ASPECTOS DEMOGRAFICOS EN LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD

*Dr. Lenín Sáenz J.**
*Lic. Hazel Martínez**

Atención Primaria de Salud:

La prestación de servicios de salud realizada de manera tradicional, en general, sólo beneficia a ciertos grupos de población, y lo hace en forma parcial, ya que en ella la mayor parte de los recursos se destina a atender los problemas de la enfermedad, y no los de la salud. Además, sus costos cada vez más elevados y la escasez de recursos constituyen serios obstáculos para lograr la extensión de la cobertura de servicios, en especial a la población marginada.

Ante esta situación, la respuesta lógica debe consistir en la búsqueda de otras formas de organización de los recursos de salud, más simplificadas, que permitan atender los problemas predominantes en la mayoría de la población. Esas formas de organización para la prestación de servicios constituyen la base de la atención primaria de salud.

En la reunión celebrada en Alma Ata, Rusia, en setiembre de 1978, los Gobiernos participantes reconocieron a la salud como un derecho humano fundamental y declararon que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo; aoemás señalaron que la estrategia clave a utilizar para alcanzar esta meta social es la atención primaria en salud.

Conforme a la Declaración de Alma Ata, "La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país pueden soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación."

Es conveniente destacar algunos componentes fundamentales de la definición anterior:

1. La atención sanitaria esencial a que se refiere, se debe interpretar como la de los problemas esenciales; éstos son los más frecuentes, los más graves y los más vulnerables con las técnicas disponibles, cuya solución con frecuencia trasciende el ámbito de un solo sector y requiere, en consencuencia, una acción intersectorial.

2. El alcance de todos los individuos y familias representan la máxima ampliación posible de la cobertura, la cual debe ser geográfica, cultural, social y económica.

3. La participación comunitaria se destaca como un elemento fundamental en la definición, la cual señala que tal participación debe tener dos características: autorresponsabilidad y autodeterminación.

4. Es indudable que la definición se refiere al uso de tecnología apropiada cuando indica las características que debe tener la que se emplee; en efecto, para que la tecnología sea apropiada, debe ser efectiva, sencilla, socialmente aceptable, económica y posible de ejecutar con los recursos disponibles u obtenibles.

5. Finalmente, otro de los componentes de la definición que cabe destacar es el de que el costo de la atención debe ser acorde con las posibilidades locales y nacionales, lo que implica el uso de tecnología apropiada y de recursos adecuados a las necesidades, así como la organización y el apoyo adecuado.

Al conceptualizar esta estrategia, cabe destacar en su origen dos hechos fundamentales:

a) los factores que condicionan el estado de salud de los individuos y las comunidades escapan, en una gran proporción, al control y las posibilidades de acción de los enfoques tradicionales de los servicios de salud; para actuar sobre ellos, se requiere modificar de manera significativa el medio ambiente y el estilo de vida de las poblaciones, por medio de la acción conjunta de los distintos sectores que contribuyen al desarrollo económico y social;

b) las limitaciones de recursos de los servicios de salud para llegar de manera eficaz a toda la población, aún con servicios mínimos, obligan a reconocer la importancia de las acciones que realizan las propias comunidades para su atención de salud.

La atención primaria de salud necesita fundamentarse en una política nacional de salud que la impulse y que la apoye. Su aplicación y desarrollo, a su vez, requieren de un proceso de participación y capacitación de todos quienes intervienen en ella. Concede especial atención a las actividades destinadas a mejorar el ambiente y asigna prioridad a las actividades de promoción y protección de la salud, sin descuidar la atención de urgencias. Para su funcionamiento eficaz, requiere una adecuada articulación con los distintos niveles de atención del sistema de servicios de salud, de los cuales debe recibir, a su vez, apoyo técnico y administrativo.

El desarrollo de la estrategia de atención primaria de salud no es fácil; uno de los principales obstáculos para lograrlo lo constituye el crecimiento acelerado de la población y la acentuada concentración urbana. Además, el estilo actual de desarrollo tiende a aumentar las desigualdades entre lo urbano y lo rural y entre los distintos grupos de población, tanto en el acceso al ingreso como en el estilo y calidad de vida.

