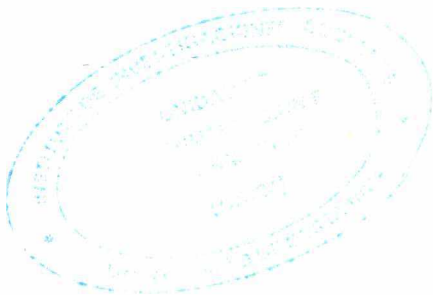
10706.00
(79) C.2

iis

AVANCES
DE INVESTIGACION

Año 1991 No. 77

APUNTES PARA UN ESTUDIO DE LA MORBILIDAD DE LA FUERZA DE TRABAJO EN COSTA RICA



MAYRA ACHIO T.
JAIME LOBO S.

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

El Instituto de Investigaciones Sociales publica la Serie Avances de Investigación con el propósito d suscitar debates y críticas antes de su publicación definitiva.

Ilustración de la contraportada: **Serpiente emplumada, Cerámica Vallejo Policromo de la Gran Nicoya, Guanacaste, Costa Rica. Propiedad de Molinos de Costa Rica.**

La serpiente emplumada se manifiesta como una constante de la simbología precolombina desde América del Norte hasta América del Sur y está relacionada con la sabiduría semi-divina a lo largo de la historia.

Correspondencia y canje dirigirlos a:
Centro Integrado de Documentación
Centroamericano en Ciencias
Sociales (C.I.D.C.A.S.)
Instituto de Investigaciones Sociales
Ciudad UNiversitaria Rodrigo Facio
Código 2060
San Pedro de Montes de Oca
San José, Costa Rica

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

APUNTES PARA UN ESTUDIO DE LA MORBILIDAD DE LA FUERZA DE TRABAJO EN COSTA RICA

Mayra Achío T.
Jaime Lobo S.

Avance N. 77 Abril, 1991

CONSEJO EDITORIAL

Mario E. Fernández. Coordinador

Daniel Camacho
Dina Krauskopf
Ciska Raventós
Marielos Rojas
Jorge Rovira

10706.00
c.2

INDICE

	Página
PRESENTACION	ii
INTRODUCCION	1
1. LA SALUD-ENFERMEDAD COMO PROCESO SOCIAL	3
2. LA MEDICION DEL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD	11
2.1. Mortalidad y morbilidad	13
3. UNA PROPUESTA PARA ESTUDIAR LA MORBILIDAD DE LOS TRABAJADORES EN COSTA RICA	15
4. CONCLUSIONES	19
BIBLIOGRAFIA	21

PRESENTACION

Este número de la serie Avances de Investigación del Instituto de Investigaciones Sociales es un producto preliminar y parcial del Proyecto "Fuerza de trabajo y morbilidad hospitalaria en Costa Rica, 1980-1987", que se está llevando a cabo en este Instituto, con el apoyo de la Escuela de Antropología y Sociología y la Escuela de Matemáticas y bajo la responsabilidad de Mayra Achío (investigadora principal) y Jaime Lobo (investigador).

El trabajo contiene una síntesis de la reflexión teórica que orienta la investigación y plantea algunas inquietudes acerca de cómo realizar estudios sobre el proceso salud-enfermedad, desde una perspectiva interdisciplinaria.

Esperamos con esta entrega cumplir una vez más, con nuestro compromiso de contribuir a la divulgación y debate del desarrollo reciente de la investigación en las Ciencias Sociales.

M Achío T.

Mayra Achío, Directora a.i.
Instituto Investigaciones Sociales

INTRODUCCION

El nivel de complejidad que entraña una perspectiva integral del proceso salud enfermedad, requiere del trabajo interdisciplinario para abordar el estudio de los problemas de la salud colectiva. Dentro de este enfoque, el aporte de las Ciencias Sociales es fundamental.

La pertinencia del análisis social del proceso salud-enfermedad es particularmente evidente a partir de las siguientes consideraciones:

- Las enfermedades no tienen una distribución uniforme ni azarosa, por el contrario, siguen un comportamiento bastante esperable al interior de los distintos grupos sociales.

- Los grupos sociales tienden a considerar la enfermedad desde perspectivas distintas, según sus propias situaciones socio-culturales.

