciosas inmunoprevenibles**

Definición

Prevención de la morbilidad y discapacidad por enfermedades infecciosas prevenibles por vacunación, mediante la continuación y mejora permanente del Programa Ampliado de Inmunizaciones, la vigilancia y el control epidemiológico y la educación para la salud.

Objetivo de la intervención

Aumentar la inmunidad individual y colectiva de las diferentes poblaciones en riesgo con el fin de obtener una disminución e incluso la erradicación de las enfermedades inmunoprevenibles ²⁹⁹.

Metas de reducción del riesgo

103. Al finalizar el año 2002, la CCSS mantendrá la cobertura de vacunación (esquema completo por edad) de al menos del 95%, en los menores de un año de edad en todas las áreas de Salud.

104. Al finalizar el año 2002, la CCSS habrá logrado una cobertura de vacunación al menos del 95%, en los niños de 1-4 años edad.

105. Al finalizar el 2002, la CCSS garantizará al 100% de las mujeres embarazadas captadas en sus servicios, el acceso a la vacuna toxoide tetánico.

106. Al finalizar el año 2002, se habrán elaborado o actualizado manuales adecuados que aseguren la calidad de los procedimientos administrativos de adquisición, distribución, mantenimiento y aplicación de los biológicos.

107. Al finalizar el año 2002, los servicios de vacunación se deberán estar brindando de forma continua, durante toda la jornada laboral y las visitas domiciliarias en todos los establecimientos de la CCSS.

Metas de necesidades de información e investigación

108. A partir del 2002, la CCSS realizará, de acuerdo con las necesidades, investigaciones de costo- efectividad sobre nuevas vacunas, con el propósito de fortalecer y mejorar el esquema de vacunación acorde con las necesidades y riesgos de los diferentes grupos poblacionales.

109. A partir del año 2002, la CCSS realizará evaluaciones o investigaciones operativas en todas aquellas áreas de salud en que la meta de cobertura no se cumple.

13. Infecciones nosocomiales

La Organización Mundial de la Salud define la infección hospitalaria así:

“Es una infección que se desarrolla en un paciente hospitalizado o en otros servicio de asistencia y que no la padecía ni la estaba incubando en el momento de la hospitalización; o es el efecto residual de una infección adquirida durante una hospitalización anterior. Incluye también las infecciones contraídas en el hospital, pero que aparecen después de que el enfermo fue dado de alta, y las que se registran entre el personal y los visitantes del hospital.”

La epidemiología de las infecciones intrahospitalarias o nosocomiales se refiere “al estudio activo y dinámico de la ocurrencia, determinantes y distribución de este grupo de enfermedades, las infecciones nosocomiales, en pacientes hospitalizados” ³⁰⁰.

La transmisión de la infección en un hospital se da por la interrelación de tres elementos: la fuente de microorganismos infectantes, el hospedero susceptible y el medio de transmisión del microorganismo ³⁰¹.

Debe señalarse que la resistencia de las personas a los microorganismos patógenos es muy variable; algunas pueden ser capaces de resistir la colonización por un agente infeccioso determinado; otros, ante igual exposición, pueden desarrollar una relación de comensalismo y convertirse en portador asintomático; y otros pueden desarrollar un proceso clínico o subclínico de enfermedad.

Los microorganismos son transmitidos en los hospitales por diversas rutas y mecanismos. Hay cinco rutas primarias de transmisión:

²⁹⁹ Op.cit

³⁰⁰ Ponce de León R. Samuel, *Manual de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias*, Serie HSP/UNI/ Manuales Operativos PALTEX de la OPS, México, pág. 1.

³⁰¹ Comisión Gerencia de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias, CCSS.

1. Contacto directo o indirecto.
2. Gotas usualmente de saliva u otros materiales lanzados al medio ambiente cercano por la tos, estornudos, habla o procedimientos rutinarios.
3. Aérea referida a la diseminación de núcleos de sustancias contaminadas en forma de gotas de tamaño de cinco micras que quedan suspendidas en el aire y se transportan a largas distancias (tuberculosis, rubéola, varicela y gripe).
4. Transmisión de microorganismos por vehículo común, como la contaminación de alimentos, agua, medicamentos, dispositivos y equipo en general; y la transmisión por vectores: mosquitos, moscas, cucarachas, roedores, entre otros.

Existen dentro del hospital áreas de mayor riesgo en cuanto a infecciones, tal como sucede con la Unidad de Cuidados Intensivos y la Unidad de Hemodiálisis. De acuerdo con la OPS, los pacientes en las unidades de cuidados intensivos tienen una alta incidencia de infecciones nosocomiales, de dos a cinco veces mayor que la de los pacientes internados en otras áreas; y son mayormente vulnerables a sufrir neumonías relacionadas con intubación endotraqueal y ventilación mecánica, bacteriemias primarias e infecciones intraabdominales secundarias a cirugía o trauma. Esto sucede, en particular, por los numerosos implementos invasivos que amplifican el potencial de colonización por bacterias intrahospitalarias e incrementan significativamente la vulnerabilidad para la infección.

A su vez, la infección es la causa más frecuente de muerte directa o indirecta en los enfermos que sobreviven a politraumatismos mayores o quemaduras extensas y es además la razón más común de falla orgánica múltiple.

Otra de las áreas de más alto riesgo en infecciones intrahospitalarias es la Unidad

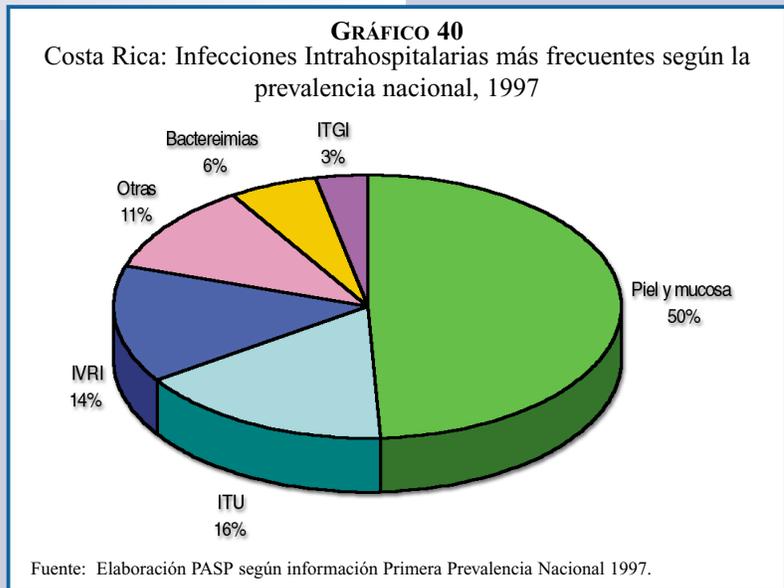
de Hemodiálisis, donde se presentan, especialmente, en infecciones bacterianas locales y generalizadas, infecciones virales, tales como hepatitis (predominantemente del tipo B), e infecciones por citomegalovirus y virus de Epstein-Barr.

Otras infecciones intrahospitalarias muy frecuentes son las de tejidos blandos, vías urinarias, las bacteriemias primarias, otras infecciones endovasculares y neumonía nosocomial.

Mediante el estudio de Prevalencia Nacional realizado por la Comisión Gerencial de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias en el año 1997, se obtuvieron los datos de los hospitales de la CCSS. La investigación incluyó 25 de los 29 hospitales existentes, y se encontró que de los 4.640 pacientes internados, 411 presentaban infecciones nosocomiales, para una tasa nacional del 9,4%. De estos pacientes, el mayor porcentaje correspondió al Servicio de Medicina, seguido en importancia por el de Cirugía y Psiquiatría.

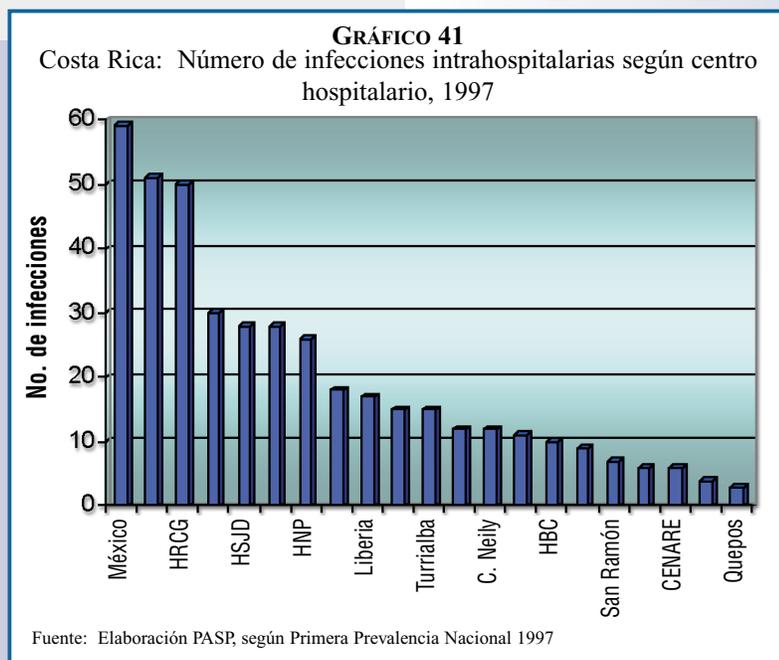
Por otra parte, según dicha investigación, las infecciones más frecuentes en nuestros hospitales fueron las de piel y mucosa con un 52% (214 de los 411), seguidas en importancia por las del tracto urinario y vías respiratorias inferiores con 71 y 63 casos, respectivamente.

El gráfico 40 muestra la importancia relativa de cada una de las infecciones dentro del análisis efectuado por la Comisión de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias.



Por otra parte, en cuanto a la incidencia por centro hospitalario, el hospital México presentó el mayor número de infecciones de este tipo (59 casos de 411, equivalente al 14%), seguido por los hospitales Monseñor Sanabria y Dr. Calderón Guardia, ambos con un porcentaje cercano al 12%. Asimismo,

los dos hospitales con menor número de infecciones intrahospitalarias fueron el Dr. Max Terán con un 0,7% y el Hospital de la Mujer con un 0,9%. No obstante, al observar estos datos, se debe considerar el tamaño y la complejidad de los procedimientos que en ellos se practican con el fin de no aislar la cuantificación de las infecciones intrahospitalarias de factores de riesgos presentes en mayor o menor grado según el tipo de hospital.



Intervención: Vigilancia, control, prevención y manejo oportuno de las infecciones nosocomiales

Definición

Vigilancia, prevención, control y manejo oportuno de las infecciones producidas en los servicios de atención de los tres niveles de la CCSS.

Constituye una intervención de reorientación, asociada a los problemas de infecciones nosocomiales que se describen en la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE 10) bajo el código Y95.

Las intervenciones dirigidas a disminuir la ocurrencia (morbilidad y mortalidad), así como las tendencias a evitar la prolongación de la estancia hospitalaria asociadas a las infecciones hospitalarias, se describen como de probada efectividad y costo-efectividad clínicas.³⁰²

Los programas que previenen la transmisión nosocomial de los trabajadores de la salud a los pacientes, y viceversa, producen importantes ahorros de cos-

tos para la institución y para los aseguradores. Se describen como intervenciones costo-efectivas³⁰³.

Objetivo de la intervención

Reducir la incidencia, prevalencia y mortalidad por infecciones nosocomiales en los centros hospitalarios de la CCSS.

Metas de reducción del riesgo

110. A partir del año 2003, la CCSS coordinará con los establecimientos de educación superior que forman personal de salud, que todos los estudiantes cuenten con un esquema de vacunación completo contra sarampión, VHB, SRP, varicela, rubéola y tétanos.

Metas de mejora de la oferta de servicios

111. Al finalizar el año 2001, los establecimientos de salud de la CCSS habrán elaborado un diagnóstico de las necesidades de recursos para la prevención, control y manejo de las infecciones nosocomiales.

112. Al finalizar el año 2002, los establecimientos de salud de la CCSS se habrán dotado de los recursos necesarios para la prevención, control y manejo de las infecciones nosocomiales, según el diagnóstico elaborado y la factibilidad.

113. Al finalizar el año 2002, se habrá implementado el Programa para la Vigilancia, Prevención, Control y Manejo de las Infecciones Nosocomiales en todos los establecimientos de salud de la CCSS, que incluya los reportes y estudios de caso como instrumentos obligatorios.

114. Al finalizar el año 2003, se habrá implementado en todos los esta-

302 Scheckler William E. *Requirements for Infrastructure and Essential Activities of Infection Control and Epidemiology in Hospitals: A Consensus Panel Report*; American Journal of Infection Control; February, 1998; 26(1): 48-49.

303 Scheckler William E. *Requirements for Infrastructure and Essential Activities of Infection Control and Epidemiology in Hospitals: A Consensus Panel Report*; American Journal of Infection Control; February, 1998; 26(1): 48-49.

blecimientos de salud de la CCSS el Programa y la Normativa sobre Vigilancia, Prevención, Control y Manejo de las Infecciones Nosocomiales, elaborada por la Comisión Nacional de Infecciones Intrahospitalarias.

115. A partir del año 2004, se tendrá garantía del funcionamiento del Programa para la Vigilancia, Prevención, Control y Manejo de las Infecciones Nosocomiales.

116. Al finalizar el año 2004, se habrá realizado el control, evaluación y realimentación del Programa para la Vigilancia, Prevención, Control y Manejo de las Infecciones Nosocomiales.

Metas de necesidades de información e investigación

117. Al finalizar el año 2001, se habrá elaborado un estudio sobre el abuso de antibióticos e infecciones de alta resistencia para los establecimientos de salud de la CCSS.

118. Al finalizar el año 2003, se habrá establecido un sistema de información, ágil y oportuno, para la vigilancia epidemiológica y el control de las infecciones nosocomiales en todos los establecimientos de salud de la CCSS.

