

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES  
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES SOCIALES

7

CONTRIBUCIONES

SITUACION SOCIOLABORAL Y ACCESO  
A LOS SERVICIOS DE SALUD: EL  
ESTADO DE LOS PROGRAMAS DE  
SALUD RURAL EN COSTA RICA<sup>1</sup>

ANTONIO MCHUGH

Consejo Editorial: Licda. Dina Krauskopf, Msc. Sui Moy  
Li, Dr. Héctor Pérez, Dr. Tom s Guerra.

Apoyo Administrativo: Coordinación, Lisbeth Vega;  
Secretaria, María Isabel Moreno; Auxiliar de Imprenta,  
Jorge Oconitrillo.

Diseño de Portada: Sonia Calvo.

Octubre, 1990

---

<sup>1</sup> Este es un producto del proyecto de investigación  
Participación Social y trabajo temporal Agrícola. Costa Rica"  
PSTTA-COSTA RICA), realizado en el IIS en coordinación con el  
SUCA 1987 y 1989.

## INDICE

Presentación	i.
Introducción	1.
1. La estrategia analítica y técnica.	3.
2. La disponibilidad de servicios por zona geográfica.	8.
3. El acceso diferencial según modalidades de contratación.	13.
3.1 Trabajadores asalariados fijos.	14.
3.2 Trabajadores temporales	18.
3.3 Los pequeños productores agropecuarios (categoría de los cuenta propia)	23.
Anexo de cuadros y gráficos	31.
Bibiografía	62.

## PRESENTACION

El presente trabajo titulado "Situación sociolaboral y acceso a los servicios de salud: el estado de los programas de salud rural en Costa Rica", elaborado por Antonio McHugh, forma parte de los resultados del proyecto de investigación "Participación social y trabajo temporal agrícola en Costa Rica" (PSTTA-Costa Rica), el cual se realizó en el Instituto de Investigaciones Sociales en coordinación con el CSUCA entre 1987-1989.

En lo sustancial el documento centra su atención en el análisis de las condiciones dentro de las cuales los trabajadores agrícolas y sus familias, logran o no el acceso y la incorporación a los Programas de Salud Rural en Costa Rica, y en qué medida la situación sociocupacional establece diferencias entre ellos con respecto a sus posibilidades de participación en comités de salud.

El estudio pone en evidencia algunos contrastes importantes en cuanto al alcance de los Programas de Salud Rural, determinados en gran parte por el acceso a la tierra y la temporalidad del empleo.

No hay duda en considerar este trabajo un aporte necesario para ampliar y profundizar el conocimiento sobre las condiciones de vida y de salud de los trabajadores agrícolas, así como para evaluar el impacto de las políticas de salud orientadas a este sector.

En este sentido Contribuciones acoge y publica este nuevo número para continuar con su línea de promover el debate y la difusión del conocimiento.

Mayra Achio  
Directora a.i.

## INTRODUCCION

Es lugar común señalar que el papel primordial de la seguridad social es al mismo tiempo económico y político.

Convertida en proposición, esta afirmación da por un hecho -entre otras cosas-, que la necesidad de mejorar los indicadores de salud (p.e.), se inscribe dentro de una estrategia determinada por la búsqueda de la eficiencia del factor trabajo, dando por sentado igualmente, que en esta búsqueda, la necesaria canalización de recursos humanos y técnicos crea una infraestructura capaz de concentrar capitales susceptibles de ser distribuidos bajo la forma de beneficios sociales y económicos dentro de la población, lo que hace que por esta vía se convierta en un mecanismo atemperador de las posibles tensiones entre fuerzas sociales contrapuestas por definición.

Los extremos implicados en esta aseveración imponen al menos aclarar en qué sentido se le atribuye a la seguridad social el papel de incentivador de la eficiencia del factor trabajo, por qué se le considera como mecanismo distributivo y se le supone factor coadyuvante de la "estabilidad social". Por último, bajo cuales condiciones se da este proceso, lo que necesariamente debe ser resultado del análisis empírico.

No hay duda de que la producción como categoría analítica es el eje que mantiene y da sentido a este conjunto de razones. En el primer sentido (estrictamente económico), el suponer las políticas de seguridad social en el campo de la salud como necesarias para la búsqueda de una mayor eficiencia del factor trabajo, se alude a la productividad en términos del mejor resultado (cuantitativo y cualitativo) esperado por inversión hombre. Mas allá de la teoría de la utilidad marginal y el concepto de los rendimientos decrecientes, esta concepción puede inscribirse en el marco de la teoría marxista a propósito de la investigación sobre las condiciones que aseguran la reproducción de la fuerza de trabajo, siendo particularmente ilustrativo al respecto el enfoque dedicado al proceso de valoración de la fuerza de trabajo. En el segundo caso, al ser considerado como un mecanismo distributivo, no es de mas aclarar el vínculo existente entre producción y distribución. Vista unilateralmente, la distribución puede considerarse como 1) el reparto de lo producido de acuerdo a ciertas leyes sociales, apareciendo por tanto como un momento posterior a la producción. Sin embargo, para que se dé esta situación, es necesaria 2) la subsunción de los individuos en determinadas relaciones de producción, anteponiéndose a la distribución de productos la de los instrumentos de producción y de los miembros de la sociedad entre las distintas ramas de la producción (MARX: 16). Lo mismo cabe con respecto a la distribución de los agentes de la producción en cada una de

las ramas, que en dependencia del lugar que ocupen en el proceso productivo serán retribuidos: unos a través del salario, otros a través de la renta territorial, la ganancia o el interés en el caso particular de las sociedades capitalistas.

Siendo este el punto clave para la determinación de las clases sociales, se debe aclarar que la simple instauración de los agentes en el proceso productivo impide comprender en toda su dimensión este concepto. Esto se afirma al constatar que toda clase social se define también a partir de su opuesto. De allí que dentro de su análisis, debe ocupar un lugar importante las relaciones (sociales, políticas e ideológicas) que se instauran entre ellas. Solo así se aclara en qué términos se manifiesta la lucha de clases ("motor de la historia") y se comprende la dirección de los acontecimientos en una formación social determinada.

Por no ser este el lugar para una discusión pormenorizada del concepto de clase social ni tampoco de las implicaciones del debate que a su alrededor se da en el seno de la teoría social, al menos se considera necesario retener estos aspectos que delimitan su campo de aplicación y que permitirán ver sus alcances explicativos con respecto al objetivo de este trabajo. En este sentido es importante subrayar la necesaria vinculación entre lo económico, lo político y lo ideológico que subyace en las relaciones sociales de producción que establecen los hombres entre sí y que surgen a partir de las relaciones de producción (entendidas como momento de la instauración de los agentes de la producción, no de las clases sociales)<sup>2</sup>. En tanto esas relaciones sociales son el dominio de las prácticas de los agentes instaurados como clases, cada una de ellas será reflejo del grado de contradicciones entre ellos existente, pudiéndose deducir la presencia de diferentes prácticas (ideológicas y políticas) a partir de estas relaciones que son precisamente el lugar de la determinación de las clases.

Una de las implicaciones de este esquema (y que se desea subrayar), es que no puede emprenderse un análisis de las clases más que en sus relaciones con los aparatos de Estado (POULANTZAS, 1985: 25). Vista la relación de esos aparatos con las clases sociales, es comprensible su función en el mantenimiento de la unidad y cohesión de una formación social. Esto necesariamente obliga a ver en estos aparatos los reflejos de la lucha de clases en tanto son el lugar donde se condensan y materializan las relaciones políticas e ideológicas. En este sentido, cualquier rama de este aparato (por ejemplo las instituciones encargadas de la seguridad social) reflejará las relaciones de clase y por tanto

<sup>2</sup>Para la distinción relaciones de producción-relaciones sociales de producción y una exposición detallada de la determinación estructural de las clases sociales, véase POULANTZAS, 1975: Cap II.

expresará el estado y grado en que la lucha entre ellas se mantiene. De allí que se les puede considerar como lugar de transacciones, concesiones e imposiciones que surgen en el cumplimiento del objetivo principal de mantener la unidad y cohesión de una formación social, siendo posible deducir de este planteamiento la conclusión de que el diseño de las políticas en el seno de los aparatos de estado y sus ramas no escapan de esta determinación. Esto haría posible comprender el carácter de las políticas, no viendo a través de ellas el simple impulso de un Estado situado por encima de las clases sociales, sino el reflejo y cristalización de las luchas políticas, ideológicas y económicas que se dan en el seno de las formaciones sociales.

Esto permite entender los alcances y las implicaciones implícitas en la afirmación inicial de este trabajo.

Dentro de este marco de consideraciones se trató de investigar el estado de los programas de salud rural -en el entendido de que en tanto son resultado de decisiones políticas, deben considerarse producto de relaciones que reflejan un estado de dominación que está en consonancia con las relaciones de fuerza reales coexistentes en una sociedad concreta-, a través del análisis de algunas variables que informan acerca de las condiciones dentro de las cuales los trabajadores agrícolas tienen acceso a estos programas y del estado que presentan los mismos.

Sin embargo antes de la exposición de sus resultados, es necesario explicar las características que delimitaron el estudio, la población que fue su objeto y los alcances (límites) de la generalización de sus resultados a partir de la muestra que se empleó.

## 1. La estrategia analítica y técnica<sup>1</sup>.

i. El problema central de investigación consistió en precisar las condiciones dentro de las cuales los trabajadores agrícolas (campesinos semiasalariados y asalariados permanentemente temporales) y sus familias, logran o no tener acceso e incorporarse a los programas de Salud Rural en Costa Rica y en qué medida la situación sociocupacional establece diferencias entre ellos con respecto a sus posibilidades de participación en comités de salud. Este concepto de participación se definió como el grado y las condiciones en que la población del estudio, tiene acceso a las estructuras de servicios de salud y se

<sup>1</sup>Los cuatro primeros puntos contemplados en este apartado son un resumen y adecuación tomado del proyecto que sirvió de base a esta investigación. Véase LEON: 1986.

vincula a las instancias de organización colectiva que tienen la finalidad de promover el desarrollo sanitario de las comunidades. Entendida como delimitación, sitúa el fenómeno de la participación social dentro de las condiciones más elementales de inclusión-exclusión participativa. La razón que justificó definirla así sin que se incluya la capacidad de intervenir en la orientación de ellas, obedece a que así se evitaba predeterminar requisitos de calidad de la participación. De este modo, el análisis permitiría considerar desde el nivel más elemental de participación hasta niveles superiores (determinados grados de intervención), cuando estén presentes.

ii. Por razones metodológicas y prácticas, el estudio se concentró en regiones desarrolladas dentro del contexto de la estructura agraria espacial, y en espacios de especialización productiva cafetalera. En estas regiones se encuentran lugares de residencia habitual de campesinos semiasalariados y de asalariados permanentemente temporales. Además, al situarse la investigación en regiones de mayor desarrollo relativo, tal característica permitió analizar en qué medida ese mayor desarrollo se asocia o no con mejores condiciones de acceso a los programas de salud rural, dado que en dichas regiones tiende a concentrarse muchos recursos institucionales.

iii. Las regiones agrícolas económicamente más desarrolladas en el contexto nacional no son homogéneas. De allí que la selección se realizó considerando ese desarrollo desigual que es particularmente importante por ser uno de los determinantes de las migraciones temporales dentro de las regiones agrícolas más desarrolladas. Los habitantes de las comunidades ubicadas en los contextos microrregionales menos desarrollados dentro de las regiones desarrolladas, tienden a desplazarse a lugares de mayor desarrollo durante la cosecha de café. Esto permitió que el estudio considerara, aunque en esta forma limitada, uno de los efectos sociales más importantes de la temporalidad del empleo: la migración estacional.

iv. El estudio se concentró en primera instancia, en los trabajadores agrícolas que recurrentemente trabajan como asalariados temporales, tanto en el café como en otros cultivos dentro de la región en estudio y cuya condición ocupacional habitual es la de campesinos semiasalariados o asalariados permanentemente temporales. Los primeros corresponden a productores minifundistas, para los cuales los ingresos generados por la explotación de sus parcelas son insuficientes para satisfacer las necesidades familiares y, por tanto, trabajan

temporalmente como asalariados, especialmente durante los periodos de cosecha.

Los asalariados permanentemente temporales son trabajadores agrícolas sin tierra o con acceso a muy pequeñas parcelas, que en la práctica solamente constituyen sitio de vivienda, con nula o insignificante producción, y cuyo desenvolvimiento económico habitual depende de contratos por periodos definidos para labores de cultivo y cosecha.

En segundo término se incluye a la población clasificada censalmente como inactiva, que realiza recurrentemente trabajo asalariado temporal en labores de cosecha, y cuya residencia habitual es el medio rural.

Los asalariados permanentes, que además de ocuparse de manera estable en fincas capitalistas, participan en labores de cosecha, a menudo bajo condiciones de pago a destajo, no son considerados en la categoría de trabajadores temporales, dado que sus condiciones socioocupacionales habituales definen marcos normativos y de estabilidad laboral diferentes y, por lo tanto, pueden encontrarse condiciones de participación diferentes.

v. Tomando en cuenta estos detalles se logró tipificar las microrregiones con base en dos variables fundamentales: la cobertura de los servicios de salud rural y la emigración de trabajadores temporales como indicador de problemas de empleo, lo cual permite disponer de "situaciones tipo".

Esta tarea se realizó sobre la base de la información de campo y permitió tipificar todos los lugares poblados de los tres cantones escogidos, llegando a la conformación de cuatro grupos según la cobertura de servicios de salud y la expulsión de trabajadores temporales. Para la realización de este trabajo se efectuó una revisión detallada de toda la información obtenida en cada uno de los lugares poblados visitados, logrando determinar para cada uno de ellos el grado de cobertura de servicios de salud (alta, media, baja o nula) y de expulsión de trabajadores temporales (nula, baja, media y alta). Esto llevó al agrupamiento de las comunidades o lugares poblados en cuatro estratos según las características de esas variables.

vi. Para la selección de los poblados en que se aplicaría el estudio se decidió diseñar un procedimiento de muestreo que permitiera incluir alrededor de 400 familias. Esto significó un número aproximado a las 100 familias en cada uno de los estratos, lográndose identificar por medio de este procedimiento:

**A. Areas con alta o media cobertura en servicios de salud y alta o media expulsión de trabajadores temporales agrícolas (Subzona A).**

Los poblados de este estrato se ubicaron en 5 localidades distribuidas en los cantones de San Ramón y Palmares:

- a) Caseríos de Piedades Norte y La Paz del distrito de Piedades Norte de San Ramón.
- b) Caseríos de Alfaro y Catarata del distrito de Alfaro de San Ramón.
- c) Caserío de Salvador y sus alrededores del distrito de Piedades Sur de San Ramón.
- d) Caserío de Carrera Buena del distrito de Zapotal de San Ramón.
- e) Distrito de Zaragoza de Palmares, con excepción del caserío de Calle Vargas.

De este grupo de comunidades los sectores b) y e) fueron eliminados por ser zonas suburbanas.

**B. Areas con alta o media cobertura en servicios de salud y baja o nula expulsión de trabajadores temporales agrícolas (Subzona B).**

Para el análisis de este estrato, se ubicó la muestra en los distritos de Candelaria y Santiago del cantón de Palmares.

Por ser un área relativamente extensa y con alta población, fue necesario hacer una selección con base en los segmentos definidos para los censos nacionales de 1984. Así, a partir de un total de 15 segmentos, fueron seleccionados 5 utilizando una probabilidad proporcional al número de viviendas en 1984. Posteriormente se dividió cada segmento en áreas de 10 viviendas, seleccionándose finalmente 2 de éstas en cada segmento. El resultado final fueron 10 de esas áreas, con un tamaño total previsto de la muestra en el estrato de unas 100 viviendas.

**C. Areas con baja o nula cobertura de servicios de salud y alta y media expulsión de trabajadores agrícolas (Subzona C).**

Los localidades incluidas en este estrato pertenecen a distritos del cantón de Grecia:

a) Distrito de Bolívar con excepción del caserío de San Luis y el extremo Norte.

b) Parte Norte del distrito de San Roque (caseríos de Carbonal, San Miguel y San Miguel Arriba).

Por ser esta un área extensa y de alta población, las viviendas fueron seleccionadas utilizando un procedimiento similar al empleado para el estrato anterior.

El sector a) (distrito de Bolívar) lo conformaron 13 segmentos censales. De ellos se eliminaron 4 debido a sus características suburbanas y su cercanía con la ciudad de Grecia. En el sector b), o sea el área perteneciente al distrito de San Roque, se ubicaron 6 segmentos censales.

Siguiendo el mismo método, de este grupo se escogieron 5 segmentos, permitiéndose así la selección final de 10 áreas que agrupaban igual número de viviendas.

D. Áreas con baja o nula cobertura de servicios de salud y baja o nula expulsión de trabajadores temporales (Subzona D).

Los poblados incluidos en este estrato se localizaron en 3 áreas. Dos de ellos pertenecen al cantón de Grecia y uno al de San Ramón:

a) Distrito de San José de Grecia con excepción del caserío de Arena.

b) Caserío de San Luis del distrito de Bolívar de Grecia.

c) Caseríos de Quebradillas, Socorro y Chassoul del distrito de Piedades Sur de San Ramón.

Luego de analizar las características de las 3 áreas, se decidió localizar la muestra en las áreas b) y c). La exclusión del área a) obedeció al carácter menos rural de ésta, en comparación con las otras dos. Luego se hizo una estimación del número de viviendas en cada uno de esos subsectores. El área c) resultó tener 47 viviendas según los mapas censales, en tanto que la b) 120. De esta forma, se decidió seleccionar en la muestra final todas las viviendas del área c), en tanto que en la b), se delimitaron 12 áreas de 10 viviendas cada una, seleccionándose de estas aleatoriamente 5, con un total de 47 viviendas.

