

14

# XIX Conferencia Sanitaria Panamericana

## Tema 12: Informe de Costa Rica



# XIX Conferencia Sanitaria Panamericana

## TEMA 12

Informes de los Gobiernos de la Organización sobre sus condiciones y progresos alcanzados, en materia de salud, en el período transcurrido entre la XVIII y la XIX Conferencias Sanitarias Panamericanas.

LIBRARY  
PAN AMERICAN SANITARY BUREAU  
WASHINGTON, D.C.

## HECHOS DE MAYOR IMPORTANCIA PARA LA SALUD EN LOS CUATRO ULTIMOS AÑOS

A pesar de que la mortalidad general se ha reducido de 6.9 por mil en 1969 a 5,3 en 1973, el crecimiento vegetativo ha disminuido en los años citados de 27,5 a 24,4, debido a una reducción de la natalidad desde 34,4 hasta 29,7, en esos mismos años. La esperanza de vida al nacer, que en 1963 era de 63,3 años, ascendió en 1972 a 68,1.

Al comparar la estructura etárea de la población, según datos del censo de 1963, se aprecia una reducción de la población menor de 15 años, del 47,7% al 43,8%.

La mortalidad infantil descendió de 67,1 por mil en 1969 a 54,4 en 1972 y la de niños de 1 a 4 años descendió de 5,2 a 3,3 por mil entre esos mismos años. A pesar de los descensos logrados, el 30% de las defunciones de menores de 1 año son ocasionadas por enfermedades prevenibles, y alrededor del 70% de las de niños de 1 a 4 años lo son por causas evitables o reducibles con técnicas existentes. Sin embargo, si las tasas de 1972 hubiesen estado al nivel de las de 1969, se habría producido 5.625 defunciones de menores de 15 años, en vez de las 4.357 que ocurrieron; por lo tanto, en aquel año se evitaron 1.268 muertes de este grupo de edad: de ellas, 730 en menores de 1 año y 483 en niños de 1 a 4 años. ( ver cuadro No. 2 ).

Durante los cuatro últimos años las enfermedades transmisibles han persistido como causas importantes de morbilidad y mortalidad. -

Sin embargo, exceptuando las enfermedades venéreas y la hepatitis vi  
ral, las restantes muestran una tendencia al descenso, como puede a -  
preciarse en los cuadros Nos. 1, 2 y 3.

Las enfermedades venéreas tienden a aumentar. La morbilidad ha ido  
en ascenso desde 1966 para sífilis y gonorrea, y desde 1970 para chancro  
blando. El número de casos diagnosticados de sífilis se ha cuadrup  
plicado desde 1969 hasta 1973 y el de gonorrea creció 1,76 veces.

Los casos notificados de hepatitis viral prácticamente se han duplicado.  
Sin embargo, la existencia de un programa intensivo de investigación -  
de esta enfermedad que se está llevando a cabo, puede haber influido al  
mejorar su diagnóstico y notificación notoriamente.

La malaria se presenta con una incidencia notablemente baja y con trans  
misión circunscrita a una área geográfica reducida: en el último quinque  
nio su incidencia se redujo en un 97%. En julio de 1973 se transfirió a  
la fase de consolidación una superficie con 220.108 habitantes y sólo queda  
actualmente en fase de ataque una área con 868 localidades y donde los  
resultados obtenidos han sido tan satisfactorios que a fines del presente-  
año se hará una nueva evaluación, para considerar la transferencia de un  
a parte apreciable de ella ( 112.407 habitantes, que constituyen el 56,8%  
de la población en fase de ataque ) a la fase de consolidación.

En 1973 se examinó 166.355 muestras de sangre, de las que sólo el -  
0,097% fueron positivas.

El Aedes aegypti se consideró erradicado en 1960 del territorio nacional;  
sin embargo, en 1971 el servicio de vigilancia detectó el vector en 9 local  
idades costeras, lo que obligó a montar un programa inicial de emergencia  
sustituido posteriormente por otro de erradicación y vigilancia, a

partir de 1972. En enero y febrero de 1973 fueron positivas dos verificaciones en los puertos principales del país, que fueron tratados de inmediato. Desde entonces, las verificaciones han venido siendo negativas.

La mortalidad por tuberculosis se ha reducido casi a la mitad ( de 8,0 a 4,9 por 100.000 ) y la incidencia se ha reducido en un 26,2% - ( de 29,9 a 22,1 por 100.000 ). La vacunación con GCG se intensificó hasta llegarse a proteger en 1973 a un número de personas equivalente prácticamente al doble de las vacunadas en 1969, y se estimuló el tratamiento ambulatorio de esta enfermedad. Como resultado de estas actividades, en 1972 y 1973 se cerró un Sanatorio de 143 camas y un preventorio de 138, y en la actualidad se hace imperiosa una revisión de la situación del Hospital para Tuberculosis restante, por su bajo índice ocupacional.

Las enfermedades entéricas, que hasta 1970 constituyeron la primera causa de muerte ( ocasionando el 12% del total y el 26% de las meno - res de 5 años ), en 1971 pasaron al segundo lugar y en 1972 al terce - ro, entre las 10 causas de defunción más frecuentes en la población en general.

La mortalidad materna muestra tendencia al descenso. La atención institucional del parto se ha venido incrementando, hasta haber alcan zado el 74,2% desde 1971.

Las enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares y neoplásicas tienen altas tasas de morbilidad y mortalidad, con tendencia ascenden te, que las ha llevado en estos últimos años a constituir las primeras causas de muerte en el país, tal como puede apreciarse en el cuadro -

No. 1 y en la segunda parte del No. 2, donde se ve cómo la proporción de defunciones por estas causas aumenta conforme lo hace la edad. De las enfermedades cardiovasculares, las que produjeron mayor mortalidad fueron el infarto de miocardio y la enfermedad isquémica del corazón. También los cerebrovasculares constituyeron importante causa de muerte.

Se ha obtenido una reducción del 34,8% de la tasa de mortalidad por desnutrición, en menores de 5 años. Durante el período se ha construido 136 locales para "Centros de Educación y Nutrición", en 109 de los cuales ya se inició el servicio de alimentación complementaria, que se piensa iniciar pronto en los restantes; se inició durante el período la integración de estas actividades con las de educación preescolar a los beneficiados. El número de nutricionistas se sextuplicó y el de asistentes de nutrición casi se triplicó. Se emitieron decretos haciendo obligatorios la yodación de la sal y el fortalecimiento del azúcar con vitamina A y se fomentó la lactancia materna. El Ministerio de Salud se incorporó al Consejo Agropecuario Nacional, responsable de formular políticas en este campo y, además, ha promovido la acción intersectorial e interinstitucional destinadas a formular una "política nacional de alimentación y nutrición", lo que se espera lograr pronto.

El 100% de la población urbana y el 65% de la rural están beneficiadas con agua en cantidad suficiente, aunque no siempre de óptima calidad. el 59% de la población urbana y el 44% de la rural se consideran beneficiadas con algún sistema de disposición sanitaria de excretas. Existen

proyectos por más o menos 70 millones de dólares, algunos financiados y otros en trámite, para mejorar y ampliar los sistemas de agua potable del país, tanto en poblaciones urbanas como rurales, a cargo del Servicio Nacional de Acueductos y Alcantarillado, y para la instalación o ampliación de alcantarillado sanitario en las principales ciudades mayores de 5.000 habitantes, y tratamiento de las aguas negras de la capital.

En el área metropolitana ya se inició la disposición técnicamente satisfactoria de los desechos sólidos.

Para la población rural se puso en marcha, además, un programa de letrización a cargo del Ministerio de Salud, financiado con fondos municipales, gracias a una ley cuya aprobación se logró en el período.

Durante el cuatrienio el número de camas del país sufrió modificaciones mínimas, ya que en establecimientos bajo la jurisdicción del Ministerio de Salud fueron suprimidas algunas destinadas a la atención de tuberculosis o existentes en establecimientos pequeños, por su poco rendimiento, pero en establecimientos de la Caja Costarricense de Seguro Social se habilitaron nuevas camas, lo que ha mantenido la proporción de ellas en alrededor de 4 por mil habitantes, como se aprecia en el cuadro No. 4. Sin embargo, el número de egresos aumentó en un 9%, gracias a una disminución en el promedio de estancia, como puede apreciarse en los cuadros Nos. 5 y 6, que muestran la gran importancia que jugó la Seguridad Social en la producción de estas cifras.

Tal como se aprecia en el cuadro No. 7, el número de consultas externas tuvo en el período un crecimiento del 10%, en relación con la de 1970,

alcanzándose un promedio nacional de 2,02 consultas por habitante/año.

Se dictó un " Reglamento General de Hospitales Nacionales ", que vino a regular en forma amplia el funcionamiento de este tipo de establecimientos.