119. A partir del año 2004, se elaborará periódicamente en los establecimientos de salud de la CCSS, estudios de incidencia y prevalencia de infecciones nosocomiales por diagnóstico, tipo de infección, servicio hospitalario y centro de salud, con base en los insumos que proporcione el sistema de información.

14. Salud bucodental

La caries dental y la enfermedad periodontal, labio leporino y paladar hendido producen innecesario dolor y sufrimiento, dificultad para hablar, masticar y deglutir, aumentan el costo de atención, pérdida de la autoestima, disminución de la productividad y, en casos extremos, la muerte. Las enfermedades bucodentales comprometen la habilidad para masticar bien y, con ello, una adecuada nutrición. En caso de pérdida temprana de los dientes temporales, puede resultar una alteración del crecimiento y desarrollo craneofacial y trastorno del desarrollo del lenguaje, así como la pérdida de la autoestima.

El cáncer oral y faríngeo comprende una diversidad de tumores malignos, que afectan la cavidad oral y la faringe, dentro de los cuales la mayor prevalencia la tiene el carcinoma epidermoide. Este grupo de cánceres, afectan primordialmente a los mayores de 55 años, lo que puede resultar en enfermedad significativa y desfigurante ³⁰⁴.

La caries dental es la enfermedad crónica de origen bacteriano más común de la niñez es cinco veces más frecuente que el asma. Ocupa el primer lugar como enfermedad odontológica de mayor prevalencia en Latinoamérica y en el ámbito mundial.³⁰⁵ Afecta a los dientes primarios de niños de 1 a 6 años de edad. La causa exacta no se conoce; algunos factores, como familias numerosas, el estado nutricional de la madre y del infante y la transferencia de organismos infecciosos, se encuentran en estudio ³⁰⁶.

La enfermedad periodontal y la gingivitis de etiología bacteriana se caracterizan por inflamación, aumento de volumen y sangrado de las encías sin pérdida del tejido conectivo o del soporte óseo. La gingivitis es reversible con la higiene diaria apropiada.

La enfermedad periodontal se manifiesta por la pérdida del tejido conectivo y del hueso que soportan los dientes, con el riesgo de pérdida eventual de las piezas dentarias si no se da tratamiento oportuno. En los adultos, la enfermedad periodontal puede estar asociada a enfermedades sistémicas y es la principal causa de sangrado, dolor, infección, movilidad y pérdida del diente ³⁰⁷.

El uso de tabaco, en especial el fumado de cigarrillos, es un factor de riesgo significativo para la enfermedad periodontal, que ha mostrado una incidencia 20 veces mayor entre las personas con pobre higiene oral ³⁰⁸.

En el diagnóstico de salud oral en Latinoamérica, realizado por la OPS ³⁰⁹, se determinan como principales problemas de salud bucodental: caries dental, enfermedad periodontal, cáncer bucal y faríngeo, infecciones por VIH/SIDA, hepatitis B.

304 Opeit

305 CCSS, Recopilación de diagnósticos de las principales enfermedades bucodentales en Costa Rica. Dirección Técnica de Servicios de Salud, Sección de Odontología. San José, C.R., 1999.

306 Opeit

307 Opeit

308 Opeit

309 Pan American Health Systems and Services Development. Regional Oral Health Strategy for the 1990s. Washington, D.C., May 1995, p. 13-14-15.

En Costa Rica, para 1996, los niños preescolares (de 3 a 6 años) presentaron un índice de dientes cariados, perdidos y obturados (CPO-D) de 3,8; es decir, cada niño tiene un promedio de 3,8 piezas, de las 20 que posee para esa edad, con historia de caries. En el área rural, el CPO-D en niños preescolares es de 4,0, lo cual supera el promedio nacional (3,8). En el área metropolitana el promedio fue de 3,0³¹⁰. Para ese mismo año, cada escolar de 7 a 12 años, presentó un CPO-D de 3,2.

En 1999 un nuevo estudio en escolares de 12 años reflejó un CPO-D de 2,4³¹¹, con lo que Costa Rica alcanzó la meta propuesta por la OMS para el año 2000: un CPO-D igual o inferior a 3 (OMS/FDI, 1982).

Caso contrario, en los adolescentes de 15 años, se muestra una tendencia ascendente del CPO-D al alcanzar, en 1999, un índice de 4,4¹⁰.

Para edades más avanzadas se cuenta únicamente con un estudio del año 1992, en el que personas de 18 años o más mostraron un CPO-D de 17,80³¹². Con ello se evidencia que hay un deterioro de la salud bucodental en estos grupos de edad.

En 1992³¹³, de una población de 2.253.986, el 98,4% presentó problemas periodontales: el 27,6% tenía cálculo o sarro, un 34,5% presentó bolsas periodontales de 4 y 5 mm de profundidad (grado severo) y un 14,5% presentó bolsas de 6 mm o más (muy severo), con destrucción del hueso alveolar. Solo el 1,6% de las personas no presentó problemas.

En lo referente a cáncer bucal y faríngeo en Costa Rica, en 1992, de todos los carcinomas de la cavidad oral, el epidermoide representó el 63%³¹⁴. El 95% de los carcinomas que se presentan en la cavidad oral se inician con una lesión superficial. Si bien la enfermedad tiene una baja incidencia, produce una alta mortalidad en las personas que lo padecen.

Para 1997 se encontraron los siguientes indicadores³¹⁵: la tasa de mortalidad por cáncer bucal fue de 0,91 por 100.000 habitantes, la cual se incrementa a partir de los 50 años; en Costa Rica se estiman alrededor de 38 muertes al año por cáncer bucal, lo que representa 206 años de vida potencialmente perdidos (AVPP) anualmente; el 31% de los casos de defunciones por cáncer bucal se localiza en la lengua. En la CCSS durante el año 1997 se reportaron 336 egresos por esta enfermedad, con una estancia hospitalaria promedio de 10,5 días.

La prevalencia de fluorosis dental en Costa Rica³¹⁶ según la escala de Dean, en niños de 12 años, medida de canino a canino, es del 26%; en adolescentes de 15 años es del 18%. Al incluirse en la encuesta las piezas dentales premolares, según el índice de Dean modificado, la prevalencia aumenta al 42% y al 35%, respectivamente. La región que presenta mayor porcentaje de fluorosis es la Chorotega, con cifras del 52% y del 86%.

En cuanto a las anomalías dentofaciales³¹⁷, el 46,2% de los niños de 12 años presentan apiñamiento en el segmento de canino a canino, tanto superior como inferior, y en adolescentes de 15 años el indicador es del 47,9%. Al mismo tiempo y asociado con la relación molar, los niños de 12 años presentan un 78% de relación molar clase I; un 15%, clase II, y un 7%, clase III. Los adolescentes de 15 años presentan un 70%, un 20% y un 9%, respectivamente. Se debe tener presente que los apiñamientos se pueden evitar, con una intervención oportuna por parte de profesionales ubicados en el primer nivel de atención. La relación molar clase I es considerada ideal o normal.

Intervención: Atención integral de la salud bucodental

Definición

Promoción de salud oral, prevención, diagnóstico y tratamiento precoz de caries, gingivitis, enfermedad periodontal, anomalías dentofaciales y cáncer.

El Nuevo Modelo de Atención Integral en Odontología tiene como fin lograr la salud bucodental en las personas, por medio de la estrategia de atención primaria en salud oral con participación social, para responder a las necesidades reales de la población; y es la comunicación, en sus diferentes expresiones o aplicaciones, una de las herramientas más importantes para poder establecer intervenciones en salud dirigidas a los diferentes sectores de la población costarricense, como medio para responder a las necesidades de educación, promoción y prevención de la salud bucodental.

Desarrollar estrategias de educación para la salud bucodental en el ámbito esco-

310 Ministerio de Salud, *Encuesta Nacional de Nutrición*, Costa Rica, 1996.

311 Ministerio de Salud, *Encuesta Nacional de Salud Oral*, Costa Rica, 1999.

312 Meléndez, R., *Planificación, Programación y Evaluación de los Servicios de Salud Bucodental*, CCSS San José, Costa Rica, 1996.

313 Salas, M.T., Murillo, G., *Epidemiología de la Enfermedad Periodontal en la Población Adulta Costarricense*, Revista Floración al Día. 1(2) 5-14, Setiembre 1991- Febrero 92. San José, Costa Rica, 1997.

314 Howard, M., Castillo, J., Boza, Y., *Mortalidad de Cáncer Bucal en Costa Rica en el Período de 1981-1997*, Facultad de Odontología, Ciudad Universitaria "Rodrigo Facio Brenes", San José, Costa Rica, 1999.

315 Howard, M., Castillo, J., Boza, Y., *Mortalidad de Cáncer Bucal en Costa Rica en el Período de 1981-1997*, Facultad de Odontología, Ciudad Universitaria "Rodrigo Facio Brenes" San José Costa Rica, 1999.

316 Inciensa, Ministerio de Salud, *Encuesta Nacional de Salud Oral*, 1999.

317 Opcit.

lar y actividades de educación sanitaria en la población en general es una medida efectiva para la prevención de las enfermedades orales más frecuentes. Además es importante incrementar el conocimiento de los profesionales en odontología en la atención clínica y preventiva bucodental, con alta calidad técnica.

Durante la niñez y la adolescencia, existen muchas oportunidades para la prevención primaria de la destrucción dental. La oportunidad más temprana ocurre durante la consejería prenatal de los cuidadores infantiles con respecto a la dieta, las prácticas de higiene oral y la transmisión de bacterias de los padres a los niños. Las medidas preventivas, como la higiene oral o autocuidado dental, con el uso del cepillo y cremas dentales con flúor, deben ser aplicadas durante toda la vida.

Los dientes primarios o deciduos deben de ser retenidos hasta ser reemplazados por los dientes permanentes, para permitir un espacio adecuado en la arcada dental, y especialmente la preservación molar de los seis años, para prevenir la inclinación de las piezas permanentes y discrepancias alvéolo-dentarias, que ocasionan serios problemas ortodónticos.

Los dientes afectados por la caries deben ser obturados en forma oportuna para conservar la mayor cantidad del tejido dental y evitar que se debilite su estructura, por lo que se debe prevenir la cavidad inicial mediante el uso apropiado de fluoruros y sellantes.

En las personas mayores, la pérdida de dientes naturales puede contribuir a impedimentos psicológicos, sociales y físicos. Aun cuando se reemplacen con dentaduras bien construidas, puede existir limitaciones para el habla, la masticación, percepción del gusto y la calidad de vida.

El nivel de ausencia de dientes en estas personas refleja no solo los casos de caries y de enfermedad periodontal, sino también la disponibilidad y el uso de los servicios profesionales y preventivos de la comunidad. La pérdida de la dentición puede ser prevenida mediante educación, diagnóstico temprano y cuidado dental regular.

Aunque no todas las gingivitis progresan a enfermedad periodontal, todas las enfermedades periodontales se inician con ella. La remoción diaria de la placa dentaria es extremadamente importante para prevenirla, lo que se puede lograr mediante un buen cepillado de dientes y el uso de enjuagues bucales ³¹⁸.

La detección del cáncer oral se logra mediante el examen físico extraoral de la cabeza y cuello; examen de la cavidad oral, incluyendo la lengua; mucosa oral y faringe; labios con palpación intraoral y extraoral de nódulos ³¹⁹.

La detección en estadios tempranos de lesiones cancerosas aumenta los porcentajes de sobrevivida a cinco años en un 81%, pero solo del 22% entre las personas diagnosticadas con procesos avanzados del cáncer.

Aunque la sensibilidad y la especificidad del examen para cáncer oral no se ha establecido en estudios clínicos, la evidencia apoya claramente un mejor pronóstico con una detección y tratamiento temprano del cáncer oral.

El profesional en odontología debe estar educado en la importancia de realizar el examen para detección de los pacientes con alto riesgo, por lo que han de ser adecuadamente entrenados en este procedimiento.

El examen periódico para la detección del cáncer oral brinda la oportunidad a los profesionales de discutir con sus pacientes la importancia de evitar los factores de riesgo conocidos (tabaco y alcohol). El riesgo de cáncer oral puede aumentar hasta 28 o más veces en fumadores. El consumo de alcohol es un factor de riesgo independiente y, cuando se combina con el uso de tabaco, da como resultado un aumento del riesgo de cáncer oral de hasta un 90% ^{320 321}.

Objetivo de la intervención

Reducir los índices de enfermedad bucodental en la población nacional, con énfasis en las poblaciones más vulnerables.

Metas de reducción del riesgo

120. Al finalizar el año 2002, se habrá consolidado la aplicación del tamizaje de la condición bucodental y la identificación de las personas o familias de alto riesgo.

318 Opcit

319 Opcit

320 C.C.S.S. Sección Odontología, Dirección Técnica Servicios de Salud; Taller de identificación y selección de intervenciones en salud bucodental; Febrero 2000.

321 Healthy people 2010 Understanding and improving health archivos pag 21 Oral Health.

Metas de mejora de la oferta de servicios

- 121.** La CCSS continuará participando activamente en el programa de fluoración de la sal.
- 122.** Al finalizar el año 2001, se habrá elaborado un diagnóstico que identifique las dificultades y problemas técnicos de la oferta de servicios, en relación con la salud bucodental, y un plan de trabajo para la mejora continua de dichos servicios.
- 123.** Al finalizar el año 2001, se habrá consolidado el cumplimiento en la aplicación de la Normas de Prestaciones Odontológicas ³²² para la atención de las principales patologías bucodentales, en los establecimientos de salud de la CCSS.
- 124.** Al finalizar el año 2001, se habrá consolidado el sistema de referencia y contrarreferencia, entre los diferentes niveles de atención odontológica de la CCSS.
- 125.** Al finalizar el año 2002, se habrán incorporado lo referente a cuidado bucodental en las actividades de promoción y prevención que realiza el personal de la Caja.
- 126.** Al finalizar el año 2002, se habrá consolidado el cumplimiento del protocolo de atención del cáncer bucodental en todos los servicios de atención odontológica.
- 127.** Al finalizar el año 2004, al menos un 80% de los pacientes identificados como de alto riesgo habrán recibido consejería sobre autocuidado de la salud bucodental.
- 128.** Al finalizar el año 2006, se habrá alcanzado una cobertura no inferior al 60% de la población de 0 a 12 años, en salud oral integral.