---

* Unidad Sectorial de Planificación. - Ministerio de Salud.

En lo que se refiere a otras enfermedades carenciales, el bocio, la avitaminosis A y las anemias, en el período dejaron de ser un problema de salud pública para el país;

En cuanto a las causas que originan los internamientos hospitalarios, mientras en 1973 el 12,3 por ciento de los egresos hospitalarios fue por enfermedades infecciosas y parasitarias, en 1982 los egresos por esas enfermedades alcanzaron a ser el 4,2 por ciento. Lo contrario sucedió con las enfermedades endógenas, nótese en el cuadro No. 5 que la mayoría de ellas aumentan su importancia relativa durante el período.

Cuadro 5.- EGRESOS HOSPITALARIOS POR GRANDES GRUPOS DE CAUSAS 1973, 1982 (Distribución porcentual)

GRANDES GRUPOS	1973	1982
Tasas de Egresos por 1.000 hab.	85,0	109,0
TOTAL	100,0	100,0
Infecciosas y Parasitarias	12,3	4,2
Tumores	2,5	3,6
Glándulas endocrinas, nutr., metabolismo, sangre y órganos hematopoyéticos	3,0	3,3
Trastornos mentales	5,7	3,2
Sistema Nervioso y Organos de los Sentidos	2,2	2,9
Aparato Circulatorio	4,5	5,4
Aparato Respiratorio	9,2	7,4
Aparato Digestivo	6,0	6,9
Aparato Genitourinario	5,5	7,2
Embarazo, parto y puerperio	29,3	33,3
Piel y Tejido celular subcutáneo	1,8	1,8
Oesteomuscular y Tejido conjuntivo	1,9	2,8
Anomalías Congénitas	1,0	1,5
Perinatales	1,4	3,7
Síntomas, Senilidad y estados mal definidos	1,2	1,0
Accidentes, envenenamiento y violencias	11,4	8,6
Causas de atención médica (no enfermedad)	1,1	3,2

Fuente: Departamento de Estadística del Ministerio de Salud y CCSS

En lo que a mortalidad se refiere, durante el período 1973-1981 los indicadores sufrieron en Costa Rica una modificación bastante significativa.

El nivel general, que en 1973 era de 5,2 por 1.000, alcanzó en 1981 una tasa de 3,9 por 1.000. Además, se produjo un cambio en su estructura, ya que las enfermedades diarreicas, que en 1973 habían ocupado el primer lugar como causa de muerte, comenzaron a descender a partir de ese año, para llegar a ocupar en 1981 el décimo lugar, con una reducción de su riesgo desde 4,5 a 0,5 por 10.000 y de su importancia relativa, desde 9 por ciento a 1 por ciento.

En 1981, el grupo de causas que produjo el mayor número de muertes fue el denominado "Tumores Malignos de otras localizaciones" (no incluye los tumores malignos del estómago). Ese grupo de causas presentó en 1981 una tasa de 5 por 10.000 y su importancia relativa fue del 13 por ciento.

Aunque las enfermedades isquémicas del corazón conservaron el segundo lugar, sin embargo, constituyeron una de las pocas causas de muerte que incrementaron su riesgo en el período (de 3,8 ascendió a 4,5 por 10.000 habitantes).

En el cuadro No. 6 se puede apreciar la tendencia que experimentaron las 5 primeras causas de muerte registradas en el año 1973.

Ese cambio estructural por causas se ha debido principalmente al descenso de la mortalidad, pero también ha sido motivado, en parte, por el envejecimiento relativo de la población. Ambos factores han conducido al aumento de la importancia relativa de las muertes por tumores, enfermedades isquémicas del corazón, etc.

Como se puede apreciar en el cuadro No. 7, la mortalidad por accidentes ha presentado también una tendencia ascendente en los últimos años.

Evolución de Indicadores Demográficos y de Salud desde inicios del Programa:

Los indicadores demográficos y de salud han experimentado, durante la última década, cambios sorprendentes; especialmente en lo que se refiere a las causas de morbilidad y de mortalidad, creemos que gran parte de estos cambios tiene su origen en las actividades desplegadas por los Programas de Atención Primaria en Salud.