Como elemento de administración y control, se estableció la contabilidad de costos en los hospitales regionales y periféricos bajo la jurisdicción del Ministerio de Salud.

La tasa de médicos, que era de 5,15 por diez mil habitantes en 1970, ascendió a 5,98 en 1973. Especial interés se puso en el período en la preparación de personal de enfermería; la tasa de enfermeras se llevó de 3,8 a 4,3 por diez mil habitantes, y la de auxiliares de 11,5 a 15,9 por diez mil, reduciendo el porcentaje de auxiliares sin adiestramiento desde un 34,3 hasta un 6,7%. Desde 1973 se trabaja activamente en el cambio de curriculum de la Escuela de Medicina, con el objeto de producir la cantidad y calidad de profesionales que requiere el país.

Se estimuló la planificación de la Salud; se reorganizó la Unidad Sectorial correspondiente y, con participación de todos los responsables de llevar a cabo acciones relacionadas con la Salud, de distintos sectores e instituciones, se reajustaron las metas del " Plan Decenal de Salud de las Américas " y se elaboró el primer " Plan Nacional de Salud ". Actualmente se ha iniciado la programación a nivel de región. Donde fue más fructífera la labor fue en el terreno legal. Por enmienda constitucional, en 1971 se estableció la obligación de extender la seguridad social a la totalidad de la población trabajadora del país en el



curso de la década actual, y se dictaron medidas para financiarla. A fines de 1973, después de un largo período de gestación, se obtuvo la promulgación de tres leyes que están destinadas a revolucionar la estructura de los servicios de Salud del país:

La Ley 5395 de 30 de octubre de 1973(" General de Salud ") tiende a definir un sistema básico y primario, cuyo fin es regular las acciones y actividades de los individuos y su medio, en el campo de la Salud, - constituyendo un conjunto de principios obligatorios que reconocen a las personas ciertos derechos concernientes a su salud, y que regulan su conducta respecto de todos aquellos asuntos en que entra en juego la salud, tanto de la colectividad como de cada uno de sus integantes, imponiendo las restricciones necesarias para conservar y obtener el mejor estado posible de ella. Su texto incluye también las prescripciones necesarias para afianzar su obligatoriedad, estableciendo sanciones para la contravención a sus principios e identificando las autoridades encargadas de su control y aplicación.

La Ley 5412 del 8 de noviembre de 1973, reorganiza el Ministerio, para fortalecerlo y hacerlo más funcional. Determina la organización -estructural y funcional de los servicios públicos encargados a la institución y sienta las bases legales para su buen funcionamiento, refiriéndose sólo a las estructuras más importantes y evitando entrar en detalles que corresponderán a los reglamentos, para garantizar mayor elsticidad.

También trata de ajustarse a modernos criterios administrativos, elimina la bicefalia existente en un organismo que contaba con dos direc-

ciones generales totalmente independientes entre sí, y determina diferentes niveles y tipos de unidades estructurales, con sus atribuciones y obligaciones, estableciendo las grandes bases para los sistemas administrativos necesarios para su buen funcionamiento. Ademas, establece la regionalización de los servicios, y echa las bases regulares para un mejor condicionamiento de sus componentes.

La ley 5349 de 24 de setiembre de 1973, tiende a reorganizar el factor salud tomando como núcleo la Caja Costarricense de Seguro Social. Establece el traspaso progresivo de los hospitales bajo la jurisdicción del Ministerio de Salud a la institución de Seguridad Social, - que incluye tanto la capacidad física instalada como las fuentes de financiamiento, y determina la responsabilidad del Estado de financiar los déficits operacionales que se produzcan. Los trabajadores de los hospitales traspasados conservan todos los derechos laborales. Se determina que el Ministerio de Salud es la " Entidad Rectora " del Sector, a través de su función normativa y planificadora. La institución de Seguridad Social debe participar activamente en el proceso de planificación de la Salud y en la ejecución de los planes.

Las leyes se encuentran en la etapa de reglamentación. El proceso de traspaso de hospitales a la Caja Costarricense de Seguro Social ya se inició. Inicialmente esta institución asumió los servicios médicos a las personas de tipo curativo; paulativamente irá asumiendo servicios de tipo preventivo individual. El Ministerio mantiene la responsabilidad de brindar servicios preventivos de tipo colectivo.

Se espera completar el proceso de traspasos de hospitales a la Caja - Costarricense de Seguro Social en 1976. Al haberse producido alredeo

dor del 80% de los traspasos, se promulgará una ley que dividirá di  
cha institución en dos: una administrativa de seguros, y otra responsable  
de los servicios de Salud. Es meta del Ministerio ejercer la -  
responsabilidad final sobre el nuevo " servicio único de salud " que  
se creará por el mecanismo descrito.

Cuadro No. 1

Defunciones ocurridas según grandes grupos de causas  
incluyendo porcentajes

(tasas por cien mil)

Costa Rica 1968 - 1972

Causas de Muerte	1968				1972			
	No. de orden	NUMERO	%	TASA	No. de orden	NUMERO	%	TASA
Enfermedades infecciosas y parasitarias	1	2.314	21.8	137.32	2	1.859	17.1	98.90
Enfermedades del aparato circulatorio	2	1.854	17.4	110.02	1	2.159	19.9	114.86
Enfermedades del aparato respiratorio	3	1.253	11.8	74.35	3	1.295	11.9	68.90
Tumores (neoplasmas)	4	1.250	11.7	74.13	4	1.264	11.7	67.25
Síntomas, Senilidad y estados mal def.	5	813	7.6	48.24	5	1.022	9.4	54.37
Enfermedades propias de la primera infancia	6	801	7.5	47.53	7	698	6.4	37.13
Accidentes, envenenamientos y videncias	7	753	7.1	44.68	6	818	7.5	43.52
Enfermedades alérgicas, de las glándulas endocrinas, del metabolismo y la nutric.	8	362	3.4	21.48	8	474	4.4	25.22
Enfermedades del aparato digestivo	9	316	3.1	20.53	9	394	3.6	20.96
Las demás causas	-	907	8.5	53.82	-	872	8.1	46.39
TOTAL	-	10.653	100.0	632.16	-	10.855	100.0	577.51

## Cuadro No. 1A

## COSTA RICA: DEFUNCIONES OCURRIDAS SEGUN CINCO PRIMEROS GRANDES GRUPOS DE CAUSAS

AÑOS 1969 a 1972

(tasas por mil)

CAUSAS DE DEFUNCION	1969			1970			1971			1972		
	No. de orden	No. de defunciones	Tasa	No. de orden	No. de defunciones	Tasa	No. de orden	No. de defunciones	Tasa	No. de orden	No. de defunciones	Tasa
TOTAL		11,599	6.88		11,504	6.66		10,575	5.88		10,855	5.89
Enfermedades infecciosas y parasitarias	1	2,541	1.51	1	2,362	1.37	2	1,856	1.03	2	1,859	1.01
Enfermedades del aparato circulatorio	2	1,840	1.09	2	2,243	1.30	1	2,132	1.19	1	2,159	1.17
Enfermedades del aparato respiratorio	3	1,150	0.92	3	1,584	0.92	3	1,349	0.75	3	1,295	0.70
Tumores (neoplasmas)	4	1,181	0.70	4	1,248	0.72	4	1,164	0.65	4	1,264	0.69
Enfermedades propias de la primera infancia	5	916	0.54	5	1,146	0.66	4	-	-	4	-	-
Síntomas, senilidad y estados mal definidos	x	-	-	x	-	-	5	1,129	0.63	5	1,022	0.55
Las demás causas	-	3,571	-	-	2,921	-	-	2,945	-	-	3,256	-

x este año no constituyó uno de los cinco primeros grandes grupos de causas de muerte

Costa Rica: Defunciones ocurridas por grupos de edad, según 5 primeras causas

(Tasas por mil habitantes del grupo)