- A pesar de la tendencia general a que las tasas de mortalidad desciendan, las diferencias por clase social se mantienen y en algunos casos aumenta.

Lo anterior demuestra que la ampliación de la cobertura y el mejoramiento técnico de la medicina, por si solos , son insuficientes para resolver los problemas de salud de la sociedad.

Esto adquiere mayor significado, al considerar el reto lanzado por la Organización Mundial de la Salud (OMS): "Salud para todos en el año 2000", puesto que el logro de esta meta en contextos sociales desiguales, conlleva a planteamientos ligados al campo social para identificar a los grupos rezagados en cuanto a salud y bienestar social se refiere.

El estudio que se está llevando a cabo sobre "Fuerza de trabajo y morbilidad hospitalaria en Costa Rica, 1980-1987",en el Instituto de Investigaciones Sociales,en colaboración con la Escuela de Antropología y Sociología y la Escuela de Matemáticas, e inscrito en la Vicerrectoría de Investigación de la U.C.R., No.725-89-042, se enmarca dentro de las preocupaciones anteriores.

El trabajo que aquí se presenta constituye un primer avance que contiene las principales reflexiones teóricas y metodológicas surgidas a lo largo de la primera fase de la investigación. Deseamos someterlo a la consideración de los interesados en la temática, con la pretensión de que ser útil para el debate y la discusión teórica sobre la investigación interdisciplinaria en salud.

1. LA SALUD-ENFERMEDAD COMO PROCESO SOCIAL

El proceso salud-enfermedad es al mismo tiempo social y biológico, aunque se presenta en la realidad como un proceso único. Esto significa que para su explicación no basta comprender los hechos biológicos, sino que éstos deben articularse al proceso social.

El análisis del proceso salud-enfermedad considerado éste un proceso social, implica subrayar el reconocimiento de su carácter histórico y social.

El carácter histórico se puede apreciar con bastante claridad en las manifestaciones concretas que asume el proceso salud-enfermedad en la colectividad, a lo largo del tiempo y como resultado de las transformaciones acaecidas en la sociedad. La salud y la enfermedad son dos instantes de un mismo y dinámico proceso. La muerte como fenómeno individual tiene determinantes biológicos, pero un enfoque biologista, es insuficiente para dar cuenta de la mortalidad como fenómeno colectivo (Behm,1979, p.70).

Para ilustrar lo anterior se tomarán aportes de diversas investigaciones realizadas.

El estudio de las principales causas de muerte en México durante el período 1940-1970 (Laurell, 1982, pp.9-11), revela varios hechos interesantes que se pueden observar en el Cuadro 1.

El perfil patológico que presenta México en los dos momentos históricos es claramente distinto, en primer término se produce durante el período estudiado una disminución considerable de las enfermedades infecciosas como la tifoidea y el paludismo, que desaparecen de las diez principales causas; el sarampión, la tosferina y la tuberculosis bajan bastante sus tasas. Del otro lado, hay un aumento en la importancia de las enfermedades del corazón, los tumores malignos, las enfermedades del sistema nervioso central, la diabetis y los accidentes.

Los cambios registrados en la mortalidad no se pueden explicar en términos biológicos, ni atribuirse a los éxitos de la medicina hospitalaria, sino por las características de las formaciones sociales en cada uno de estos momentos históricos.

La situación de Costa Rica muestra un comportamiento similar, si bien el período estudiado no es el mismo. Diversos trabajos realizados (Jaramillo, 1984; Mata y Rosero, 1988, y Behm,1979) brindan información abundante en este sentido.

Cuadro 1

EVOLUCION DE LAS CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL
MEXICO 1940-1979