## 2. La disponibilidad de servicios por zona geográfica.

Al lograrse precisar el grado real de cobertura de los servicios de salud revisando las bioestadísticas de los Centros y Puestos de Salud e ir perfilando al mismo tiempo las características de la migración de los trabajadores temporales, el resultado de esta clasificación permitió observar la primacía de poblados con alta o media cobertura de servicios, estableciéndose al mismo tiempo que no había una correlación entre los niveles de cobertura y expulsión de mano de obra temporal, siendo presumible el impacto de una presencia institucional importante combinada con la existencia de problemas por inestabilidad del empleo.

Esto hizo necesario introducir un factor explicativo de la inestabilidad del empleo, capaz de ser a la vez tanto coadyuvante de la situación como discriminante para el análisis del acceso a servicios de salud y la participación social. En este nivel particular se optó por introducir la tenencia de la tierra, en el entendido de que si bien la temporalización del trabajo puede considerarse como inevitable tomando en cuenta las formas organizativas de producción prevaletentes (LEON Y RAVENTOS, 1984: 129), y de que el resultado que estas formas fijan no exime a los campesinos semiasalariados, no es menos cierto que en los sectores sociales en que se focaliza el estudio, como factor se convierte en uno de los ejes explicativos subyacente a estas formas productivas dominantes y que especifica la complejidad de relaciones sociales que le son propios.

Así aclarado, y más que todo justificado por la necesidad de determinar la existencia de diferentes niveles de acceso a los programas de salud rural en un contexto caracterizado por una alta disponibilidad de servicios, fue posible atribuir ese acceso diferencial a las condiciones concretas del grupo social escogido en función de la posesión de tierra y condición laboral de los jefe de familia.

Hecha esta explicación, es necesario mencionar que se logró establecer una amplia primacía de poblados caracterizados por la alta o media cobertura de servicios, lo cual se consideró lógico dentro del contexto de una zona de alto desarrollo relativo del capitalismo y congruente -además- con su organización productiva agrícola.

La infraestructura institucional de servicios confirma esta situación, evidenciándose la existencia de una buena red vial que comunica a casi todos los poblados con los puntos importantes de la aglomeración metropolitana del Valle Central. También existe una importante red de oficinas públicas, conformada por agencias de extensión y oficinas regionales de varios ministerios, agencias bancarias,

instituciones de educación en todos los niveles del ciclo educativo costarricense, oficinas de promoción gubernamentales y privadas, organismos de base y agrupaciones sociales de diverso orden (económico, político y social).

Específicamente en cuanto a los servicios de salud, existe una amplia cobertura institucional manifiesta en un sistema de puestos, centros de salud, unidades sanitarias, clínicas y hospitales, que se refieren a todos los niveles de atención médica existentes en el país.

Desde un punto de vista operacional, esta conformación se estructura a partir del esquema vigente a nivel nacional para el sector salud. Este sector está compuesto por: Ministerio de Salud, Ministerio de Planificación y Política Económica, Ministerio de la Presidencia, Caja Costarricense de Seguro Social (Enfermedad y Maternidad), Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados, Instituto Nacional de Seguros (área de riesgos profesionales) y la Universidad de Costa Rica (Instituto de Investigaciones en Salud y Área de Ciencias Médicas) (JARAMILLO ET AL., 1985: 15).

De esta organización surgen los lineamientos generales en materia de salud para todo el país, siendo imprescindible para su ejecución la coordinación entre las diferentes instituciones. Sin embargo, a pesar de casi 30 años de haberse iniciado el proceso de universalización de la seguridad social, que implicaba entre otras cosas la adecuación de uno de los instrumentos más importantes, como lo es la atención médica a los propósitos de la integración institucional para la prestación de estos servicios, no es sino hasta hace poco que se piensa en crear un modelo para toda la población, que funcione integralmente, con mayor eficiencia que el actual y sobre todo con menor costo (JARAMILLO, 1984: 54-55).

No obstante, a juicio de los mismos ejecutores de este modelo, la administración de los servicios a partir de la constitución del Sector Salud en 1983 y el establecimiento de objetivos de regionalización para el logro de una mayor delegación de autoridad para racionalizar el uso de recursos y facilitar la administración, han encontrado obstáculos que han dificultado su cumplimiento, principalmente por efecto de la crisis económica que ha impedido su instrumentación, la politización de las estructuras regionales y la falta de una clara definición de las funciones y responsabilidades del equipo regional y de sus relaciones con el nivel central (JARAMILLO ET AL., 1985: 45). Se sostiene sin embargo que esto no ha imposibilitado que se reduzca la brecha de cobertura de los servicios médicos, lográndose indicadores similares a los de países desarrollados.

Debe señalarse que todo esto ocurre dentro de un contexto de evolución de las políticas de bienestar social en Costa Rica, proceso que comprende: 1) Una etapa de "predominancia de la acción particular": 2) Una etapa de "incipiente participación del estado" y finalmente 3) Una etapa "tecnicista", (PASCUA Y VALVERDE: 13-22), a la cual asistimos. En este proceso se destacan de manera particular la creación en 1950 del Consejo Técnico de Asistencia Médico Social, la creación en 1951 del Departamento de Nutrición y el inicio del Programa de Comedores Escolares en coordinación con los ministerios de Educación y Salubridad Pública; el establecimiento en 1960 del Reglamento de Contribución Voluntaria; la instauración en 1961 del Reglamento de Riesgos de Enfermedad y Maternidad con el propósito de hacer obligatoria la contribución a este régimen; la creación en 1965 del Patronato Nacional de Nutrición; el inicio del proceso de universalización de los seguros sociales en 1971; las nuevas funciones asumidas por la Dirección General de Salud y que integran las actividades del Consejo Técnico de Asistencia Médico Social en 1973 y la extensión del seguro de Invalidez, Vejez y Muerte a los campesinos en 1975 (PASCUA Y VALVERDE: 41-48).

Esto ha permitido que para la prestación de los servicios, tanto preventivos como asistenciales, se cuente con una red de establecimientos escalonados por niveles de atención y distribuidos en todo el país, pero basada en una práctica de la medicina que no hace sino transferir la responsabilidad individual y colectiva de restablecer la armonía de la relación hombre-naturaleza-sociedad al concentrarla en la intervención profesional médica (REYES: 15). Así, se cuenta con una infraestructura capaz de utilizar en forma eficiente la tecnología de instrumentos, sistemas inmunológicos y fármacos, pero que es impotente al mismo tiempo para resolver enfermedades frecuentes en los niños como parasitosis, diarrea y desnutrición.

A partir de estas consideraciones se debe evaluar la infraestructura que presenta la organización de los programas de salud existentes en la zona de estudio. De manera esquemática se ordena a través de los siguientes niveles de atención:

- 1- Hogar
- 2- Puesto de Salud
- 3- Centro de Salud y Clínica de Consulta Externa
- 4- Hospital Periférico
- 5- Hospital Regional

6- Hospital Nacional o Universitario

Estos niveles a su vez se organizan en:

- a- Nivel de Atención ambulatoria
- b- Nivel de Atención Hospitalaria General
- c- Nivel de Atención Hospitalaria Especializada  
(JARAMILLO ET AL., 1985: 37-43).

Este esquema asigna a los Puestos de Salud las funciones de control de enfermedades transmisibles y crónicas, Salud materno-infantil, planificación familiar, nutrición, primeros auxilios, inmunizaciones, acciones sobre el medio ambiente, abastecimiento de agua, disposición de desechos, disposición de excretas, control de la contaminación ambiental, educación para la salud, organización de desarrollo comunal, registro informativo de estadísticas y atención médico general programada (JARAMILLO Y MIRANDA, 1985: 25). Estas funciones a su vez, fueron resultado de los objetivos del Plan de Acción del Programa de Salud Rural elaborado en el marco del Plan Nacional de Salud 1979-1982:

- "1. Brindar servicios básicos de salud integral a toda la población de áreas rurales mediante la utilización de técnicas y procedimientos de fácil aplicación por personal auxiliar, capacitado, supervisado y apoyado permanentemente por los niveles superiores del sistema de salud.
2. Organizar, capacitar e involucrar a la comunidad en las distintas etapas del Programa, y apoyar sus actividades de desarrollo integral".  
(MINISTERIO DE SALUD: 14)

Por el hecho de ser el Puesto de Salud la unidad operativa básica, está encargada de atender la población de varias comunidades por medio de personal auxiliar capacitado para labores preventivas, de educación y promoción, junto con la capacidad para referir enfermos a niveles superiores de atención.

El segundo nivel de atención es el Centro de Salud. Este es atendido por personal médico encargado de ofrecer cuidados en medicina general. A veces incluye algún grado de

especialización (pediatría y obstetricia), hace atención ambulatoria y organiza labores preventivas que se ejecutan a través de los Puestos de Salud. Desde estas unidades se refieren pacientes a hospitales cuando es necesario.

Estos dos niveles de atención en salud y nutrición, que incluyen además los Centros de Educación y Nutrición (CEN) y los Comedores Escolares, constituyen la organización general para todas las zonas rurales del país y son la piedra angular de los programas de salud rural. Tienen dos áreas de ejecución: Salud Rural y Alimentación y nutrición. El primero tiene énfasis preventivo y comprende aspectos de saneamiento ambiental. Actúa a nivel comunal a través de las Centros y Puestos de Salud y lleva hasta los hogares los servicios de vacunación, educación sanitaria y atención primaria. El segundo actúa a través de los CEN, y atiende a la población menor de siete años, a madres embarazadas y lactantes, proporciona alimentación gratuita y distribuye leche en polvo a los hogares donde se presentan casos de desnutrición. Por otra parte, a través de los Comedores Escolares se brinda alimentación a niños en edad escolar, incluyéndose en algunos casos estudiantes de enseñanza media.

Finalmente, en la zona de estudio este esquema es complementado en su ejecución con la administración de la infraestructura que dejó el programa "Hospital sin Paredes", con una pretensión de cobertura de servicios aún mayor, organizada no con base en la división territorial administrativa del país, sino a nivel de comunidades.

A pesar de esta estructuración la cobertura no es uniforme, destacándose por la deficiencia en ella los distritos Bolívar y San Roque en Grecia y los caseríos Quebradillas y El Socorro pertenecientes al distrito Piedades Sur en San Ramón. No obstante que estos dos últimos caseríos mencionados están ubicados en el área de influencia de este Programa, la lejanía y la gran dispersión de la población hace que el impacto sea menor. Cosa contraria ocurre con los distritos mencionados de Grecia en que la cobertura del programa de Salud Rural se limita a solo un 25% del área del distrito San Roque y es nula en el distrito Bolívar. Sin embargo las dimensiones del cantón, lo mismo que la red de carreteras y caminos vecinales, hacen fácil el traslado para recibir atención médica en el hospital y la clínica del Seguro Social situados en el Distrito I.

El otro nivel de atención a que remite el sistema de salud de Costa Rica corresponde al Hospital Periférico. Este nivel se conforma de varios tipos, estando presentes en la zona de estudio el Hospital San Francisco de Asís en Grecia (Hospital Periférico 2) y el Hospital Dr. Carlos Luis Valverde Vega en San Ramón (Hospital Periférico 3). Ambos tipos de hospital presentan características similares como las que están ubicados en zonas urbanas o semiurbanas.

otorgar servicios médicos de medicina general y de especialidades básicas (medicina interna, cirugía general, pediatría y ginecología-obstetricia), y contar para la ejecución de los programas con servicios médicos, técnicos de diagnóstico, tratamiento y administración. La diferencia entre ellos consiste en la dotación de camas: de 50 a 100 en el Hospital Periférico 2 y de 100 a 200 en el Hospital Periférico 3. Además, este último tipo divide los programas a su cargo en: atención básica (curación, prevención, rehabilitación, docencia e investigación), complementarios y condicionales según el nivel de complejidad correspondiente (JARAMILLO Y MIRANDA, 1985: 76-77).

Para concluir este apartado debe señalarse que toda esta disposición de la infraestructura de servicios permite, en el caso particular del complejo destinado al sector de la salud, remitir fácilmente a niveles de atención más complejos en caso de ser necesario. Todo ello confirma la situación ventajosa que desde el punto de vista reseñado, presenta la zona escogida.

### 3. El acceso diferencial según modalidades de contratación.

Al ser el acceso al tipo de programas promovidos por el sistema de salud (salud y nutrición, atención primaria, medicina preventiva, comedores comunales y saneamiento ambiental), una de las dimensiones de la participación social, se ha considerado oportuno desglosar su importancia en cada una de las Subzonas de estudio. La razón de ello se fundamenta en la constatación de la existencia de estrategias diferentes en los programas de salud rural. Como se señaló anteriormente, en el nivel que se aborda el problema dos elementos determinan la calidad del impacto de estos programas. Uno de ellos es la estrategia de cobertura que se define en función de la localización de Puestos y Centros de Salud. El otro es la disposición que presenta la red de caminos y carreteras, en tanto el acceso a las unidades de atención es estratégico para el sistema de referencia practicado, articulado en niveles de menor a mayor complejidad según las características epidemiológicas que presenten los casos.

Estos elementos, en conjunto con la característica de la expulsión de fuerza de trabajo contratada en forma temporal, permitieron ubicar las Subzonas anteriormente descritas. Dentro de cada una de ellas, y de acuerdo a lo reseñado también en el primer apartado, se consideró oportuno incorporar la tenencia de tierra como factor explicativo por las características apuntadas.

Habiéndose resumido en los apartados anteriores el marco global de los condicionantes del acceso diferencial, queda por hacer el desglose y análisis de las formas concretas en que este acceso se presenta. Para ello, además de los antecedentes explicados, se ha considerado oportuno agrupar la información en función de la condición laboral. Así se tendrá oportunidad de especificar los grados diferentes de participación y acceso dentro de los límites propuestos: familias con tierra y sin tierra, y dentro de cada una de estas categorías, familias cuyos jefes sean trabajadores asalariados fijos, trabajadores temporales y trabajadores por cuenta propia. Finalmente, se aclara que la condición laboral incluye solamente a los jefes ocupados en agricultura.

### 3.1 Trabajadores asalariados fijos.

El grupo de trabajadores asalariados caracterizado por tener esta condición resultó ser el de menor frecuencia. En la categoría de familias con tierra, su peso relativo indicó ser el 10,7% al representar 26 casos de un total de 244. En las familias sin tierra, su significado asciende al 35,8%, que equivale a 58 casos de un total de 162.

Si se observa el tipo de aseguramiento, el sector conformado por aquellos que no pueden complementar esta forma laboral con el trabajo en una parcela propia (trabajadores fijos sin tierra), muestra un 10,3% de jefes de familia no asegurados, siendo este el único grupo que aparece desprotegido desde este punto de vista dentro de la categoría de trabajadores considerada. Los otros tipos de aseguramiento muestran porcentajes similares, llamando la atención el hecho de que apenas el 50% de los con tierra y el 62,1% de los sin tierra estén asegurados por el patrón (ver cuadros 1 y 2). Esta situación se complementa a la vez con un significativo 34,6% y 15,5% (con tierra y sin tierra respectivamente) de forma de aseguramiento a través de convenios interinstitucionales y un 7,7% (con tierra) y 6,9% (sin tierra) de jefes asegurados en forma voluntaria. Ambas formas sumadas hablan de un 42,3% con tierra y de un 22,4% sin tierra que se aseguran mediante mecanismos diferentes al que debiera ser el usual, a pesar de estar contratados en forma permanente, lo que supuestamente significa la obligación legal del patrón de asegurarlos.

La situación por Subzonas varía considerablemente. La Subzona A muestra un 50% de los jefes con tierra asegurados en forma directa y también a través de algún convenio. Los sin tierra un 4,8% no asegurado, 76,2% asegurado en forma directa y 9,5% que lo hacen en forma voluntaria (ver cuadro 3). Si se compara la forma directa de aseguramiento con respecto a las otras categorías laborales, vemos como el 100% de los casos observados de los jefes con tierra se encuentran

dentro de la categoría analizada. En el grupo de los sin tierra el porcentaje alcanza el 88.9%, viéndose en esta Subzona la importancia de tener un trabajo fijo para poder asegurarse de esta manera.

En la Subzona B (ver cuadro 4) el 63.6% de los jefes de familia con tierra están asegurados directamente, estando el 27.3% en forma voluntaria y a través de convenios. Los sin tierra tienen a un 15.4% sin seguro social, el 61.5% lo está en forma directa y el 23.1% lo hacen por su cuenta a través del seguro voluntario y convenios interinstitucionales. Con respecto a las otras categorías ocupacionales, el 58.3% de los jefes de familia con tierra que se aseguran en forma directa son trabajadores fijos, y en los sin tierra por su lado representan el 100%.

En la Subzona C (ver cuadro 5) los jefes con tierra asegurados en forma directa son el 42.9% llegando los sin tierra a representar apenas el 33.3%. Comparando los mismos datos con los de las otras categorías ocupacionales, el 60% con tierra lo están bajo la forma analizada, y en el grupo de los sin tierra lo está el 100%.

Por último en la Subzona D (ver cuadro 6) no aparecen jefes de familia con tierra asegurados en forma directa, siendo el 55.6% de los jefes sin tierra quienes lo están. Estos son el 58.8% de los asegurados directos si los comparamos con los trabajadores temporales. Así, esta Subzona aparece como la que menos asegurados directos tiene, pudiéndose observar algunas tendencias a partir de las características de las Subzonas.