Años 1969 a 1972

Causas de Defunción	1969			1970			1971			1972		
	No. de orden	Defun- ciones	Tasa	No. de orden	Defun- ciones	Tasa	No. de orden	Defun- ciones	Tasa	No. de orden	Defun- ciones	Tasa
TOTAL	-	11,599	6.88	-	11,504	6.66	-	10,575	5.88	-	10,855	5.89
Menores de un año	-	3,890	67.1	-	3,553	61.5	-	3,181	56.4	-	3,127	54.4
Gastroenteritis y colitis	1	1,035	17.85	1	836	14.47	2	725	12.85	1	762	13.26
Inmadurez y ciertas enfermedades de la primera infancia	2	749	12.92	2	717	12.41	1	744	13.19	2	733	12.75
Neumonía y Bronconeumonía	3	393	6.78	3	437	7.56	3	374	6.63	3	312	5.43
Bronquitis	4	227	3.92	5	154	2.67	4	147	2.61	4	156	2.71
Desnutrición	5	171	2.95	4	43	0.74	4	41	0.73	4	108	1.88
Vicios congénicos de conformación	4	133	2.29	4	158	2.73	5	134	2.38	5	156	2.71
Las demás causas	-	1,315	-	-	1,251	-	-	1,057	-	-	1,008	-
De 1 a 4 años	-	1,264	5.2	-	1,155	4.6	-	849	3.3	-	839	3.3
Gastroenteritis y colitis	1	268	1.10	1	270	1.08	1	173	0.67	1	177	0.70
Sarampión	2	183	0.75	3	131	0.52	5	39	0.15	3	57	0.22
Neumonía y bronconeumonía	3	135	0.56	2	137	0.55	2	101	0.39	2	107	0.42
Accidentes	4	99	0.41	5	57	0.23	4	42	0.16	4	44	0.17
Ascariasis	5	81	0.3	4	65	0.26	4	36	0.14	5	40	0.16
Bronquitis	4	64	0.33	4	47	0.19	3	56	0.22	4	36	0.14
Las demás causas	-	434	-	-	448	-	-	402	-	-	378	-
De 5 a 14 años	-	418	0.8	-	459	0.9	-	389	0.7	-	391	0.7
Accidentes	1	84	0.16	1	79	0.15	1	87	0.16	1	83	0.15
Gastroenteritis y colitis	3	29	0.06	3	35	0.07	3	28	0.05	4	26	0.05
Tumores Malignos	2	30	0.06	5	31	0.06	3	33	0.06	2	32	0.06
Enfermedades del Sistema Nervioso	4	29	0.06	4	27	0.05	2	35	0.06	3	28	0.05
Neumonía y bronconeumonía	5	18	0.03	4	34	0.07	4	26	0.05	5	20	0.04
Sarampión	4	2	-	2	36	0.07	4	8	0.01	4	12	0.02
Enfermedades del aparato circulatorio	4	15	0.03	4	22	0.04	4	33	0.06	4	14	0.03
Las demás causas	-	211	-	-	195	-	-	139	-	-	176	-

\* Este año no constituyó una de las 5 primeras causas de muerte

Cuadro No. 2 (2da. parte)

Costa Rica: Defunciones ocurridas por grupos de edad, según 5 primeras causas  
(Tasas por mil habitantes del grupo)

Años 1969 a 1972

Causas de Defunción	1969			1970			1971			1972		
	No. de orden	Defunciones	Tasa	No. de orden	Defunciones	Tasa	No. de orden	Defunciones	Tasa	No. de orden	Defunciones	Tasa
DE 15 A 44 AÑOS		1,166	1.8	1,237	2.5	1.8	1,293	1.8	1,292	1.7		
Accidentes	1	283	0.44	315	0.64	0.51	363	0.51	158	0.21		
Tumores Malignos	2	155	0.24	155	0.31	0.20	145	0.20	299	0.40		
Enfermedades del aparato circulatorio	3	133	0.21	140	0.28	0.20	147	0.20	159	0.21		
Parto y complicaciones del embarazo	4	77	0.12	46	0.09	0.06	44	0.06	52	0.07		
Enfermedades del sistema nervioso	5	69	0.11	87	0.18	0.12	87	0.12	71	0.09		
Homicidios y lesiones provocadas intencionalmente por otras personas	4	31	0.05	33	0.07	0.08	54	0.08	36	0.05		
Las demás causas	-	418	-	461	-	-	453	-	507	-		
DE 45 A 64 AÑOS		1,544	9.1	1,633	9.2	8.3	1,528	8.3	1,635	8.8		
Tumores Malignos	1	392	2.31	391	2.20	2.21	406	2.21	289	1.56		
Enfermedades del aparato circulatorio	2	331	1.95	380	2.14	1.91	352	1.91	329	1.77		
Enfermedades del sistema nervioso	3	163	0.96	122	0.69	0.59	108	0.59	115	0.62		
Accidentes	4	88	0.52	105	0.59	0.66	122	0.66	103	0.55		
Diabetes Mellitus	5	67	0.39	40	0.23	0.23	43	0.23	86	0.46		
Neumonía y bronconeumonía	4	36	0.21	71	0.40	0.35	64	0.35	66	0.36		
Las demás causas	-	467	-	524	-	-	433	-	647	-		
DE 65 Y MAS AÑOS		3,317	61.5	3,045	60.6	56.6	3,300	56.6	3,590	60.3		
Enfermedades del aparato circulatorio	1	843	15.63	1,096	21.81	17.34	1,011	17.34	1,152	19.35		
Tumores Malignos	2	547	9.85	502	9.99	9.21	537	9.21	644	10.82		
Enfermedades del sistema nervioso	3	412	7.64	339	6.75	6.43	375	6.43	350	5.88		
Neumonía y bronconeumonía	4	174	3.23	284	5.65	4.25	248	4.25	260	4.37		
Diabetes Mellitus	5	89	1.65	81	1.61	1.77	103	1.77	153	2.57		
Las demás causas	-	1,252	-	743	-	-	1,126	-	1,031	-		

\* Este año no constituyó una de las 5 primeras causas de muerte

Cuadro No. 3

Costa Rica: casos notificados de algunas de las enfermedades  
de declaración obligatoria más importantes

Años 1969 y 1973

(Tasas por 100.000 habitantes)

Enfermedad	1969		1973		% de reducción de la tasa
	Casos	Tasa	Casos	Tasa	
Tosferina	1.202	71,33	1.059	56,34	21.0
Tétanos	94	5.58	81	4.31	22.8
Tifoidea	113	6.71	56	2.98	55.6
Difteria	55	3.26	25	1.33	59.2
Paludismo	681	40.41	161	8.57	78.8
Sarampión	6.660	395.21	2.105	56.34	85.7
Poliomielitis	105	6.23	3	0.16	97.4
TOTAL	8.910	528.73	3.490	185.67	64.9



Cuadro No. 4

Costa Rica: camas disponibles según Institución. Años 1970 a 1973  
(Tasas por mil habitantes bajo la responsabilidad de la Institución)

CORRESPONDIENTE A:		AÑOS			
		1970	1971	1972	1973
TODO EL PAIS	Población	1.762.462	1.811.290	1.861.462	1.879.631
	Camas	7.008	7.249	7.356	7.359
	Camas por mil habitantes	4.0	4.0	4.0	3.9
NO ASEGURADOS	Población	965.262	883.554	842.678	721.387
	Camas bajo jurisdicción del M. de S.	5.659	5.690	5.692	5.538
	Camas de entidades privadas	300	294	302	309
	Subtotal de Camas	5.959	5.984	5.994	5.847
	Camas por mil habitantes	6.2	6.8	7.1	8.1
ASEGURADOS C.C.S.S.	Población	797.200	927.736	1.018.784	1.158.244
	Camas	1.049	1.265	1.362	1.572
	Camas por mil habitantes	1.3	1.4	1.3	1.3

Cuadro No. 5

Costa Rica: egresos según Institución. Años 1970 a 1973

(Tasas por mil habitantes bajo la responsabilidad de la Institución)

CORRESPONDIENTE A:		AÑOS			
		1970	1971	1972	1973
TODO EL PAIS	Población	1.762.462	1.811.290	1.861.462	1.879.631
	Egresos	192.746	199.698	213.543	210.142
	Egresos por mil habitantes	109.4	110.2	114.7	
NO ASEGURADOS	Población	965.262	883.554	842.678	721.387
	Egresos de hosp.(1) jurisdicción M. Salud	111.319	113.232	115.409	104.370
	Egresos de Hosp. de entidades privadas	12.101	11.904	12.445	13.112
	Subtotal de egresos(1)	123.420	125.136	127.854	117.482
	Egresos/mil habitantes	127.1	141.6	151.7	162.9
ASEGURADOS	Población	797.200	927.736	1.018.784	1.158.244
	Egresos (2)	69.326	74.562	85.698	92.660
	Egresos/mil habitantes				

(1) Excluye egresos de asegurados que se produjeron en estos hospitales.

(2) Incluye egresos de asegurados que se produjeron en hospitales bajo la jurisdicción del Ministerio de Salud.

