

Anexo F: Patrón y cobertura del sector salud

1. Evolución del sector salud

Desde la segunda mitad de la década de 1970 hasta finales de la década de 1980, la evolución del sector salud ha seguido la evolución del ciclo económico.

Desde 1975 a 1979, los servicios de salud experimentan un amplio desarrollo, sobre todo en el logro de mejores indicadores de cobertura en el Seguro de Enfermedad y Maternidad. La dura crisis económica del inicio de la década de 1980 postergó la puesta en marcha de algunos programas de la CCSS; asimismo, se produjo una caída en los indicadores de cobertura del Régimen de Enfermedad y Maternidad y del Programa de Salud Rural y de Salud Comunitaria que se prolonga hasta 1983.

Durante 1985 y 1986, se inicia la recuperación de los indicadores que se obtuvieron en los años 70 debido, sobre todo, a la ayuda internacional. La CCSS extiende los servicios al territorio nacional, se consolida la política de universalización del servicio de salud y se fortalece la integración de los servicios médicos de la CCSS y del Msalud, encargando a la Caja los servicios de curación y al Ministerio los de prevención.

A partir de 1987, se obtienen indicadores de salud altamente satisfactorios y, paralelamente, los altos costos de atención generados especialmente por la atención de enfermos con padecimientos crónicos, provoca un deterioro de los servicios expresado en la insatisfacción por parte de los usuarios. Dicha insatisfacción obliga a las autoridades de salud a experimentar nuevas modalidades de atención, cuyas características fundamentales han sido la descentralización de los servicios y la puesta en práctica proyectos piloto en diversas zonas del país.

El Msalud, ha extendido los servicios a la mayor parte de la población, especialmente en atención primaria (programas de vacunación, desparasitación, control prenatal, control nutritivo, etc.), otorgando mayor importancia a la vigilancia epidemiológica.

2. Cobertura

Durante el período 1975-1979, se generó una fuerte ampliación de la cobertura del Régimen de Enfermedad y Maternidad, para desmejorar en el período 1980-1981 como resultado directo del efecto de la crisis en los niveles de empleo. No fue sino hasta seis años después, en 1987, que se recuperan los niveles de cobertura previos a la crisis, aunque desde 1982-1983 se experimenta una tendencia al incremento en dichos niveles.

En lo que corresponde al Ministerio de Salud (especialmente en sus programas de atención primaria y vigilancia epidemiológica), a partir de la crisis de principios del decenio de 1980, se reducen los niveles de cobertura que habían sido producto de un gran esfuerzo durante

la segunda mitad de la década de 1970, para iniciar lentamente su ritmo de crecimiento y situarse, en 1988, con una cobertura superior a la mitad de la población rural y urbana.

3. Algunos indicadores de salud

	1976	1980	1985	1988
Cobertura: Porcentaje de población				
Protegida por régimen enfermedad maternidad	62,5	81,50	80,50	83,20
Protegida por Salud Rural	42,7	60,20	65,80	64,20
Protegida por Salud Comunitaria	9,7	52,40	45,10	51,80
Recursos materiales				
Número de hospitales	...	28,00	30,00	29,00
Número de clínicas consulta externa	...	96,00	121,00	133,00
Número de puestos de salud	...	37,10	45,50	50,90
Recursos humanos				
Número médicos/1000 habitantes	0,51	0,67	0,78	1,56
Número enfermeras/1000 habitantes	...	4,70	4,60	...
Servicios hospitalarios				
Consulta externa/asegurado	3,36	2,91	2,81	3,38
Egreso de hospital/1000 habitantes	...	10,70	11,40	...
Indicadores de resultado				
Esperanza de vida al nacer	70,8	73,50	74,60	74,60
Tasa de mortalidad general	4,6	4,00	3,90	3,80
Tasa de mortalidad Infantil	33,2	19,10	17,70	14,70
% nacimientos con asistencia médica	99,7	91,50	94,70	96,30
% nacimientos con bajo peso al nacer	6,9	2,90	6,60	...