En efecto, la situación que presentan estos cuadros evidencian como las Subzonas C y D, caracterizadas por tener una baja o nula cobertura de servicios médicos, manifiestan números relativos menores de jefes de familia asegurados en forma directa. Dentro de ellas la Subzona C es la más afectada, pudiéndose establecer que la baja o nula cobertura de servicios médicos en conjunto con la característica de la alta y media expulsión de trabajadores que emigran a otras localidades con el propósito de trabajar en forma temporal, incide de manera particular sobre la circunstancia analizada, aunque por supuesto es imposible en este nivel establecer con precisión su grado de determinación.

Si nos concentramos en la característica de la cobertura de servicios de salud y de manera particular en uno de sus aspectos más importantes, que es la recepción de visita domiciliaria, el grupo de trabajadores fijos es el más deficitario en este tipo de atención dentro de los que dicen poseer tierra (ver cuadro 7). Así, si bien en las subzonas A y D la proporción correspondiente a esta condición laboral es la mayor, en la B es la más baja y en la C no existe del todo, siendo estas dos últimas las que más casos agrupan. Si

se analiza la situación de aquellos trabajadores fijos sin tierra, el cuadro muestra el mismo comportamiento, aunque aquí las magnitudes son mayores siendo este sector el más afectado dentro del grupo. Al comparar los datos con los de la otra categoría de trabajadores asalariados, en los subgrupos C y D la situación es ligeramente favorable. Sin embargo, se debe señalar que en la Subzona C ningún trabajador fijo recibe visita domiciliaria y en la Subzona B, la situación con los trabajadores temporales es similar, mostrando cada uno un 47.1% de jefes de familia cubiertos por este tipo de atención.

Quizá uno de los problemas que evidencian en mayor grado el aspecto de las limitaciones de los programas de salud rural, es el de los niños con parásitos. Como será analizado más adelante, su presencia en la zona de estudio adquiere perfiles alarmantes, pudiéndosele considerar como el punto más débil que exhibe el impacto de los programas.

Visto en el marco de la condición laboral de los jefes de familia, los trabajadores fijos son los menos afectados. Obviamente los datos revisados no permiten afirmar que existe correlación entre la presencia de parasitosis y condición laboral de los jefes de familia. Esto se afirma tomando en cuenta que el número absoluto de estas familias es menor y que por tanto, su reflejo en el total de casos es congruente con esta situación. De allí que sus causas se ubican dentro de las características de los programas de salud y el análisis se limita solamente a describir la situación que se presenta en cada categoría laboral.

En este sentido, en la Subzona A los hijos de trabajadores fijos con tierra informaron que representan el 14% de los casos. Los que lo son de hijos de familias sin tierra dicen ser el 17% (ver gráfico 2). En la Subzona B, el problema lo tienen el 23% de los hijos de padres con tierra. En el caso de los sin tierra es evidenciado por el 50% (ver gráfico 3). En la Subzona C, sólo familias sin tierra reportan casos que equivalen al 25% del total (ver gráfico 4). Finalmente en la Subzona D así lo reportaron el 8% de las familias con tierra y el 35% de los sin tierra (ver gráfico 5).

Con respecto a otro de los aspectos directamente relacionados con los programas de salud rural como es el servicio de comedores, los hijos de jefes de familias contratados en forma fija y que tienen tierra, recibieron durante el periodo no lectivo (vacaciones escolares) un número equivalente al 54.5% del subtotal en la Subzona B. En la Subzona D fueron el 50%. En las Subzonas A y C los niños de las familias de este tipo de trabajadores no recibieron alimentación. De la misma forma, pero refiriéndonos a las familias sin tierra, durante el mismo periodo representaron el 19% en la Subzona A. En la Subzona B recibieron el

servicio el 30,7%; en la Subzona C no lo recibieron y en la D el 5,6% (ver cuadro 8).

Durante el periodo lectivo escolar la situación prácticamente no varía en la Subzona A con respecto a las familias con tierra. Aquí se reporta solo una familia que recibe alimentación. Las familias sin tierra informaron que el 38,1% si reciben. En la Subzona B el 72,7% de los hijos de familias con tierra reciben el servicio. Los que son de familias sin tierra alcanzan el equivalente al 50%. La Subzona C muestra un 28,6% de las familias con tierra y un 16,7% de las que son sin tierra. En la última Subzona, la diferencia con respecto a los que reciben en vacaciones el servicio se da en el grupo de las familias sin tierra, al ser el 44,4% de ellas las que dicen que sus hijos reciben alimentación (ver cuadro 9).

En términos generales, las Subzonas A, C y D muestran una menor atención por este concepto. Sin embargo si se examina la situación que presentan las familias sin tierra, las Subzonas C y D acusan una cobertura menor que confirma las características que las definen.

Para finalizar lo expuesto en este primer punto del apartado 3, se revisará el cuadro de las familias cuyos hijos no reciben atención médica básica. Esta información se desglosa de acuerdo a los datos sobre control prenatal, control a niños recién nacidos, atención a niños mayores de un año y control de peso y talla a niños en edad escolar. En general la frecuencia en estos casos no es muy alta. Sin embargo, se tomar en cuenta por observarse que el comportamiento es desigual si comparamos las familias de acuerdo a la posesión de tierra. A diferencia de otras situaciones analizadas, con excepción de las Subzona D aquí la relación se invierte, manifestando las familias con tierra una menor protección desde este punto de vista. Por ejemplo, en la Subzona A el 33,3% de las familias con tierra declaran no recibir ningún tipo de atención. Las familias sin tierra en cambio representan apenas el 9,1% de los trabajadores hijos.

En la Subzona B el panorama no cambia. Aquí el 18,8% de las familias con tierra y el 15,6% de las sin tierra no reciben este servicio. La Subzona C es la que mejor se encuentra ya que solo el 4,2% de las familias con tierra manifiestan la situación. Por último, en la Subzona D es donde el comportamiento se mantiene: el 15,1% de los hijos de las familias con tierra no se encuentran protegidos, en tanto el 28% de las sin tierra no reciben varios de los servicios (ver cuadro 10).

En el cuadro sobre la atención médica básica para la población adulta (mayores de 15 años), se observa un ligero

incremento de casos no atendidos. Sin embargo, las familias de trabajadores asalariados fijos con tierra son los menos afectados, particularmente en las Subzonas C y D (ver cuadro 11), en donde respectivamente acusan frecuencias equivalentes al 7.5% y 2.3%. Las familias sin tierra muestran un deterioro mayor desde este punto de vista. Los números mayores corresponden a las Subzonas B y D con un 15.8% y un 28% respectivamente. En la Subzona C el tipo de trabajadores analizado no presentó ningún caso.

En términos generales la situación que presentan los trabajadores fijos es mejor que la de los temporales como se verá en el siguiente punto. A pesar de esto, se observa que el comportamiento de los indicadores utilizados no es homogéneo, quedando pendiente para el final de este apartado el análisis de los condicionantes de la posible situación de exclusión que estudiamos.

### 3.2 Trabajadores temporales

Esta categoría de trabajadores asalariados es la más importante. En el grupo de familias con tierra, llega a representar el 30.7% de todas las categorías laborales y el 74.3% de la de los asalariados (conjunto de los trabajadores fijos y temporales). En el grupo de familias sin tierra su importancia relativa es mayor, representando el 61.7% de las tres categorías laborales estudiadas y el 91.7% de las de trabajadores asalariados.

Es importante señalar que con respecto al tipo de aseguramiento es la más afectada de las tres categorías consideradas.

En el caso de las familias con tierra son el 50% del total de no asegurados. En comparación, las familias sin tierra representan el 83.3%, siendo evidente la situación que presenta este grupo. Como corolario, son los que menos están asegurados en forma directa: 29.4% del total en las familias con tierra y 20% en los sin tierra.

Observando las características dentro de la misma categoría laboral, en las familias con tierra la forma de aseguramiento que predomina es la que se hace a través de convenios interinstitucionales. Esto es explicable al constatar que en la zona un número importante de campesinos están afiliados a la UPANACIONAL. Si bien el número de miembros afiliados no es muy significativo en términos relativos dentro del contexto de la participación en organizaciones, se debe señalar que es el grupo de presión más importante que existe en la zona de estudio y que más claramente representa al sector social que se investiga, ejerciendo a la vez gran influencia sobre él. No hay duda de que uno de los mecanismos que ha permitido esta situación, es

que los miembros de la organización pueden -previo pago de una cuota baja- asegurarse ellos y cualquier miembro de su familia, gracias a un convenio firmado con la Caja Costarricense de Seguro Social. Esto explica también por qué el número de asegurados bajo este sistema es mayor que el número de afiliados a la organización.

En el caso de las familias con tierra, el 36% de los jefes de familia que trabajan en forma temporal se aseguran de esta manera. Las familias sin tierra lo están en un 12%, ligeramente inferior al grupo más importante que es el de los asegurados en forma voluntario (15%). Esto contrasta de manera evidente con los que dentro de la categoría aparecen asegurados en forma directa: 13,3% de las familias con tierra y 9% de las sin tierra.

Se debe destacar igualmente que dentro del total de formas de aseguramiento gratuitas (Régimen No-Contributivo y Estado), los jefes de familia que trabajan en la modalidad analizada, tienen la mayor representación en el conjunto de las categorías de trabajadores asalariados. Aquellos que tienen tierra son el 72% de los asegurados por el Estado; los que no tienen tierra son el 100% de los asegurados en el Régimen No-Contributivo y el 84,6% de los que lo están por el estado, lo que confirma la tendencia apuntada con respecto a este tipo de trabajadores.

En la Subzona B, del total de jefes de familias con tierra no asegurados, el 60% son trabajadores temporales y los asegurados en forma directa el 16,7%. Por su lado, las familias sin tierra muestran frecuencias equivalentes al 77,8%, no habiendo ningún caso de asegurados en forma directa.

En la Subzona C se da la situación particular de que al mismo tiempo que aparece el menor número de casos de familias no aseguradas (1 jefe de familia con tierra y 2 sin tierra), no se encuentran jefes asegurados en forma directa. Especialmente en el caso de familias con tierra, es interesante observar que el mayor número de asegurados (52,4%) lo están por el estado. Siguen en orden un 28,6% a través de convenios interinstitucionales y el 14,3% en forma voluntaria (ver cuadro 5). Las familias sin tierra muestran mayor número de jefes asegurados a través de convenios interinstitucionales (40%). El resto se desglosa entre un 30% asegurado por el estado y un 10% por medio del Seguro Voluntario.

La Subzona D tiene sólo un caso de jefe de familia con tierra no asegurado. Este pertenece a un trabajador temporal. Esta Subzona muestra el mayor número de jefes de familia asegurados en forma directa, equivalentes al 34,8% de los trabajadores temporales con tierra. En orden de

importancia están los asegurados en forma voluntaria y a través de convenios interinstitucionales, con un 26,1% cada uno. Finalmente aparecen los asegurados por el Estado con el 8,7%. En el grupo de los sin tierra hay 18,4% de jefes de familia no asegurados. Dentro de los asegurados, el 18,4% también es mostrado por cada una de las siguientes formas: Directo, Convenio Interinstitucional y Estado. La mayor frecuencia está en los asegurados en forma voluntaria 21,1% y la menor entre los asegurados por el Estado 5,3% (cuadro 6).

Esta situación permite concluir que las formas de aseguramiento prevalecientes dentro de la categoría de los trabajadores temporales, suponen un acceso diferencial con respecto a los trabajadores fijos.

De igual forma, puede establecerse la presunción (aunque a partir de los datos expuestos el nivel de determinación no se puede alcanzar ni precisar), de que no es casual ver en las formas voluntarias de aseguramiento en general (Seguro Voluntario y a través de convenios), lo mismo que en la participación del estado (Seguro del Estado, Régimen No Contributivo), la presencia de paliativos al problema del bajo nivel de aseguramiento directo. Una revisión de los datos así lo establece, sobre todo para las familias sin tierra, que son las más afectadas desde este punto de vista.

Con respecto a las características de la recepción de visita domiciliaria, las subzonas C y D son las más afectadas en lo que a familias con tierra se refiere. Aquí no reciben este tipo de servicio el 66,7% en la Subzona C y el 87% en la Subzona D. En las Subzonas A y B, respectivamente no son atendidos el 41,7% y el 36,8%.

En cuanto a las familias sin tierra, la situación desmejora considerablemente al estar desatendidos el 45% en la Subzona A, el 66,7% en la Subzona B, un 70% en la Subzona C y el 84,2% en la Subzona D (Ver cuadro 7).

Si se analizan comparativamente estos datos con los observados en la categoría de trabajadores fijos, se nota en términos relativos mayor desprotección en las familias de los trabajadores temporales. Desglosada la información en estos términos, vemos en la Subzona A cómo el grupo de familias con tierra representa el 35,7% de los que no reciben este servicio. Si se omite el dato de las familias categorizadas como "cuenta propia", el porcentaje sería de un 71,4% de jefes asalariados.

En el grupo de familias sin tierra, la misma comparación demuestra situaciones desventajosas para los trabajadores temporales. La excepción se presenta en la Subzona B donde la situación es parecida a la de los trabajadores fijos. En el resto de las subzonas la diferencia es clara: 75% de

todas las categorías laborales (no existen familias "cuenta propia") en la Subzona A: 53,8% en la Subzona C donde tampoco aparecen familias "cuenta propia" y 64% en la Subzona D que exhibe al mismo tiempo el 34% de la categoría "fijos" y al 2% de los "cuenta propia". Se observa por tanto en las subzonas C y D una menor cobertura de este programa, ratificándose las características que las tipifican y la situación desfavorable de los trabajadores temporales.

En cuanto al problema de niños con parásitos intestinales, las familias de los trabajadores temporales acusan en la Subzona A un deterioro mayor, presentándose en el 57% de los casos "con tierra" y el 63% de los que no tienen este recurso (ver gráfico 2). En la Subzona B (con tierra) la situación es igual a la de los trabajadores fijos, ostentando cada uno un 23%. Con respecto a las familias sin tierra, comparten la totalidad de los casos junto a los hijos de jefes de familia que trabajan en forma fija al ser cada uno equivalente al 50% de los casos (ver gráfico 3). En la Subzona C las familias de jefes temporales con tierra representan el 29%, compartiendo el problema solamente con la categoría "cuenta propia". En el grupo de los jefes sin tierra, su presencia es muy superior a la otra categoría laboral, ocupando el 75% de los casos (ver gráfico 4). Por último, en la Subzona D los temporales que manifiestan el problema son el 42% de las familias con tierra. La situación de las sin tierra es el 59% (ver gráfico 5), ostensiblemente superior y no dejando dudas acerca del impacto del problema en esta categoría de trabajadores, no solo en esta subregión, sino en el conjunto de la muestra estudiada.

Con respecto al servicio de comedores durante el periodo de vacaciones, en la Subzona A solo una familia de trabajadores temporales con tierra reportó que alguno de sus miembros en edad escolar recibió el servicio. Las familias sin tierra por su lado, en el mismo sentido mencionaron que los recibía el equivalente al 22,5% con un total de 9 casos. En la Subzona B la situación en términos relativos es muy parecida a la anterior. Aquí solo el 10,5% de las familias con tierra dicen que alguno de sus hijos recibió alimentación. En el grupo de las familias sin tierra el número equivale al 25%. En la Subzona C las familias con tierra dijeron que recibió alimentación el equivalente al 38,1% del total: las sin tierra reportaron ser el 40%. En la última subzona se presenta la situación de menor cobertura: 13% de las familias con tierra y 10,5% de las sin tierra (ver cuadro 8).

Durante el curso lectivo el servicio se incrementa notablemente. En la Subzona A, tanto el 50% de las familias con tierra como de las sin tierra (40 en total), dicen haber recibido el servicio. En la Subzona B es obtenido por el 42,1% (con tierra) y el 50% de las sin tierra. La situación en la Subzona C es parecida: 47,6% de familias con tierra y

50% de familias sin tierra. En la Subzona D por último, las familias con tierra que dicen haberse beneficiado por el servicio son el equivalente al 47,8%; las familias sin tierra que dijeron lo mismo, representan el 46,1% (ver cuadro 9).

Otro aspecto en que la condición laboral analizada muestra ser la más afectada dentro del contexto de los servicios asistenciales brindados en la zona de estudio, es el que se refiere a la atención médica básica recibida por niños menores de un año. En el caso particular de las familias con tierra, los trabajadores temporales en comparación con la otra categoría de trabajadores asalariados (fijos), confirma esta situación en todas las subzonas con excepción de la A (ver cuadro 10), mostrándose en la Subzona D el mayor indicio de lo que se afirma al ser el número de familias que no han recibido alguno de estos servicios básicos el 69,7% del total de la subzona (82,1% del subtotal de trabajadores asalariados).

La situación es más evidente al observar los datos correspondientes a las familias sin tierra. En cada una de las subzonas muestra ser la categoría laboral más afectada (incluyendo todas las categorías laborales analizadas): 90,9% en la Subzona A, 84,2% en la Subzona B, 100% en la C y 70% en la D.

Por último, en lo referente a la atención médica básica para adultos, la situación es similar a la anterior, al tratarse de las familias con tierra. La diferencia es que en términos absolutos el número de casos se incrementa, siendo visible la desprotección acusada por los trabajadores temporales en comparación con los trabajadores fijos (ver cuadro 11). En el cuadro de las familias sin tierra, solamente en la Subzona C el porcentaje de las que reportan casos desatendidos es igual al de familias de jefes que trabajan en forma fija (47%), siendo en el resto de las subzonas la más afectada de las tres categorías laborales.

### 3.3 Los pequeños productores agropecuarios (categoría de los cuenta propia)

Esta categoría laboral es la más importante dentro de las familias con tierra (58,6%), aunque contrasta de manera significativa su presencia en el grupo de las sin tierra (apenas 2,5% del total). Esto no permite hacer una comparación significativa entre los grupos de familia tomando en cuenta la posesión de tierra, por lo que el análisis se concentrará en las características que presentan los cuadros por subregión solamente de las familias con tierra.