Cuadro No. 6

Costa Rica: Estancias y Promedios de Estancia según Institución

Años 1970 a 1973

INSTITUCION	1970		1971		1972		1973	
	No.	$\bar{X}$	No.	$\bar{X}$	No.	$\bar{X}$	No.	$\bar{X}$
TODO EL PAIS	2.053.696	10.6	2.098.996	10.5	2.142.444	10.0	1.978.135	9.4
Hosp. bajo la jurisdicción del Ministerio de Salud (1)	1.713.162	11.8	1.704.110	11.7	1.701.199	11.2	1.527.291	11.2
Caja Costarricense del Seguro Social (2)	291.243	8.1	344.952	8.1	389.032	8.0	393.849	6.4
Entidades Privadas	49.291	4.1	46.934	3.9	52.213	4.2	56.995	4.3

(1) Incluye estancias de pacientes asegurados que se produjeron en estos hospitales.  
(2) Excluye estancias de pacientes asegurados que se produjeron en hospitales bajo la jurisdicción del Ministerio de Salud.

Cuadro No. 7

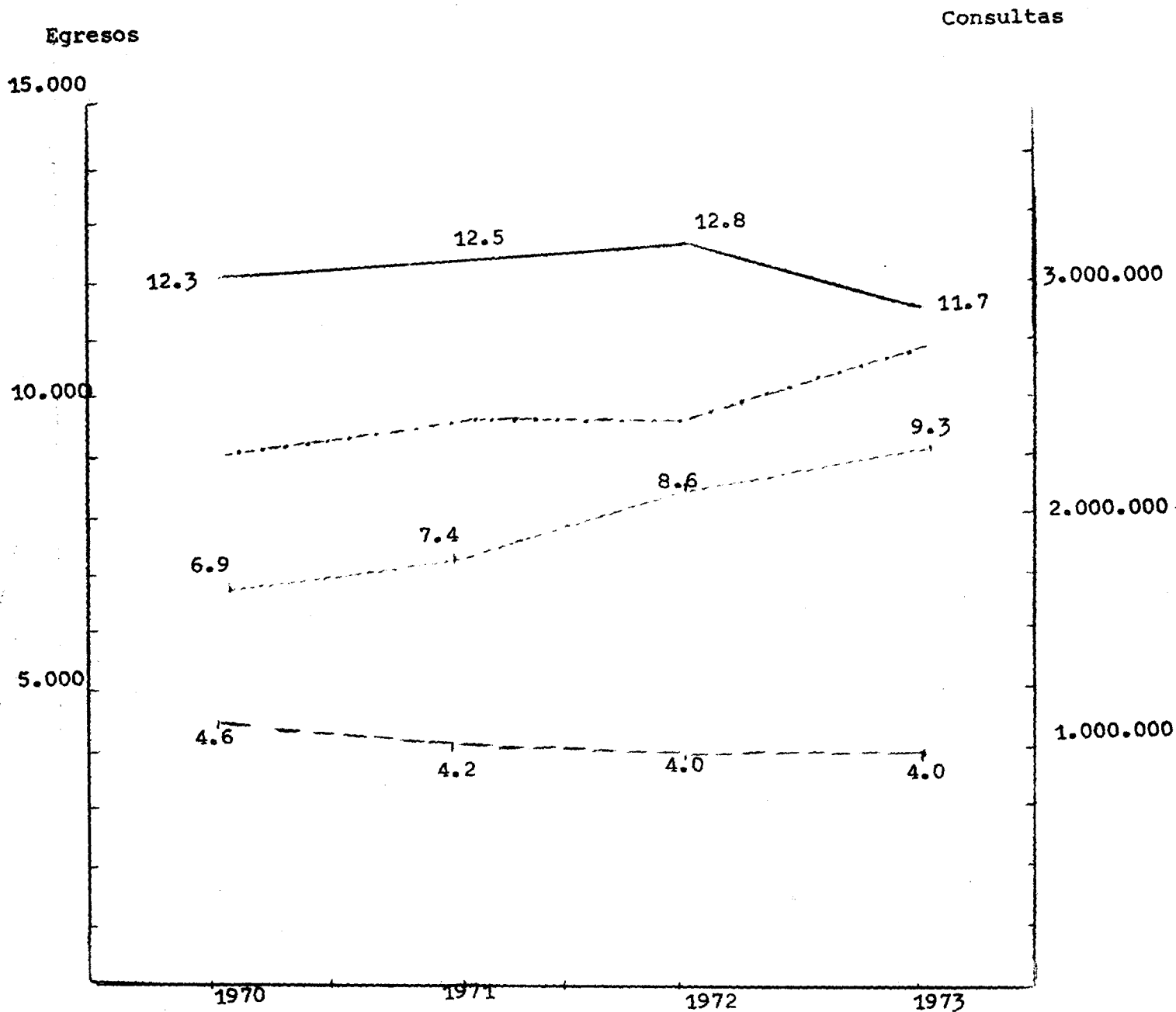
Costa Rica: Consultas Externas según población asegurada o no asegurada

Años 1970 a 1973

CORRESPONDIENTE A:		AÑOS			
		1970	1971	1972	1973
TODO EL PAIS	Población	1.762.462	1.811.290	1.861.462	1.879.631
	Consultas	3.454.400	3.533.529	3.464.173	3.792.606
	Consultas per cápita	1.96	1.95	1.86	2.02
NO ASEGURADOS	Población	965.262	883.554	842.678	721.387
	Consultas	1.174.771	1.070.456	1.003.237	1.010.408
	Consultas per cápita	1.22	1.21	1.19	1.40
ASEGURADOS	Población	797.200	927.736	1.018.784	1.158.244
	Consultas	2.279.629	2.463.068	2.460.936	2.782.198
	Consultas per cápita	2.86	2.65	2.42	2.40

GRAFICO NO.1

Costa Rica: Egresos y consultas externas, según Población asegurada y no asegurada. Años 1970 - 1973.



- : egresos de no asegurados
- - : consulta de no asegurados
- .....: egresos de asegurados
- . - . : consultas de asegurados

LIBRARY  
PAN AMERICAN SANITARY BUREAU  
WASHINGTON, D.C.

1974

INFORMES DE LOS GOBIERNOS DE LA ORGANIZACION SOBRE SUS  
CONDICIONES Y PROGRESOS ALCANZADOS, EN MATERIA DE SALUD,  
EN EL PERIODO TRANSCURRIDO ENTRE LA XVIII Y  
LA XIX CONFERENCIAS SANITARIAS PANAMERICANAS

INFORME DE LA REPUBLICA DEL ECUADOR

REPUBLICA DEL ECUADOR

"Las condiciones de Salud en el Ecuador en el período 1.970  
1.974.

Séame permitido en este informe no enfatizar sobre el diagnóstico de la situación de salud de mi país ya que, en forma general, es la misma que caracteriza a los países en vías de desarrollo de nuestro Continente, especialmente en términos de nivel y estructura de salud.

Por esta razón, estimo que es conveniente presentar a la consideración de esta Conferencia, los principales acontecimientos que, en salud, han tenido lugar en mi país, particularmente, desde el inicio de las labores del Gobierno de las FF.AA que rige los destinos del Ecuador desde el mes de Febrero de 1.972, con una orientación definida hacia la promoción del hombre, sujeto y fin de sus acciones de desarrollo y con un propósito firme de dar a la salud toda la atención que requiere, como base para la conquista del bienestar comunitario.

Dos hechos fundamentales enmarcan la política de salud que he tenido el honor de dirigir por encargo de mi Gobierno, a saber:

- a) Declaración de vigencia de la Constitución Política de 1945, la misma que en el capítulo pertinente, establece, entre otros, el reconocimiento del Derecho a la Salud, como uno de los fundamentales que caracterizan a los -- ecuatorianos; y,

...../.....

b) Formulación de la "Filosofía y Plan de acción del Gobierno Nacionalista Revolucionario", ratificada posteriormente mediante la aprobación del Plan Integral de transformación y Desarrollo", y que expresan claramente los propósitos del gobierno de dar atención prioritaria al fomento, protección y recuperación de la salud del pueblo ecuatoriano.

En el contexto de esta opción política y estimulado por la prioridad asignada al sector, he procedido a realizar las siguientes acciones de política administrativa:

- Reestructuración técnica y administrativa del Ministerio de Salud, por medio de la cual se centraliza la Dirección Nacional de Salud y se integran al Ministerio los servicios dependientes de las Ex-Juntas de Asistencia Social, entidades descentralizadas -- que dirigían la política de salud provincial a través del comando sobre el 45% de las camas nacionales. Posteriormente se realizó la integración de las camas hospitalarias que administraba Liga Ecuatoriana Antituberculosa con lo cual el Ministerio dispone actualmente del 56% de las camas nacionales.

Los resultados de esta acción han dado lugar a que el Ministerio de Salud disponga de la estructura necesaria para cumplir con eficiencia sus funciones de definición y dirección de la política nacional, dentro del criterio de Centralización técnica y Des

..../....

centralización ejecutiva.

- Formulación del Plan Quinquenal de Salud, como parte del Plan Integral de Transformación y Desarrollo, 1973 - 1977, con los siguientes propósitos:

"Crear un sistema Nacional de Salud para el Desarrollo".