Entre los indicadores demográficos, consideramos que la natalidad fue probablemente el único que no se vió fuertemente afectado por tales programas. La evolución de este fenómeno desde 1960, año en que inició un franco descenso, hasta el último dato disponible, se aprecia fácilmente mediante el comportamiento del siguiente indicador.

Año	Tasa Bruta de Natalidad por 1.000
1960	50,2
1970	33,2
1972	31,2
1974	29,5
1976	29,6
1978	31,8
1982	30,8

En el período que se analiza se destacan tres etapas: un descenso importante entre los años 1960 - 1974; un estancamiento entre este año y 1976; y un ascenso moderado en los últimos años del período analizado; este ascenso contrasta con la reducción de la mortalidad infantil y la de menores de 4 años, en ese mismo período.

Por lo menos en parte, este ascenso podría explicarse con la mejoría que pudo haber experimentado la información estadística como consecuencia de las actividades del Programa de Atención Primaria; sin embargo, con esta afirmación de ninguna manera pretendemos desconocer la existencia de otros factores en relación con este fenómeno.

Las variaciones en el comportamiento de la morbilidad por causas, es quizá la mejor medida del efecto de los Programas de Atención Primaria en la Salud de la población.

La efectividad de estos programas es innegable en lo que respecta a descenso en la incidencia de las enfermedades transmisibles prevenibles por vacunación, ya que se obtuvo la erradicación de la difteria y la poliomielitis, y reducciones del tétanos, el sarampión y la tosferina, del orden del 90 por ciento.

Cuadro 2. - TASAS DE INCIDENCIA POR ENFERMEDADES PREVENIBLES MEDIANTE VACUNACION 1973, 1978, 1982.

ENFERMEDADES	TASAS POR 100.000		
	1973	1978	1982
Sarampión	111	17	7
Tétanos	4	2	1
Tosferina	56	4	3
Tuberculosis	22	16	17
Difteria	1	-	-
Poliomielitis	-	-	-

Fuente: Depto. de Estadística del Ministerio de Salud.

Por su parte, las enfermedades de transmisión hídrica -como era de esperar ante el gran esfuerzo que se hizo para abastecer de agua y de medios adecuados de disposición de excretas a la población- sufrieron una intensa disminución en el período, como lo muestra el cuadro No. 3.

Cuadro 3.- TASAS DE INCIDENCIA DE ENFERMEDADES DE TRANSMISION HIDRICA 1973, 1978, 1982

ENFERMEDADES	TASAS POR 100.000		
	1973	1978	1982
Tifoidea	3	1	0,3
Paratifoidea	1	0,05	0,04
Salmonelosis	1	1	1
Disentería Amibiana	38	0,6	-
Disentería Bacila	16	0,3	0,2
Disentería sin especificar	11	0,3	-

Fuente: Dpto. de Estadística del Ministerio de Salud.

A diferencia del resto de enfermedades transmisibles, las de transmisión sexual experimentaron incrementos notorios, debidos en parte a un aumento real y en parte a una mejoría de los sistemas de notificación.

Cuadro 4.- TASAS DE INCIDENCIA DE ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL 1973, 1978, 1982

ENFERMEDADES	TASAS POR 100.000		
	1973	1978	1982
Sífilis	103	133	81
Blenorragia	288	433	429
Chancro	15	33	21

Fuente: Dpto. de Estadística del Ministerio de Salud

Por otra parte, la falta de integración de los miembros del equipo de salud, la ausencia de enfoques multisectoriales y la escasez de personal capacitado para promover actividades de educación comunitaria en salud, también constituyen restricciones al desarrollo de esta estrategia.

De parte de las comunidades también existen limitaciones, tales como: la carencia de recursos; el escepticismo motivado por experiencias anteriores desafortunadas; la dispersión de las poblaciones rurales; y sus bajos niveles económicos y educacionales.