En el conjunto de las subzonas escogidas, los jefes de familia que presentan esta condición laboral muestran solo al 4,9% de ellas sin ningún tipo de seguro. Los que están

asegurados en forma directa son el 7.7%, un número que puede ser bajo a primera vista, pero que si se contrasta con el dato de los asegurados a través de convenios interinstitucionales (61.5%) y el Seguro Voluntario (18.2%), se vuelve comprensible al tomar en cuenta que estas formas de aseguramiento son más económicas, sobre todo las que se hacen a través de algún convenio y que permiten además asegurar a todos los miembros del núcleo familiar (ver cuadro 1).

Examinada la situación por subzonas, tenemos en la A la menor frecuencia de familias. De ellas el 13.3% de los jefes no está asegurado y el 40% lo hace tanto a través del Seguro Voluntario como del Convenio Interinstitucional, presentando solo un caso que lo está por medio del Régimen No Contributivo (ver cuadro 2).

En la Subzona B tenemos a 53 familias cuyos jefes se agrupan en esta categoría. De ellos solamente el 3.8% no está asegurado. El 5.7% lo hace en forma directa, el 3.8% a través del seguro familiar (única forma indirecta de asegurarse que se presenta), el 20.1% con el Seguro Voluntario, el 64.1% a través de Convenio Interinstitucional y un solo caso equivalente al 1.9%, que lo está por el Estado (ver cuadro 4).

La Subzona C es la que mayor número de casos presenta de jefes de familia de esta categoría con un total de 55. El número de no asegurados equivale al 5.4%. Los asegurados directos son el 3.6%, un 1.8% lo están por algún familiar, el 16.4% lo hacen en forma Voluntaria, el 67.3% a través de Convenio Interinstitucional y el 5.4% lo recibe del Estado (ver cuadro 5).

Finalmente, en la Subzona D todos los jefes de familia están asegurados (ver cuadro 6). Aquí se ubica el mayor número de asegurados directos de todas las subzonas. Este representa el 30% de la subzona, aunque no es comparable con el de las familias aseguradas a través de convenios (55%), confirmándose la tendencia de asegurarse bajo esta modalidad.

Los datos acerca de las características de la visita domiciliaria (ver cuadro 7), evidencian a las subzonas C y D como las más deficitarias en este tipo de atención. En la Subzona A el 46.7% no recibe atención por este concepto. En la Subzona B lo es el equivalente al 39.6%, siendo la subzona que menos está afectada. La Subzona C muestra un deterioro significativo en este tipo de atención (72.7%), pero que no es comparable al 95% que presenta la Subzona D.

En la información acerca de los niños que presentan problemas por parásitos intestinales, la situación de este grupo laboral es de las más negativas en el ámbito de las categorías laborales analizadas. En la Subzona A que es donde se da la mejor situación por ejemplo, este problema de salud se manifiesta en el 29% de los casos, más del doble de los

presentes en familias cuyo jefe trabaja en forma asalariada fija (ver gráfico 2). En la Subzona B es la categoría más afectada (55%), lo mismo que en la C y en la D con un 71% y 50% respectivamente (ver gráficos 3, 4 y 5).

Con respecto al impacto del programa de comedores, en el periodo de vacaciones no reciben este servicio el equivalente al 93.3% (11 casos) de las familias ubicadas en esta categoría pertenecientes a la Subzona A. En la Subzona B carece del servicio el 79.2%, mientras que esa proporción es de 98% en la C y de 100% en la D (ver cuadro 8). En el periodo lectivo, no lo reciben el 80% (12 casos) en la Subzona A; 67.9% en la B; 69.1% en la C y el 90% en la Subzona D (ver cuadro 9). Esta situación no permite sacar ninguna conclusión a partir de una posible correlación entre el nivel de cobertura del programa y el poco impacto sobre este grupo laboral. Esto se explica si tomamos en cuenta que las razones del poco número de casos que lo reciben, en esta circunstancia particular, puede deberse a causas determinadas por las características del grupo laboral y no a las propias del programa en cuestión, particularidad cuya explicación rebasa los objetivos iniciales de este proyecto.

La información acerca de los servicios médicos básicos para niños indican en el contexto de la zona de estudio, que en la Subzona A no se atienden por ninguno de los servicios contemplados por este concepto, el equivalente al 12.6%, porcentajes que corresponden a 35.4, 45.6 y 6.3% en las B, C y D, respectivamente. Al igual que en el caso de la cobertura de los servicios de comedor, ninguna conclusión permite explicar el significado de representar esta categoría laboral el mayor número de casos de niños que no reciben este tipo de atención. Con excepción de la Subzona C en donde el comportamiento de la situación es igual al que presentan los hijos de familias de trabajadores fijos, la diferencia es significativa al observar los números en el resto de las subregiones: 41.7% en la Subzona A; 58.3% en la Subzona B y 69.7% en la Subzona D (ver cuadro 10).

Lo mismo ocurre con respecto a los familiares que no han recibido atención médica básica. Con excepción de la Subzona D, la mayoría de los casos remiten a jefes de familia "cuenta propia" (ver cuadro 11).

Para concluir este apartado, se considera oportuno destacar algunas tendencias visibles que desbordan el marco en que se ha circunscrito el análisis y que permiten establecer algunas observaciones a manera de cierre.

Examinando los niveles de aseguramiento y la frecuencia de las visitas domiciliarias, las subzonas C y D son las más afectadas. Destaca de manera particular cómo los trabajadores temporales son los que más casos de jefes de familia no asegurados presentan, sobre todo los que no tienen tierra y que son el 83.3% del total. Con respecto a los que no reciben

visita domiciliaria. debe señalarse que el conjunto constituido por la categoría de los "cuenta propia" es la más afectada en el grupo de los jefes de familia con tierra. En el grupo de los jefes sin tierra, la mayoría que no reciben el servicio son los trabajadores temporales. La excepción de esta situación se presentó en la Subzona C. Sin embargo, si se analiza este comportamiento más detenidamente, se concluye que cualitativamente su significado no altera las tendencias visibles con respecto al grupo laboral conformado por los trabajadores temporales, máxime si se comparan los términos en que se presentan las cantidades absolutas en esta subzona, que no llegan a traducirse en un peso determinante que altere el significado del análisis hecho hasta ahora.

Si se examina en su globalidad las características que muestra la visita domiciliaria (ver cuadro 7), la Subzona A es la que tiene la mayor cobertura y frecuencia de visitas. En la Subzona B la situación es parecida, destacando el hecho de que los trabajadores sin tierra no reciben más de dos visitas al año. En la Subzona C la diferencia es marcada, al predominar las visitas que se hacen una vez al año. Por último la Subzona D es la que menos frecuencia de visitas ofrece, dominando las que se hacen una vez al año entre los trabajadores con tierra y las que se hacen dos veces al año a los sin tierra. Esto confirma las características de cada subzona desde el punto de vista de la cobertura de servicios de salud.

No menos sobresaliente es el hecho de que al examinar los juicios acerca de la opinión de la importancia de la visita domiciliaria, las compañeras de los jefes de hogar (a quienes se aplicó la parte del cuestionario correspondiente a los aspectos de salud) consideraran en el caso de las familias con tierra, en un 72% como de mucha importancia su existencia. De alguna importancia lo consideró el 14%, como de poca el 10% y de ninguna el 3%. Entre las informantes de familias sin tierra, la valoración fue ligeramente más positiva al considerarla como de mucha importancia el 77%. El 14% la consideró como de alguna importancia, el 8% poco importante y solo el 2% consideró que no tenía ninguna (ver gráfico 6). Con respecto al juicio de la calidad de las visitas, las respuestas fueron similares. El 74% de las familias con tierra indagadas opinaron que esta era buena. En el otro grupo lo consideró así el 72%. Como de regular la apreciaron el 21% de las con tierra y el 25% de las sin tierra. Por último, en el mismo orden respondieron que era mala la calidad el 5% y el 3% (ver gráfico 7).

Analizada esta misma información por Subzonas, se observa cómo en la Subzona A (gráficos 8 y 9) el comportamiento relativo no se diferencia en ambos juicios significativamente de lo observado para el conjunto. En la Subzona B la opinión de la importancia de la visita domiciliaria sigue la misma tendencia. Sin embargo con

respecto a la opinión sobre su calidad, el criterio de las familias sin tierra es favorable en un 100% (ver gráficos 10 y 11). En la siguiente subzona, la opinión que considera como de mucha importancia la visita domiciliaria es muy similar: 74% de las familias con tierra y 75% de las familias sin tierra. Como de alguna importancia es para el 9% de las con tierra y del 25% para las que no la tienen. Por último, es de poca importancia para el 17% de las con tierra (ver gráfico 12). En la misma Subzona C la opinión sobre la calidad se polariza en dos juicios. Para las familias con tierra la calidad es buena en un 61% y regular según el 39% de los casos. Las familias sin tierra valoran su calidad como buena o regular en un 50% cada una. En la Subzona D, la opinión sobre la importancia de la visita se aprecia como de mucha en un 80% de las familias con tierra y en un 75% de parte de las familias sin tierra. Como de alguna importancia la consideran el 20% de las con tierra, en oposición al 13% que exhiben las familias sin tierra quienes al mismo tiempo creen que en la misma proporción tienen poca importancia (ver gráfico 14). Finalmente, con respecto a la calidad de la visita domiciliaria, la polarización de las respuestas también se manifiesta, solo que aquí las familias con tierra consideran que es buena en un 80% y regular en un 20%. Las familias sin tierra por su lado, valoran su opinión a través de un 75% que la consideran como buena. El restante 25% cree que la calidad es regular (ver gráfico 15).

Aunque a partir de estas apreciaciones no se establecieron correlaciones que permitieran indagar su fundamentación, es posible afirmar que a pesar del deterioro visible en la prestación global de los servicios médico-asistenciales, existe una valoración positiva de estos suministros. No hay duda que a partir de este hecho se legitiman la mayor parte de los argumentos oficiales que consideran exitosos los diferentes programas de salud rural y comunitaria. Sin embargo, no siendo uno de los objetivos de esta investigación la evaluación del estado real de estos programas y la confrontación de esta información con los juicios de sus destinatarios, para determinar hipótesis explicativas que aclaren la distancia entre hechos y opinión, consideramos suficiente establecer la comparación del comportamiento de los indicadores utilizados con las valoraciones de su calidad encontradas en la población seleccionada.

Objetivamente, el único aspecto que permite observar un impacto efectivo de la cobertura a través de los programas de salud rural, es la vacunación. En todos los casos su aplicación supera el 80% de la población infantil, dependiendo las situaciones en que no se ha empleado, en mayor medida de las características de su uso (menor frecuencia de las dosis, edad relativamente tardía para la aplicación). Así se entiende por qué las inmunizaciones contra polio y DPT son recibidas por el 100% de la población estudiada en las Subzonas B.C y D; el 98% de los hijos de

familias sin tierra en la Subzona A y el 89,5% de aquellos que lo son de trabajadores sin tierra que han sido vacunados contra DPT y polio respectivamente en la misma subzona (ver cuadros 12 y 13).

Los otros indicadores tomados en cuenta en el estudio no muestran el mismo comportamiento. Por ejemplo, los niños que padecen problemas por parásitos ofrecen un cuadro alarmante en todas las subzonas, siendo más grave la situación en las Subzonas C y D (ver cuadros 14 y 15). Aquí es notoria la diferencia entre los grupos con tierra y sin tierra, especialmente en la Subzona C donde el 37,8% de los niños con parásitos y cuyas familias tienen tierra, contrasta con el 80% de las que no la tienen. A pesar de que las relaciones se invierten en las Subzonas A y B, las diferencias relativas no son tan claras, lo que se confirma al observar que en su globalidad las subzonas de acuerdo a la tenencia o no de tierra, indican a un total equivalente al 49,5% que manifiestan el problema ubicados en la categoría con tierra, y a un 55,4% en la categoría sin tierra.

Si al mismo tiempo se examina el cuadro del tipo de institución utilizado por las familias en el tratamiento de parasitosis, es evidente cómo en las subzonas C y D a lo sumo el 50% de las familias (con tierra y sin tierra) recurren a las instituciones de salud pública para solucionar este tipo de padecimiento (ver cuadros 16 y 17).

En este aspecto particular la inoperancia del modelo es evidente, mostrando cómo uno de los problemas típicos que enfrentan los programas de salud rural, se mantiene sin solución a pesar de los objetivos propuestos en este sentido.

Respecto a la solución de los problemas de diarrea y sus consecuencias, es interesante que a pesar de los recursos destinados al respecto, en el mejor de los casos ni siquiera el 80% de las familias conocen el uso del suero oral como rehidratador. En el caso de las familias con tierra, en las subzonas C y D es conocido por el 56,2% y 67,6% respectivamente (ver cuadro 13). El 73,3% de las familias sin tierra lo conocen en la Subzona C y en la Subzona D sólo el 43,8% (ver cuadro 14). En cuanto a la forma de adquisición de este suero, la mayor frecuencia se encuentra en la categoría de las familias que la reciben en forma gratuita. A pesar de los programas dirigidos a concientizar acerca de su uso y a enseñar su preparación, en el mejor de los casos (familias sin tierra de la Subzona B) sólo el 10% de las familias lo preparan. Sin embargo esto no permite concluir nada con respecto al conocimiento de su preparación, ya que lo fácil de su adquisición y su bajo precio, posiblemente inciden en este comportamiento (ver cuadros 20 y 21).

Por último, otro de los aspectos directamente relacionado con los programas de salud rural es el de

comedores, que atiende a menos del 55% de los niños. En la Subzona A durante el periodo de vacaciones escolares solo el 6% de familias con tierra son atendidas (3% en Centros de Salud y 3% en CEN-CINAI. Las familias sin tierra reciben servicio para el 22% de los niños, atendidos en su mayoría en Centros de Salud (15%), en los CEN-CINAI el 5% y en comedores escolares solo el 2% (ver gráfico 16). Durante el periodo lectivo los porcentajes se incrementan dejándose de atender el 70% de los hijos en edad escolar de las familias con tierra, en contraste con el 94% desatendidos en el periodo no lectivo. Por su parte las familias sin tierra son desatendidas en un 55%, a diferencia del 79% que no recibía el servicio durante las vacaciones (ver gráfico 17). En el resto de las subzonas, durante periodo no lectivo son atendidos en la Subzona B sólo el 23% de los hijos de familias con tierra, y durante el periodo lectivo el número asciende al equivalente a un 40%. Las familias sin tierra reciben atención por el mismo concepto en un 31% y 39% durante vacaciones y curso escolar respectivamente (Ver gráficos 18 y 19). En la Subzona C no son atendidos durante el periodo de vacaciones el 89% de los niños de familias con tierra. Durante el mismo lapso sólo reciben atención el 24% de los hijos de familias sin tierra. En el curso lectivo no reciben alimentación el 65% de los hijos de familias que tienen tierra, acrecentándose hasta un 36% la atención de aquellos cuyos padres no tienen tierra (ver gráficos 20 y 21). La Subzona D ofrece un cuadro similar, al no recibir un 91% de los hijos de familias (respectivamente con tierra y sin tierra) alimentación durante vacaciones escolares. Durante el curso lectivo los niños de familias con tierra son atendidos en un 31%, y en un 36% los de familias sin tierra (ver gráficos 22 y 23).

Esta revisión evidencia que el comportamiento de los indicadores utilizados para medir el impacto de los programas de salud rural no es homogéneo. Sin embargo, por la menor frecuencia de familias temporales aseguradas y el menor acceso a la visita domiciliaria que presentan, es evidente que es el más afectado de los grupos laborales de asalariados estudiados. La situación es particularmente dramática en las subzonas donde la cobertura de programas de salud rural es menor (subzonas C y D), y sobre todo para las familias que no tienen tierra. Esto se observó también en lo que respecta a la atención básica de menores. De allí que se pueda afirmar que dentro de esta categoría laboral, aquellas familias que carecen de este recurso sean las más desprotegidas y que efectivamente, desde este punto de vista el acceso diferencial a los servicios de seguridad social más universales encuentra en la temporalidad del empleo uno de sus condicionantes de mayor peso.

Para concluir se ha considerado oportuno también revisar la información de la pertenencia a los comité de salud. Esto en el entendido de que es esta una variable estratégica del

impacto de los programas de salud y que informa acerca de uno de los niveles de atención en que se estructura la organización del sistema de salud en nuestro país: el hogar.

Si analizamos el Cuadro No. 22 se observa el bajo nivel de participación en estos comités y lo errático del cuadro con respecto a los grupos considerados y su comportamiento por subzonas. En el grupo de familias con tierra solo 17 familias de las 249 registradas, tienen al menos un miembro que participan en estas organizaciones. En el grupo de las familias sin tierra el número es menor, reportando membresía en algunos de los comités solamente 5 de las 175 familias. Si hacemos una comparación entre estos grupos, vemos que la participación de las últimas es menor, alcanzando apenas un 2,9%, aunque la diferencia no es palmaria al ver el 6,8% que presentan las familias con tierra.