Metas de necesidades de información e investigación

- 129.** Al finalizar el año 2002, la CCSS habrá promovido la realización de investigaciones epidemiológicas, sobre el estado de salud bucodental en los diferentes grupos poblacionales.

15. Uso racional de medicamentos

El uso de los medicamentos se ha incrementado en forma importante alrededor del mundo, y se ha pasado de una venta mundial de \$100.000 millones

en 1985, a \$226.000 millones en 1992, con lo que se constituye en promedio entre el 5% y el 20% del gasto total en salud, situación de la que son responsables médicos y trabajadores de salud, la industria farmacéutica, farmacias, farmacéuticos y los mismos pacientes, por lo que autoridades de salud de diferentes países hacen esfuerzos, en la actualidad, por promover intervenciones que permitan el uso racional de los fármacos ³²³.

El uso de medicamentos, según lo define la OMS ³²⁴, incluye los procesos de comercialización, distribución, prescripción y uso de los fármacos en una sociedad, con especial énfasis en sus consecuencias médicas, sociales y económicas.

La inadecuada utilización de medicamentos produce, entre otras cosas, costos económicos innecesarios para el sistema y los pacientes; reacciones secundarias y efectos iatrogénicos que ponen en riesgo la salud de los pacientes. Un estudio realizado por Hogerzeil y otros ³²⁵ indica que entre el 25% y el 66% de los pacientes recibieron prescripciones de antibióticos sin necesidad. En el caso de Costa Rica se tiene que, a pesar de los controles que ha establecido el Ministerio de Salud sobre la prescripción y consumo de antibióticos con el afán de enfrentar el problema del desarrollo de resistencia a estos tratamientos, del año 1995 a 1999 casi se han duplicado el número de casos de intoxicaciones por uso indebido de antibióticos (165 casos en 1995 a 308 casos en 1999) ³²⁶; las mujeres presentan mayor número de casos que los hombres (en 1998: 121 intoxicaciones en mujeres y 114 en hombres; en 1999: 160 intoxicaciones en mujeres y 143 en varones), situación que puede obedecer a varios factores aún no determinados, como una mala prescripción, la automedicación o la venta irresponsable de estos medicamentos, entre otros.

322 CCSS, Gerencia Médica-Sección Odontología; *Normas de Prestaciones Odontológicas*, Junio 1997.

323 Homedes N., Ugalde A.; *Improving the Use of Pharmaceuticals Through Patient and Community Level Interventions*; Social Science and Medicine 52 (2001) 99-134, Elsevier Science Ltd., pág. 99.

324 Organización Mundial de la Salud, *Serie de Informes Técnicos de la OMS*, 1997, en: Zurro Martín y Pérez Cano, *Atención Primaria: Conceptos, Organización y Práctica Clínica*, Cuarta edición, Harcourt Brace, España, 1999, pág. 222.

325 Hogerzeil H., Ross-Degbman D., Laing O., Ofori-Adeji D., Santos B., Azad, Chowdhury AK. Y otros; *Field Tests for Rational Drug Use in Twelve Developing Countries*; en Revista The Lancet, 342, 1408 - 1410, citado en Homedes N. y Ugalde A. en OP cit, pág. 101.

326 La Nación, *Persisten Problemas de Prescripción y Automedicación: Escaso Control a Antibióticos*, Sección El País, Domingo 10 de setiembre de 2000, San José, Costa Rica, pág. 5°.

Para definir lo que es el uso racional de medicamentos es necesario visualizarlo desde dos áreas estrechamente relacionadas: la operativa, que se refiere a la planificación, presupuesto, adquisición, almacenamiento y distribución de los medicamentos, y el componente científico-técnico, constituido por la selección, prescripción, calidad, uso y educación de los medicamentos.³²⁷

La prescripción racional de los medicamentos constituye uno de los elementos básicos en el uso adecuado de ellos. Aquella, a su vez, está influida por varios factores: un diagnóstico adecuado, la selección del tratamiento científicamente justificado y acorde con las condiciones particulares del paciente. Cuando se receta un medicamento, este debe otorgarse en las dosis e intervalo, así como en el período, adecuados; el paciente debe ser debidamente informado y controlado sobre el uso correcto del medicamento.

Diferentes estudios muestran que se dan diagnósticos y prescripciones erróneas, así como indicaciones innecesarias de antibióticos, antimicrobianos, antidiarreicos y otros medicamentos para la atención de infecciones respiratorias y tratamiento de episodios simples de diarrea³²⁸; incluso, se han documentado casos en que se recetaron antimicrobianos a sabiendas por parte del médico de que no debían usarse³²⁹; por lo que no necesariamente el cumplimiento a cabalidad del tratamiento por parte del paciente produce un resultado positivo en su condición de salud.

En varios estudios realizados³³⁰, se identificó que los profesionales en salud en muchos casos prescriben medicamentos innecesariamente pues esto es en algún modo fuente de prestigio y de mayores ingresos económicos; además, los suelen hacer en respuesta a las peticiones no fundadas de los pacientes. Existe la creencia en muchas personas de que la consulta médica, para que tenga valor agregado, debe incluir la prescripción de fármacos y la realización de exámenes adicionales (laboratorio, diagnóstico por imágenes y otros).

Otro de los factores que es parte del uso adecuado de los medicamentos es su consumo por parte del paciente de acuerdo con las instrucciones técnicas. Muchas veces los pacientes demandan medicamentos y, sin embargo, cuando los obtienen no los utilizan según las recomendaciones del profesional en salud; tal como lo señala el estudio realizado por Homedes y Ugalde³³¹, en los países del Tercer Mundo, la adherencia a la prescripción médica es muy baja.

En un estudio realizado en Costa Rica, en 1989, sobre el consumo de medicamentos, se encontró que gran parte del mal uso que hacen los pacientes es por la mala información que reciben por parte del médico y del farmacéutico³³².

A partir de los años ochentas, el país ha realizado diferentes esfuerzos de modo que se puedan establecer y divulgar principios para el uso racional de los medicamentos, que involucran actividades focalizadas, dirigidas al cambio en la práctica del uso de los medicamentos por parte de los médicos, dispensadores y usuarios. En este esfuerzo, la CCSS, a través del Departamento y el Comité Central de Farmacoterapia, se encargan de la realización de estudios de consumo³³³, estudios cualitativos de prescripción, información (mediante atención de consultas telefónicas, solicitudes escritas, publicaciones y foros), educación, evaluación del uso o farmacovigilancia, investigación y garantía de calidad.

En Costa Rica, el mercado de los medicamentos tiene características muy particulares, dado que la CCSS tiene una alta cobertura en la prestación de servicios de salud, que incluyen el acceso, sin cargo adicional, a un cuadro básico de medicamentos bastante amplio (por ejemplo, incluye, entre otros, quimioterapia y retrovirales). Las economías de escala en las compras por volumen, el uso predominante de productos genéricos y la aplicación de normas

327 Chaves Alvin; Uso racional de medicamentos en Revista: Fármacos, Vol. 9, No. 1, 1996, San José, Costa Rica.

328 Nizami, Khan and Bhuta, Drug Prescribing Practices of General Practitioners and Pediatricians for Childhood in Karachi, Pakistan, *Social Science and Medicine*, 42, 1133 - 1140, 1996, Paredes and others, Factors Influencing Physicians' Prescribing Behavior in the Treatment of Childhood Diarrhea: Knowledge may not be the Clue, *Social Science and Medicine*, 42, 1141 - 1153, 1996, Pérez-Cuevas y otros, Patrones de Prescripción Terapéutica en Infección Respiratoria Aguda y Diarrea Aguda en dos Instituciones de Salud (IMSS, SS). IV. Características de la Prescripción Médica, *Gaceta Médica Mexicana*, 128, 531- 541, 1996, Santos, Small Group Intervention vs Formal Seminar for Improving Drug Use, *Social Science and Medicine*, 42, 1163 - 1168, 1996 en: Homedes N., Ugalde A., Op cit., pág. 101

329 Paredes and others, Factors Influencing Physicians Prescribing Behavior in the Treatment of Childhood Diarrhea: Knowledge may not be the Clue, *Social Science and Medicine*, 42, 1141 - 1153, 1996, en : Homedes N., y Ugalde A. Op. Cit.

330 Beria, Damián, Dos Santos and Lombard, Physicians Prescribing Behavior for Diarrhoea in Children: An Ethnoepidemiological Study in Southern Brazil; *Social Science and Medicine*; 47, 341 - 346, 1998; Ofori-Adjei and Arhinful, Effect of Training on the Clinical Management of Malaria by Medical Assistants in Ghana, *Social Science and Medicine*, 42, 1169 - 1176, 1996; Paredes, de la Peña, Flores-Guerra, Díaz and Trostle, Factors Influencing Physicians' Prescribing Behavior in the Treatment of Childhood Diarrhea: Knowledge May not be the Clue; *Social Science and Medicine*, 42, 1141 -1153, 1996; Bhutta and Balchin, Assessing the Impact of a Regulatory Intervention in Pakistan; *Social Science and Medicine*, 42, 1195 - 1202, 1996. en Homedes N. y Ugalde A., Op. Cit.

331 Homedes N. y Ugalde A.; Patients Compliance with Medical Treatment in the Third World. What do We Know?, *Health Policy and Planning*; 8, 291 - 314, 1993.

332 Homedes N., Ugalde A., Zamora C. y Sáenz LB., Cumplimiento de las Recomendaciones Médicas en Costa Rica, en *Revista Fármacos*; 5: 3-14, Costa Rica, 1989.

333 Se realizan tanto estudios cuantitativos de consumo, utilizando la metodología de Dosis Diaria Definida (DDD) para el análisis de tendencias de consumo, como estudios cualitativos, para conocer en forma global las características de las prescripciones que se realizan. En: CCSS, Departamento de Farmacoterapia, Políticas sobre Gestión y Uso Racional de Medicamentos en el Nuevo Modelo de Atención, 2000.

de prescripción, según niveles de complejidad, han dado como resultado un gasto en fármacos relativamente bajo que, como proporción del gasto en salud, es uno de los más reducidos en Centroamérica.

Para el año 1997, Costa Rica tuvo un gasto total en medicamentos de 126 millones de dólares³³⁴ por concepto de fármacos a precios de mayoreo, de los cuales el 57% correspondió al mercado privado y el 40% a la atención que presta el sector público. Sin embargo, en términos de unidades de medicamentos, el sistema público de salud prescribe la mayor proporción (73%), mientras que el sector privado, el 27%³³⁵.

La CCSS destina a la compra de medicamentos cerca del 9% del presupuesto del Seguro de Salud³³⁶. Durante los últimos años, la institución ha logrado el aumento en la disponibilidad de fármacos para el tratamiento de patologías prevalentes, como resultado de la eficiencia en el proceso de adquisición y otras áreas del sistema logístico de aprovisionamiento, distribución y manejo de inventarios, de modo que, para cada uno de los grupos terapéuticos más importantes, ha sido posible aumentar la tasa de personas tratadas por cada mil habitantes por día a la vez. Con pocas excepciones, el costo diario del tratamiento ha venido disminuyendo, lo que permite aumentar el número de pacientes tratados con la misma asignación presupuestaria³³⁷. De este modo, se ha pasado de un promedio de 8,17 medicamentos por habitante en el año 1994, a 10,24 en 1999.

No obstante, Costa Rica enfrenta los retos de un nuevo perfil epidemiológico, que no solo presenta una carga importante de enfermedades infectocontagiosas y parasitarias, propias de países en desarrollo, sino también patologías crónicas y degenerativas, que por sus características generan un mayor costo de atención. Además, las resoluciones de la Sala Constitucional, a favor de algunos grupos de pacientes específicos, han obligado a la CCSS a suministrar medicamentos de alto costo, en el caso de enfermedades como VIH/SIDA y la esclerosis lateral amiotrófica.

Lo anterior ha incrementado las diferencias en el costo comparativo de los tratamientos de las diversas patologías; por ejemplo, el tratamiento de diabetes mellitus por persona al año es de \$22, y el del cáncer de \$487; el de esclerosis múltiple es de \$11.616; de \$11.474 por la hemofilia; \$9.600 la esclerosis lateral amiotrófica; \$7.366 para VIH/SIDA; y \$6.947 por trasplante³³⁸. Solo para el año 2000, cerca del 22% del presupuesto de medicamentos fue dirigido a la atención de estas patologías de alto costo, para dar beneficio a un número no mayor de 7.000 personas en el país.

Intervención: Uso racional, eficiente y efectivo de los recursos terapéuticos farmacológicos

Definición

Mejoramiento de la calidad del binomio diagnóstico - prescripción, adherencia del paciente al tratamiento y reducción de la automedicación.

Esta intervención es de reorientación, basada principalmente en el componente científico-técnico, debido al enfoque que tiene el PASP; por tanto, se fundamenta en una adecuada utilización de los recursos farmacológicos: mayor adherencia a los tratamientos, automedicación responsable, disminución de los efectos potenciales adversos y adecuada prescripción.