Evolución del Programas Basados en el Concepto de Atención Primaria:

Los antecedentes de programas de salud basados en el concepto de Atención Primaria, en Costa Rica, se remontan a principios del año 1963, cuando se inauguró un Programa Móvil de Salud para Poblaciones Rurales, al cual dio un gran impulso el Dr. Arturo Romero López. En 1965, se crearon los primeros puestos de salud en Puerto Viejo y la Fortuna de Bagaces, a cargo de auxiliares de enfermería, con visita y supervisión periódica de médicos y enfermeras, y ya en 1971 se contaba con 12 unidades móviles.

Sin embargo, en 1973, al elaborarse el Plan Nacional de Salud 1974-1980, se señaló que: "la cobertura de los servicios de salud, por su estructura y distribución geográfica, se ve limitada por la difícil accesibilidad física, económica y social de la población dispersa del área rural. Aunque en el medio rural habita el 65,6 por ciento de toda la población del país, precisamente la de menores ingresos y mayores necesidades de salud, paradójicamente los recursos se concentraron en las áreas urbanas. La situación se vuelve crítica en el área rural dispersa (localidades de menos de 500 habitantes), donde habita el 35,5 por ciento de población que carece casi por completo de servicios de salud. Un estudio de 87.413 habitantes de esta zona mostró, fuera de las malas condiciones de vivienda, que sólo el 5,2 por ciento eran asegurados; el 74,4 por ciento eran analfabetos o no habían completado la primaria; únicamente el 5,9 por ciento disponía de agua intradomiciliar (sin mención de calidad) y la vacunación había sido escasa en la población". 1/

Para extender la prestación de servicios de estas áreas, a fin de mejorar la justicia distributiva y reducir la brecha en las prestaciones, se pusieron en funcionamiento dos programas de Salud Rural: uno "nacional" y otro "piloto". El primero inició sus labores en áreas maláricas en fase de consolidación, mediante la utilización de Asistentes de Salud Rural (muchos de ellos ex-evaluadores de malaria), que fueron especialmente adistrados. El segundo, utilizó Auxiliares de Enfermería adiestradas específicamente, y prestó sus servicios en los cantones de San Ramón y Palmares. Aunque entonces no se utilizó esta denominación, ambos programas se basaron en la estrategia de atención primaria de salud, ya que su objetivo era "extender la cobertura de los servicios integrales de salud, preventivos y curativos, a las zonas rurales de población dispersa, mediante la utilización de técnicas y procedimientos sencillos, de fácil aplicación por personal auxiliar debidamente adiestrado, supervisado y apoyado firmemente en las estructuras organizativas y funcionales de los servicios locales de salud existentes, con costo unitario de las acciones acorde con la capacidad financiera de las comunidades, y ejecutado por personal susceptible de arraigarse en localidades donde los médicos habitualmente no se establecen". 2/ Cabe mencionar que estos conceptos fueron formulados 5 años antes de que la declaración de Alma Ata oficializar la definición de atención primaria de salud. 3/

Aunque desde finales de 1971 se abrieron los primeros puestos de salud del Programa de San Ramón, fue en 1972 que se capacitó al personal y se abrió los primeros puestos de salud del Programa Nacional de Salud Rural, y fue en 1973 cuando éste inició su marcha de manera firme, alcanzando una cobertura del 10 por ciento de la población asignada, que ascendió rápidamente en los años sucesivos hasta alcanzar, al finalizar la década, al 60 por ciento de la población rural, cifra que, a su vez, representaba al 95 por ciento de la población rural dispersa. Es por esta razón que damos tanta importancia a los años 1972 y 1973, y por la que creemos que las modificaciones en los indicadores demográficos y de salud deben ser estrechamente relacionados con dichas fechas.

Tomando en consideración que la población urbana marginada, en un elevado porcentaje, se origina en la migración de población rural, en 1976 se puso en marcha un nuevo programa destinado a la atención de aquella, utilizando también la estrategia de atención primaria. Este programa, que se llamó de "Salud Comunitaria", en 1976 cubrió al 9,8 por ciento de la población que le fue asignada, y aumentó rápidamente su cobertura, hasta alcanzar en 1980 al 60 por ciento de su población-objetivo. Su evolución se muestra en el cuadro No. 1.