La situación por subzonas destaca a la Subzona B. Aquí el 13,1% de las familias con tierra y el 7,1% de las sin tierra tienen miembros en comités. En el otro extremo, en la Subzona D no aparecen participantes de la muestra escogida en ninguno de los comités, no debiendo olvidarse que esta subzona se caracteriza por la baja cobertura de los servicios de salud. Las subzonas A y C muestran contrastes interesantes, ya que una de ellas se caracteriza por una alta cobertura de servicios (Subzona A) y la otra por una cobertura media y baja. A pesar de esto la primera solo muestra 3 casos ubicados en el grupo de los sin tierra. En la otra, los 6 casos reportados corresponden a familias con tierra. Por supuesto al establecerse que no existe correlación entre el impacto de los programas de salud rural y la pertenencia a comités de salud, se debe considerar el poco significado que en la estructura organizativa del sistema nacional de salud tiene el nivel del hogar y que confirma el énfasis que se pone en el empleo de una infraestructura capaz de utilizar eficientemente la tecnología de instrumentos, sistemas inmunológicos y fármacos.

Este comportamiento confirma la estimación de algunos en el sentido de que en Costa Rica no existen expresiones populares de salud, atribuyendo la presencia de esta situación al prestigio de la medicina "oficial" en una sociedad que evidencia índices de salud similares a los de países desarrollados (OSORIO: 64). De allí la afirmación de que efectivamente la práctica médica dominante en nuestro país ha logrado modificar las concepciones y prácticas populares de la salud, al concentrarse en la atención individualizada no apoyada en la comunidad sino en acciones institucionales.

Precisamente por ser el mantenimiento de la infraestructura existente para apoyar este esquema sumamente costoso, actualmente la crisis económica ha hecho ineludible

un cuestionamiento de la medicina curativa. Particularmente esto se ha evidenciado al observarse los términos propuestos por los organismos internacionales encargados del financiamiento externo y en la adopción de sus lineamientos de parte de los organismos nacionales, por medio de políticas de corte del gasto en los programas del sector salud. Estratégicamente la situación ha obligado a redefinir el esquema vigente concentrando la atención en desarrollar acciones para la prevención de enfermedades. Sin embargo todo este esfuerzo se apoya en la misma concepción de la medicina, no pudiéndose afirmar que por inercia se dará un proceso de popularización de la medicina por acción del papel importante asignado a la comunidad en la prevención de enfermedades. Todo lo contrario, el deterioro cualitativo observado en los programas de salud rural y que se evidenció en el cuadro expuesto, al no ser correlativo con un juicio negativo en las opiniones sobre la calidad de los servicios, demuestra hasta donde es vigente la creencia en el modelo actual y que no hay duda, es el soporte de las propuestas actuales de concentración de recursos en la prevención de enfermedades y liberalización de los servicios médicos. La contradicción que se empieza a desarrollar se sustenta en la posible coexistencia de un modelo de prevención, dependiente en alto grado de la organización de las comunidades en la definición de estrategias eficientes que coadyuvan al logro de los objetivos planteados en esta dirección, con otro basado en la privatización de los servicios y que se ubica en los niveles más complejos de atención. Hasta donde las organizaciones populares, las comunidades y el mismo estado se preparan para enfrentar esta situación, no hay duda será un punto a tomar en cuenta para próximas investigaciones en el campo de la salud rural.

**ANEXO DE  
CUADROS Y GRAFICOS**

CUADRO 1  
CONDICION LABORAL DE LOS JEFES DE FAMILIA  
SEGUN TIPO DE ASEGURAMIENTO  
(CON TIERRA)

	FIJO		TEMPORAL		CUENTA PROPIA		TOTALES	
	NO.	%	NO.	%	NO.	%	NO.	% DEL TOTAL
NO ASEGURADO	--	--	7	9,3	7	4,9	14	5,7
DIRECTO	13	50,0	10	13,3	11	7,7	34	13,9
FAMILIAR	--	--	--	--	5	3,5	5	2,9
VOLUNTARIO	2	7,7	13	17,3	26	18,2	41	16,8
CONVENIO INTERINSTITUCIONAL	9	34,6	27	36,0	88	61,5	124	50,8
REGIMEN NO CONTRIBUTIVO	--	--	--	--	1	0,7	1	0,4
ESTADO	2	7,7	18	24,0	5	3,5	25	10,2
TOTAL CASOS VALIDOS	26	100,0	75	100,0	143	100,0	244	100,0

FUENTE: Proyecto PSTTA-COSTA RICA, 1988.

CUADRO 2

CONDICION LABORAL DE LOS JEFES DE FAMILIA  
SEGUN TIPO DE ASEGURAMIENTO  
(SIN TIERRA)

	FIJO		TEMPORAL		CUENTA PROPIA		TOTALES	
	NO.	%	NO.	%	NO.	%	NO.	% DEL TOTAL
NO ASEGURADO	6	10,3	35	35,0	1	25,0	42	25,9
DIRECTO	36	62,1	9	9,0	-	-	45	27,8
FAMILIAR	1	1,7	1	1,0	-	-	2	1,2
VOLUNTARIO	4	6,9	15	15,0	-	-	19	11,7
CONVENIO INTERINSTITUCIONAL	9	15,5	12	12,0	1	25,6	22	13,6
REGIMEN NO CONTRIBUTIVO	-	--	6	6,0	-	-	6	3,7
ESTADO	2	3,5	22	22,10	2	50,0	26	16,0
TOTAL CASOS VALIDOS	58	100,0	100	100,0	4	100,0	162	100,0

FUENTE: Proyecto PSITA-COSTA RICA. 1988.

CUADRO 3  
CONDICION LABORAL DE LOS JEFES DE FAMILIA  
SEGUN TIPO DE ASEGURAMIENTO  
SUBZONA A

	CON TIERRA						SIN TIERRA									
	FIJO		TEMPORAL		CUENTA PROPIA		TOTALES		FIJO		TEMPORAL		CUENTA PROPIA		TOTALES	
	NO.	%	NO.	%	NO.	%	NO.	% DEL TOTAL	NO.	%	NO.	%	NO.	%	NO.	% DEL TOTAL
NO. ASEGURADO	0	---	2	16,7	2	13,3	4	12,1	1	4,8	19	47,5	-	---	20	32,3
DIRECTO	3	50,0	--	--	--	--	3	9,1	16	76,2	2	5,0	-	---	18	29,0
FAMILIAR	--	--	--	--	--	--	--	--	1	4,8	--	--	-	---	1	1,6
VOLUNTARIO	--	--	2	16,7	6	40,0	8	24,2	--	--	5	12,5	-	---	5	8,1
CONVENIO INTER- INSTITUCIONAL	3	50,0	4	33,3	6	40,0	13	39,4	2	9,5	1	2,5	-	---	3	4,8
REGIMEN NO CONTRIBUTIVO	--	--	--	--	1	6,7	1	3,0	--	--	3	7,5	-	---	3	4,8
ESTADO	--	--	4	33,3	--	--	4	12,1	1	4,8	10	25,0	1	100,0	12	19,4
TOTAL CASOS VALIDOS	6	100,0	12	100,0	15	100,0	33	100,0	21	100,0	40	100,0	1	1,6	62	100,0

FUENTE: Proyecto PSTIA-COSTA RICA. 1988.

CUADRO 4  
CONDICION LABORAL DE LOS JEFES DE FAMILIA  
SEGUN TIPO DE ASEGURAMIENTO  
SUBZONA 2

	CON TIERRA								SIN TIERRA							
	FIJO		TEMPORAL		CUENTA PROPIA		TOTALES		FIJO		TEMPORAL		CUENTA PROPIA		TOTALES	
	NO.	%	NO.	%	NO.	%	NO.	% DEL TOTAL	NO.	%	NO.	%	NO.	%	NO.	% DEL TOTAL
NO. ASEGURADO	--	--	3	15,8	2	3,8	5	6,0	2	15,4	7	58,3	--	--	9	34,6
DIRECTO	7	63,6	2	10,5	3	5,7	12	14,5	8	61,5	--	--	--	--	8	30,8
FAMILIAR	--	--	--	--	2	3,8	2	2,4	--	--	1	8,3	--	--	1	3,8
VOLUNTARIO	1	9,1	2	10,5	11	20,8	14	16,9	1	7,7	1	8,3	--	--	2	7,7
CONVENIO INTER- INSTITUCIONAL	2	18,2	11	57,9	34	64,1	47	56,6	2	15,4	--	--	--	--	2	7,7
REGIMEN NO CONTRIBUTIVO	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	1	8,3	--	--	1	3,8
ESTADO	1	9,1	1	5,3	1	1,9	3	3,6	--	--	2	16,7	1	100,0	3	11,5
TOTAL CASOS VALIDOS	11	100,0	19	100,0	53	100,0	83	100,0	13	100,0	12	100,0	1	100,0	26	100,0

FUENTE: Project PSTTA-COSTA RICA, 1988.

CUADRO 5  
CONDICION LABORAL DE LOS JEFES DE FAMILIA  
SEGUN TIPO DE ASEGURAMIENTO  
SUBZONA C

	CON TIERRA							SIN TIERRA								
	FIJO		TEMPORAL		CUENTA PROPIA		TOTALES	FIJO		TEMPORAL		CUENTA PROPIA		TOTALES		
	NO.	%	NO.	%	NO.	%		NO.	%	NO.	%	NO.	%			
NO. ASEGURADO	--	--	1	4,8	3	5,4	4	4,8	1	16,7	2	20,0	--	3	17,6	
DIRECTO	3	42,9	--	--	2	3,6	5	6,0	2	33,3	--	--	--	2	11,8	
FAMILIAR	--	--	--	--	1	1,8	1	1,2	--	--	--	--	--	--	--	
VOLUNTARIO	1	14,3	3	14,3	7	16,4	13	15,7	--	--	1	10,0	--	1	5,9	
CONVENIO INTER- INSTITUCIONAL	2	28,6	6	28,6	37	67,3	45	54,2	2	33,3	4	40,0	1	100,0	7	41,2
REGIMEN NO CONTRIBUTIVO	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	
ESTADO	1	14,3	11	52,4	3	5,4	15	18,1	1	16,7	3	30,0	--	4	23,5	
TOTAL CASOS VALIDOS	7	100,0	21	100,0	55	100,0	83	100,0	6	100,0	10	100,0	1	100,0	17	100,0

FUENTE: Proyecto PSTTA-COSTA RICA, 1980.

CUADRO 4  
CONDICION LABORAL DE LOS JEFES DE FAMILIA  
SEGUN TIPO DE ASEGURAMIENTO  
SUBZONA 0

	CON TIERRA						SIN TIERRA									
	FIJO		TEMPORAL		CUENTA PROPIA		TOTALES		FIJO		TEMPORAL		CUENTA PROPIA		TOTALES	
	NO.	%	NO.	%	NO.	%	NO.	% DEL TOTAL	NO.	%	NO.	%	NO.	%	NO.	% DEL TOTAL
NO. ASEGURADO	--	--	1	4,3	--	--	1	2,2	2	11,1	7	18,4	1	100,0	10	17,5
DIRECTO	--	--	8	34,8	6	30,0	14	31,1	10	55,6	7	18,4	--	--	17	29,8
FAMILIAR	--	--	--	--	2	10,0	2	4,4	--	--	--	--	--	--	--	--
VOLUNTARIO	--	--	6	26,1	--	--	6	13,3	3	16,7	8	21,1	--	--	11	19,3
CONVENIO INTER- INSTITUCIONAL	2	100,0	6	26,1	11	55,0	19	42,2	3	16,7	7	18,4	--	--	10	17,5
REGIMEN NO CONTRIBUTIVO	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	2	5,3	--	--	2	3,5
ESTADO	--	--	2	8,7	1	5,0	3	6,7	--	--	7	18,4	--	--	7	12,3
TOTAL CASOS VALIDOS	2	100,0	23	100,0	20	100,0	45	100,0	18	100,0	38	100,0	1	100,0	57	100,0

FUENTE: Proyecto PSITA-COSTA RICA. 1988.

CUADRO 7

CONDICION LABORAL DE LOS JEFES DE FAMILIA  
SEGUN RECEPCION DE VISITA DOMICILIARIA

	CON TIERRA						SIN TIERRA									
	FIJO		TEMPORAL		CUENTA PROPIA		TOTALES		FIJO		TEMPORAL		CUENTA PROPIA		TOTALES	
	NO.	%	NO.	%	NO.	%	NO.	% DEL TOTAL	NO.	%	NO.	%	NO.	%	NO.	% DEL TOTAL
SUB-ZONA A																
Si reciben	4	66,7	7	58,3	8	53,3	19	57,6	15	71,4	22	55,0	1	100,0	38	61,3
No reciben	2	33,3	5	41,7	7	46,7	14	42,4	6	28,6	18	45,0	-	-	24	38,7
Sub-total	6	100,0	12	100,0	15	100,0	33	100,0	21	100,0	40	100,0	1	100,0	62	100,0
SUB-ZONA B:																
Si reciben	4	36,4	12	63,2	32	60,4	48	57,8	5	38,5	4	33,3	-	-	9	34,6
No reciben	7	63,6	7	36,8	21	39,6	35	42,2	8	61,5	8	66,7	1	100,0	17	65,4
Sub-total	11	100,0	19	100,0	53	100,0	83	100,0	13	100,0	12	100,0	1	100,0	26	100,0
SUB-ZONA C:																
Si reciben	--	--	7	33,3	15	27,3	2	26,5	--	--	3	30,0	1	100,0	4	23,5
No reciben	7	100,0	14	66,7	40	72,7	61	73,5	6	100,0	7	70,0	-	--	13	76,5
Sub-total	7	100,0	21	100,0	55	100,0	63	100,0	6	100,0	10	100,0	1	100,0	17	100,0
SUB-ZONA D:																
Si reciben	1	50,0	3	13,0	1	5,0	5	11,1	1	5,6	6	15,8	-	--	7	12,3
No reciben	1	50,0	20	87,0	19	95,0	40	68,9	17	94,4	32	84,2	1	100,0	50	87,0
Sub-total	2	100,0	23	100,0	20	100,0	45	100,0	18	100,0	38	100,0	1	100,0	57	100,0
TOTAL CASOS VALIDOS (*)																
	26	10,7	75	30,7	143	58,6	244	100,0	58	35,9	100	61,7	4	2,5	162	100,0

FUENTE: Proyecto PSITA-COSTA RICA, 1988.

(\*) No se incluyen 18 familias cuyos jefes no se dedican a la agricultura como actividad económica principal.

CUADRO 8

CONDICION LABORAL DE LOS JEFES DE FAMILIA DE NIÑOS  
QUE RECIBIERON ALIMENTACION EN PERIODO NO LECTIVO  
SEGUN SUB-ZONA DE ESTUDIO E INSTITUCION QUE OFRECIO EL SERVICIO

	CON TIERRA								SIN TIERRA							
	FIJO		TEMPORAL		CUENTA PROPIA		TOTAL		FIJO		TEMPORAL		CUENTA PROPIA		TOTAL	
	NO.	%	NO.	%	NO.	%	NO.	%	NO.	%	NO.	%	NO.	%	NO.	%
SUB-ZONA A:																
Ninguno	6	--	11	--	14	--	31	94,0	17	--	31	--	1	--	49	79,0
CEN-CINAI	--	--	1	--	--	--	1	3,0	--	--	3	--	--	--	3	4,8
Comedor Escolar	--	--	--	--	--	--	--	--	1	--	--	--	--	--	1	1,6
Centro de Salud	--	--	--	--	1	--	1	3,0	3	--	6	--	--	--	9	14,5
Sub-total	6	18,2	12	36,4	15	45,4	33	100,0	21	33,9	40	64,5	1	1,6	62	100,0
SUB-ZONA B:																
Ninguno	5	--	17	--	42	--	64	77,1	9	--	9	--	--	--	18	69,2
CEN-CINAI	2	--	2	--	1	--	5	6,0	--	--	1	--	1	--	2	7,7
Comedor Escolar	2	--	--	--	1	--	3	3,6	--	--	--	--	--	--	--	--
Centro de Salud	2	--	--	--	9	--	11	13,3	4	--	2	--	--	--	6	--
Sub-total	11	13,3	19	22,9	53	63,8	83	100,0	13	50,0	12	46,2	1	3,8	26	100,0
SUB-ZONA C:																
Ninguno	6	--	13	--	54	--	73	89,0	6	--	6	--	1	--	13	76,5
CEN-CINAI	--	--	2	--	--	--	2	2,4	--	--	1	--	--	--	1	5,9
Comedor Escolar	--	--	1	--	--	--	1	1,2	--	--	--	--	--	--	--	--
Centro de Salud	--	--	5	--	1	--	6	6,0	--	--	3	--	--	--	3	17,6
Sub-total	6	7,3	21	25,6	55	67,1	82	100,0	6	35,3	10	58,8	1	5,9	17	100,0
SUB-ZONA D:																
Ninguno	1	--	20	--	20	--	41	91,1	17	--	34	--	1	--	52	91,2
CEN-CINAI	1	--	--	--	--	--	1	2,2	1	--	--	--	--	--	1	1,8
Comedor Escolar	--	--	2	--	--	--	2	4,4	--	--	2	--	--	--	2	3,5
Unidad Sanitaria	--	--	1	--	--	--	1	2,2	--	--	2	--	--	--	2	3,5
Sub-total	2	4,4	23	51,1	20	44,4	45	100,0	18	31,6	38	66,7	1	1,8	57	100,0
TOTAL CASOS VALIDOS	25	10,3	75	30,9	143	58,8	243	100,0	58	35,8	100	61,7	4	2,5	162	100,0

CUADRO 9

CONDICION LABORAL DE LOS JEFES DE FAMILIA DE NIÑOS  
QUE RECIBIERON ALIMENTACION DURANTE EL CURSO LECTIVO  
SEGUN SUB-ZONA DE ESTUDIO E INSTITUCION QUE OFRECIO EL SERVICIO