En cuanto al mejoramiento de la calidad de la prescripción, la intervención es más efectiva cuando se practica una combinación de acciones en distintos niveles, dirigidas a modificar, principalmente, conocimientos, actitudes, habilidades, prácticas y conductas.³³⁹

334 Dirección de Registros y Controles, Ministerio de Salud, Costa Rica, en: Li J., *Efectos de la Normativa de Patentes y los Derechos de Propiedad Intelectual en el Marco de la OMC, sobre el Mercado de Medicamentos en Costa Rica*, Anteproyecto de tesis, Universidad Latina de Costa Rica, Agosto 2000.

335 OPS: Rodríguez Juana y Molina Raúl; *Precio de Medicamentos en Costa Rica*, San José Costa Rica, 1999, en: Li J., *Efectos de la Normativa de Patentes y los Derechos de Propiedad Intelectual en el Marco de la OMC, sobre el Mercado de Medicamentos en Costa Rica*, Anteproyecto de tesis, Universidad Latina de Costa Rica, Agosto 2000, pág. 6.

336 CCSS, Dirección Técnica Actuarial y de Planificación Económica, *Anuario Estadístico*, San José, Costa Rica, 1994, 1995, 1996, 1997, 1998.

337 CCSS, Departamento de Farmacoterapia, *Políticas sobre Gestión y Uso Racional de Medicamentos en el Nuevo Modelo de Atención*, 2000, pág. 11.

338 Chaves Alvin, IV Congreso Internacional de Farmacología Clínica, Hotel San José Palacio, Setiembre 2000, San José, Costa Rica.

339 Zurro Martín, Pérez Cano, *Atención Primaria: Conceptos, organización y práctica clínica*, Cuarta Edición, Harcourt Brace, España, 1999, pág. 227.

El cuadro siguiente muestra la clasificación de medidas para optimizar la prescripción farmacológica.

más fáciles cuando la educación a los pacientes se brinda a lo largo de diferentes visitas, y los medicamentos se toman mejor si se adecua su ingestión a las actividades diarias del

paciente. El enfermo valora más una reducción de la frecuencia de las tomas, que una del número de fármacos que ha de tomar en cada ocasión. En los tratamientos prolongados, las citas para visitas de control favorecerán también el cumplimiento. Algunos laboratorios han creado medicamentos de vida media más larga y fármacos policomponentes para simplificar la terapéutica y mejorar la observancia. Sin embargo, antes de utilizar estos productos, el médico debe valorar el riesgo de efectos adversos y la dificultad de individualizar dosis en drogas policomponentes³⁴¹, lo que evidencia la necesidad de fortalecer la selección individual en la prescripción.

Dado que en muchas enfermedades existe la posibilidad de curación, a pesar de no seguir las recomendaciones y puesto que pocos pacientes entienden la naturaleza probabilística de los tratamientos, es posible que la experiencia tienda a reforzar negativamente determinadas situaciones de incumplimiento. La única forma de modificarla es mediante contratos entre el profesional en salud y el paciente, en el que cada una de las partes expone sus obligaciones para conseguir los objetivos terapéuticos en un tiempo determinado.

Este se acompaña de la posibilidad de discutir el tratamiento, así como de introducir incentivos al paciente cumplidor³⁴².

Existe una escasa relación entre los conocimientos sobre la enfermedad y su tratamiento y la observancia terapéutica. La información escrita no mejora el cumplimiento que se consigue tras una buena información oral y posterior comprobación del nivel de comprensión³⁴³. Su utilidad se basa en facilitar el recuerdo de las instrucciones orales. Cuando se informa al paciente, es importante recordar que un exceso de datos disminuye su capacidad de retenerlos, así como que no deben ofrecerse exclusivamente los riesgos de la terapéutica, sino que es interesante recordar los beneficios que se espera alcanzar³⁴⁴.

La familia puede contribuir al cumplimiento de los tratamientos prolongados, recordando al paciente los cuidados que debe seguir. Desde la consulta se puede contribuir a ello, realizando visitas domiciliarias, llamadas telefónicas de control o entregando al paciente una libreta para que anote las dosis que se administra, sus controles de las constantes y todas las incidencias. La infor-

Medidas educativas	Eficacia
Difusión de material escrito	-
Lecciones magistrales	-
Educación en pequeños grupos	+
Educación cara a cara	+
Control de la actuación	
Feedback de la información, solo o acompañado de intervenciones educativas en ocasiones de tipo participativo	+
Recordatorios o mensajes educativos	+
Barreras retributivas (administrativas)	+/-
Restricción del ámbito de prescripción	
Requerimiento de consulta o visado	
Uso del formulario	
Limitación en el número de prescripciones cubierto	
Presión de los compañeros	
Autoauditorías	+
Protocolos	+
Formularios	+
Incentivos	¿?
Medidas coercitivas	¿?

+ : se han publicado estudios en los que el grupo de intervención mejora respecto a un control; -existen publicaciones con evidencias de la ineficacia de la medida aislada; ¿?: no se han hallado publicaciones sobre la eficacia de la medida.

Fuente: Adaptado de Zurro Martín y Pérez Cano, 1999.

El cumplimiento del tratamiento por parte del paciente se da cuando el médico conoce las creencias del paciente sobre la enfermedad o el riesgo que se está atendiendo³⁴⁰.

El cumplimiento del tratamiento por parte del paciente se da cuando el médico conoce las creencias del paciente sobre la enfermedad o el riesgo que se está atendiendo³³⁹.

Cuando la terapéutica es compleja, larga, molesta, cara o entraña una modificación del estilo de vida, se reduce la adherencia al tratamiento; pero ésta mejora si se toman en cuenta las inquietudes del paciente. Los cambios en el estilo de vida son

340 Zurro Martín y Pérez-Cano, Op. Cit, pág. 232.
 341 Zurro Martín y Pérez-Cano, Op. Cit, pág. 232.
 342 Zurro Martín y Pérez-Cano, Op. Cit, pág. 232.
 343 Cabeza 1989, citado en Zurro Martín y Pérez-Cano, Op. Cit, pág. 232
 344 Zurro Martín y Pérez-Cano, Op. Cit, pág. 232.

mación y los cuidados sanitarios únicamente alcanzarán a la población meta si no existen barreras organizativas, culturales o económicas que separen la población de riesgo de los profesionales en salud ³⁴⁵.

Objetivo de la intervención

Promover y contribuir al uso racional, eficaz y eficiente de los recursos farmacológicos, mediante la prescripción apropiada y uso indicado de ellos.

Metas de reducción del riesgo

130. Al finalizar el año 2006, la CCSS habrá logrado, mediante acciones interinstitucionales y con participación de la comunidad, que al menos el 80% de la población conozca, mediante campañas de información en los medios de comunicación masiva, sobre utilización adecuada, adherencia y conservación de medicamentos, así como sobre los riesgos de la automedicación, para que contribuya al uso racional del recurso farmacológico.

Metas de mejora de la oferta de servicios

131. A partir del año 2001, todos los procesos de elaboración de Guías de Atención Integral en la CCSS contarán con la participación del Departamento de Farmacoterapia

132. Al finalizar el año 2002, la CCSS habrá establecido las Guías de Atención para aquellas patologías que implican un alto costo, en cuanto al uso del recurso farmacológico.

133. Al finalizar el año 2002, la CCSS, con el fin de garantizar la sostenibilidad del sistema, habrá elaborado una propuesta con fundamento técnico (tendencias morbimortalidad, intervenciones costo-efectivas, concepto de medicina basada en la evidencia, análisis financiero y económico, entre otros), para la modificación de la normativa en lo concerniente al otorgamiento de tratamientos farmacológicos de alto costo (Sida, ELA, otros).

134. A partir del 2002, se habrá fortalecido el sistema de notificación de falla terapéutica y de sospecha de reacciones adversas de los medicamentos que suministra la institución.

135. Al finalizar el año 2003, la CCSS habrá coordinado con las instituciones de representación civil, que participan en las decisiones relacionadas con salud, la propuesta de modificaciones legales necesarias para lograr la viabilidad y sostenibilidad del sistema de salud, manteniendo la equidad, la efectividad y calidad de las prestaciones que se otorgan a la población.

136. A partir del año 2003, el Departamento de Farmacoterapia facilitará a los diferentes establecimientos de salud información objetiva y basada en evidencias, acerca de efectividad y eficiencia del recurso farmacológico, así como sobre el uso que se hace de los medicamentos en la institución.

137. Al finalizar el año 2003, la CCSS habrá logrado establecer un proceso ágil y oportuno, que permita al nivel primario el acceso a medicamentos que requieren los pacientes contrarreferidos del segundo y tercer nivel.

Metas de necesidades de información e investigación

138. Al finalizar el año 2002, en todas las áreas y regiones de salud se dispondrá de recurso humano capacitado en investigación (estudios de consumo e investigación cualitativa) para analizar los patrones y variabilidad de la prescripción y uso del recurso farmacológico, así como su relación con los perfiles de morbimortalidad en el nivel local.

Glosario

Análisis económico o evaluación económica: Comparación de los costos y resultados de las diferentes alternativas de intervenciones en atención de problemas de salud. Clarke M, Oxman AD; Editors Cochrane Reviews Handbook 4.0 (update July 1999). The Cochrane Library; The Cochrane Collaboration; Oxford; update 2000.

Clasificación de las recomendaciones con respecto a las intervenciones:

- A.** Existen pruebas sólidas para respaldar la recomendación de que el proceso sea considerado específicamente como parte del examen periódico de salud.
- B.** Existen pruebas razonables para respaldar la recomendación de que el proceso sea considerado específicamente como parte del examen periódico de salud.
- C.** Existen pocas pruebas referentes a la inclusión del proceso en un examen periódico de salud, pero puede ser aconsejable por otros motivos.
- D.** Existen pruebas razonables para respaldar la recomendación de que el proceso no sea considerado parte del examen periódico de salud.
- E.** Existen pruebas sólidas para respaldar la recomendación de que el proceso no sea considerado parte del examen periódico de salud.

Condiciones: Definición de las condiciones, circunstancias y factores críticos de éxito que deben existir para asegurar la calidad, la aplicación y la sostenibilidad de las intervenciones.

Costo-beneficio: Cuando se evalúa el valor de las consecuencias de un programa en términos monetarios y se establece una comparación con sus costos. Un ejemplo de su uso lo constituye la evaluación de un tamizaje de hipertensión para reducir la mortalidad prematura en comparación con un programa de inmunización antigripal para evitar días de incapacidad. Con este análisis se comparan intervenciones diferentes sobre problemas diferentes y con expectativas de resultados diferentes, que de otra forma no se pueden comparar con facilidad. Los resultados de este análisis, entendidos como unidades de salud ganadas o perdidas, relacionadas con la intervención (años de vida ganados, complicaciones evitadas, días de incapacidad perdidos) se transforman en unidades monetarias.

Análisis económico que traduce los resultados en costos en iguales términos monetarios y los compara. Clarke M, Oxman AD; Editors Cochrane Reviews Handbook 4.0 (update July 1999). The Cochrane Library; The Cochrane Collaboration; Oxford; update 2000.

Costo-efectividad: Analiza el costo y la efectividad de una intervención o varias intervenciones alternativas similares, para determinar en que medida cumplen los objetivos deseados. Con base en el análisis, se selecciona la intervención que requiera menos costo para un grado determinado de efectividad o la que proporcione la mayor efectividad para un nivel determinado de costo. Los resultados se miden en términos del estado de salud. Su aplicación es laboriosa y no considera los aspectos éticos, de equidad, sociales y políticos.

Análisis económico que traduce los resultados en términos de salud y los describe como costos de obtener resultados adicionales en salud. *Clarke M, Oxman AD; Editors Cochrane Reviewes Handbook 4.0 (upadate July 1999). The Cochrane Library; The Cochrane Collaboration; Oxford; update 2000.*

Costo-minimización: Este constituye una comparación entre dos o más alternativas igualmente efectivas pero con diferentes costos. Este análisis permite optar por la menos costosa. Constituye una forma especial del análisis de costo-efectividad en la que los costos con iguales.

Costo-utilidad: Esta técnica de análisis económico considera las medidas de valor al igual que el análisis del costo-beneficio, pero, a la vez, considera las diferentes consecuencias de los resultados, dependiendo de su utilidad para un individuo o para la sociedad. Ejemplo de su aplicación sería en la valoración de la situación de dos gemelos idénticos en todo excepto en su ocupación: uno es pintor y el otro traductor simultáneo, que sufren una fractura del brazo derecho. Con el análisis del costo-utilidad el valor que se concede al problema de salud y, por tanto, a la utilidad del tratamiento, es diferente. El tipo de medida de resultado son los años de vida ajustados por calidad o los años saludables equivalentes.

Análisis económico que traduce en preferencias personales (o útiles) y describe cuánto cuesta para un resultado adicional en calidad; ejemplo: costo por calidad ajustada de año de vida adicional. *Clarke M, Oxman AD; Editors Cochrane Reviewes Handbook 4.0 (upadate July 1999). The Cochrane Library; The Cochrane Collaboration; Oxford; update 2000.*

Educación permante: Se refiere a todo lo relacionado con actualización, formación y capacitación del personal del establecimiento de salud, durante sesiones de revisión de casos, bibliografía, sesiones anatómicas, entre otros, que se realizan durante las horas laborales.

Efectividad: Capacidad de una intervención de resolver un problema de salud en condiciones reales (realidad cotidiana propia del lugar donde se está dando). Es decir, que existe evidencia basada en la experiencia, de que realmente puede resolver el problema.

Eficacia: Capacidad de una intervención de resolver problemas de salud en condiciones experimentales. Es decir, que en teoría se sabe que la intervención puede resolver un problema, pero no existe aún evidencia basada en la práctica.

Eficiencia técnica: Producción de una intervención en salud con el mínimo consumo de recursos o la producción de mayor número de intervenciones sanitarias con los mismos recursos.