Cabe comentar que, lamentablemente, algunas reducciones presupuestarias que se produjeron al inicio de la década de los 80, condujeron a una reducción paralela de las coberturas, que pasaron a ser del 57 por ciento para el Programa de Salud Rural y de 49 por ciento para el de Salud Comunitaria. Ante ellas se plantea la pregunta, que las cifras estadísticas deberán responder en estos años próximos, sobre el posible impacto de tal reducción sobre indicadores de salud en vías de consolidación.

Cuadro 1.- COBERTURA DE LOS PROGRAMAS DE SALUD RURAL Y COMUNITARIA 1973, 1976, 1979, 1982

AÑOS	PORCENTAJE DE POBLACION CUBIERTA	
	RURAL	COMUNITARIA
1973	10,3	
1976	42,2	9,8
1979	60,0	60,5
1982	57,0	49,0

Fuente: Programas de Salud Rural y Salud Comunitaria

1/ *Plan Nacional de Salud 1974-1980.* Ministerio de Salud, 1973, pag. 18.

2/ Ibid, pág. 18.

3/ Sáenz, Lenín. *Hacia un Sistema Nacional de Salud.* Ministerio de Salud, San José, Costa Rica, 1983, pág. 22.

Cuadro 6.- CINCO PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN BASE A LOS 150 GRUPOS 1973, 1978, 1981 (Tasas por 10.000)

GRUPOS DE CAUSAS	1973			1978			1981		
	TASA	%	OI	TASA	%	OI	TASA	%	OI
TOTAL	52	100,0		41	100,0		39	100,0	
Enteritis y otras enf. diarréicas	4,5	8,6	1	1,0	2,4	10	0,5	1,4	10
Enf. Isquémicas del corazón	3,8	7,3	2	4,0	9,9	1	4,5	11,6	2
Otras enf. del corazón	2,7	5,1	3	1,6	4,0	7	1,8	4,6	5
Enf. cerebrovasculares	2,6	5,1	4	2,7	6,6	2	2,4	6,1	3
Neumonía e Influenza	2,5	4,8	5	1,7	4,3	6	1,9	4,8	4
las demás causas	-	69,1		-	72,8		-	71,5	

OI = Orden de Importancia

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos

Cuadro 7.- TASAS DE MORTALIDAD POR ALGUNAS ENFERMEDADES DEGENERATIVAS 1970, 1973, 1976, 1979, 1981

CAUSAS DE MUERTE	TASAS POR 10.000				
	1970	1973	1976	1979	1981
Isquémicas del corazón	3,1	3,8	3,8	4,5	4,6
Tumores	6,5	6,5	6,8	6,5	6,7
Accidentes (vehículos motor)	1,5	1,6	1,9	2,0	1,4

El descenso en la mortalidad se produjo en todos los grupos de edad. Sin embargo, la reducción fue diferente en los distintos grupos de edad, beneficiándose en mayor grado el grupo más joven, cuyo indicador se redujo en un 53 por ciento. Dentro de este grupo, fueron los menores de 1 año los que experimentaron un descenso sorprendente en sus niveles de mortalidad.

En la década de los 60 el indicador de mortalidad infantil no mostró alguna tendencia definida, sino que su comportamiento fue muy irregular y se mantuvo en niveles bastante altos, cuyo ámbito de variación estuvo entre 60 y 87 por mil. Entre 1970 y 1978, el descenso del indicador fue muy violento (de 62 a 22 por mil). A partir de 1978, y debido a los bajos niveles ya alcanzados, el descenso fue menos espectacular, alcanzando en 1981 una tasa de 18 defunciones por mil.

El énfasis que se hizo en los programas de atención primaria en el ataque prioritario a las enfermedades transmisibles prevenibles por vacunación o por saneamiento ambiental básico, conduce a pensar que en el descenso en la mortalidad infantil se debió producir una reducción de la residual de importancia relativamente mayor que la neonatal; en la práctica, esta situación realmente se produjo, y la mortalidad residual, que en 1970 superaba ampliamente a la neonatal, terminó la década siendo menor que aquella, como también se aprecia en la gráfica No. 1.

Cuadro 8.- TASAS DE MORTALIDAD POR GRUPOS DE EDAD 1973, 1978, 1981 (Tasas por 10.000 hab.)