Fuente: MIDEPLAN. *Evolución socioeconómica de Costa Rica. 1975-1989.*

4. Recursos materiales

Para poner en práctica la política de universalización de los servicios de salud en 1977, los principales hospitales del país fueron trasladados para su administración de la Junta de Protección Social a la CCSS; sumado a ello, con las adiciones de centros de atención que se producen en 1978, se registra un total de 29 hospitales y 133 clínicas de consulta externa al final de la década de 1980, con un efecto positivo en los niveles de cobertura en el nivel rural como consecuencia de la política de descongestionamiento y descentralización.

Con el incremento en el número de hospitales, la dotación de camas hospitalarias entre 1975 y 1980 pasa de 1,3 a 3,3 por mil habitantes, crecimiento que se detiene en años subsiguientes e inicia un descenso hasta llegar a 2,5 camas por mil habitantes en 1988.

5. Recursos humanos

A nivel nacional en 1989, se contaba con 9,8 médicos por 10.000 habitantes (82,2% para la CCSS, 4,8% para el Ministerio de Salud y 5,9% para otras instituciones del sector público). Asimismo, las universidades nacionales han aumentado su oferta de graduados en medicina.

La tasa de enfermeras por cada 10.000 habitantes con que contaba la CCSS en el período 1980-1988 se mantuvo igual (4,6 por cada 10.000 habitantes) aunque, igual que en el caso anterior, se reporta un incremento de 3 puntos para el número de graduadas en el mismo período.

La tasa por 10.000 habitantes de auxiliares de enfermería durante la década de 1970 aumentó en 10,4% pero pasó a 23,7% en 1980 y a 20% en 1987, siendo de apenas 13,3% en 1970. Sin embargo, en los últimos años la matrícula para estas carreras ha decaído, con lo cual es previsible una reducción en la tasa de enfermeras por médico.

En la reducción de los recursos humanos capacitados en enfermería y auxiliares de enfermería que se produjo en la década de 1980, influyeron los bajos salarios, el recargo de funciones y la planificación de los horarios, entre otros aspectos. Sin embargo, la oferta de médicos va en ascenso, aunque paralelamente ha disminuido la captación de éstos por parte del sector público; como resultado de esto, cada vez se incrementa más el número de estos profesionales que no ingresan a la función pública y muchos de los que sí ingresan y permanecen en éste, manteniendo consulta privada.

6. Indicadores de resultado

Con la crisis de inicios de la década de 1980, se produce un estancamiento en el ritmo de crecimiento de los indicadores de salud y se detiene la ampliación de los programas de la CCSS y del Msalud, iniciando un lento proceso de recuperación a partir de la segunda mitad de la década de 1980 aunque, paralelamente, se produce una reducción de la dotación de camas por habitante y un decrecimiento del promedio de estancias por egreso.

Adicionalmente, pese al proceso de recuperación, se evidencian problemas en la dotación de servicios en cuanto a recursos materiales y humanos: la proporción de consultas externas por asegurado pasó de 3,45 en 1975 a 3,38 en 1988, aunque el número de clínicas aumentó; asimismo, es importante reconocer el aporte que se le ha dado a la medicina preventiva a cargo del Msalud.

La esperanza de vida entre 1975 y 1980 mejora en 2,73 años, pasando de 70,8 años a 74,66 años entre 1975 y 1988. Por su parte, la mortalidad general ha venido cayendo desde 1975, registrando en 1988 un descenso de 1,07 puntos en su tasa.

Mortalidad infantil. Durante el período 1975-1989, se evidencia una caída en la tasa de mortalidad infantil, pasando de 37,9 por mil a 13,8 por mil, gracias a los logros alcanzados en la reducción de la muerte post-natal (producto de las mejoras en los servicios de salud y la puesta en práctica de programas materno-infantiles).

Adicionalmente, han aumentado los nacimientos con asistencia médica, los cuales representaron 96% del total, aunque también va en aumento el porcentaje de nacimientos de niños con bajo peso al nacer, específicamente entre 1980 y 1987; asimismo, entre 1975 y 1988 se incrementó el número de nacimientos mediante cesárea, pasando de 8,5 a 19,4 por cada 100 partos.