	CON TIERRA								SIN TIERRA							
	FIJO		TEMPORAL		CUENTA PROPIA		TOTAL		FIJO		TEMPORAL		CUENTA PROPIA		TOTAL	
	NO.	%	NO.	%	NO.	%	NO.	%	NO.	%	NO.	%	NO.	%	NO.	%
SUB-ZONA A:																
Ninguno	5	--	6	--	12	--	23	69,7	13	--	20	--	1	--	34	54,8
CEN-CINAI	-	--	1	--	--	--	1	3,0	--	--	3	--	--	--	3	4,8
Comedor Escolar	1	--	4	--	2	--	7	21,2	4	--	11	--	--	--	15	24,2
Unidad Sanitaria	-	--	1	--	--	--	1	3,0	--	--	1	--	--	--	1	1,6
Centro de Salud	-	--	-	--	1	--	1	3,0	4	--	5	--	--	--	9	14,5
Sub-total	6	18,2	12	36,4	15	45,4	33	100,0	21	33,9	40	64,5	1	1,6	62	100,0
SUB-ZONA B:																
Ninguno	3	--	11	--	36	--	50	60,2	8	--	8	--	--	--	16	61,5
CEN-CINAI	1	--	2	--	2	--	5	6,0	--	--	1	--	1	--	2	7,7
Comedor Escolar	5	--	6	--	11	--	22	26,5	1	--	1	--	--	--	2	7,7
Centro de Salud	2	--	0	--	4	--	6	7,2	4	--	2	--	--	--	6	23,1
Sub-total	11	13,3	19	22,9	53	63,9	83	100,0	13	50,0	12	46,2	1	3,8	26	100,0
SUB-ZONA C:																
Ninguno	5	--	11	--	38	--	54	65,1	5	--	5	--	1	--	11	64,7
CEN-CINAI	--	--	2	--	1	--	3	3,6	--	--	--	--	--	--	--	--
Comedor Escolar	2	--	5	--	15	--	22	26,5	1	--	2	--	--	--	3	17,6
Centro de Salud	--	--	3	--	1	--	4	4,8	--	--	3	--	--	--	3	17,6
Sub-total	7	8,4	21	25,3	55	66,3	83	100,0	6	35,3	10	58,8	1	5,9	17	100,0
SUB-ZONA D:																
Ninguno	1	--	12	--	18	--	31	68,9	10	--	26	--	1	--	37	64,9
CEN-CINAI	1	--	--	--	--	--	1	2,2	1	--	--	--	--	1	1,8	
Comedor Escolar	-	--	11	--	2	--	13	28,9	7	--	10	--	--	--	17	29,8
Unidad Sanitaria	-	--	--	--	--	--	--	--	--	2	--	--	--	2	3,5	
Sub-total	2	4,4	23	51,1	20	44,4	45	100,0	18	31,6	38	66,7	1	1,8	57	100,0
TOTAL CASOS VALIDOS																
	26	10,7	75	30,7	143	58,6	244	100,0	58	35,8	100	61,7	4	2,5	162	100,0

CUADRO 10

CONDICION LABORAL DE LOS JEFES DE FAMILIA  
CUYOS HIJOS NO HAN RECIBIDO ATENCION MEDICA BASICA  
SEGUN SUB-ZONA DE ESTUDIO Y SERVICIO ASISTENCIAL

	CON TIERRA								SIN TIERRA							
	FIJO		TEMPORAL		CUENTA PROPIA		TOTAL		FIJO		TEMPORAL		CUENTA PROPIA		TOTAL	
	NO.	%	NO.	%	NO.	%	NO.	%	NO.	%	NO.	%	NO.	%	NO.	%
SUB-ZONA A:																
Control Pre-natal	2	--	1	--	3	--	6	25,0	1	--	8	--	--	--	9	27,3
Control a recién nacidos	2	--	1	--	2	--	5	20,8	--	--	9	--	--	--	9	27,3
Atención médica a niños mayores de 1 año	2	--	1	--	1	--	4	16,7	--	--	3	--	--	--	3	9,1
Control de peso-talla	2	--	3	--	4	--	9	37,5	2	--	10	--	--	--	12	36,3
Sub-total	8	33,3	6	25,0	10	41,7	24	100,0	3	9,1	30	90,9	--	--	33	100,0
SUB-ZONA B:																
Control pre-natal	3	--	2	--	7	--	12	25,0	1	--	5	--	--	--	6	31,6
Control a recién nacidos	3	--	2	--	6	--	11	22,9	--	--	4	--	--	--	4	21,1
Atención médica a niños mayores de 1 año	2	--	2	--	6	--	10	20,8	--	--	4	--	--	--	4	21,1
Control de peso-talla	1	--	5	--	9	--	15	31,3	2	--	3	--	--	--	5	26,3
Sub-total	9	18,8	11	22,9	28	58,3	48	100,0	3	15,8	16	84,2	--	--	19	100,0
SUB-ZONA C:																
Control pre-natal	--	--	1	--	6	--	7	14,6	--	--	1	--	--	--	1	10,0
Control a recién nacidos	--	--	1	--	9	--	10	20,8	--	--	1	--	--	--	1	10,0
Atención médica a niños mayores de 1 año	1	--	2	--	7	--	10	20,8	--	--	3	--	--	--	3	30,0
Control de peso-talla	1	--	6	--	14	--	21	45,8	--	--	5	--	--	--	5	50,0
Sub-total	2	4,2	10	20,8	36	75,0	48	100,0	--	--	10	100,0	--	--	10	100,0
SUB-ZONA D:																
Control pre-natal	1	--	2	--	1	--	4	12,1	1	--	7	--	--	--	8	16,0
Control a recién nacidos	1	--	4	--	1	--	6	18,2	2	--	8	--	--	--	10	20,0
Atención médica a niños mayores de 1 año	1	--	7	--	1	--	9	27,3	4	--	8	--	--	--	12	24,0
Control de peso-talla	2	--	10	--	2	--	14	42,4	7	--	12	--	1	--	20	40,0
Sub-total	5	15,1	23	69,7	5	15,2	33	100,0	14	28,0	35	70,0	1	2,0	50	100,0
TOTAL CASOS VALIDOS	24	15,7	50	32,7	79	51,6	153	--	20	17,9	91	81,2	1	0,9	112	100,0

FUENTE: Proyecto PSITA-COSTA RICA, 1988.

CUADRO 11

CONDICION LABORAL DE LOS JEFES DE FAMILIA  
CON MIEMBROS QUE NO HAN RECIBIDO ATENCION MEDICA BASICA  
SEGUN SUB-ZONA DE ESTUDIO Y SERVICIO ASISTENCIAL

	CON TIERRA								SIN TIERRA							
	FIJO		TEMPORAL		CUENTA PROPIA		TOTAL		FIJO		TEMPORAL		CUENTA PROPIA		TOTAL	
	NO.	%	NO.	%	NO.	%	NO.	%	NO.	%	NO.	%	NO.	%	NO.	%
SUB-ZONA A:																
Presión Arterial	1	--	2	--	3	--	6	13,6	3	--	11	--	--	--	14	24,6
Papanicolau	--	--	4	--	7	--	11	25,0	1	--	11	--	1	--	13	22,8
Accidentes leves	4	--	4	--	8	--	16	36,4	4	--	14	--	--	--	18	31,6
Enfermedad	4	--	3	--	4	--	11	25,0	3	--	9	--	--	--	12	21,0
Sub-total	9	20,5	13	29,5	22	50,0	44	100,0	11	19,3	45	78,9	1	1,8	57	100,0
SUB-ZONA B:																
Presión Arterial	--	--	1	--	4	--	5	6,1	2	--	2	--	--	--	4	13,3
Papanicolau	4	--	3	--	13	--	20	24,4	2	--	6	--	--	--	8	26,7
Accidentes leves	7	--	5	--	21	--	33	40,2	4	--	8	--	--	--	12	40,0
Enfermedad	3	--	6	--	15	--	24	29,3	1	--	5	--	--	--	6	20,0
Sub-total	14	17,1	15	18,3	53	64,6	82	100,0	9	30,0	21	70,0	--	--	30	100,0
SUB-ZONA C:																
Presión Arterial	1	--	3	--	14	--	18	19,4	2	--	2	--	--	--	4	23,5
Papanicolau	--	--	10	--	12	--	22	23,6	3	--	2	--	--	--	5	29,4
Accidentes leves	4	--	10	--	24	--	88	40,9	2	--	3	--	1	--	6	35,3
Enfermedad	2	--	5	--	8	--	15	16,1	1	--	1	--	1	--	2	11,8
Sub-total	7	7,5	28	30,1	58	62,4	93	100,0	8	47,0	8	47,0	1	6,0	17	100,0
SUB-ZONA D:																
Presión Arterial	--	--	9	--	4	--	13	30,2	7	--	12	--	1	--	20	33,9
Papanicolau	--	--	4	--	7	--	11	25,6	5	--	8	--	1	--	14	23,7
Accidentes leves	1	--	7	--	6	--	14	32,6	5	--	14	--	1	--	20	33,9
Enfermedad	--	--	2	--	3	--	5	11,6	3	--	2	--	0	--	5	8,5
Sub-total	1	2,3	22	51,2	20	46,5	43	100,0	20	33,9	36	61,0	3	5,1	59	100,0
TOTAL CASOS VALIDOS	31	11,8	78	29,8	153	58,4	262	100,0	48	29,4	110	67,5	5	3,1	163	100,0

CUADRO 12

TIPO DE VACUNA ADMINISTRADA A LA POBLACION INFANTIL  
SEGUN SUB-ZONA DE ESTUDIO  
(CON TIERRA)

	BCG				DPT				POLIO				SARAMPION			
	SI	%	NO	%	SI	%	NO	%	SI	%	NO	%	SI	%	NO	%
SUB-ZONA A	19	95,0	1	5,0	18	90,0	2	10,0	17(1)	89,5	2	10,5	14(3)	82,4	3	17,6
SUB-ZONA B	45(1)	97,8	1	2,2	45(2)	100,0	0	0,0	45(2)	100,0	0	0,0	44(2)	97,8	1	2,2
SUB-ZONA C	48(1)	100,0	0	0,0	46(3)	100,0	0	0,0	44(5)	100,0	0	0,0	42(4)	93,3	3	6,7
SUB-ZONA D	21(1)	95,5	1	4,5	22(1)	100,0	0	0,0	22(1)	100,0	0	0,0	23	100,0	0	0,0
TOTAL CASOS VALIDOS	133(1)	97,8	3	2,2	131(2)	98,5	2	1,5	128(3)	98,5	2	1,5	123(4)	94,6	7	5,4

CUADRO 13

TIPO DE VACUNA ADMINISTRADA A LA POBLACION INFANTIL  
SEGUN SUB-ZONA DE ESTUDIO  
(SIN TIERRA)

	BCG				DPT				POLIO				SARAMPION			
	SI	%	NO	%	SI	%	NO	%	SI	%	NO	%	SI	%	NO	%
SUB-ZONA A	51	98,0	1	2,0	50	98,0	1	2,0	51	98,0	1	2,0	44	89,8	5	10,2
SUB-ZONA B	20	95,22	1	4,8	21	100,0	0	0,0	21	100,0	0	0,0	20	95,2	1	4,8
SUB-ZONA C	12	80,0	3	20,0	14	100,0	0	0,0	14	100,0	0	0,0	14	93,3	1	6,7
SUB-ZONA D	40	88,9	5	11,1	44	100,0	0	0,0	44	100,0	0	0,0	39	92,9	3	7,1
TOTAL CASOS VALIDOS	123(1)	92,5	10	7,5	129(2)	99,2	1	0,8	130(3)	99,2	1	0,8	117(4)	92,1	10	7,9

(1) 3 N.R.

(2) 6 N.R.

(3) 9 N.R.

(4) 9 N.R.

CUADRO 14

FAMILIAS QUE HAN TENIDO NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS CON  
PARASITOS  
SEGUN SUB-ZONA DE ESTUDIO  
(CON TIERRA)

	SI	%	NO	%	TOTAL	%
SUB-ZONA A	7	53,8	6	46,2	13	100,0
SUB-ZONA B	22	55,0	18	45,0	40	100,0
SUB-ZONA C	14	37,8	23	62,2	37	100,0
SUB-ZONA D	12	57,1	9	42,9	21	100,0
TOTAL CASOS VALIDOS	55	49,5	56	50,5	111	100,0

CUADRO 15

FAMILIAS QUE HAN TENIDO NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS CON  
PARASITOS  
SEGUN SUB-ZONA DE ESTUDIO  
(SIN TIERRA)

	SI	%	NO	%	TOTAL	%
SUB-ZONA A	19	52,8	17	47,2	36	100,0
SUB-ZONA B	7	41,2	10	58,8	17	100,0
SUB-ZONA C	8	80,0	2	20,0	10	100,0
SUB-ZONA D	17	58,6	12	41,4	29	100,0
TOTAL CASOS VALIDOS	51	55,4	41	44,6	92	100,0

FUENTE: Proyecto PSTIA-COSTA RICA. 1988.

CUADRO NO 16

TIPO DE INSTITUCION UTILIZADA POR LAS FAMILIAS EN EL  
TRATAMIENTO DE PARASITOSIS  
SEGUN SUB-ZONA DE ESTUDIO  
NUMEROS RELATIVOS  
(CON TIERRA)

	INSTITUCION REMEDIO			
	DE SALUD PUBLICA	CASERO	PRIVADA	NINGUNA
SUB-ZONA A	86,0	-	14,0	-
SUB-ZONA B	70,8	-	25,0	4,2
SUB-ZONA C	50,0	7,1	42,9	-
SUB-ZONA D	33,3	8,3	58,4	-
TOTAL CASOS VALIDOS	59,6	3,5	35,1	1,8

CUADRO 17

TIPO DE INSTITUCION UTILIZADA POR LAS FAMILIAS EN EL  
TRATAMIENTO DE PARASITOSIS  
SEGUN SUB-ZONA DE ESTUDIO  
NUMEROS RELATIVOS  
(SIN TIERRA)

	INSTITUCION REMEDIO		
	DE SALUD PUBLICA	CASERO	PRIVADA
SUB-ZONA A	63,2	10,5	26,3
SUB-ZONA B	57,1	14,3	28,6
SUB-ZONA C	37,5	--	62,5
SUB-ZONA D	50,0	--	50,0
TOTAL CASOS VALIDOS	54,0	6,0	40,0

FUENTE: Proyecto PSTTA-COSTA RICA, 1988.

CUADRO 18

FAMILIAS QUE CONOCEN EL SUERO ORAL COMO REHIDRATADOR  
SEGUN SUB-ZONA DE ESTUDIO  
NUMEROS RELATIVOS  
(CON TIERRA)

	SI	NO	TOTAL
SUB-ZONA A	74,2	25,8	100,0
SUB-ZONA B	68,9	31,1	100,0
SUB-ZONA C	56,2	43,8	100,0
SUB-ZONA D	67,6	32,4	100,0
TOTAL CASOS VALIDOS	65,1	34,9	100,0

CUADRO 19

FAMILIAS QUE CONOCEN EL SUERO ORAL COMO REHIDRATADOR  
SEGUN SUB-ZONA DE ESTUDIO  
NUMERO RELATIVOS  
(SIN TIERRA)

	SI	NO	TOTAL
SUB-ZONA A	79,2	20,8	100,0
SUB-ZONA B	65,2	34,8	100,0
SUB-ZONA C	73,3	26,7	100,0
SUB-ZONA D	43,8	56,2	100,0
TOTAL CASOS VALIDOS	64,0	36,0	100,0

FUENTE: Proyecto PSTTA-COSTA RICA. 1988.

CUADRO 20

FORMA DE ADQUISICION DEL SUERO ORAL  
SEGUN SUB-ZONA DE ESTUDIO  
NUMEROS RELATIVOS  
(CON TIERRA)

	OBSEQUIO	PREPARADO		TOTAL
		COMPRA	CASERO	
SUB-ZONA A	78,6	17,8	3,6	100,0
SUB-ZONA B	61,3	32,2	6,5	100,0
SUB-ZONA C	64,7	35,3	-	100,0
SUB-ZONA D	70,6	26,5	2,9	100,0
TOTAL CASOS VALIDOS	66,9	29,7	3,4	100,0

CUADRO 21

FORMA DE ADQUISICION DEL SUERO ORAL  
SEGUN SUB-ZONA DE ESTUDIO  
NUMEROS RELATIVOS  
(SIN TIERRA)

	OBSEQUIO	PREPARADO		TOTAL
		COMPRA	CASERO	
SUB-ZONA A	73,0	25,4	1,6	100,0
SUB-ZONA B	60,0	30,0	10,0	100,0
SUB-ZONA C	85,7	14,3	-	100,0
SUB-ZONA D	66,7	27,3	6,0	100,0
TOTAL CASOS VALIDOS	70,8	25,4	3,8	100,0

FUENTE: Proyecto PSTTA-COSTA RICA, 1988.