GRUPOS DE EDAD	TASAS		
	1973	1978	1981
TOTAL	5,2	4,1	3,9
0 - 4	11,1	6,3	5,2
5 - 14	0,6	0,4	0,4
15 - 49	1,8	1,5	1,3
50 - 64	10,4	8,5	7,7
65 y más	56,2	52,0	52,0

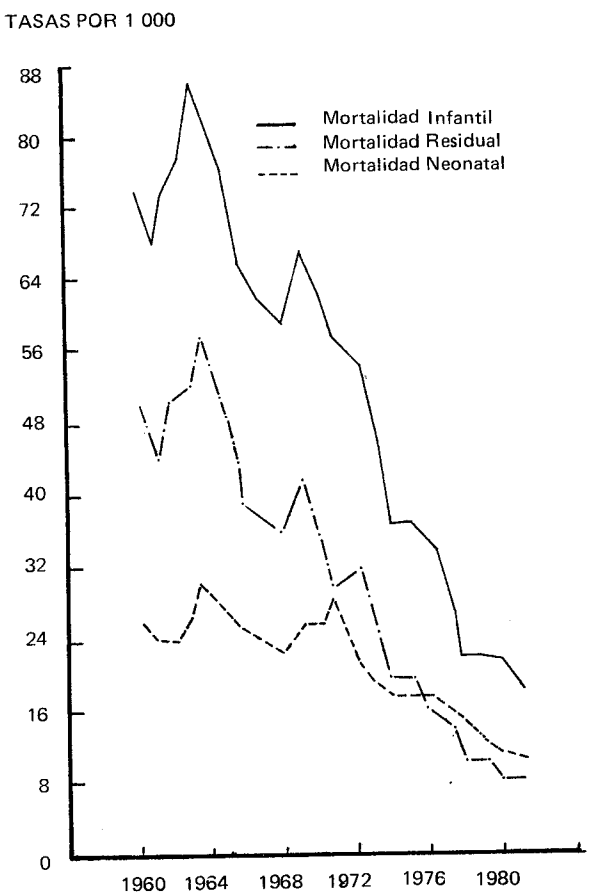
Fuente:
Dirección General de Estadística y Censos. Unidad Sectorial de Planificación-Ministerio de Salud

Cuadro 9.- TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL, NEONATAL Y RESIDUAL 1970, 1973, 1978, 1981 (Tasas por 1.000 nacimientos)

AÑOS	TASAS		
	INFANTIL	NEONATAL	RESIDUAL
1970	61,5	25,2	36,3
1973	44,8	20,5	24,3
1978	22,3	13,1	9,2
1981	18,0	10,7	7,3

Fuente: Departamento de Estadística del Ministerio de Salud.

GRAFICO Nº. 1
MORTALIDAD INFANTIL, NEONATAL Y RESIDUAL
COSTA RICA, 1960 - 81



En 1970, el 59 por ciento de las muertes infantiles ocurrió después del primer mes de vida. En 1981, esas muertes constituyeron el 41 por ciento de la mortalidad infantil.

La estructura por causas de esta mortalidad, también experimentó profundos cambios. Así, por ejemplo, las enfermedades diarreicas, que en 1973 ocuparon el primer lugar como causa de muerte infantil, pasaron a ocupar el cuarto en 1981, y su riesgo disminuyó de 11 a 1 por 1.000; y mientras en 1973 ocasionaron el 25 por ciento de las muertes infantiles, en 1981 apenas el 6 por ciento.

La bronquitis, el enfisema y el asma, pasaron del quinto al onceavo lugar, y su tasa descendió de 1,5 a 0,2 por mil nacimientos vivos.

Este descenso de la mortalidad general, y especialmente en la infantil, se ha traducido en un incremento en la esperanza de vida de los costarricenses, especialmente del recién nacido, cuya esperanza de vida en 1980 fue de 73,2 años (70,5 años para los varones y 75,5 para las mujeres). Con respecto al año 1973, este indicador ha registrado un incremento promedio anual de 0,7 años.

Evolución de la dinámica y estructura de la población desde inicio del Programa:

Durante la década de los 70, en forma coincidente con los altos niveles de natalidad y con los pronunciados descensos en la mortalidad, en especial la infantil, la población del país experimentó un relativo envejecimiento.