Externalidad: En economía se dice que es: efectos (buenos o malos) impuestos por la acción de la producción o el consumo, por los cuales no se cobra precio alguno. Una externalidad mala o negativa típica es la contaminación que le impone al público el humo de una fábrica. *Heilbroner R. / Lester T; Economía, / edición, Prentice Hall Ediciones, México 1987.*

Estadio: Aun cuando por costumbre se utiliza el término **estadio** para denominar al "período definido o fase en el desarrollo de una enfermedad", el vocablo que establece la Real Academia y según la revisión filológica¹, lo correcto es **estadio**, pues se trata de un diptongo y por tanto, no se tilda.



Endoscopia, gastroscopia, rectoscopia, laparoscopia, etc.: Aun cuando por costumbre se reconocen estos términos con tilde en la i (ejemplo: gastroscopía, laparoscopía), lo correcto, según la etimología y tal como lo registran los diccionarios e indicara la revisión filológica, es no tildar estas palabras, pues se trata de un diptongo.

Factibilidad:

- * Técnica: posibilidad de contar con las herramientas, conocimiento, equipo, infraestructura y el recurso humano capacitado para brindar la intervención.
- * Económica: disponibilidad de recursos financieros.
- * Legal: compatibilidad con las leyes y reglamentos.
- * Cultural: aceptación de la intervención por parte de la población.
- * Política: coherencia con los objetivos y prioridades del Gobierno.
- * Importancia del problema de salud: Referida a la magnitud medida en número de casos y a la severidad, medida como mortalidad, discapacidad, costos sociales, laborales y otros.

Intervención en salud:

1. Conjunto de acciones cuya aplicación integrada, adecuada y oportuna, en presencia de un problema determinado, produce un efecto conocido sobre la salud.
2. Conjunto de acciones aplicadas desde los servicios de salud (promoción, prevención, curación y rehabilitación) a un individuo, familia o población y que permite evitar, reducir, tratar o paliar un problema de salud.

Jerarquía de la evidencia -Canadian Task Force-

- I Evidencia obtenida, al menos, por un ensayo clínico controlado y aleatorizado adecuadamente
- II. 1. Evidencia obtenida, al menos, por un ensayo clínico controlado adecuadamente, pero sin aleatorización
- II. 2. Evidencia obtenida por estudios de cohortes o de casos y controles, preferiblemente de más de un grupo o centro de investigación
- II. 3. Evidencia obtenida mediante estudios comparativos de tiempo o lugar, con intervención o sin ella
- III Opiniones de expertos, basadas en la experiencia clínica o en estudios descriptivos

Oportunista (atención): Se refiere a la detección de la enfermedad, o de los factores de riesgo para una enfermedad, por parte de los trabajadores de salud en pacientes que acuden a los servicios de salud por síntomas no relacionados.

Priorizar: Determinar cómo se van a gastar los recursos asignados a salud, estableciendo quién va a recibir qué intervenciones. Para priorizar intervenciones de salud se deben considerar los factores de importancia del problema, efectividad y factibilidad (técnica, económica, legal, cultural y política).

Problema de salud: Es aquello por lo que las personas sufren, se enferman, se discapacitan, demandan servicios de salud, se incapacitan o mueren.

Tamizaje: es la aplicación de procedimientos a poblaciones o grupos de población con la intención de clasificarlas en dos grupos: una con una alta probabilidad de ser afectada por condiciones fatales o deshabilitadoras, y el otro grupo, con una baja probabilidad de incurrir en las mismas condiciones. El grupo con una alta probabilidad es referido a los servicios de salud para diagnóstico ulterior o seguimiento.

ANEXO

**CRITERIOS Y PROBLEMAS ANALISIS
CUANTITATIVO Y CUALITATIVO**

Criterios utilizados para el análisis y valoración de los problemas de salud.

MAGNITUD:

* Morbilidad:

- Consulta Externa /Urgencias
 - 0 = 0
 - 1-9 = 0.66
 - 10 = 1

- Egresos hospitalarios
 - 0 = 0
 - 1-5 = 0.66
 - 5 = 1

GRAVEDAD:

* Mortalidad:

- Tasa de mortalidad:
 - 0 = 0
 - 1-24 = 0.25
 - 25-39 = 0.75
 - >40 = 1

- AVPP:
 - 0 = 0
 - 1-20 = 0.66
 - >20 = 1

- Discapacidad (%):
 - 0 = 0
 - 1-5 = 0.66
 - >5 = 1

TENDENCIA:

- Decreciente = 0
- Constante = 0.66
- Creciente = 1

COMPROMISO NACIONAL/INTERNACIONAL:

- Ninguno = 0
- Nacional ó Internacional = 0.66
- Ambos = 1

PERCEPCION:

* **Social:** *Según el número de menciones* como resultado del análisis cualitativo, realizado con profesionales, comunidad y científicos y académicos.

* Técnicos y profesionales

- I cuartil = 0.25 (8 observaciones con menor puntaje)
- II cuartil = 0.50
- III cuartil = 0.75
- IV cuartil = 1 (8 observaciones con mayor puntaje)

* Comunidad

- I cuartil = 0.25 (8 observaciones con menor puntaje)
- II cuartil = 0.50
- III cuartil = 0.75
- IV cuartil = 1 (8 observaciones con mayor puntaje)

* Científicos y Académicos

- I cuartil = 0.25 (5 observaciones con menor puntaje)
- II cuartil = 0.50
- III cuartil = 0.75
- IV cuartil = 1 (5 observaciones con mayor puntaje)

FORMULA INICIAL (V 1.0) = producto taller análisis cuantitativo

[Magnitud (mortalidad (tasa + AVPP) + morbilidad (CE/Urg + Hospitalizac) + gravedad (letalidad) + tendencia + compromiso + percepción (social + política)]

FORMULA PROPUESTA:

[N1 * (CE/Urg + Hospitalizac.) + N2 * (tasa mortalidad + AVPP + Discapacidad) + N3 + N4 + N5 * (técnicos + comunidad + científicos y académicos)]

Donde,

- N1 = Magnitud
- N2 = Gravedad
- N3 = Tendencia
- N4 = Compromiso
- N5 = Percepción social

Tabla de evaluación de criterios para la identificación de problemas y necesidades de salud prioritarios

Problema	Magnitud				Tendencia	Gravedad	Compromisos	Percepción		Total	ORDEN
	Mort		Morb					Social – Política			
	T	A	C	H							
C. externas	3	3	2	2	0.5	0.5	1	0.5	0.5	13	1
Circulatorio	3	2	2	2	0	0.5	1	0.5	0.5	11.5	2
Tumores	3	3	0	1	0.5	0.5	1	0.5	0.5	10	3
Enf. Sist. Respiratorio	2	2	2	2	0	0.5	0	0	0	8.5	4
Enf. Sist. Digestivo	2	2	1	2	0	0	0	0	0	7	5
Complicac. Emb, parto y puerperio	0	2	1	2	0	0.5	1	0	0.5	7	5*
Diabetes Mellitus	1	0	2	1	0.5	0.5	1	0.5	0	6.5	7
Infec. Intest.	0	0	1	1	0	0	1	0.5	0.5	4	8
Dengue	0	0	1	0	0.5	0	1	0.5	0.5	3.5	9*
T. mentales	0	0	1	1	0.5	0.5	0	0	0	3	10
Pat.bucodental	0	0	1	0	0	0	1	0.5	0.5	3	10*
Enf. Preve.por vacunación	0	0	1	0	0	0	1	0.5	0.5	3	10*
Artropatías, dorsopatías	0	0	1	1	0	0.5	0	0	0	2.5	13
SIDA	0	0	0	0	0	0.5	1	0.5	0.5	2.5	13
Enf. Transmisión sexual	0	0	0	0	0	0	1	0.5	0.5	2	15
Tuberculosis	0	0	0	0	0.5	0	1	0	0.5	2	15
Anemia ferrop.	0	0	0	0	0	0	1	0	0.5	1.5	17
Enf. de los Ojos	0	0	0	1	0	0.5	0	0	0	1.5	17
Malaria	0	0	0	0	0	0	1	0	0.5	1.5	17*

*programas especiales-vigilancia epidemiológica.

T = tasa de mortalidad A= años de vida potencialmente perdidos C= consulta

PARTICIPANTES

PARTICIPANTES EN EL PROCESO DE ELABORACION DEL PASP

Dr. Oh Sai Acón Chang, Dirección Regional Servicios Médicos Huetar Atlántica
Dr. Miguel A. Acosta Fernández, Área Salud Mora-Palmichal
Dra. Guadalupe Acosta García, Clínica de Pavas
Sra. Hilda Acosta Vargas, Comunidad Guatuso
Lic. Florencio Acuña Ortiz, Dirección Regional Servicios Médicos Chorotega
Sra. Ruth Aguilar Granados, Comunidad Lomas del Río
Lic. Antonio Aguilar Montenegro, Instituto Costarricense de Educación Radiofónica, ICER
Sra. Lilliam Aguilar P., Comunidad Villa Esperanza de Pavas
Dr. Walter Albán Aguirre Saldaña, Dirección Regional Servicios Médicos Brunca
Dr. Braulio Alfaro Briansó, Hospital Nacional de Niños
Dr. Johnny Alfaro Morales, Equipo coordinador PASP
Dr. Omar Alfaro Murillo, Area Salud Ciudad Quesada
Licda. Anabelle Alfaro Obando, Depto. Medicina Preventiva, DTSS
Dra. Lucía Alpízar Moya, Dirección Regional Servicios Médicos Central Norte
Dra. Astrid Alvarado Cháves, Clínica Santo Domingo
Dr. Oscar Mario Alvarado Rojas, Centro Integral de Tibás
Dra. Olga Alvarez Desanti, Area Salud Acosta
Dr. Alejandro Alvarez Mora, Clínica Dr. Clorito Picado
Sra. Gladys Alvarez Rosales, Comunidad Barva de Heredia
Dra. Irma Mayela Alvarez Trejos, Dirección Regional Central Norte
Dra. Patricia Allen Flores, Ministerio de Salud
Dr. Carlos Alluín Seas, Gerencia Modernización y Desarrollo
Sra. Bella Amador Sancho, Comunidad Buenos Aires
Dr. José Miguel Angulo Castro, Depto. Medicina Preventiva, DTSS
Dr. Leonel Angulo Gatgens, Área Salud Chacarita
Lic. Juan Carlos Antillón Sargent, Escuela de Historia UCR
Dr. Miguel Arana Guadamuz, Hospital Dr. Max Terán Valls
Dra. Margarita Arata Herrero, Hospital Dr. Calderón Guardia
Licda. Marjorie Araya Mondragón, Centro Nacional de Rehabilitación
Licda. Sandra Araya Montero, Hospital San Juan de Dios
Dr. Jorge Araya Ocampo, Dirección Región Huetar Norte, Ministerio Salud

Licda. Patricia Araya Sancho, Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia
Dra. Iris Araya Serrano, Clínica San Rafael Puntarenas
Dr. Carlos Araya Solano, Hospital Dr. Max Peralta
Licda. Gladys Araya Ugalde, Ministerio de Salud
Dr. Gary Arce Arenales, Depto. Salud Mental, DTSS
Dra. Seidy Arce Castro, Clínica Moravia
Sr. Oscar Arce Fallas, Comunidad Cañas
Lic. Claudio Arce Ramírez, Proyecto Modernización
Dr. Carlos Arguedas Chaverri, Hospital México
Dra. María Cecilia Arguedas Rodríguez, Instituto Nacional de Seguros
Dr. William Arguello Arguello, Hospital Nacional Psiquiátrico
Licda. Luz Marina Arguello Villalobos, Área Salud Alfaro Ruiz
Dr. Mario Arias Murillo, Hospital San Juan de Dios
Dra. Gina Arias Ocampo, Área Salud Moravia
Licda. Gabriela Arias Soto, Dirección Recursos Materiales
Dra. Nereida Arjona Ortegón, Depto. Medicina Preventiva, DTSS
Dr. Walter Armijo Núñez, Área Salud Esparza
Lic. Walner Arroyo González, Dirección Regional Servicios Médicos Chorotega
Dr. Efraín Artavia Loría, Hospital Nacional de Niños
Licda. Susana Arteaga Acevedo, Centro Nacional de Rehabilitación
Licda. Angela Avalos Rodríguez, Periódico La Nación
Dra. María Luisa Avila Agüero, Hospital Nacional de Niños
Dr. Kenneth Avila Corrales, Depto. Salud Mental, DTSS
MSc. Norman Ayala Díaz, Dirección Compra Servicios Salud
Dr. Guillermo Azofeifa Araya, Area Salud Cartago
Dra. Lucía Azofeifa R., Dirección Regional Central Norte
Dr. Gonzalo Azúa Córdoba, Hospital Dr. Calderón Guardia
Dr. Vladimir Badilla Vargas, Hospital México
Dra. Xiomara Badilla Vargas Dirección Regional Servicios Médicos Central Sur
Dra. Ileana Balmaceda Arias, Area Salud Belén Flores
MSc. Róger Ballesteros Harley, Gerencia Operaciones
Dra. Genoveva Barba Albós, Consorcio Hospitalario de Cataluña
Sr. Vidal Barboza Díaz, Hospital de Guápiles
Sr. Douglas Barboza Meza, Comunidad Coronado
Dr. Jorge Gregorio Barboza Retana, Hospital Dr. Calderón Guardia
Dr. José Ramón Barcenás Vargas, Área Salud Orotina
Dr. José L. Barquero Muñoz, Pensionado
Dr. Alexander Barrantes Arroyo, Dirección Compra Servicios Salud
Dr. William Barrantes Barrantes, Área Salud Upala
Dr. David Barrantes Elizondo, Área Salud Guatuso
Licda. Lidieth Barrantes Murillo, Sec. Enfermería, DTSS
Licda. Alejandra Barrantes Solano, Área Salud Cariari
Dr. José Carlos Barrantes Zamora, Hospital Nacional de Niños
Lic. Guido Barrientos Matamoros, Proyecto Estado de la Nación
Dr. Rodrigo Bartels Rodríguez, Registro Nacional Tumores, Ministerio de Salud
Dr. Javier Becerra Gómez, Clínica Tibás
Lic. Alvaro Blanco Brenes, Dirección Comunicación Organizacional
Dr. Luis E. Blanco Rojas, Area Salud Alfaro Ruiz
Dr. Rigoberto Blanco Sáenz, Depto. Saneamiento Básico, DTSS
Lic. Walter Blanco Tijerino, Hospital Tomás Casas