CUADRO 22

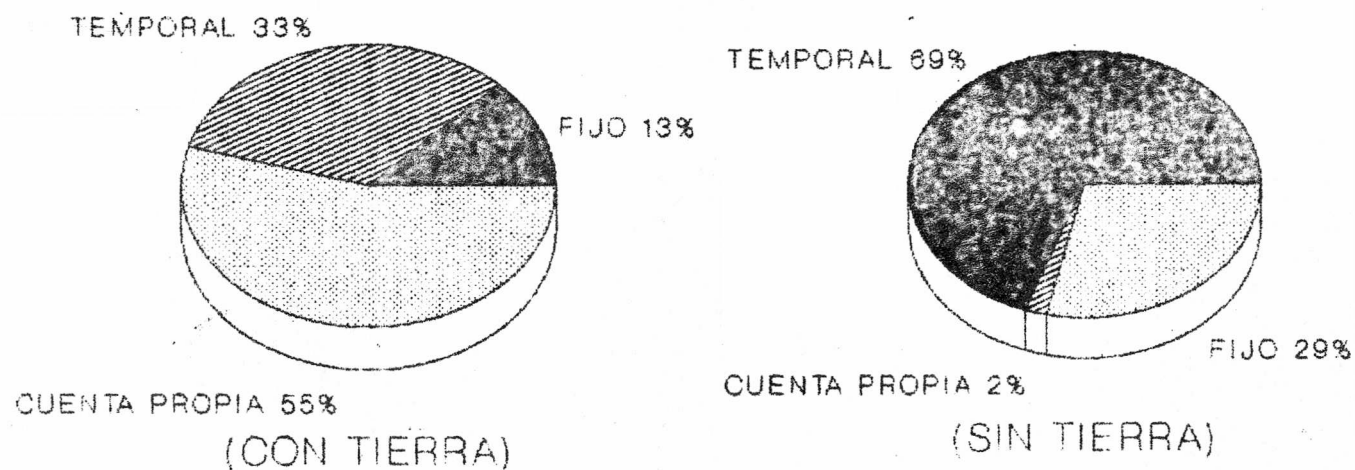
NUMERO DE FAMILIAS CON AL MENOS UN MIEMBRO QUE PERTENECE AL  
COMITE DE SALUD  
SEGUN SUB-ZONA DE ESTUDIO

	CON TIERRA				SIN TIERRA				TOTAL	
	SI	%	NO	%	SI	%	NO	%	NO.	%
SUB-ZONA A	--	--	36	100,0	3	4,4	65	95,6	104	24,5
SUB-ZONA B	11	13,1	73	86,9	2	7,1	26	92,9	112	26,4
SUB-ZONA C	6	7,2	77	92,8	-	-	18	100,0	101	23,8
SUB-ZONA D	--	--	46	100,0	-	-	61	100,0	107	25,2
TOTAL CASOS VALIDOS	17	6,8	232	93,2	5	2,9	170	97,1	424	100,0

FUENTE: Proyecto PSTTA-COSTA RICA. 1988.

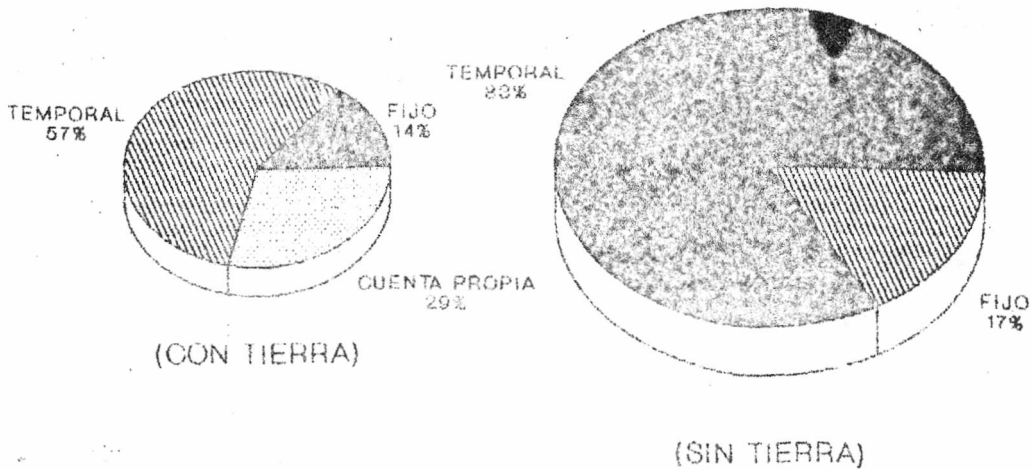
# GRAFICO 1

## CONDICION LABORAL DE JEFES DE FAMILIA DE NIÑOS CON PARASITOSIS



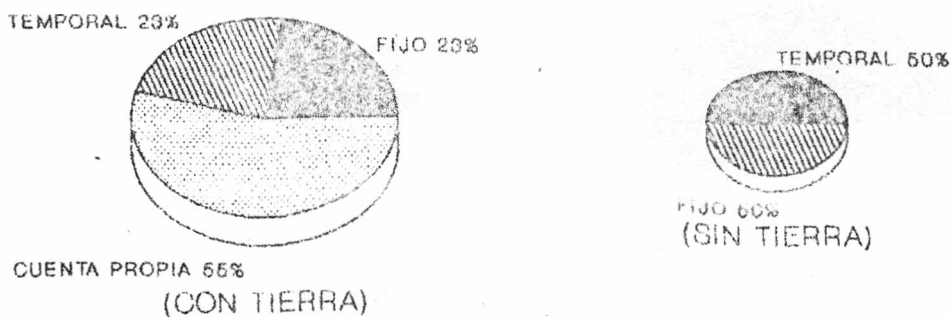
FUENTE: Proyecto PSTTA-COSTA RICA. 1988.

GRAFICO 2  
**CONDICION LABORAL DE JEFES DE FAMILIA  
 DE NIÑOS CON PARASITOSIS (SUBZONA A)**



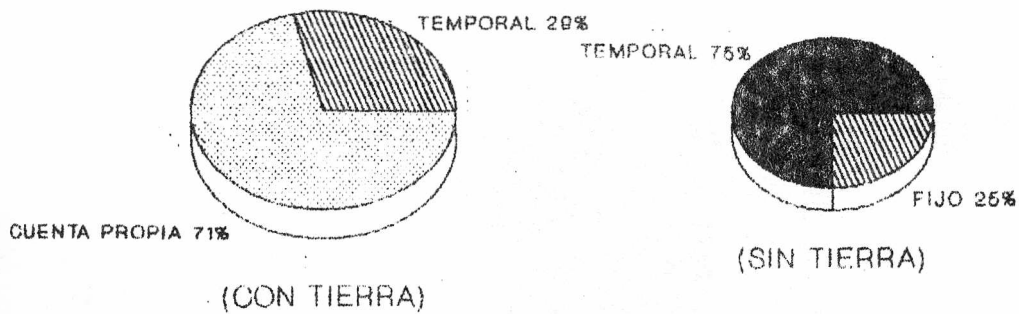
FUENTE: Proyecto PSTTA-COSTA RICA. 1988.

GRAFICO 3  
**CONDICION LABORAL DE JEFES DE FAMILIA  
 DE NIÑOS CON PARASITOSIS (SUBZONA B)**



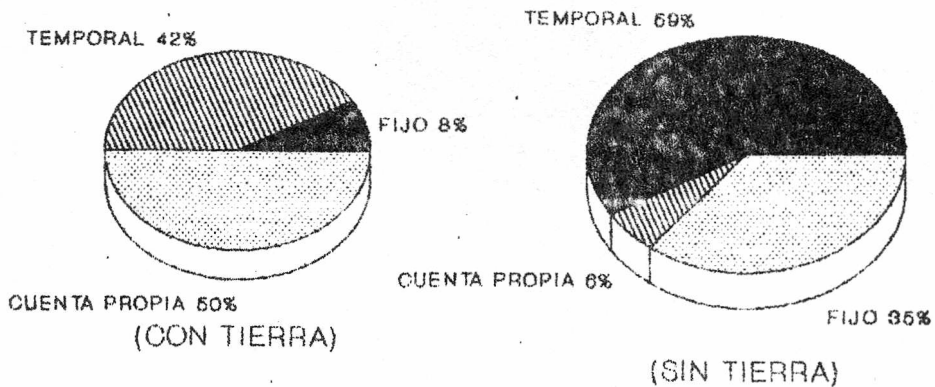
FUENTE: Proyecto PSTTA-COSTA RICA. 1988.

GRAFICO 4  
**CONDICION LABORAL DE JEFES DE FAMILIA  
 DE NIÑOS CON PARASITOSIS (SUBZONA C)**



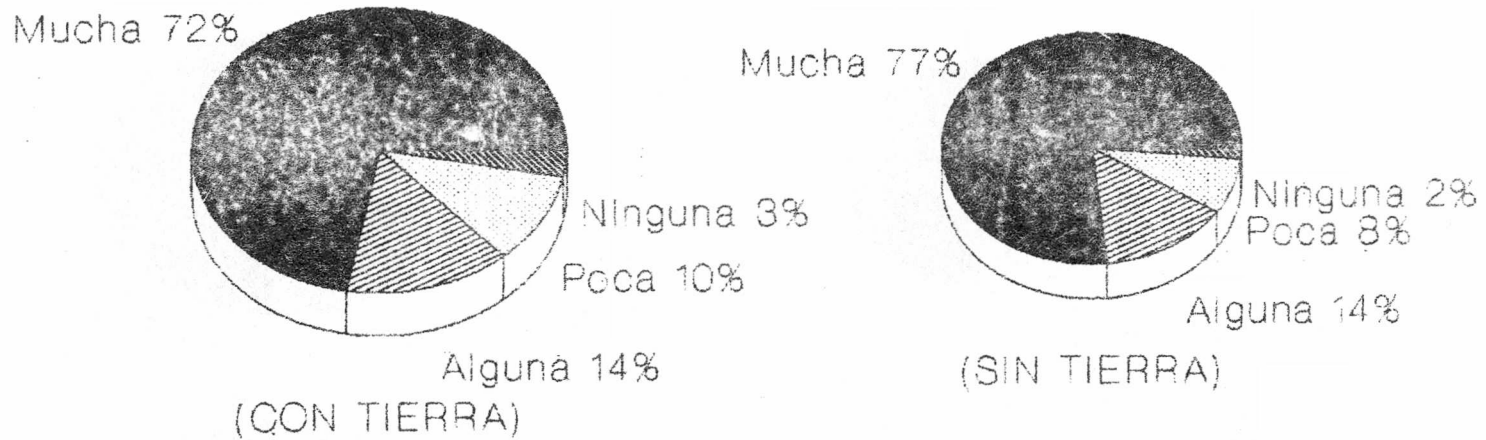
FUENTE: Proyecto PSTTA-COSTA RICA. 1988.

GRAFICO 5  
**CONDICION LABORAL DE JEFES DE FAMILIA  
 DE NIÑOS CON PARASITOSIS (SUBZONA D)**



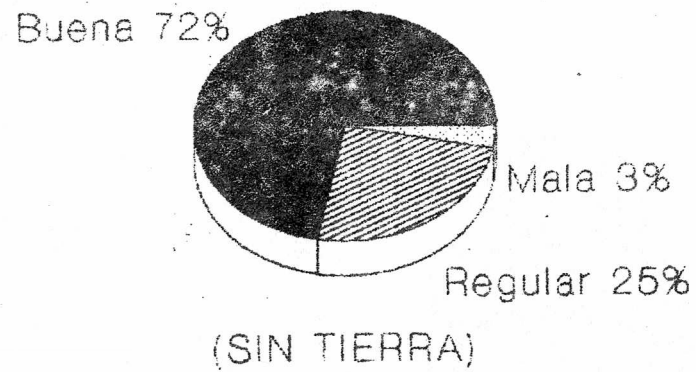
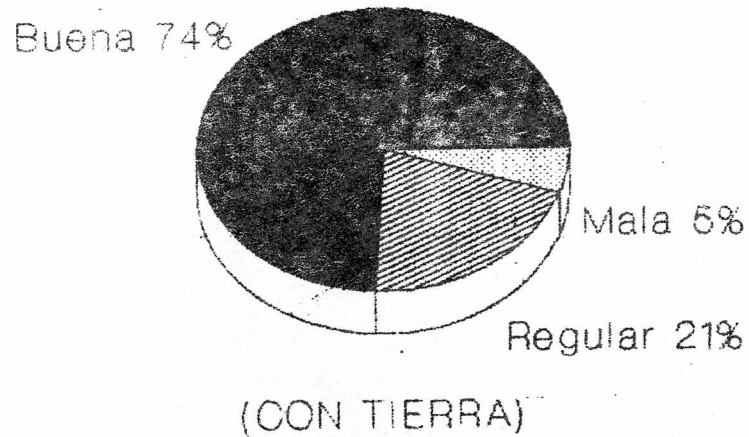
FUENTE: Proyecto PSTTA-COSTA RICA. 1988.

**GRAFICO 6**  
**VISITA DOMICILIARIA**  
**OPINION SOBRE SU IMPORTANCIA**



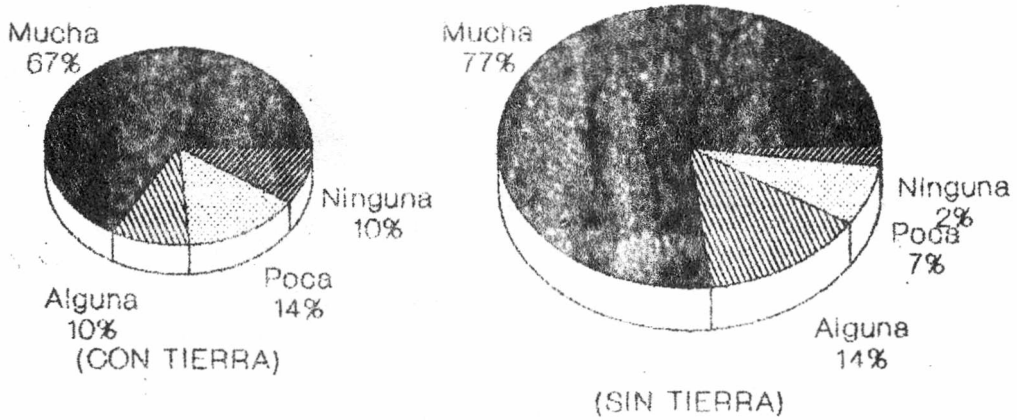
**FUENTE: Proyecto PSTTA-COSTA RICA. 1988.**

**GRAFICO 7**  
**VISITA DOMICILIARIA**  
**OPINION SOBRE SU CALIDAD**



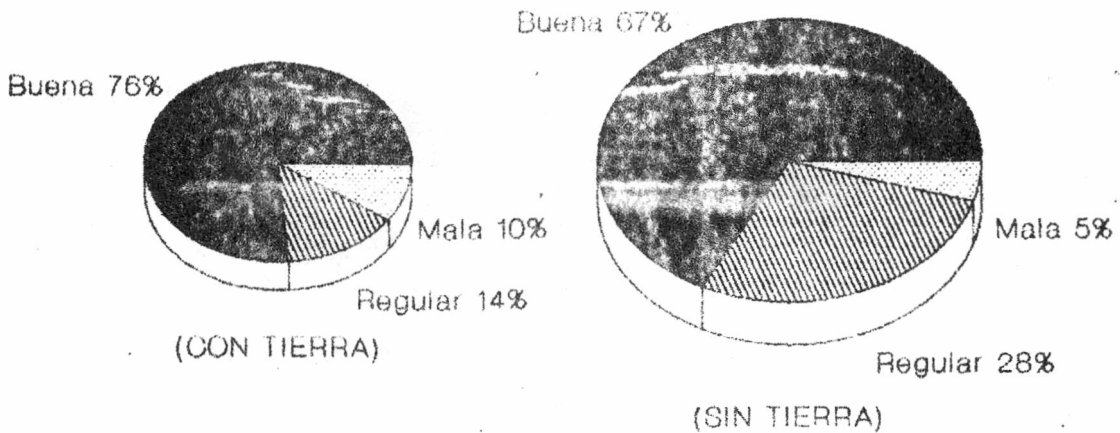
**FUENTE: Proyecto PSTTA-COSTA RICA. 1988.**

**GRAFICO 8**  
**VISITA DOMICILIARIA**  
**OPINION SOBRE SU IMPORTANCIA (SUBZONA A)**



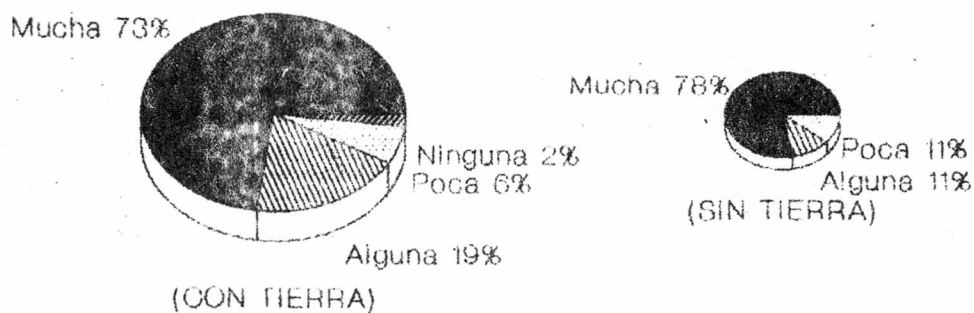
**FUENTE: PROYECTO PSTTA-COSTA RICA. 1988.**

**GRAFICO 9**  
**VISITA DOMICILIARIA**  
**OPINION SOBRE SU CALIDAD (SUBZONA A)**



**FUENTE: Proyecto PSTTA-COSTA RICA. 1988.**

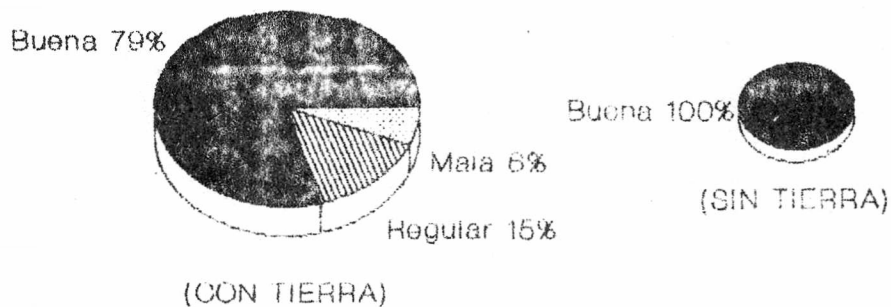
**GRAFICO 10**  
**VISITA DOMICILIARIA**  
**OPINION SOBRE SU IMPORTANCIA (SUBZONA B)**