"Organizar el sistema Nacional de Salud bajo el criterio de Regionalización de Servicios, para la prestación de acciones de Salud Integral"; y,

"Establecer el Servicio Nacional de Salud al finalizar el Quinquenio".

Por cuanto el Plan Quinquenal establece objetivos y metas con criterio general y siendo necesario que exista un instrumento operativo que defina los diferentes programas en el contexto de la Planificación Continental aprobada en la Reunión de Ministros, en Santiago de Chile, se organizó una comisión de expertos nacionales con asesoría de expertos de la OPS con el fin de elaborar el documento Plan País - 1974 - 1977 con lo cual, el Ecuador dispone hoy de un instrumento muy útil para la ejecución y control de sus programas de salud, formulados en términos de las áreas programáticas, programas y subprogramas que constan en el Plan Decenal de Salud de las Américas.

Con estos antecedentes, se ha dirigido la política-

..../....



a la realización de las siguientes acciones: /

1- EN EL CAMPO DE ATENCION MEDICA:

- Realización del Censo Nacional de Recursos de Salud; con un 98% de cobertura.
- Formulación y puesta en vigencia del Reglamento de Hospitales y más servicios de salud.
- Ejecución del programa de producción de medicamentos monofármacos para uso institucional de conformidad con un listado básico, utilizando para ello la capacidad nacional organizada en términos de Empresa Mixta. Los primeros 28 productos se emplearán a partir del mes de noviembre de este año.
- Desarrollo del programa de Salud Rural.
  - A nivel de las Cabeceras Parroquiales importantes, este programa cuenta ya con 200 subcentros de salud. Se espera llegar a 300 al finalizar el Quinquenio. El gasto anual de operación es del orden de 800.000 dólares. El personal médico destinado a estas unidades, corresponde a los médicos recién graduados de cada promoción que deben trabajar por ley, durante un año, antes de obtener autorización legal para ejercer.

OC  
1221  
7

..../....

En la actualidad se han construido 30-  
locales y está en trámite un préstamo-  
internacional por el valor de 6 y medio  
millones de dólares U.S.A. para la constr  
trucción de 270.

Este programa ha permitido incrementar  
la cobertura con acciones de salud ha  
cia la población marginada, especial -  
mente en aspectos de inmunización y de  
atención profesional del parto, el cual  
se ha incrementado en un 6%, así como  
ha dado lugar a que las comunidades ten  
gan un nuevo criterio sobre la atención  
en salud y sobre la importancia de su  
participación y colaboración con los-  
servicios.

- Para las parroquias menos importantes-  
se continuará con la dotación de Pues-  
tos Mínimos de Salud que en número de -  
40 existen ya en el país. Son unidades  
con personal de auxiliares de enferme-  
ría para realizar acciones de atención  
médica simplificada.
- Desarrollo del Programa de Atención Médica-  
a Nivel Urbano:
  - En las Cabeceras Cantonales se ha dis-  
puesto la dotación de Centros de Salud  
Hospital con personal y equipo para rea

...../.....

lizar internación obstétrica y pediátrica e internación de corta estancia, así como atención médica ambulatoria, con énfasis en Salud Materno Infantil.

En la actualidad se está realizando la apertura de 24, construídos y equipados a un costo de 10.000.000 de dólares y se ha iniciado la construcción y equipamiento de 11 más.

- A nivel de Cabeceras Provinciales, la política de Salud se orienta a renovar la capacidad instalada o incrementarla cuando sea necesario, para disponer de atención médica en las 4 especialidades básicas tanto para la demanda de su área urbana, como para la referida técnicamente desde los servicios cantonales y parroquiales. Se encuentran en construcción y/o equipamiento 800 camas, con una inversión real de 9.6 millones de dólares y existe el financiamiento para una inversión programada de 7.200.000 dólares destinados a la construcción y equipamiento de 660 camas adicionales.

Aspecto significativo es el mejoramiento de la planta física que se está consiguiendo en algunos de los Hospitales-

13.

..../....

existentes y se encuentra en marcha el plan de reequipamiento, con asesoría técnica de la OPS, para una inversión de alrededor de 4 millones de dólares.

El total de camas que se construyen en el cuatrienio y los cambios programados en el aspecto técnico y administrativo, permitirán mejorar los actuales indicadores de eficacia y cumplir la meta de un egreso por cada 18 habitantes/año que compare favorablemente en relación a la situación actual de un egreso/24 habitantes año.

La consecución de esta meta significa necesariamente mejorar las condiciones actuales de implementación de recursos denotándose que en el aspecto de personal se espera pasar de una relación de 0.6 - personas/cama a una persona/cama en los hospitales de corta estancia, así como también mejorar los procedimientos de la gestión técnica-administrativa.

Con este objeto se está realizando la implantación de la Historia Clínica Unica-documento de incalculable valor para el mejoramiento de la calidad de las prestaciones de salud; y se está adelantando -

...../.....

Los estudios para la implantación de la "Contabilidad de Costos" a partir del -- año 1976.

En consideración al elevado costo de las acciones de internación y con el fin de solucionar la demanda creciente provocada por el proceso de urbanización del - que también participa mi país, se ha dis puesto incrementar la atención médica am bulatoria, definiendo un standard de un centro de salud por cada 30.000 habitantes.

El cumplimiento de esta meta significa - construir e implementar 51 centros adicio nales en el quinquenio de los cuales 6 - están ya en construcción.

La utilización apropiada de estas unidades y la de los Centros de Salud-Hospital y Subcentros de Salud, con énfasis en - Atención Materno-Infantil, permitirá pa sar de una relación actual de 0.8 consul tas por habitante año, a 1.2/ consultas-hab/año en 1977.

## 2- PROGRAMA DE SALUD BUCAL

Este programa se inicia con el actual gobierno y se halla dirigido fundamentalmente a satisfacer - las necesidades de la población rural dentro del



.... / ....

criterio de Saneamiento Básico Oral.

Existen 14 brigadas que utilizan personal de -- odontólogos recién graduados, en cumplimiento de su año de trabajo rural y auxiliares de odontología especialmente preparadas. Se anhela llegar a 25 en 1977.

El equipo, materiales y técnicas empleados por las brigadas son evaluados periódicamente en el Instituto de Recursos Odontológicos que se ha -- creado para el efecto, y el cual, por virtud de una resolución de la 2da REMSAA, se encuentra -- abierto a los países del Area Andina, concretamente, para coordinar los esfuerzos que en este campo se realizan y para el adiestramiento de mó dulos docentes, que serán de indudable beneficio en el desarrollo de estos programas en el Area Andina.

Cabe destacar además que, a partir de este año, se inicia el programa nacional de Fluoruración de abastecimientos de agua potable, circunstancia que contribuirá a mejorar el nivel de salud oral de nuestras comunidades.

### 3- PROGRAMA DE SALUD MATERNO-INFANTIL

Este programa se propone disminuir los riesgos de la morbi-mortalidad materna e infantil y extender la cobertura de servicios para alcanzar en 1977 una reducción de la mortalidad materna en un 26%, infantil en un 26% y del grupo de 1

*842.*

..../....

a 4 años en un 40%, así como ofrecer información y servicios adecuados relacionados con la fertilidad y esterilidad.

Las acciones realizadas y la creación de la infraestructura indicada permitirán el cumplimiento de las metas programadas y especialmente el incremento del porcentaje de atención del parto por profesionales, aspecto que concita un gran interés por parte del actual Gobierno.

#### 4 -PROGRAMA DE EPIDEMIOLOGIA

Citaré únicamente los siguientes programas:

- Ejecución del 2do año del programa de erradicación de la poliomielitis, con una incidencia submínima como resultado de esta acción.
- Iniciación del Programa de Control del Sarampión mediante inmunización masiva, con óptimos niveles de cobertura.
- Prosección de la campaña de erradicación de la Malaria con una disminución efectiva de la incidencia de esta enfermedad, lo cual ha permitido iniciar ya el proceso de transformación de la actividad específica de personal para el cumplimiento de otras funciones de tipo polivalente.
- Extensión progresiva a escala nacional del Programa de Control de la Tuberculosis, uti

..../.....

lizando métodos y procedimientos modernos - que aseguran una amplia cobertura a un costo razonable.

5- PROGRAMA DE NUTRICION

Es significativo el avance producido en esta área. Se ha conseguido el financiamiento necesario para la realización de actividades de alimentación suplementaria de tipo preventivo, dirigidos a grupos vulnerables. Se ha comenzado la preparación industrial de mezclas alimenticias, cuya aplicación se iniciará en octubre de este año y se ha intensificado el mejoramiento de los servicios de Alimentación y Dietética de Hospitales.