Dra. Estela Bolaños Varela, Hospital Blanco Cervantes
 Sra. Grace Bonilla Lobo, Comunidad Siquirres
 Dr. Rodolfo Bonilla Montero, Hospital Escalante Pradilla
 Dr. Ricardo Boza Cordero, Hospital San Juan de Dios
 Dr. Marcos Boza Hernández, Hospital Tony Facio
 Dra. Concepción Bratti Verdejo, Proyecto Epidemiológico Guanacaste
 Dr. Rafael Bravo Sánchez, Región Pacífico Central, Pensionado
 Dra. Ruth Brenes Castellón, Dirección Regional Servicios Médicos Chorotega
 Dr. Jorge Eduardo Brenes Durán, Hospital Golfito
 Dr. Iván Alberto Brenes Matarrita, Área Salud Los Santos
 Sr. Johnny Brenes Mora, Comunidad Guápiles
 Dr. Rafael Angel Brenes Rojas, Clínica Heredia
 Dr. Luis Brenes Sobrado, Hospital San Juan de Dios
 Licda. Mayra Brenes Varela, Hospital México
 Dra. Sheila Briceño Díaz, Hospital La Anexión
 Licda. Miriam Burgos Tenorio, Hospital San Vito
 Dr. Edgar Cabezas Solera, Hospital San Juan de Dios
 Dr. Honorato Caldera Ramírez, Dirección Regional Servicios Médicos Huetar Atlántica
 Lic. Walter Calderón Sánchez, Dirección Actuarial y Planificación Económica
 Licda. Ligia Calvo Alvarado, Hospital Blanco Cervantes
 Sra. Ana María Calvo Araya, Comunidad Florencia
 Dra. Deyanira Calvo León, Área Salud Goicoechea 2
 Dr. Alexander Camacho Cabrera, Clínica Poás
 Dra. Eva Edith Camargo Batista, Area Salud Carrillo
 Licda. Lidia Campos Quesada, Dirección Regional Servicios Médicos Brunca
 Sra. Virginia Campos Ureña, Comunidad Barrio Luján
 Sr. Reynaldo Canessa Ramírez, Gerencia Modernización y Desarrollo
 Dr. Aaron Caravaca González, Área Salud Guácimo
 Lic. Rodrigo Alberto Carazo Zeledón, Exdefensor de los habitantes
 Bach. María Auxiliadora Carballo Saballo, Área Salud Los Chiles
 Dr. Ricardo Cardona García, Área Salud Guápiles
 Dr. Carlos Carnegie Goulbourne, Área Salud Talamanca
 Dr. Roberto Carrillo Briceño, Hospital Max Peralta
 Licda. Flor Cartín Ujueta, Hospital Dr. Calderón Guardia
 Lic. Leonardo Carvajal Díaz, Área Salud Paraíso Cervantes
 Dr. Juan José Carvajal Salas, Hospital San Juan de Dios
 Dra. Xinia Carvajal Salazar, Viceministra de salud
 Dr. Guillermo Casas Gómez, Universidad de Ciencias Médicas
 Dr. José Francisco Cascante Estrada, Hospital de la Mujer
 Sra. Dalila Cascante, Comunidad Guanacaste
 MSc. Darling Castañeda López, Asistente viceministra de salud
 Sra. Nidia Castillo Beita, Comunidad Potrero Grande
 Dra. Milena Castillo Cruz, Cooperativa Salud Santa Ana
 MSc. Alcira Castillo Martínez, Escuela Salud Pública, UCR
 Dr. Carlos Castillo Morales, Hospital Dr. Calderón Guardia
 Dr. Alberto Castillo Valdés, Área Salud Puerto Viejo Sarapiquí
 Dr. Oscar Castro Armas, Hospital Nacional de Niños
 Dr. Abdón Castro Bermúdez, Hospital Nacional de Niños
 Dra. Clara Isabel Castro Castro, Área Salud La Unión
 Dr. Carlos Castro Echeverri, Hospital México

Dra. Carmen Castro González, Clínica Buenos Aires
Lic. Ramón Castro Segura, Hospital Escalante Pradilla
Dr. Carlos E. Cedeño Carvajal, Ministerio de Salud
Dr. Rodrigo Cedeño Gómez, Hospital Dr. Calderón Guardia
Sr. Marcony Cedeño, Comunidad Fortuna San Carlos
Lic. James Cercone, Asesor estratégico presidencia ejecutiva
Dra. Lucrecia Cerdas Quesada, Área Salud Coronado
Dra. Virginia Céspedes Gaitán, Ministerio de Salud
Dr. Carlos Céspedes Orozco, Área Salud Carrillo
Lic. Víctor Hugo Céspedes Solano, Asesor presidencia ejecutiva
Dr. Javier Céspedes Vargas, Área Salud Aserrí
Sra. Irene Cisneros Zambrano, Comunidad Ciudad Quesada
Sr. José Clavijo Beltrán, Comunidad Heredia
Dra. Rosa Climent Martín, Dirección Compra Servicios Salud
Sr. Francisco Contreras Villarreal, Comunidad Carrillo
Dra. Eugenia Cordero Muñoz, Área Salud Valle de la Estrella
Dra. Daisy Corrales Díaz, Hospital San Francisco de Asís
Licda. Catalina Cruz Fonseca, Hospital México
Sra. Elizabeth Cruz Núñez, Comunidad Pococí
Licda. Ana Cecilia Cruz Padilla, Repretel
Dra. Sonia Cruz Vega, Sec. Farmacias, DTSS
Sra. Dinora Cubero Mejía, Comunidad San Pablo Pérez Zeledón
Dr. Carlos Luis Cubillo Ramírez, Subgerencia Médica de Regiones
Dr. Ronald Chacón Chaves, Hospital Dr. Calderón Guardia
Sr. José Joaquín Chacón Quesada, Comunidad Llano Grande de Cartago
Licda. Kemly Chacón Sandí, Hospital México
Sr. José Joaquín Chacón, Comunidad Aguacate de Cartago
Dra. Ana Cecilia Chan Chan, Centro Nacional de Rehabilitación
Dra. Wing Ching Chan Cheng, Hospital México
Dr. Solón Chavarría Aguilar, Expresidente Colegio Médicos de Costa Rica
Sra. Ana Lorena Chavarría Chavarría, Área Salud Carrillo
Dra. Iliana Chavarría Quirós, Hospital San Juan de Dios
Dra. Sonia Chaverri Molina, Área Salud Oreamuno
Dra. Liliana Chaves Brenes, Hospital San Juan de Dios
Licda. Ana Rita Chaves Delgado, Clínica Buenos Aires
Dra. Ana Cristina Chaves Hidalgo, Depto. Informática Médica
Dr. Albin Chaves Matamoros, Depto. Farmacoteapia, DTSS
Sr. Jorge Luis Chaves P. Comunidad Limón
Sr. Hernán Chaves Quesada, Comunidad Atenas
Dr. Franz Chaves Sell, Ministerio de Salud
Licda. Rocío Chaves Víquez, Hospital Nacional de Niños
Dra. Thais Ching Zamora, Clínica Valverde Vega
Dra. Margarita Dalanese Ruiz, Hospital México
Lic. Luis Davis Sánchez, Consultor independiente
Dra. Yalena De la Cruz, Periódico La Nación
Dr. Josep Lluís de Peray Baiges, Consorcio Hospitalario de Cataluña
Sra. Julia de Rivera, Comunidad Limón
Lic. Raúl Delgado Andrade, Depto. Promoción Salud
Sra. María Teresa Delgado Durán, Comunidad San Francisco Pérez Zeledón
Sra. Martha Eugenia Delgado Vargas, Comunidad El Llano de Alajuelita

Dr. Marco Días Alvarado, Depto. Medicina Preventiva, DTSS
 Sra. Alcira Díaz Granados, Región Chorotega
 Dra. María del Pilar Díaz Suárez, Hospital Ciudad Neilly
 Dr. Edgar Dompe Pineda, Sec. Farmacias, DTSS
 Dr. Solum Donas Burak, Exconsultor Organización Panamericana de la Salud
 Sr. Fulvio Donato S., Comunidad Paso Ancho
 Dr. Mauricio Duarte Ruano, Equipo coordinador PASP
 Licda. Flor Durán Fonseca, Asociación Costarricense de Salud Pública
 Dr. Jorge Elizondo Almeida, Hospital México
 Sra. Cecilia Elizondo Brenes, Comunidad Turrialba
 Sr. Franklin Elizondo G., Comunidad Potrero Grande
 Sra. Nidia María Epinoza, Comunidad Guápiles
 Sr. José Joaquín Escalante Aguilar, Dirección Regional Servicios Médicos Chorotega
 Dr. Gerardo Escalante López, Hospital Dr. Calderón Guardia
 Dra. Martha Escalante Peralta, Superintendencia General Servicios Salud
 Dra. Aracelly Espino Alveo, Centro Atención Integral Coronado
 Lic. Miguel Angel Espinoza Cortés, Gerencia Modernización y Desarrollo
 Sr. José Blas Espinoza Peraza, Comunidad Guanacaste
 Sra. Dévora Espinoza, Comunidad Guanacaste
 Sra. Alicia Fennell M., Comunidad Guanacaste
 Sr. Rodolfo Fernández Campos, Comunidad San Pedro de Poás
 Dra. Ana Lorena Fernández Chacón, Dirección Compra Servicios Salud
 Dr. Róger Fernández Durán, Clínica Alajuela
 Dr. Donald Fernández Morales, Hospital México
 Sra. Rosa Fernández Porras, Comunidad Paraíso
 Dr. Alvaro Fernández Salas, Miembro Junta Directiva CCSS
 Dr. Guillermo Flores Galindo, Dirección Regional Central Sur, Ministerio Salud
 Dr. Rodrigo Fonseca Fallas, Área Salud La Unión
 Dr. Jorge Fonseca Renauld, Instituto Centroamericano de Administración Pública, ICAP
 Licda. Ghiselle Fonseca Solano, Clínica Dr. Carlos Durán
 MSc. Deydamia Fonseca Villalobos, Hospital Dr. Calderón Guardia
 Sra. Alix Fuentes Ramírez, Comunidad Cariari
 Lic. Josep Fusté Sugrañes, Consorcio Hospitalario de Cataluña
 Dr. Francisco Fúster Alfaro, Hospital Dr. Calderón Guardia
 Lic. Marcelo Gaete Astica, Consultor independiente
 Sr. Efraín Gaitán Gaitán, Comunidad Ciudad Quesada
 Dr. Roberto Galva Jiménez, Superintendencia General Servicios Salud
 Dr. Rafael Gamboa Acuña, Hospital Monseñor Sanabria
 Dr. Domingo Gamboa Miranda, Depto. Promoción Salud
 Dr. Luis A. García Salazar, Área Salud Paraíso-Cervantes
 Sra. Luz Marina García Valverde, Comunidad Chirracá de Acosta
 Sra. María del Rosario García, Comunidad Agua Caliente de Cartago
 MSc. Anna García-Altéz, Agencia Evaluación Tecnologías Médicas España
 Dr. Gerardo Garita Salas, Colegio Médicos de Costa Rica
 Sra. Cristina Garro Vásquez, Comunidad Coto 47
 Licda. Juanita Gómez Morera, Hospital Dr. Calderón Guardia
 Sr. Giovanni Gómez Rivera, Área Salud Oreamuno
 Licda. Roxana Gómez Zúñiga, Consultora independiente
 Bach. Sandra González González, Dirección Regional Servicios Médicos Brunca
 Ing. José Rafael González Murillo, Dirección Recursos Materiales