CAUSAS	TASA POR 100.000	ORDEN DE IMPORTANCIA	TASA POR 100.000	ORDEN DE IMPORTANCIA	CAMBIO RESPECTO 1940
NEUMONIA	365.3	2	170.8	1	- 185.5
GASTROENTERITIS Y COLITIS	490.2	1	141.7	2	- 348.5
ENFERMEDADES DEL CORAZON	54.3	9	68.3	3	+ 14.0
MORTALIDAD PERINATAL	100.7	4	51.5	4	- 49.2
TUMORES MALIGNOS	23.2		37.6	5	+ 19.4
ACCIDENTES	51.6	10	71.0	6	+ 5.8
LESIONES VASCULARES DEL SNC	18.9		24.7	7	- 50.1
BRONQUITIS	66.8	8	16.7		+ 11.1
DIABETES MELLITUS	4.2		15.3		- 28.0
TUBERCULOSIS APARATO RESPIRATORIO	47.9		19.9	9	- 26.1
TIFOIDEA	31.9	3	5.8		- 121.1
PALUDISMO	121.7	5	0.6		- 6.8
VIRUELA	6.8				- 35.3
TOSFERINA	42.4		7.1		- 66.9
SARAMPION	91.2	6	24.3	8	- 18.4
SIFILIS	19.2		0.8		- 49.0
HOMICIDIO	67.0	7	18.0	10	

FUENTE: LAURELL, C., "LA SALUD ENFERMEDAD COMO PROCESO SOCIAL" Revista Latinoamericana de Salud, Vol. 1, No.2, Nueva Imagen, México, 1982, p.10.

En el Cuadro 2 se observa como las muertes por enfermedades infecciosas y parasitarias disminuyen en un 98% y pasan a ocupar el sétimo lugar en orden de importancia en 1980, después de tener el primero en 1970.

Este cambio radical en el perfil patológico y la disminución de la tasa de mortalidad infantil en 1981 a 20 por mil, coloca a Costa Rica en un lugar privilegiado en América Latina, en donde la tasa promedio de mortalidad infantil se estima en 63 por mil.

No hay duda en señalar como responsable de buena parte de estos logros a la política de salud adoptada por los gobiernos durante la década de los 70. La reestructuración del sistema de salud, la universalización y extensión de la cobertura del Seguro

Social, así como la estrategia de atención primaria adoptada por el Ministerio de Salud, fueron los elementos esenciales de esta política.

Otro aspecto necesario para entender lo ocurrido se encuentra en el análisis de los procesos socioeconómicos del período señalado, que conformaron las condiciones materiales de vida de la población y determinaron las políticas estatales.

En este sentido, se debe recordar que a partir de 1960, Costa Rica inició un nuevo modelo de desarrollo económico, basado principalmente en la actividad industrial, época en que se produjo una relativa bonanza económica, reflejada en un crecimiento general de la economía, el cual aunque lejos de beneficiar por igual a toda la población, impulsó un mejoramiento en el nivel de vida de los costarricenses.

Durante la década del 70 y con los síntomas negativos del modelo ya presentes, la participación del Estado adquirió características más agresivas, abarcando todos los sectores de la economía, y bajo la concepción de un "Estado paternalista y benefactor", se crearon una serie de nuevas instituciones y se reforzaron otras como la Caja Costarricense del Seguro Social (Fallas, 1982, pp.87-91).

Lo anterior constituye el contexto socioeconómico en el que se produjo el significativo avance en la situación de salud del país.

En el Gráfico 1 se demuestra la relación de algunos indicadores socioeconómicos con los de salud. Obsérvese que mientras el gasto en salud, las exportaciones y la educación se incrementan en 1970, las tasas de mortalidad infantil y adulta decrecen. Se puede apreciar también que en las épocas de crisis (áreas sombreadas en el gráfico), se produce un deterioro en la salud reflejado en el incremento de la mortalidad.

La relación de la muerte con factores sociales e bastante conocida,pero aún falta precisar más la forma como cada uno de estos factores interviene (Behm, 1979, p.69). Se hace necesario pues continuar profundizando dentro de esta línea, con gran creatividad y sin recurrir a nociones preconcebidas y mecanicistas, para aportar al esclarecimiento del carácter histórico y los determinantes sociales del proceso salud- enfermedad.