6- PROGRAMA DE SANEAMIENTO AMBIENTAL

El actual gobierno no ha escatimado esfuerzos para enfrentar el problema sanitario nacional para lo cual ha asignado los recursos financieros que se requiere para este objeto y ha dispuesto el mejoramiento institucional del Instituto Ecuatoriano de Obras Sanitarias (IEOS), encargado hoy no solo de la realización de obras sanitarias sino de la normatización y control del medio ambiente.

En términos de cobertura nacional de población servida con agua potable se espera llegar en 1977 al 50% y en alcantarillado al 45%, para lo cual se encuentran actualmente en construcción 26 abastecimientos de agua y sistemas de disposición de ex

..../....



cretas que superan los diez millones de dólares-  
de inversión anual, dentro de una inversión progra  
mada para el quinquenio del orden de 60 millones -  
de dólares.

Atención importante ha recibido la dotación de agua  
y de disposición de excretas para el área rural pa  
ra lo cual se ha iniciado la construcción de 3300-  
pozos y unidades de agua y la instalación de 85.000  
letrinas sanitarias, como metas para el quinquenio.

#### 7- FORMACION DE PERSONAL DE SALUD

Constituye un motivo de constante preocupación pa  
ra el Ministerio las necesidades de formación de  
personal paramédico. En el año anterior y en lo  
que va del presente, se ha realizado cursos semes  
trales de capacitación de auxiliares en servicio,-  
en tal forma que hay algunas áreas de salud que -  
cuentan con el 100% de personal capacitado.

Sin embargo, la capacidad de formación del nuevo --  
personal, es todavía limitada por lo cual ha sido  
necesario estudiar conjuntamente con las faculta -  
des, tanto nuevos planes curriculares como la crea  
ción de nueva capacidad que permita en el mediano-  
plazo, la formación del personal necesario para la  
ejecución del plan.

De esta manera, espero haber entregado una síntesis  
de la marcha actual de algunos de los programas en



..../....

cuya formulación y posterior ejecución ha participado la OPS en forma muy activa, circunstancia -- por la que expreso mi reconocimiento, en mi nombre y en el del Gobierno de mi País.

Finalmente, es mi deber destacar, que si bien han sido importantes los logros conseguidos queda mucho por hacer todavía especialmente en el control de problemas relacionados con el alcoholismo, toxicomanía, accidentes de tránsito, salud mental, etc, a cuya solución dirigiremos nuestros esfuerzos en el futuro inmediato.

---

17

1934  
U

REPORTS OF THE GOVERNMENTS OF THE ORGANIZATION ON  
PUBLIC HEALTH CONDITIONS AND PROGRESS ACHIEVED  
DURING THE PERIOD BETWEEN THE XVIII AND THE  
XIX PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCES

REPORT OF FRENCH ANTILLES

## I - EVOLUTION DEMOGRAPHIQUE

Les trois départements des Antilles et de la Guyane Française ont une physionomie très différente. Tandis que la GUADELOUPE et la MARTINIQUE possèdent pour une surface limitée 1 778 km<sup>2</sup> et 1 100 km<sup>2</sup> un nombre d'habitants assez important 312 700 habitants et 320 000 habitants au dernier recensement qui remonte à 1967, la GUYANE pour une superficie de 90 000 km<sup>2</sup> ne totalisait que 46 803 habitants à la même date.

Les taux d'accroissement (autour de 2,5 % en 1968) de la population sont élevés, mais ont tendance à diminuer aux Antilles sous la double influence de la baisse de la natalité et de l'émigration.

La baisse de la natalité est surtout sensible en MARTINIQUE. Le nombre de naissances y est passé de 10 474 en 1968 à 7 334 en 1973 ce qui, compte tenu des estimations de population actuelle correspond à des taux de 32 et 23 ‰ habitants.

L'évolution est un peu moins rapide en GUADELOUPE.

Elle est la conséquence de l'utilisation progressive des méthodes contraceptives qui commencent à se répandre.

Quant à la GUYANE elle enregistre une situation à peu près stable mise à part une chute nette des naissances (en 1973 1 474 naissances contre 1 647 en 1972) qui est peut-être épisodique.

Les émigrations proviennent surtout des départs des jeunes vers la France Métropolitaine pour des motifs professionnels.

Il n'existe pas encore d'université médicale aux Antilles. La question en est actuellement aux études préliminaires. Les étudiants se rendent en majorité à BORDEAUX mais les périodes de stages terminaux se font dans les hôpitaux locaux ce qui favorise le retour dans ces départements des jeunes médecins.

## II - LA SITUATION SANITAIRE

Les données dont on dispose pour évaluer l'évolution de la situation sanitaire sont surtout celles qui concernent la mortalité. En effet celles qui ont trait à la morbidité proviennent le plus souvent des déclarations des médecins qui

même quand elles sont obligatoires ont un caractère très partiel et ne reflètent pas la situation réelle. Elles permettent cependant parfois d'approfondir quelques tendances à l'aide de recoupements.

Quelques enquêtes particulières ont été menées localement ou sur le plan national. C'est le cas pour les parasitoses où les services de santé ont procédé à des études localisées, et où l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale procède actuellement à une enquête épidémiologique.

Une enquête systématique a été menée également en GUADELOUPE sur les différents gîtes des schistosomes par l'association de différents départements de recherche nationaux.

Des données disponibles résultent un certain nombre d'observations.

Dans certains domaines comme celui de la P.M.I. des progrès ont été réalisés aux Antilles.

En 1973 le taux de mortalité infantile était de 30,76 pour 1000 naissances vivantes en MARTINIQUE, 36,6 ‰ en GUADELOUPE.

Les statistiques recueillies en GUYANE sont beaucoup moins favorables. Depuis 1970 les taux de mortalité infantile se maintiennent aux alentours de 46 ‰ naissances vivantes. Toutefois en 1973 on constate une hausse brutale, dont on recherche l'explication, à 61 ‰.

Dans ces chiffres figurent évidemment les décès enregistrés parmi les populations migrantes qui sont très importantes en GUYANE.

La mortalité est elle-même encore trop élevée bien qu'elle ait accusé une baisse sensible. Elle dépasse cependant partout 30 ‰ naissances.

La mortalité maternelle ne diminue que lentement.

La mortalité par tuberculose a beaucoup diminué. Elle oscille autour de 10 ‰ dans les Antilles depuis ces dernières années. Si l'on se base sur le nombre de déclarations effectuées (la tuberculose est une maladie à déclaration obligatoire) on constate au fil des années une tendance nette à la diminution (en GUADELOUPE 119 cas déclarés en 1973 contre 241 en 1970, en Guyane 24 en 1973 contre 56 en 1971).

Les chiffres de la MARTINIQUE sont plus fluctuants. La tuberculose des enfants devient rare.

La situation sanitaire est très satisfaisante en ce qui concerne la poliomyélite. Deux cas seulement ont été enregistrés en GUYANE en 1973.

Pour d'autres affections la situation est sensiblement stationnaire. C'est le cas pour le tétanos ou l'on constate chaque année un ou plusieurs décès en GUYANE, 8 à 10 en GUADELOUPE, autour de 5 en MARTINIQUE.

Les cas déclarés de typhoïdes et de paratyphoïdes sont également stationnaires. Les déclarations sont beaucoup plus nombreuses en MARTINIQUE (31 en 1973).

La diphtérie n'a pas totalement disparu. Quelques cas isolés apparaissent encore et surtout un foyer s'est déclaré en 1970 en GUADELOUPE : 121 cas et 8 décès. Bien que la vaccination soit obligatoire on s'est aperçu à cette occasion qu'une proportion notable d'enfant y avait échappé.

Les cas connus de lèpre ne montrent pas d'évolution favorable : aux alentours d'une centaine de nouveau cas en GUADELOUPE chaque année, d'une trentaine en MARTINIQUE, d'une cinquantaine en GUYANE.

On ne peut pas tirer de conclusion sur les chiffres plus faibles observés en MARTINIQUE car le dépistage y est moins intense.

Cependant d'une façon générale, un élément favorable est à considérer, la précocité des dépistages.

L'alcoolisme se maintient à un taux élevé bien qu'une étude sur la consommation du rhum en MARTINIQUE montre une diminution considérable de cette consommation dans l'île. Toutefois la mortalité dans ce même département oscille entre 7 et 11 pour 100 000 habitants.

L'alcoolisme est responsable d'un très grand nombre d'hospitalisations en milieu psychiatrique.

Il est extrêmement difficile d'évaluer les tendances des maladies vénériennes en raison de l'inconstance des déclarations pourtant obligatoires.

En GUADELOUPE par exemple on obtient les chiffres suivants :

- 309 déclarations de syphilis en 1971
- 312 déclarations de syphilis en 1972
- 154 déclarations de syphilis en 1973.