Sra. Adonay González Villegas, Comunidad Ciudad Quesada
Sra. Flor Granados de León, Comunidad Tejarcillo, San Felipe Alajuelita
Sr. Juan Antonio Granados Solano, Comunidad Paraíso - Cervantes
Dra. Carmen Lidia Guerrero Lobo, Hospital Dr. Calderón Guardia
Dr. Emilio Guevara Jiménez, Hospital Dr. Calderón Guardia
Dr. Jaime Guevara Rojas, Sec. Laboratorios Clínicos, DTSS
Dr. Julio Guillén Mora, Hospital San Juan de Dios
Dr. Charles Gurzón Taylor, Hospital Dr. Calderón Guardia
Dr. Rafael Gutiérrez Alvarez, Hospital Nacional de Niños
Licda. Marjorie Gutiérrez Bustos, Hospital Dr. Calderón Guardia
Dr. Jorge Gutiérrez Calivá, Universidad de Ciencias Médicas
Dra. Ana Cristina Gutiérrez Castro, Hospital San Juan de Dios
Sra. Vera Marleny Gutiérrez Gutiérrez, Área Salud Batán
Dr. Rodrigo Gutiérrez Sáenz, Exdecano Escuela Medicina, UCR
Dr. José Pablo Gutiérrez Shanhauser, Hospital Nacional de Niños
Dra. Ana Guzmán Hidalgo, Dirección Compra Servicios Salud
Dr. Roberto Guzmán Ovaes, Hospital San Rafael Alajuela
Dr. Rafael Hernández Durán, Hospital Dr. Escalante Pradilla
Dr. Rodolfo Hernández Gómez, Hospital Nacional de Niños
Lic. Luis Hernández Molina, Hospital San Juan de Dios
Licda. Marielos Hernández Navarro, Hospital Dr. Calderón Guardia
Dr. William Hernández Rojas, Hospital Dr. Calderón Guardia
Dr. Alvaro Hernández Villalobos, Hospital Nacional Psiquiátrico
Lic. Arturo Herrera Barquero, Dirección Compra Servicios Salud
Dra. Gisela Herrera Martínez, Hospital Dr. Calderón Guardia
Licda. Olga Hidalgo Badilla, Hospital Golfito
Sr. Alfonso Hidalgo M., Comunidad Tibás
Dr. Alvaro Hidalgo Rojas, Hospital San Carlos
Sra. Ericka Hidalgo Vargas, Proyecto Modernización
Dr. Norman Hines Jackson, Hospital México
Dr. Carlos Icaza Gurdían, Equipo coordinador PASP
Dr. Bernal Iglesias Quesada, Dirección Regional Servicios Médicos Central Norte
Dra. Elisabet Jané Camacho, Consorcio Hospitalario de Cataluña
Dr. Augusto Jara Aguilar, Hospital Nacional Psiquiátrico
Licda. María Jara Quirós, Radio Monumental
Dra. Yasmín Jaramillo Borges, Hospital Nacional de Niños
Dr. Jaime Jenkins Zamora, Dirección Compra Servicios Salud
Sr. Jorge Jiménez Agüero, Comunidad Cariari
Dr. Mario Jiménez Alvarado, Área Salud Los Santos
Sra. Eida Jiménez Calderón, Comunidad Turrubares
Dra. Marlene Jiménez Carro, Hospital Dr. Calderón Guardia
Dr. Elías Jiménez Fonseca, Expresidente ejecutivo CCSS
Dr. Carlos Jiménez Herrera, Subdirector Hospital Nacional de Niños
Licda. Ana Isabel Jiménez Jiménez, Radio Periódico Reloj
Sr. Carlos Jiménez Jiménez, Comunidad San Vito
Sra. Deyanira Jiménez López, Comunidad Juan Viñas
Dr. Edwin Jiménez Sancho, Dirección Técnica Servicios Salud
Sr. Juan Elías Jiménez, Comunidad Platanares Pérez Zeledón
Sr. Oscar Jiménez, Comunidad Puriscal
Licda. Patricia Jones Mitchel, Hospital México

Dr. Guillermo Kivers Brunel, Area Salud Guatuso
 Dra. Adriana Laclé Mora, Clínica Marcial Fallas
 Dra. Aida Lara Villagrán, Clínica Marcial Fallas
 Licda. Idealda Lazo Córdoba, Hospital San Juan de Dios
 Dra. Ana Virginia Leal Murillo, Área Salud San Isidro de Heredia
 Sra. Jeannette Leitón, Comunidad Bagaces
 Dra. Seidy Leiva Rubí, Hospital México
 Dr. Mario León Barth, Depto. Medicina Preventiva, DTSS
 MSc. Miriam León Solís, Dirección Compra Servicios Salud
 Dra. María Emilia León Vargas, Gerencia Modernización y Desarrollo
 Licda. Julia Li Vargas, Equipo coordinador PASP
 Lic. Fernando Lizana Ibáñez, Consultor independiente
 Dr. Francisco Loaiza Avila, Área Salud Barranca
 MSc. Carmen María Loaiza Madriz, Área Salud Turrialba Jiménez
 Dr. Eduardo López Cárdenas, Dirección Regional Servicios Médicos Pacífico Central
 MSc. María Antonieta López Gámez, Depto. Medicina Preventiva, DTSS
 MSc. María Eugenia López Madrigal, Área Salud Puriscal Turrubares
 Lic. Mario López Marchena, Ministerio de Salud
 Dra. María Elena López Núñez, Ministerio de Salud
 Sra. Marina López Obando, Comunidad Puriscal
 Sra. Rosa López Sánchez, Comunidad Juan Viñas
 Dr. Pedro López Vides, Dirección Regional Servicios Médicos Central Sur
 Sra. Marina López, Comunidad Santiago Puriscal
 Sra. Rosa López, Comunidad Juan Viñas
 Msc. Jessica MacDonald Quiseno, Depto. Medicina Preventiva, DTSS
 MSc. Vicenta Machado Cruz, Depto. Medicina Preventiva, DTSS
 Dra. Cecilia Madrigal Fonseca, Dirección Regional Servicios Médicos Brunca
 Dr. José Alberto Mainieri Hidalgo, Hospital Dr. Calderón Guardia
 Dr. José Enrique Mangel León, Hospital México
 Sra. Luz Mery Marín Castillo, Comunidad Cariari
 Sra. Seidell Marín Garro, Comunidad Coto 47
 Dra. Rafael A. Marín Rojas, Dirección Técnica Servicios de Salud
 Dr. Fernando Marín Rojas, Exviceministro de salud
 Dra. Guadalupe Maroto Arguello, Hospital México
 Dra. Sonia Maroto Vargas, Organización Panamericana de la Salud
 MSc. Giovanni Márquez Loyola, Proyecto Modernización*
 Dr. Rodolfo Martínez Jiménez, Asesor presidencia ejecutiva
 Dr. Alvaro Martínez Montandón, Depto. Medicina Preventiva, DTSS
 Lic. Javier Masís Figueroa, Contraloría General de la República
 Sr. Samuel Masís, Comunidad Tinoco
 Dr. Oscar Federico Mata Garófago, Hospital México
 MSc. Douglas Mata Pernudi, Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia
 Dr. Francisco Matus Lacayo, Área Salud Santa Bárbara
 Licda. Martha Iris Mayorga Méndez, Clínica Nandayure
 Dr. Fernando Medina Trejos, Hospital Dr. Calderón Guardia
 Dr. Benjamín Mejía Ramírez, Instituto Nacional de Acueductos y Alcantarillados
 Licda. Olga Marta Mejía Solano, Área Salud Nicoya
 Sr. Cosme Mejías K., Comunidad San Carlos
 Licda. Lilliana Mejías Vargas, Clínica San Juan Sur
 Dr. Rolando Meléndez Bolaños, Sec. Odontología, DTSS

Dr. Elías Meléndez Cerdas, Hospital Dr. Tony Facio
Dra. Yolanda Méndez Arrieta, Exdirectora Laboratorio Control Calidad Medicamentos
Licda. Rosibel Méndez Briceño, Ministerio de Salud
Dra. Marcela Méndez Mata, Clínica Solón Núñez
Dra. Eugenia Méndez Vargas, Clínica Marcial Fallas
Dr. Luis Meneses Rodríguez, Dirección Planificación Corporativa *
Dr. Jorge Mesén Hernández, Área Salud Corralillo
Bach. Marita Mesén Sancho, Dirección Regional Servicios Médicos Huetar Norte
Sr. Antonio Millán, Comunidad Pavones de San Carlos
Dr. Guido Miranda Gutiérrez, Expresidente ejecutivo CCSS
Licda. Marielos Miranda Méndez, Proyecto Modernización
Dr. Edgar Mohs Villalta, Exdirector Hospital Nacional de Niños
Dra. Fanny Molina Cordero, Hospital México
Sra. Ana Molina Mora, Comunidad Horquetas
Ing. Oscar Molina Murillo, Universidad Latina
Lic. Ricardo Monge Rivera, Área Salud Mora-Palmichal
Dra. Maribel Monge Ruiz, Área Salud Abangares
Dr. Javier Montenegro Pacheco, Dirección Regional Servicios Médicos Huetar Norte
Dr. Douglas Montero Chacón, Clínica Dr. Clorito Picado
Dra. Sandra Montero Chavarría, Hospital Dr. Calderón Guardia
Dr. Oscar Montero Jiménez, Área Salud Heredia Virilla
Dr. Federico Montero Mejía, Centro Nacional de Rehabilitación
Dr. Gerardo Montiel Larios, Hospital de la Mujer
Dra. Brenda Montoya López, Hospital Dr. Calderón Guardia
MAE Carlos Montoya Murillo, Proyecto Modernización
Sra. Marta Montoya Rodríguez, Comunidad Quircot
Dra. María de los Angeles Montoya Saborío, Sec. Odontología, DTSS
Dra. Nury Mora Brenes, Hospital San Juan de Dios
Dr. Hugo Mora Delgadillo, Clínica Marcial Fallas
Dr. Jorge F. Mora Duarte, Instituto Costarricense de Investigaciones en Salud
Licda. Ana Mora Echandi, Hospital Nacional Psiquiátrico
Sra. Ana Lidieth Mora López, Comunidad Pococí
Dr. Erick Mora Morales, Academia Nacional de Medicina
Sra. Betty Mora R., Comunidad Desamparados
Sra. Ligia Mora Rodríguez, Comunidad San Ramón
Dr. Jorge Luis Morales Arias, Hospital La Anexión
Dra. Yadira Morales Chacón, Dirección Regional Servicios Médicos Pacífico Central
Licda. Aurora Morales Hernández, Dirección Regional Servicios Médicos Central Norte
Dr. Arturo Morales Martínez, Hospital Dr. Calderón Guardia
Sr. José Joaquín Morales Paniagua, Comunidad Gutiérrez de Paraíso
Lic. Francisco Morales Segura, Centro de Atención Integral de Coronado
Licda. Nelsi Moreira Castro, Hospital Dr. Calderón Guardia
Dr. William Moreno Mármol, Hospital San Juan de Dios
Dr. Jorge Morera Saborío, Área Salud Miramar
Dra. Ana Morice Trejos INCIENSA, Ministerio de Salud
MSc. Ligia Moya Madrigal, Depto. Información y Estadísticas de Salud, DTSS
Dr. Javier Moya Rodríguez, Universidad de Ciencias Médicas
Sr. Guillermo Muñoz Campos, Comunidad Guápiles
Dr. Walter Muñoz Céspedes, Diputado
Dra. Yalile Muñoz Chacón, Hospital Blanco Cervantes

Dr. Carlos Muñoz Retana, Proyecto Modernización
Dra. Milagro Muñoz Vivas, Área Salud Alajuela Sur
Licda. Grettel Murillo Boniche, Área Salud Tilarán
Lic. Miguel Murillo Jiménez, Dirección Recursos Humanos
Sra. Felisa Murillo Murillo, Comunidad Tilarán
Dra. Flory Murillo Sánchez, Hospital San Ramón
Sra. Marta Isabel Navarro Gamboa, Comunidad Chirracá de Acosta
Sra. Marta Navarro, Comunidad San Ignacio Acosta
Licda. Noemy Noguera Espinoza, Dirección Regional Servicios Médicos Chorotega
Dra. Rosa Novygradt Vargas, Ministerio Salud
Dra. Sonia Núñez Núñez, Hospital México
Dra. Yamileth Obando Delgado, Clínica Marcial Fallas
Licda. Thais Ocampo Campos, Área Salud Cañas
Licda. Karen Ortiz Aparicio, Clínica Pavas
Dr. Fernando Otárola Álvarez, Hospital México
Licda. Vera Eugenia Ovarés Sandí, Hospital Nacional Psiquiátrico
Dra. Ana Cristina Oviedo Navas, Área Salud Alajuelita
Dr. Raúl Pacheco Acuña Dirección, Regional Servicios Médicos Pacífico Central
Dr. Francisco Paniagua Araya, Ministerio de Salud
Sra. Carmen Paniagua G., Comunidad Limón
Dr. Carlos Paniagua Vargas, Asesor presidencia ejecutiva
Dr. Vekoh Pardo Izquierdo, Área Salud Alajuelita
Dr. Luis Guillermo Parini Brenes, Hospital Los Chiles
Dr. Nicolás Peña Llachs, Hospital de San Carlos
Dr. Carlos Peña Obando, Hospital Dr. Calderón Guardia
Dr. Nicolás Peña Peters, Hospital Dr. Calderón Guardia *
Dra. Carmen Peralta Miranda, Área Salud Desamparados 3
Licda. María del Socorro Peralta Ramírez, Sección Enfermería, DTSS
MSc. Gabriel Pérez Ulate, Depto. Promoción Salud
Lic. Gustavo Picado Chacón, Dirección Técnica Actuarial y Planificación Económica
Dra. Kemly Picado Mata, Dirección Regional Pacífico Central
Licda. María de los Angeles Piedra Gómez, Dirección de Planificación Corporativa
Sra. Mayra Pij Chang, Comunidad Limón
Dr. Manuel Emilio Piza Escalante, Depto. Informática Médica
Lic. Rodolfo Piza Rocafort, Presidente Ejecutivo
Dr. Daniel Pizarro Torres, Dirección Regional Huetar Atlántica
Dr. Luis Diego Porras Alvarado, Clínica San Rafael Heredia
Dr. Oscar Porras Madrigal, Hospital Nacional de Niños
Licda. Mileydi Porras Segura, Área Salud Los Chiles
Sr. Elmer Portugués Angulo, Comunidad Pochote
Licda. Xiomara Poyser Watson, Gerencia Financiera
Dra. Teresa Prado Mendoza, Área Salud Pérez Zeledón
Sr. Jorge Quesada C., Comunidad San Pedro Pérez Zeledón
Dr. Fabio Quesada Córdoba, Área Salud Peninsular
Dr. Omar Quesada Muñoz, Gerencia Modernización y Desarrollo
Sra. Nora Quirós Montealegre, Comunidad Palmares
Sr. Senén Quirós Quirós, Comunidad Finca 5 Río Frío
Licda. Edda Quirós Rodríguez, Ministerio de Salud
Dra. Ileana Quirós Rojas, Depto. Medicina Preventiva, DTSS
Licda. Glicería Quirós Zúñiga, Dirección Regional Servicios Médicos Huetar Atlántica