Sin embargo, paralelamente al descenso en la mortalidad infantil experimentada en los últimos años, la tasa de mortalidad fetal ha aumentado: de 8,8 defunciones fetales por 100 nacimientos en 1979 pasó a 10,7 en 1987, lo cual se asocia al aumento de embarazos en adolescentes.

En 1991, la tasa de mortalidad infantil registrada fue de 13,8 por mil, con una estimación para 1992 de 13,2 por mil. Estas cifras muestran un descenso importante que ha caracterizado este indicador en los últimos diez años

Morbilidad. Históricamente, las complicaciones del embarazo, parto y puerperio se ubican en el primer lugar de morbilidad; asimismo, el comportamiento general de la estructura de los egresos hospitalarios denota que el comportamiento de la morbilidad se ha mantenido a través de los años.

Las enfermedades del aparato respiratorio tienen posiciones igualmente importantes en las consultas y egresos, seguidas por las del aparato digestivo y circulatorio.

Además, la población femenina resulta ser la principal usuaria de los servicios hospitalarios de la CCSS.

Durante 1980-1985, la población menor de 14 años constituyó 21% de los egresos hospitalarios y 30% de las consultas de la CCSS durante 1983-1985.

Dentro de las principales causas de atención hospitalaria en menores, se encuentran las enfermedades congénitas y los trastornos y envenenamientos, siguiendo en importancia enfermedades como el asma, las diarreas y las infecciones respiratorias agudas.

Por su parte, se tienen enfermedades que si bien no son las más frecuentes han venido cobrando importancia a través de los años, tales como las cardiovasculares, tumores y los diferentes tipos de cáncer. Sin embargo, gracias a las campañas educativas y preventivas, la mortalidad en ciertos tipos de cáncer, especialmente de mama y del aparato reproductivo femenino, se han reducido a casi la mitad.

Durante el período 1990-1992, las estadísticas muestran un comportamiento muy heterogéneo: algunas enfermedades presentan una fuerte reducción en su incidencia, mientras otras se incrementan. En este período, las enfermedades de declaración obligatoria que mostraron las más acentuadas disminuciones fueron la conjuntivitis hemorrágica, el sarampión, la hepatitis y la varicela, con tasas de variación que oscilaron entre 66,6% y 20,9%. Por otra parte, la malaria, la tosferina, el SIDA y las diarreas infecciosas son las que presentaron las tasas de variación más elevadas, especialmente la malaria que presenta tasas de variación superiores a 10% en los últimos años.

Con el surgimiento de los primeros casos de cólera en lo que va de la década de 1990, se reforzaron las medidas para dotar de infraestructura adecuada a los hospitales y se ha dado gran énfasis a las actividades preventivas; también, se ha planteado la necesidad de reforzar las acciones de saneamiento ambiental a nivel de las comunidades.

Nutrición. Según la Encuesta Nacional de Nutrición realizada en 1975, la dieta del costarricense presentaba algunas deficiencias nutricionales debido a la carencia de yodo, vitamina A, hierro y proteínas; sin embargo, algunas de estas deficiencias habían desaparecido, según datos de 1988 .

La atención primaria, en lo que se refiere a nutrición para pre-escolares, señala que en 1987 la desnutrición moderada y severa tienen un porcentaje bastante bajo: 1,91 y 0,20, respectivamente; ello refleja una mejora con respecto a los datos de 1982 en que la desnutrición moderada ocupó 5% y la severa 0,30% .

Para el año 1992, de acuerdo con datos del Departamento de Estadística sobre la condición nutricional detectada en menores de seis años atendidos en los establecimientos del Ministerio de Salud, uno de cada cinco niños tiene problemas de desnutrición, predominando la de nivel leve, en tanto que las de tipo moderada y severa constituyen 4,7% de los casos.

Sin embargo, en los últimos años el problema nutricional ha estado dimensionado en su mayor parte por el alto consumo de grasas en la dieta del costarricense, lo cual ha definido una política correctiva a través de campañas educativas ejecutadas por la CCSS y por el Msalud.