En GUYANE les chiffres sont de :

- 41 syphilis en 1971
- 94 syphilis en 1972
- 76 syphilis en 1973

Il faut cependant se garder de conclure <sup>à</sup> l'augmentation réelle des cas car l'accroissement des déclarations en 1972 a correspondu à l'introduction d'un médecin spécialiste dans le département et à une amélioration certaine des déclarations.

Un sujet de préoccupation au cours de ces dernières années a été le paludisme, on a en effet constaté en GUYANE un accroissement considérable du nombre de cas :

- 41 en 1970
- 112 en 1971
- 161 en 1972
- 375 en 1973

Il s'agissait toujours de PLASMODIUM FACIPARUM.

Deux caractéristiques principales à cette poussée de paludisme :

- 1) Les cas ont débordé les zones d'attaque de forêt pour se propager à la région côtière urbanisée où se sont rassemblés la majorité des cas.
- 2) Des cas de résistance à la CHLOROQUINE ont été décelés et traités par le FANSIDAR.

Les mesures nécessaires ont été prises et on assiste actuellement à une régression nette de la poussée.

Aucun cas n'est noté depuis des années aux Antilles.

Les parasitoses constituent un des problèmes les plus importants. Les statistiques de mortalité et les déclarations reflètent mal la situation en raison des intrications pathologiques multiples.

Des enquêtes partielles sur des enfants scolarisés ont montré que les contaminations atteignaient jusqu'à 90 % de cette population, le plus souvent il s'agit de polyparasitoses.

En GUADELOUPE, et à un moindre degré en MARTINIQUE, on observe le nombreux cas de schistonomias.

Cette situation offrant un caractère de gravité, le gouvernement a décidé d'inscrire les parasitoses parmi les priorités et de compléter son information par des enquêtes épidémiologiques sur lesquelles pourront s'appuyer les actions à développer.

Il n'est pas mentionné de dengue mais on commence à mettre en place une surveillance épidémiologique de cette affection.

### III - LA PROGRESSION DES MOYENS

Les moyens dont disposent les trois départements sont en progression quantitativement et qualitativement.

Le nombre de médecins atteint en 1973 en MARTINIQUE 288 (contre 207 en 1970) soit 0,8 ‰ habitants;

En GUADELOUPE 205 (contre 174 en 1971) soit : 0,6 ‰ habitants ;

En GUYANE 41 soit : 0,9 ‰ habitants.

Leur nombre est cependant loin d'atteindre les chiffres souhaitables et les efforts de formation sont activement développés.

En outre la concentration dans les villes laissant ces régions rurales trop démunies est la règle, les médecins étant concentrés sur FORT DE FRANCE en MARTINIQUE, POINTE A PITRE et BASSE TERRE en GUADELOUPE, CAYENNE en GUYANE.

En dehors du système hospitalier qui a un recrutement propre, l'exercice de la médecine de soins est libéral comme dans le reste de la FRANCE, à l'exception de la GUYANE où, en dehors de CAYENNE, ce sont des médecins dépendant des services de santé qui l'assurent.

Dans les autres départements, seuls les médecins de prévention dépendent des services de santé.

Les établissements hospitaliers sont en général bien répartis et globalement suffisants sur le plan quantitatif.



Seule la répartition des lits entre les différentes disciplines demande parfois à être corrigée : légère insuffisance des services chirurgicaux en MARTINIQUE, déficit net des lits de maternité en GUYANE sous la pression de l'accroissement des accouchements en maternité.

La répartition des lits suivant les trois grandes disciplines dans chaque département est indiquée ci-dessous :

Nombre de lits et indices lits population dans les principales disciplines.

	MARTINIQUE		GUADELOUPE		GUYANE	
	NOMBRE DE LITS	INDICES L/P	NOMBRE DE LITS	INDICES L/P	NOMBRES DE LITS	INDICES L/P
Médecins et spécialités médicales	1 802	5 %	1 728	5 %	276	6,1 %
Chirurgie	728	2,1 %	1 025	3 %	151	3,5 %
Gynécologie obstétrique	728	1,1 %	423	1,2 %	28	0,6 %

C'est donc essentiellement sur la qualité des services et non sur leur augmentation que l'on oriente les efforts : élévation du niveau technique par une amélioration des installations et surtout par la qualification améliorée du personnel.

C'est ainsi que l'on voit peu à peu se développer la tendance vers certaines spécialisations essentielles et qui manquaient jusqu'à présent : pédiatrie, cardiologie par exemple.

En même temps le nombre de médecins utilisés à plein temps dans les hôpitaux augmentent de façon régulière ainsi que le nombre d'infirmières.

Les hôpitaux les plus importants sont en voie de rénovation ou de reconstruction,

- par exemple à POINTE A PITRE et FORT DE FRANCOISE ce qui améliorera l'évolution souhaitable.

Les dispensaires sont très décentralisés et rapprochés de la population. Ils assurent en GUYANE la totalité des soins curatifs et préventifs, sont seulement des centres de prévention en GUADELOUPE et assurent les soins infirmiers et la prévention en MARTINIQUE.

#### IV - LA POLITIQUE ET LES ACTIONS POURSUIVIES

On peut caractériser la politique que l'on cherche à poursuivre par plusieurs options essentielles :

1 - l'accent mis sur la prévention en particulier la prévention primaire ;

2 - l'intégration progressive de la prévention dans le système de soins ;

3 - le renforcement de la concentration des actions entreprises qu'elles dépendent ou non exclusivement du dispositif de santé ;

4 - le développement des soins ambulatoires afin de réduire au maximum les hospitalisations.

Il s'agit là d'une progression lente qui suppose de surmonter des préjugés et ces habitudes inhérentes à la médecine traditionnelle.

Cependant le développement des mesures de prévention primaire comme l'amélioration de la nutrition, l'assainissement et, dans le domaine de la santé mentale, le maintien de condition de vie favorisant l'équilibre, est primordial. En ce qui concerne l'alimentation des enfants souvent carencée en protides, la généralisation des cantines scolaires a permis d'améliorer déjà certaines situations. Beaucoup reste à faire notamment chez les plus jeunes enfants.

L'amélioration des mesures d'assainissement et d'alimentation de toutes les habitations, même isolées, en eau potable fait l'objet d'une étude surtout dans le cadre d'actions concertées pour la lutte contre les parasitoses. Ces mesures dépassent évidemment le cadre des seules parasitoses.

L'intégration de la prévention dans le dispositif général de soins se met en place de façon sporadique. Il n'est pas aisé de passer d'un système séparé au système intégré. Elle est cependant réalisée en GUYANE pour la lutte contre la lèpre, commence à s'organiser pour la lutte contre les maladies vénériennes et la tuberculose, se développe peu à peu pour la santé mentale.

Le principe est de charger une équipe médicale à la fois d'un service d'hospitalisation et d'un secteur de prévention.

Les actions concertées trouvent un bon exemple dans le programme de lutte contre les parasitoses actuellement en cours d'étude dans les Antilles.

Il s'appuie sur une enquête épidémiologique et prévoit une progression par zones d'une série de mesures systématiques.

- éducation de la population
- assainissement
- dépistage et traitement.

Une zone pilote a été choisie en GUADELOUPE pour essayer les méthodes.

Sans vouloir décrire les actions entreprises au cours de ces dernières années nous insisterons sur certaines d'entre elles plus intéressantes à analyser.

En matière de protection maternelle et infantile on a essayé d'améliorer la situation dans plusieurs axes et notamment le renforcement de la surveillance sanitaire auprès des sujets à hauts risques qu'il s'agisse de futures mères ou des jeunes enfants.

A cet effet des maternités mieux équipées ont mises en place à FORT DE FRANCE et POINTE A PITRE de même en GUYANE.

Des services de pédiatrie ont été mis en place à BASSE TERRE, à CAYENNE, renforcés à POINTE A PITRE et FORT DE FRANCE, cela avec la volonté d'aboutir à une symbiose entre les aspects curatifs et préventifs comme on l'a déjà signalé.

Le département de la GUADELOUPE qui ne possédait pas, seul parmi les trois départements, de médecins responsable de la P.M.I. en a recruté un en 1973.

Les centres de P.M.I. sont suffisamment nombreux mais insuffisamment fréquentés. Un double effort est poursuivi : l'éducation de la population et l'élévation du niveau technique des centres.

Par contre le nombre d'accouchements en milieu hospitalier représente la quasi totalité, surtout aux Antilles. Mais les délais de transports sont encore parfois excessifs et le travail trop prolongé.

En matière de lutte antituberculose la nouvelle organisation assurant la continuité entre la prévention et les soins se met en place. Ces dernières années ont vu la généralisation de la vaccination B.C.G. et l'intensification des dépistages radiophotographique chez les adultes.