Dr. Alejandro Ramírez Aguirre, Área Salud El Guarco
Dr. Rodolfo Ramírez Amaya, Clínica Solón Núñez
Dr. Carlos Ramírez Araya, Clínica La Cuesta
Dr. Víctor Ramírez Moya, Hospital San Vito
Dra. Patricia Redondo, Escalante Área Salud Goicoechea 1
Dr. José Retana Arias, Hospital San Carlos
Dr. Mario Rivera Castillo, Hospital Monseñor Sanabria
Sra. Marielos Rivera Chaves, Comunidad Mata Plátano Goicoechea
Sra. María Cristina Roblero R., Comunidad Guanacaste
Dr. Manuel Rodríguez Araya, Hospital Golfito
Sr. Claudio Rodríguez C., Comunidad San Vito
Sra. Yamileth Rodríguez Campos, Comunidad Cimarrones
Dr. Juan de Dios Rodríguez Coronado, Área Salud Palmar Sur
Dr. Daniel Rodríguez Guerrero, Hospital Dr. Calderón Guardia
MSc. Elizabeth Rodríguez Jiménez, Dirección Compra Servicios Salud
Dr. Alexis Rodríguez Madrigal, Hospital Escalante Pradilla
Sra. Queruba Rodríguez R., Comunidad Limón
Dr. Eduardo Rodríguez Rodríguez, Centro Nacional de Rehabilitación
Dra. Julieta Rodríguez Rojas, Depto. Medicina Preventiva, DTSS
Dr. Ronald Rodríguez Sancho, Clínica Santo Domingo
Dr. Julio Rodríguez Vindas, Hospital México
Licda. Mayra Rojas Barquero, Hospital San Carlos
Dr. Zerith Rojas Cerna, Centro de Atención Integral de Coronado
Lic. Javier Rojas Elizondo, Hospital Dr. Calderón Guardia
Dr. José Miguel Rojas Hidalgo, Clínica Jiménez Núñez
Dr. José Federico Rojas Montero, Hospital San Juan de Dios
Dr. Manuel Rojas Montero, Hospital San Juan de Dios
Sr. Gilberto Rojas Morera, Comunidad Santo Domingo
Dra. Irene Rojas Rodríguez, Hospital San Carlos
Sra. Ester Rojas Rojas, Comunidad Ciudad Quesada
Bach. Nancy Rojas Rojas, Gerencia Modernización y Desarrollo
Sr. Rafael Angel Rojas Salas, Comunidad Guanacaste
Sra. Grettel Rojas Vargas, Comunidad Limón
MSc. Eva Edith Román Arias, Dirección Regional Servicios Médicos Hutar Atlántica
Sra. Blanca Rosales Molina, Área Salud La Cruz
Licda. Marlene Roselló Araya, INCIENSA, Ministerio de Salud
Dr. José Pablo Ross Araya, Área Salud Santa Ana
Dra. Irene Ruiz Artavia, Área Salud Santa Cruz
MSc. María de los Angeles Ruiz Rodríguez, Hospital Nacional de Niños
Dr. José Manuel Ruiz Salazar, Área Salud Santa Rosa de Pocosol
Licda. Patricia Russel Steward, Hospital Dr. Tony Facio
Dra. Desirée Sáenz Campos, Depto. Farmacoterapia, DTSS
Dr. Luis Diego Sáenz Carvajal, Hospital San Carlos
Dr. Luis Bernardo Sáenz Delgado, Ex director Proyecto Modernización CCSS
Dr. Alberto Sáenz Pacheco, Hospital Nacional de Niños
Dra. Patricia Salas, Abarca Área Salud Bagaces
Sra. Annie Salas Ch., Comunidad Tibás
Dra. Ana Patricia Salas Chacón, Área Salud Alajuela
Licda. Lidia Salas Chavarría, Clínica Marcial Fallas
Dr. Alvaro Salas Chaves, Expresidente ejecutivo CCSS

Dr. Isaías Salas Herrera, Hospital Dr. Calderón Guardia
 Dr. José Luis Salas Jerez, Hospital Nacional de Niños
 Dr. José Luis Salas Oviedo, Sec. Laboratorios Clínicos, DTSS
 Srita. Diana Lucía Salas, Comunidad San Carlos
 Sra. Rosa Salas, Comunidad Cervatana de Puriscal
 Dr. Fernando Salazar Alvarado, Dirección Regional Servicios Médicos Brunca
 Licda. Sonia Salazar Arias, Hospital México
 Dr. Mariano Salazar Castellón, Consultor independiente
 Licda. Virginia Salazar Figueroa, Dirección Técnica Actuarial y Planificación Económica
 Dr. Marcos Salazar Rivera, Dirección Regional Servicios Médicos Central Norte
 Sr. Walter Salazar, Comunidad Guanacaste
 Dr. Ignacio Salom Echeverría, Hospital México
 Sra. Ericka Salvatierra Sánchez, Comunidad Batán
 Dr. Mario Sánchez Arias, Hospital Clínica Católica
 Dra. Ana Beatriz Sánchez Arredondo, Centro Nacional de Rehabilitación
 MSc. Germana Sánchez Hernández, INCIENSA, Ministerio de Salud
 Dr. Eduardo Sánchez Jovel, Subgerente médico de clínicas y hospitales desconcentrados
 Dra. Victoria M. Sánchez Loría, Dirección Regional Pacífico Central, Ministerio de Salud
 Dra. Rocío Sánchez Montero *
 Sra. Mónica Rebeca Sánchez R., Comunidad Cimarrones
 Dra. Emilia Sánchez Ruiz, Consorcio Hospitalario de Cataluña
 MSc. Ana Eduviges Sancho Jiménez, Ministerio de Salud
 Dra. Xenia Sancho Mora, Depto. Medicina Preventiva, DTSS
 Dr. Carlos Sancho Rojas, Hospital México
 Licda. Celia Sanchún Marín, Dirección Regional Servicios Médicos Central Norte
 Sra. Rocío Sandí Calvo, Comunidad Siquirres
 Dr. Carlos Sandí Delgado, Área Salud Chacarita
 Sra. Virgita Sandoval Barboza, Comunidad Fátima Desamparados
 Dr. Javier Santacruz Varela, Organización Panamericana de la Salud
 Dr. Guillermo Santiesteban Avila, Subgerente médico de regiones de salud
 Dra. Virginia Sauma Alvarez, Clínica Marcial Rodríguez
 Dr. Oscar Segreda Rodríguez, Hospital San Juan de Dios
 Licda. Mayra Segura Arias, Area Salud Acosta
 Sra. María Hortensia Segura, Comunidad Tilarán
 MSc. José Alberto Sequeria Guevara, Departamento de Promoción de la Salud
 Dr. José Donald Sevilla Martínez, Dirección Regional Servicios Médicos Huetar Norte
 Sr. Minor Sibaja Loría, Comunidad Buenos Aires
 Dra. Rafaela Sierra Ramos, INISA, Universidad de Costa Rica
 Dr. Joaquín Solano Calderón, Hospital México
 Dr. Antonio Solano Chinchilla, Hospital Dr. Calderón Guardia
 Dra. Marcela Solano Villarreal, Centro Nacional de Rehabilitación
 Licda. Aixa Solera Picado, Dirección Regional Servicios Médicos Central Sur
 Dr. Agustín Solís Blanco, Hospital Max Peralta
 MSc. Ana Lorena Solís Guevara, Dirección Compra Servicios Salud
 Dr. Víctor Solís Rodríguez, Dirección Regional Servicios Médicos Central Norte
 Dr. Luis Sosa Chinchilla, Hospital San Ramón
 Dr. Manuel Soto Cartín, Centro de Atención Integral de Coronado *
 Dr. Pablo Soto Jara, Centro de Atención Integral de Coronado
 Dr. Manuel Enrique Soto Quirós, Hospital Nacional de Niños
 Dra. Patricia Tapia Campos, Dirección Regional Servicios Médicos Central Norte

Sra. Grace Thompson T., Comunidad Batán
Dra. Zahira Tinoco Mora, Depto. Farmacoterapia, DTSS
Licda. Betty Torres Calvo, Centro Nacional de Rehabilitación
Licda. Guiselle Torres Guevara, Hospital México
Dr. Carlos Torres Soto, Hospital México
Sra. Marita Torres, Comunidad Batán
Licda. Marisol Ugalde Hernández, Hospital Cristiano Jerusalén
Dr. Luis Diego Ugalde Jiménez, Dirección Región Huetar Norte, Ministerio Salud
Lic. Manuel Ugarte Brenes, Gerencia Financiera
Sr. Adolfo Martín Ugarte Ruiz, Comunidad Hatillo
Dra. Olga Ugarte Ulate, Clínica Dr. Moreno Cañas
Licda. Mayra Ulate González, Hospital Ciudad Neilly
Dr. Juan José Umaña Jara, Hospital Monseñor Sanabria
Dr. Walter Ureña Quirós, Depto. Salud Mental, DTSS
Lic. Carlos Valerio Monge, Defensoría de los Habitantes
Dr. Carlos Valverde Caravaca, Clínica Dr. Moreno Cañas
Licda. Nurya Valverde Fallas, Área Salud Aserrí
Licda. Sonia Valverde Morales, Equipo coordinador PASP
Sra. Amalia Valverde, Comunidad Rivas Pérez Zeledón
Dr. Max Varela Campos, Hospital San Juan de Dios
Sra. Carmen Varela Chaves, Comunidad Palmares
Dr. Alam Varela Herrera, Sec. Odontología, DTSS
Sr. Oscar Vargas Alfaro, Comunidad Grecia
Lic. Oscar Vargas Arrieta, Área Salud Santa Rosa de Cutris
Dr. Eliseo Vargas García, Diputado
Dr. William Vargas González, Escuela Salud Pública, UCR
Dr. Jairo Vargas Martínez, Hospital San Juan de Dios
Licda. Miriam Vargas Montero, Área Salud Goicoechea 1
Sr. Herbert Vargas Rojas, Proyecto Modernización
Dr. Adolfo Vargas Solís, Dirección Regional Servicios Médicos Central Norte
Dr. Mauricio Vargas Vargas, Escuela Salud Pública, UCR
Sr. Wilbert Vargas, Comunidad Golfito
Dra. Cristina Vásquez Evangelisti, Clínica Dr. Carlos Durán
Dr. Fernando Vásquez Lizano, Postgrado Medicina Familiar y Comunitaria *
Licda. Narcisca Viales Moreno, Hospital México
Dr. Daver Vidal Vega, Dirección Regional Servicios Médicos Huetar Atlántica
Sra. Guiselle Villalobos Alvarado, Comunidad San José de Alajuela
Sr. Randall Villalobos Díaz, Comunidad Desamparados
Dra. Cynthia Villalobos Masís, Centro de Atención Integral de Coronado
Dra. Rosa María Villalobos Rodríguez, Hospital Nacional Psiquiátrico
Dr. Luis Bernardo Villalobos Solano, Escuela Salud Pública, UCR
Dra. Ana L. Villalobos Soto, Clínica Dr. Moreno Cañas
Licda. Eugenia Villalobos Zúñiga, Universidad Libre de Costa Rica
Sra. Carmen L. Villalobos, Comunidad Guatuso
Dra. María Eugenia Villalta Bonilla, Dirección Regional Servicios Médicos Central Sur
Dra. Olga Villalta Calderón, Hospital Dr. Calderón Guardia
Dra. Ruth Villarreal Montoya, Área Salud Montes de Oca*
Lic. Rubén Villarreal Villarreal, Clínica La Fortuna
Licda. Vivian Villavicencio Jiménez, Clínica Dr. Carlos Durán
Dr. Oscar Villegas del Carpio, INCIENSA, Ministerio de Salud *

Licda. Vilma Villegas Matamoros, Hospital México
Dr. Hugo Villegas Olazabal, Exrepresentante OPS en Costa Rica
Sra. Marlene Villegas Vega, Comunidad Río Frío
Lic. Luis Víquez Bogantes, Proyecto Modernización CCSS
Sra. Daisy Víquez González, Comunidad San Joaquín
Dra. Marcela Vives Blanco, Ministerio de Salud
Dr. Gilberth Watson Ellis, Dirección Regional Servicios Médicos Central Sur
Dr. Carlos Zamora Zamora, Sec. Investigación Servicios Salud, DTSS
Licda. Marcela Zárate Montero, Hospital México
Dr. Manuel Zeledón Cambronerero, Dirección Regional Servicios Médicos Central Sur
Dr. Gustavo Zeledón Donzo, Area Salud Guatuso
Dra. Ana Zhen Chen, Área Salud Siquirres
Licda. Guiselle Zúñiga Flores, Dirección Regional Servicios Médicos Huetar Norte
Sra. Miriam Zúñiga Lobo, Comunidad Cahuita
Dra. Nelly Zúñiga Méndez, Ministerio de Salud
Sra. Clara Noemy Zúñiga, Comunidad Nambí Guanacaste

AUTORIDADES INSTITUCIONALES 2001

Presidente Ejecutivo:

Lic. Rodolfo Piza Rocafort

Junta Directiva:

Lic. William Bogantes Vargas
Dr. Carlos Castro Charpantier
Dr. Alvaro Fernández Salas
Sr. Reynaldo Granados Ramírez
Sr. Edwin Méndez Mata
Ing. Leonel Peralta Volio
Pbro. Caludio María Solano Cerdas

Gerentes de División:

Dr. Juan Carlos Sánchez Arguedas, Gerente Modernización y Desarrollo
Dr. Fernando Ferraro Dobles, Gerente Médico
Lic. José Alberto Acuña Ulate, Gerente Financiero
Ing. René Escalante González, Gerente Administrativo
Ing. Sergio Carmona Roblero, Gerente Operaciones
Dr. Juan Luis Delgado Monge, Gerente Pensiones