Mientras hasta 1973 el 44 por ciento de la población no había cumplido aún sus 15 años de vida, en 1982 este tramo poblacional correspondió sólo al 36,3 por ciento, en tanto que la población de 50 años y más aumentó su importancia relativa de 10,3 a 11,2 por ciento.

Cuadro 10. CINCO PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL*
COSTA RICA, 1973, 1978, 1981
(Tasa por 1.000 nacimientos vivos)

GRUPOS DE EDAD	1973			1978			1981		
	TASA	%	OI	TASA	%	OI	TASA	%	OI
TOTAL	44,8	100,0		22,3	100,0		18,0	100,0	
Enteritis y otras enf. diarreicas	11,3	25,2	1	2,4	10,7	2	1,1	5,9	4
Inmaturidad	4,6	10,2	2	2,1	9,4	3	0,7	3,9	5
Neumonía e Influenza	3,6	8,0	3	1,9	8,6	4	2,0	11,1	2
Afecciones anóxicas e Hipoxicas no clasificadas en otras partes	3,6	7,9	4	4,7	21,3	1	4,6	25,4	1
Bronquitis, Enfisema y Asma	1,5	3,5	5	0,3	1,3	9	0,2	1,0	11
Demás causas		45,2	-		48,7	-		52,7	-

* De acuerdo a los 150 grupos de causas

OI: Orden de Importancia

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos, Departamento de Estadística-Ministerio de Salud.

Cuadro 11.- ESPERANZA DE VIDA AL NACER
1973, 1976, 1980

SEXO	1973	1976	1980
Ambos sexos	68,3	71,3	73,2
Masculino	66,3	69,2	70,5
Femenino	70,5	73,5	75,5

Fuente: Unidad de Planificación-Ministerio de Salud. Dirección General de Estadística y Censos.

Cuadro 12.- ESTRUCTURA PORCENTUAL DE LA POBLACION
1973, 1982

GRUPOS DE EDAD	1973	1982
0 - 4	14,5	13,6
5 - 14	29,5	22,7
15 - 49	45,7	52,5
50 - 64	7,0	7,5
65 y más	3,3	3,7

Nota: Estimación Población de 1982 en base a las Relaciones de Supervivencia

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos.

RESUMEN

"Al iniciarse la década de los años 70 predominaba en Costa Rica la patología del subdesarrollo -generalmente coincidente con problemas de saneamiento deficiente, alimentación y educación insuficiente y hábitos inadecuados- caracterizada por el predominio de enfermedades carenciales y de prevenibles por vacunación o por saneamiento ambiental básico.

Durante ese decenio la acción prioritaria del Estado en el campo de la salud se orientó hacia la extensión de la cobertura de los servicios de salud a todos los costarricenses, en la que se utilizó, preferentemente, la estrategia de atención primaria. Esta estrategia concedió importancia prioritaria al suministro de agua potable, a la letrinización y a la vacunación, por medio de acciones realizadas en los propios domicilios.

En esos años se llevó a cabo una reducción bastante drástica del tipo de padecimientos mencionados, que permite predecir para un futuro próximo una tendencia al crecimiento progresivo de enfermedades predominantes en los países industrializados, que contrastará con los remanentes que persistan de las enfermedades predominantes al inicio de la década anterior. Esto dará lugar a un perfil nosológico caracterizado por:

a) Enfermedades crónicas y degenerativas.

b) Accidentes en la sociedad, en el trabajo y en el hogar.

c) Enfermedades nutricionales por exceso, tales como obesidad, diabetes y trastornos en el metabolismo de las grasas, asociadas a remanentes de enfermedades carenciales.

d) Remanentes de las enfermedades agudas prevalentes en la década pasada, entre las que están cobrando cada vez mayor importancia las de transmisión sexual.

e) Patología social, manifiesta por medio del alcoholismo, la drogadicción, la violencia y la desintegración familiar", 4/

4/ Sáenz, Lenín. *Hacia un Sistema Nacional de Salud en Costa Rica.* Ministerio de Salud, San José, Costa Rica, 1983, p.