Cuadro 2

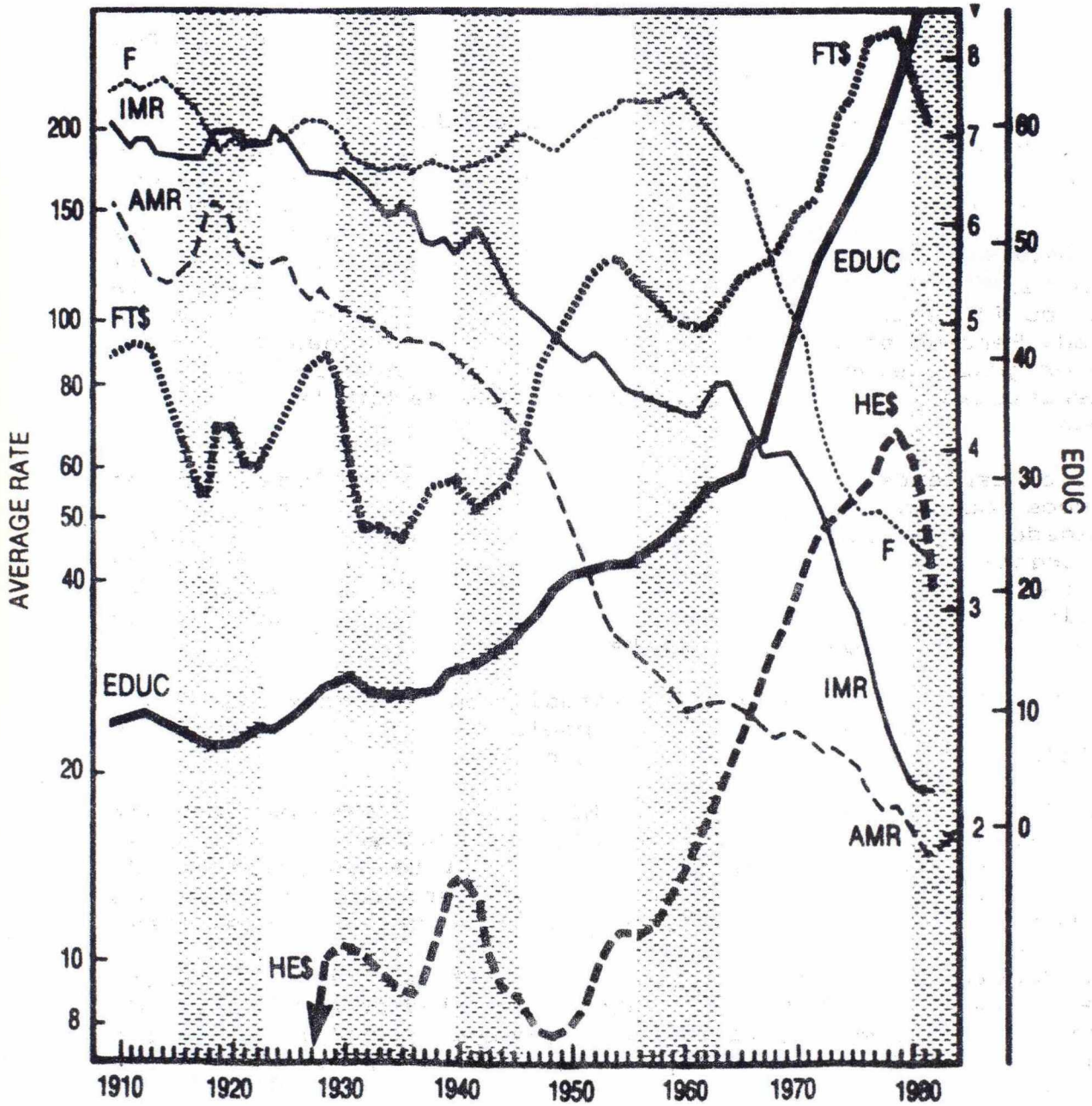
MORTALIDAD POR GRUPOS DE CAUSAS
SEGUN ORDEN DE IMPORTANCIA
COSTA RICA, 1970-1983

GRUPO DE CAUSAS	1970		1983	
	ORDEN	TASA	ORDEN	TASA
INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	1	13.6	7	1.7
DEL APARATO CIRCULATORIO	2	12.9	1	10.8
DEL APARATO RESPIRATORIO	3	9.1	3	3.8
SINTOMAS Y ESTADOS MAL DEFINIDOS	4	7.3	10	1.5
TUMORES	5	6.6	2	7.6
ACCIDENTES, ENVENENAMIENTOS Y VIOLENCIAS	6	4.4	4	3.6
AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL	7	3.7	5	2.6
EL APARATO DIGESTIVO	8	2.5	8	1.6
DE LAS GLANDULAS ENDOCRINAS Y METABOLISMO	9	1.6	11	1.3
ANOMALIAS CONGENITAS	10	1.0	9	1.5