Il convient d'améliorer notre connaissance épidémiologique des groupes les plus exposés afin d'orienter le dépistage en fonction des risques les plus élevés.

Enfin certaines actions de dépistage ou de prévention telles que les vaccinations doivent peu à peu être davantage intégrées dans l'ensemble des services de santé publique où ils ne le sont encore que trop modestement.

Les vaccinations ont été développées avec succès. Les vaccinations obligatoires sont celles contre la variole, la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite et la tuberculose.

En GUYANE seulement la la vaccination contre la fièvre jaune est obligatoire pour les personnes qui y séjournent plus de 15 jours.

D'une façon générale on peut dire que la population jeune est bien vaccinée à 80 % environ. Mais à part le département de la MARTINIQUE qui a développé des vaccinations précoces, elle l'est trop tardivement et c'est dans ce sens que l'on doit orienter la politique.

Le dépistage de la lèpre s'est développé en GUYANE il est systématique chez les enfants. En GUADELOUPE il est maintenant bien établi et débute à la MARTINIQUE où un médecin responsable de l'organisation générale vient d'être désigné.

On attache une réelle importance à une infrastructure suffisante sur le plan de la santé mentale et à une présence psychiatrique dans les équipes hospitalières et de santé publique. C'est dans ce sens que s'organise la lutte contre les maladies mentales, rapprochant le plus possible de la population les consultations ou les conseils. La rapidité de l'évolution est freinée par le nombre encore limité de psychiatres mais, depuis déjà plusieurs années, la psychiatrie aux Antilles n'est plus seulement exercée dans l'enceinte d'hôpitaux psychiatriques.

La lutte contre le paludisme en GUYANE a été reconsidérée récemment au moment de la poussée des cas signalés.

La lutte antianophèle sous forme de pulvérisation de D.D.T. bi-annuelle, le traitement chimioprophylactique et les enquêtes sont systématiques.

Les résistances de l'anophèle et du plasmodium font l'objet de vérifications répétées. Jusqu'à présent on n'a pas observé de résistance au D.D.T. de l'anophèle.

Par contre les résistances du plasmodium à la chloroquine constatées dans quatre cas rendent d'autant plus vigilant à cet égard.

La lutte contre l'aedes Aegypti se heurte à des difficultés liées essentiellement à des problèmes d'organisation, d'encadrement, et de continuité d'action.

Le changement fréquent des responsables est un des facteurs d'échec aux Antilles. Les indexes stégomyiens demeurent élevés et dépassent constamment 10. En GUYANE par contre ils avoisinent 0 dans la plupart des localités.

Une réorganisation des services de lutte anti-aedes est en cours aux Antilles mais il s'agit avant tout de persévérer.

Telles sont les principales lignes de développement de la situation sanitaire dans les trois départements des Antilles et de la GUYANE au cours de ces dernières années.

Malgré les améliorations obtenues dans certains domaines celle-ci reste encore sujet de préoccupations et demande une mobilisation constante.

On se trouve désormais bénéficiaire d'une infrastructure déjà assez solide qui permet d'espérer pour l'avenir des résultats favorables.

Les efforts poursuivis porteront essentiellement sur la qualité des soins, le personnel et l'organisation de façon à harmoniser les actions développées dans les secteurs d'activités multiples de la santé publique et en particulier les secteurs préventifs et curatifs.

1974

GUYANA

Important Developments and Advance in Health from

1970 - 74.

In the Health Plan which was completed in 1970, the Government of the Co-operative Republic of Guyana accepted responsibility for:

- (i) Ensuring the provision of high quality basic health services to all its citizens;
- (ii) ensuring the equitable distribution of health services throughout the country in order that such services will be within reasonable distance of all citizens;
- (iii) dealing with problems and situations which are beyond the capacity of the individual to solve.

The objectives of the Ministry of Health were determined to be:

- (i) Improvement of the Health Services both qualitatively and quantitatively;
- (ii) minimization and effective utilization of available financial material and human resources;
- (iii) emphasising the preventive and promotional aspects of health care;
- (iv) integration of the Curative and Preventive Services so that the concept of a comprehensive Health care programme for the individual and his family could be developed;
- (v) reduction of the mortality and morbidity rates, and increasing the life expectancy at birth to comparable levels of the developed countries.

To attain these objectives, high priority was given to the training and development of human resources. PAHO/WHO assistance was given in the form of Short Term Fellowships for the training of local staff and in visits by PAHO/WHO Short Term Consultants. The Ministry of Health continued its customary training and these programmes were evaluated and curricula up-graded and improved. The following categories of workers were affected.

- (i) MEDICAL TECHNOLOGISTS;
- (ii) PHARMACY STUDENTS;
- (iii) PUBLIC HEALTH NURSES AND PUBLIC HEALTH INSPECTORS;
- (iv) PROFESSIONAL NURSES AND NURSING ASSISTANTS;
- (v) DISPENSERS;
- (vi) NUTRITION AIDES;
- (vii) DIETETIC AIDES;
- (viii) HEALTH EDUCATION AIDES;
- (ix) DENTAL AUXILIARIES;

Other important developments and advances were made in the following areas:

(i) Maternal & Child Health

A Maternal and Child Health Committee was set up and a manual was prepared. A special pilot malnutrition clinic was set up at the referral hospital in Georgetown and family counselling services were made a part of the Maternal and Child Health Services.

(ii) Veterinary Public Health.

A Veterinary Public Health Unit was established in the Ministry during the latter part of 1972. Its specific objectives are:

- (a) the control and eradication of diseases that are transmissible from animals to man
- (b) the development and execution of effective programs of meat and milk hygiene and public health research;
- (c) the education and training of professional and auxiliary workers in the veterinary aspects of Public Health;
- (d) improvement in the disease reporting and surveillance system.

To accomplish these, a program of surveys was undertaken during 1973. The surveys covered slaughter houses, meat processing establishments, municipal establishments, milk plants, existing dairies, existing manpower in meat and milk inspection services, available laboratory facilities for meat and milk control. A sample survey for the presence of leptospirosis and brucellosis in the human and animal population was also undertaken. A comprehensive report covering the findings of the survey and recommendations for a program of work was submitted.

(iii) Health Education.

The head of this unit who had received a PAHO/WHO Fellowship returned in 1970 and resumed duty. The objectives of the unit are:

- (i) Improvements in the administrative structure to facilitate both increase services and efficiency of the unit.
- (ii) improve planning and organization of the educational component of Ministry of Health Programmes;
- (iii) Staff Education and Public information.

Most of these objectives are being met, but the greatest impact has been made in the Maternal and Child Health Programmes and the School Health Education Programme. In this latter programme a School Health Education Committee was formed in 1973 and the following activities initiated:

- (i) Review and design of the health curriculum for primary schools to cover 7 basic areas;
- (ii) selection of pilot schools for testing participation in the project;
- (iii) testing booklets for the youngest school age groups - for level of comprehension and relevance;
- (iv) a Health Teaching Workshop for Kindergarten teachers.

This Unit was also involved in the current training programme of Public Health Inspectors, Public Nurses, Medical Auxiliaries and the teaching of Health to College and Secondary teachers.

(iv) Nursing

Attention has also been paid to the Curricula basic nursing programmes. The Nursing Assistant programme has been evaluated and recommendations made for improvement. A tool has been developed for studying the activities of midwives in Regional hospitals, Districts Hospitals and domiciliary service with a view to determining their utilization.

(v) Nutrition

A National Food and Nutrition Survey took place from mid April to late June, 1971 through the collaborative efforts of the Government of Guyana and the Caribbean Food and Nutrition Institute. The Final Draft Report became available



in early 1974.

Recommendations for action were made in the following areas:

- (i) Food Economics (Importation and Development);
- (ii) Food Production;
- (iii) Clinical Procedures;
- (iv) Education and Promotion;
- (v) Facilities and Services.

The Report is now being studied and plans are being made for implementation of these recommendations. The Public Health Nutritionist who was appointed in April, 1974 is also developing with assistance from PAHO/WHO Consultant a National Food and Nutrition Policy.

(vi) Epidemiological Surveillance.

A Medical Officer of Health who received training through a PAHO/WHO Fellowship returned in late 1973. He is now engaged in the organization of a Unit.

(vii) Sewage and Water Services

These are not under the control of the Ministry of Health but mention must be made that feasibility studies, plans and designs for the implementation of improved sewage systems in the main and rural areas of population control have been initiated. Pure Water supply system is also being expanded by the relevant body to ensure that adequate supplies of water are available not only for the improvement of health standards but also to meet the requirements of agricultural and industrial development.

(viii) Administration.

In order to improve the efficiency at the central level the Ministry of Health with assistance from PAHO/WHO has initiated studies evaluating the administrative machinery.