**FUENTE: Proyecto PSTTA-COSTA RICA. 1988.**

---

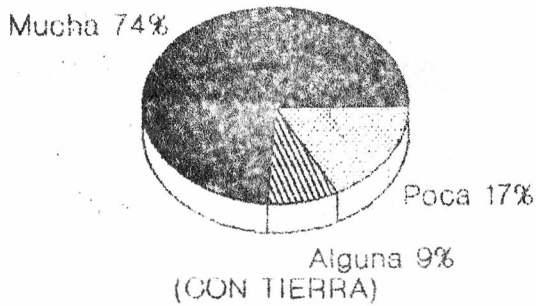
**GRAFICO 11**  
**VISITA DOMICILIARIA**  
**OPINION SOBRE SU CALIDAD (SUBZONA B)**



**FUENTE: Proyecto PSTTA-COSTA RICA. 1988.**

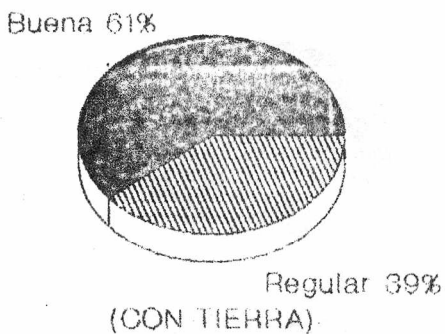
---

GRAFICO 12  
VISITA DOMICILIARIA  
OPINION SOBRE SU IMPORTANCIA (SUBZONA C)



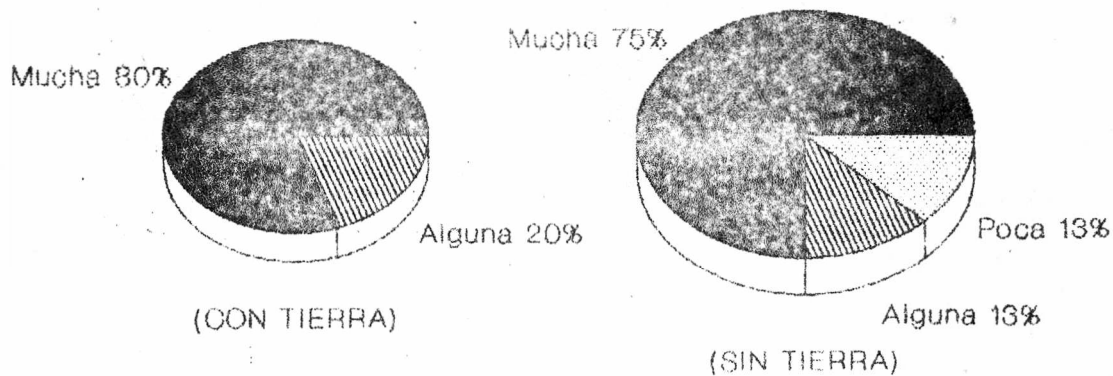
FUENTE: Proyecto PSTTA-COSTA RICA. 1988.

GRAFICO 13  
VISITA DOMICILIARIA  
OPINION SOBRE SU CALIDAD (SUBZONA C)



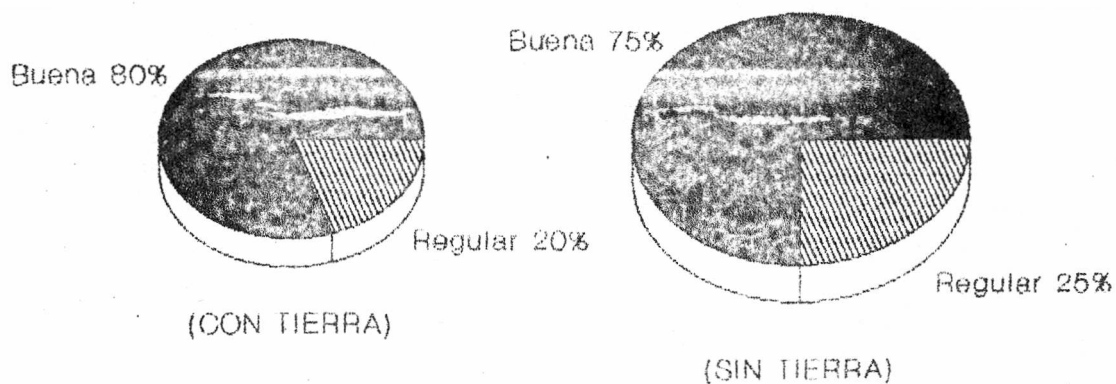
FUENTE: Proyecto PSTTA-COSTA RICA. 1988.

**GRAFICO 14**  
**VISITA DOMICILIARIA**  
**OPINION SOBRE SU IMPORTANCIA (SUBZONA D)**



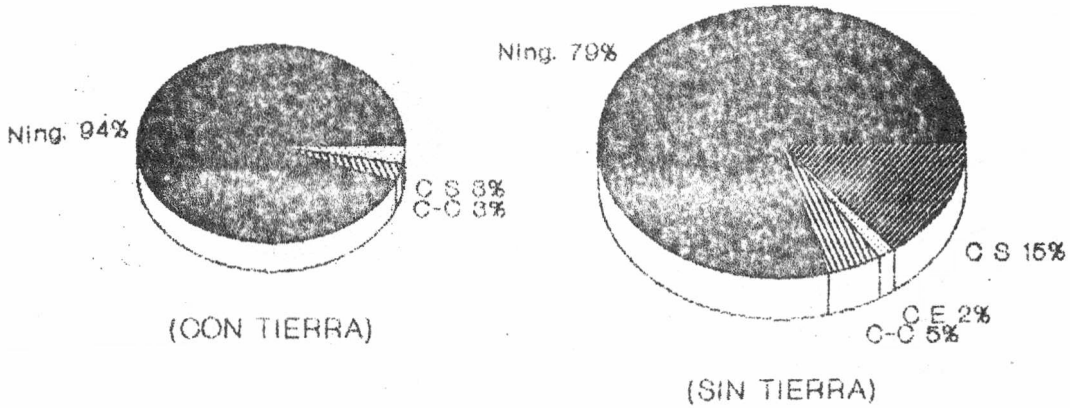
**FUENTE: Proyecto PSTTA-COSTA RICA. 1988.**

**GRAFICO 15**  
**VISITA DOMICILIARIA**  
**OPINION SOBRE SU CALIDAD (SUBZONA D)**



**FUENTE: Proyecto PSTTA-COSTA RICA. 1988.**

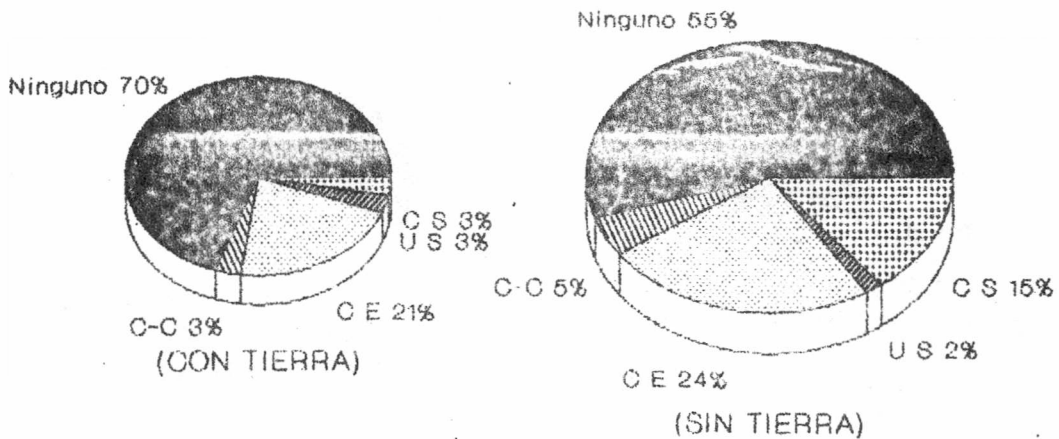
**GRAFICO 16**  
**SERVICIO DE COMEDORES EN VACACIONES**  
**SEGUN INSTITUCION OFERENTE (SUBZONA A)**



Ning.: Ninguno / C-C: CEN-CINAI / C E:  
Comedor Escolar / C S: Centro de Salud

**FUENTE: Proyecto PSTTA-COSTA RICA. 1988.**

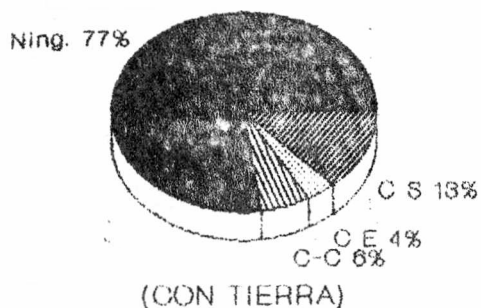
**GRAFICO 17**  
**SERVICIO DE COMEDOR EN PERIODO LECTIVO**  
**SEGUN INSTITUCION OFERENTE (SUBZONA A)**



C-C: CEN-CINAI / C E: Comedor Escolar / C S:  
Centro de Salud / U S: Unidad Sanitaria

**FUENTE: Proyecto PSTTA-COSTA RICA. 1988.**

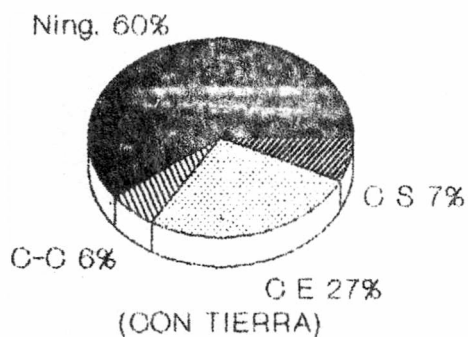
GRAFICO 18  
**SERVICIO DE COMEDOR EN VACACIONES  
 SEGUN INSTITUCION OFERENTE (SUBZONA B)**



Ning.: Ninguno / C-C: CEN-CINAI / C E: Comedor Escolar / C S: Centro de Salud

FUENTE: Proyecto PSTTA-COSTA RICA. 1988.

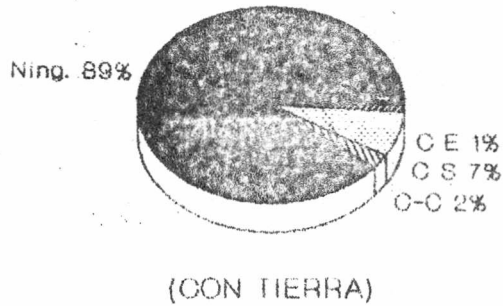
GRAFICO 19  
**SERVICIO DE COMEDOR EN PERIODO LECTIVO  
 SEGUN INSTITUCION OFERENTE (SUBZONA B)**



Ning.: Ninguno / C-C: CEN-CINAI / C E: Comedor Escolar / C S: Centro de Salud

FUENTE: Proyecto PSTTA-COSTA RICA. 1988.

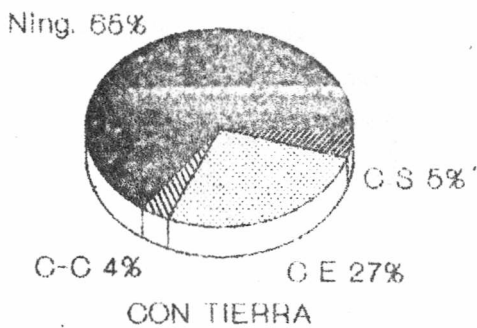
**GRAFICO 20**  
**SERVICIO DE COMEDORES EN VACACIONES**  
**SEGUN INSTITUCION OFERENTE (SUBZONA C)**



Ning.: Ninguno / C-C: CEN-CINAI / C E:  
 Comedor Escolar / C S: Centro de Salud

**FUENTE: Proyecto PSTTA-COSTA RICA. 1988.**

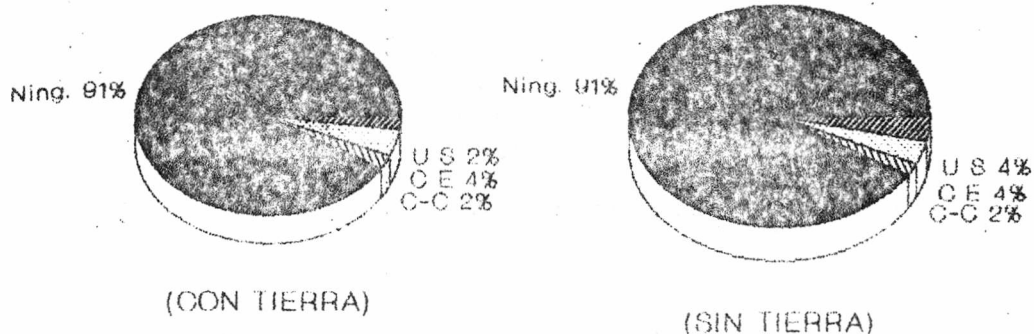
**GRAFICO 21**  
**SERVICIO DE COMEDOR EN PERIODO LECTIVO**  
**SEGUN INSTITUCION OFERENTE (SUBZONA C)**



Ning.: Ninguno / C-C: CEN-CINAI / C E:  
 Comedor Escolar / C S: Centro de Salud

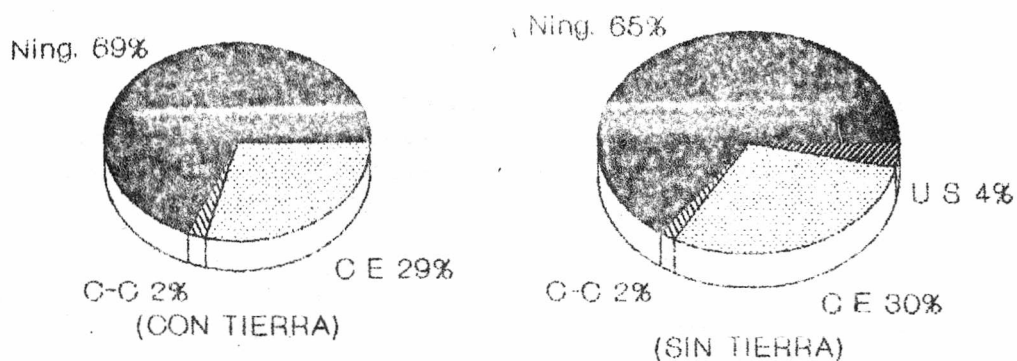
**FUENTE: Proyecto PSTTA-COSTA RICA. 1988.**

**GRAFICO 22**  
**SERVICIO DE COMEDOR EN VACACIONES**  
**SEGUN INSTITUCION OFERENTE (SUBZONA D)**



Ning.: Ninguno / C-C: CEN-CINAI / C.E.:  
 Comedor Escolar / U.S.: Unidad Sanitaria  
**FUENTE: Proyecto PSTTA-COSTA RICA. 1988.**

**GRAFICO 23**  
**SERVICIO DE COMEDOR EN PERIODO LECTIVO**  
**SEGUN INSTITUCION OFERENTE (SUBZONA D)**



Ning.: Ninguno / C-C: CEN-CINAI / C.E.:  
 Comedor Escolar / U.S.: Unidad Sanitaria  
**FUENTE: Proyecto PSTTA-COSTA RICA. 1988.**

## BIBLIOGRAFIA

- Dever, G. E. Alan. "La epidemiología en la administración de servicios de salud". En: *La epidemiología y la política de salud*. Caja Costarricense de Seguro Social, Biblioteca Nacional de Salud y Seguridad Social.
- Jaramillo Antillón, Juan. *Los problemas de la salud en Costa Rica*. Litografía Ambar. San José, 1984.
- Jaramillo Antillón, J.; Miranda Gutiérrez, G. *La integración de los servicios de salud en Costa Rica*. San José; Ministerio de Salud, Caja Costarricense de Seguro Social, Oficina Sanitaria Panamericana. 1985.
- Jaramillo, J.; Alfaro, O.; Jenkins, J.; López, M.; Moya, L. *Características de organización de la atención médica en Costa Rica*. San José, Costa Rica. 1985.
- León, Patricio. *Proyecto de Investigación "Participación social y trabajo temporal agrícola en centroamérica"*. CSUCA, 1986.
- León, P., Raventós, C. *Empleo Agrícola y Mercados de Trabajo en Guatemala, Honduras y Costa Rica*. San José, CSUCA/IDRC, 1984.
- Marx, Karl. *Elementos fundamentales para la crítica de la economía política (borrador) 1857-1858*. Siglo XXI eds. (novena edición). 1977.
- Ministerio de Salud. *Plan Nacional de Salud 1979-1982. Tercera Parte: Propósitos, objetivos, estrategia y plan de acción*. Unidad Sectorial de Planificación. San José, 1979.
- Osorio, Rodolfo. "Salud popular y medicina capitalista en Costa Rica". En: *Varios autores. Salud en América Latina. Algunos elementos de conceptualización y Metodología*. Nuevos Cuadernos CELATS. Lima, Perú. Edición 1988.

Pascua, María del Rocío; Valverde, Luis. Bienestar social en Costa Rica: Una reseña de su desarrollo. Avances de Investigación No. 60. Instituto de Investigaciones Sociales, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Costa Rica, 1987.

Poulantzas, N. Poder político y clases sociales en el estado capitalista. Siglo XXI eds. (decimoprimer edición en español). 1975.

Las clases sociales en el capitalismo actual. Siglo XXI eds. (octava edición en español). 1985

Reyes, Esperanza. "Salud, apuntes teórico-metodológicos". En: Varios autores. Salud en América Latina. Algunos elementos de conceptualización y Metodología. Nuevos Cuadernos CELATS. Lima, Perú. Edición 1988.