FUENTE: MORGAN, LYNN "SALUD SIN RIQUEZA" EL SISTEMA DE SALUD EN COSTA RICA BAJO LA CRISIS ECONOMICA. REV. CENTROAMERICANA DE ADMIN. PUBLICA, No. 12, ICAP. ENERO - JUNIO 1988 PAG. 27

GRAFICO No. 1

Mortalidad infantil (IMR) y MORTALIDAD ADULTA (MAR) Fertilidad (F), educación (EDUC), gasto en salud (HES) y exportaciones (FTS) en Costa Rica, 1910 - 1982



Lado izquierdo: IMR por 1000, MAR por 10,000

Lado derecho: FTS: exportaciones per cápita en $ de 1970

EDUC: porcentaje de mujeres de 20 - 34 años con primaria completa.

FUENTE: Mata y Rosero National Health and Social development in Costa Rica: A case study of intersectorial action Pan American Health Organization, WHO, Washington, 1988
Gráfico No. 4.1 p.42

En cuanto a la naturaleza social del proceso salud-enfermedad cabe mencionar que ésta "no se verifica en el caso clínico sino en el modo característico de enfermar y morir de los grupos humanos"(Laurell, 1982, p.9).

La existencia de situaciones de salud diferentes, según el grado de desarrollo de la sociedad y el momento histórico, no es la única evidencia de la desigualdad en el campo de la salud. Dentro de cada sociedad se dan diferencias importantes, determinadas por el grupo social o más bien la clase social a la que pertenecen los individuos. Es decir que para comprender el carácter social de la enfermedad, se debe estudiar su frecuencia y distribución entre los diversos grupos sociales que componen la sociedad. Pero no se trata de clasificar a las personas al azar en cualquier grupo, sino en agrupaciones construidas a partir de sus características sociales, tarea que requiere de una teoría social adecuada.

El concepto de clase social, entendido como el lugar que los individuos ocupan en un sistema de producción históricamente determinado, sus relaciones con los medios de producción y su papel en la organización social (Laurell, 1980, pp.16-17), ofrece un mayor grado de consistencia para el análisis, sin embargo la posibilidad de utilizar esta categoría social va a depender de las características de los datos existentes.

Se han realizado interesantes estudios en distintos países que muestran una mayor mortalidad en la población menos favorecida y una patología diferencial por grupo social.

En Inglaterra (West, 1988) el Black Report desenmascaró una vez más la existencia de la desigualdad social en la salud y su tendencia a mayores contrastes. Basándose en las estadísticas de la Oficina de Censos de Población y Encuestas, confirmó que las clases bajas tienen una salud más deteriorada que las clases altas.

En Suecia (Diderichsen y Lindberg, 1989) un reporte oficial muestra un aumento en las desigualdades en salud de este país. En el Cuadro 3 se puede apreciar esta tendencia creciente y las diferencias en la mortalidad para los distintos grupos ocupacionales.

En América Latina y específicamente en Costa Rica. Behm y Robles (CELADE, 1987) llevaron a cabo una investigación que comprueba un descenso considerable de la mortalidad infantil durante la década de 1970 que abarcó todos los sectores sociales, aunque se detectan grandes contrastes en este indicador, determinados por su naturaleza social.

Cuadro 3

INDICE DE MORTALIDAD EN HOMBRES
DE CIERTOS GRUPOS OCUPACIONALES
1966-1970 Y 1976-1980
AJUSTE DIRECTO POR EDAD

	1966-70	1976-80
INGENIEROS, ETC.	96	82
DOCTORES, ETC.	100	74
MAESTROS, ETC.	94	76
TRABAJO ADMINISTRATIVO	85	76
AGENTES VIAJEROS DE COMERCIO	134	94
MARINEROS	164	158
CHOFERES BUSES, CAMIONES, ETC.	107	106
FUNDICION Y PROCESAMIENTO DEL ACERO	100	108
INDUSTRIA METALICA	105	106
CONSTRUCCION	97	103
INDUSTRIA ALIMENTARIA	103	110
INDUSTRIA QUIMICA	101	115
TRABAJO PESADO Y OCASIONAL	108	121
HOTELES, RESTAURANTES, ETC.	143	163
TRABAJADORES CON JORNADA COMPLETA	100	97
TRABAJADORES SIN JORNADA COMPLETA	235	250

% MORTALIDAD EN HOMBRES CON JORNADA COMPLETA CON EDAD ENTRE 45-64 AÑOS EN 1966 -1970 =100

FUENTE: DIDERICHSEN AND LINDBERG, 1989, TABLE 3, P. 232

En este estudio se relacionó el grupo socio-ocupacional del jefe del hogar y la educación de la madre, con la mortalidad infantil; se encontró que el riesgo de morir para el recién nacido se duplica en los hogares de los campesinos pobres y de poblaciones marginales. Ver Cuadro 4.

Reconocer el carácter social del proceso salud-enfermedad no significa identificar lo social con cualquier otro factor de riesgo de una determinada enfermedad, esto sólo agrega una variable más a considerar y por tanto se continuaría dentro de una concepción tradicional del fenómeno y sus causas. Tampoco se debe pretender con este reconocimiento resolver el problema de la causalidad o determinación del proceso salud-enfermedad. La evidencia empírica permite establecer una relación entre el proceso social y la

salud-enfermedad, pero no explica necesariamente el carácter de esta relación.

La explicación de cómo y por qué se articulan y determinan las desigualdades sociales y el proceso salud-enfermedad, corresponde a preguntas que no tienen todavía respuestas definitivas.

Esta situación lejos de detener el trabajo de investigación, ofrece mayores retos para desarrollar todos los estudios necesarios que aporten más evidencia empírica y que contribuyan a la discusión sobre esta temática.

2. LA MEDICION DEL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD

Las definiciones de salud usadas actualmente son imprecisas y están cargadas de subjetivismos o simplemente son funcionales o descriptivas. Para efectos de la medición del nivel de salud de la comunidad es necesario redefinir el concepto salud-enfermedad, así como para identificar el origen social y las manifestaciones sociales de este fenómeno.

Identificar la salud, como lo hace la O.M.S., con un estado de completo bienestar físico, mental y social, presenta varias limitaciones que impiden su evaluación y la elaboración de indicadores concretos de índole socioeconómica y no sólo biológicos. Por otro lado, esta definición olvida que la salud es un proceso variable, dinámico y relativo y nunca un estado absoluto. Resulta más adecuado a la realidad aceptar la noción de una "salud relativa" e inestable, o sea partir de "niveles de salud" que incluyen cierto grado de anormalidad de enfermedad no percibida. En este sentido, la noción de salud relativa" se define en relación a las posibilidades que cada comunidad o formación social tiene para apreciar objetivamente el estado de salud de cada individuo y de la colectividad (San Martín, et al, 1986, p.226).

Cuadro 4

MORTALIDAD INFANTIL POR GRUPOS SOCIO-OCUPACIONALES
1963, 1970 Y 1981

Grupos socio-ocupacionales	Tasas			Descenso 1963-1981	
	1963a/	1970b/	1981	Absoluto	Porciento
TOTAL PAIS	86.2	68.1	20.1	66	77
Sector no-agrario					
Grupos medios	57.6	43.5	13.8	44	76
Asalariados menuales	79.1	62.9	18.5	61	77
Marginales	82.4	63.8	26.8	56	67
Sector agrario					
Campesinos pobres	90.5	84.0	30.6	60	66
Otros campesinos	70.6	69.8	19.2	51	73
Peones	103.2	85.6	24.5	79	76
No clasificados	87.8	66.9	22.1	66	75

Grupos socio-ocupacionales	Descenso promedio anual				Riesgos relativos		
	1963 - 1970		1970 - 1981		1963,	1970	1981
	Absoluto	Por ciento	Absoluto	Por ciento			
TOTAL PAIS	2.6	3.0	4.4	6.4			
Sector no-agrario							
Grupos medios	2.0	3.5	2.7	6.2	1.00	1.00	1.00
Asalariados man.	2.3	2.9	4.0	6.4	1.37	1.45	1.34
Marginales	2.7	3.2	3.4	5.3	1.43	1.47	1.94
Sector agrario							
Campesinos pobres	0.9	1.0	4.9	5.8	1.57	1.93	2.22
Otros campesinos	0.1	0.2	4.6	6.6	1.23	1.60	1.39
Peones	2.5	2.4	5.6	6.5	1.79	1.97	1.78
No clasificados	3.0	3.4	4.1	6.1	1.52	1.54	1.60

a/ Promedio de 1962 y 1964
b/ Promedio de 1969 y 1971

FUENTE: CELADE, 1987 Cuadro 3, pág. 19

La salud debe ser definida en función de variables múltiples ligadas a la estructura económica de la sociedad, a la superestructura, al ambiente ecológico de vida, a las relaciones interpersonales, traducibles en indicadores.

Esta visión global conlleva a considerar la salud en términos positivos, vinculada a la vida misma, a las condiciones físicas, biológicas, psicosociales, culturales y económicas en que viven los seres humanos en una sociedad específica, y las cuales deben ser congruentes y adaptarse a las necesidades de la especie humana (San Martín, et al, 1986. p. 227).

En consecuencia, el estado de salud de una comunidad no se expresa cabalmente en la morbilidad y mortalidad, que únicamente constituyen indicadores indirectos y por tanto, un aspecto parcial de la situación de salud.

2.1 Mortalidad y Morbilidad

Para medir el estado de salud se han empleado de manera generalizada la mortalidad y la morbilidad, indicadores que son el resultado o desenlaces finales de un proceso más complejo, con lo que sólo se obtiene una aproximación al problema.

Históricamente los estudios sobre la salud de la población se iniciaron analizando la muerte (mortalidad) como medida básica. Aún en la actualidad esta situación continúa presentándose, debido a la existencia de registros confiables en prácticamente todos los países con un mínimo de desarrollo socioeconómico y sanitaria.

Los datos sobre mortalidad de una comunidad forman parte importante de un estudio de la situación de salud de la misma y permite avanzar en la determinación de los factores de riesgo a los que está expuesta la población estudiada (Henriquez P., et al, 1985, p.7).

Sin embargo no se justifica una sobrevaloración de este índice, puesto que se limita a captar el aspecto más negativo y opuesto de la salud, impidiendo evidenciar una serie de problemas de salud relevantes como las enfermedades mentales y las crónicas, tan frecuentes en la época actual, y que inciden poco en las estadísticas de mortalidad.

Por otra parte,la morbilidad refleja la enfermedad cuando ésta ya se ha presentado. Las limitaciones de los datos de mortalidad y la necesidad de conocer mejor las condiciones de salud de una comunidad y sus principales problemas, promovió la recolección de las estadísticas de morbilidad. Dicha información es esencial para

que las instituciones de salud planifiquen y evalúen sus actividades en favor de la salud pública (Lilinfield, 1987, p.119).

La medición de la morbilidad es más compleja e imprecisa que la mortalidad, ya que no existe una línea clara entre el estado saludable y la enfermedad, como sí la hay entre la vida y la muerte. La enfermedad tiene una duración, puede recurrir y tiene diversos grados de gravedad (Mckeown, 1984, pp.65-66). Además, se pueden presentar inexactitudes en las distintas fuentes de datos, dependiendo de la calidad del diagnóstico de la enfermedad, las declaraciones de los pacientes, la confiabilidad de los archivos y notificaciones. Con todo, las estadísticas procedentes de los hospitales y clínicas por lo general presentan los resultados de exámenes detallados y diagnósticos bastante completos. No obstante hay que tener en cuenta que sólo se refieren a los grupos de población que asisten y tienen acceso a estos centros de atención médica.

3. UNA PROPUESTA PARA ESTUDIAR LA MORBILIDAD DE LOS TRABAJADORES EN COSTA RICA

Al considerar la salud-enfermedad un proceso social se asume que su origen y distribución es social. Es decir, los indicadores de salud deben analizarse en el contexto social específico.

En las sociedades humanas, la estructura económica y las relaciones sociales de producción, determinan el carácter de la relación del hombre con la naturaleza y el tipo de enfermedades que padece (San Martín, et al, 1986, p.248).

Congruente con lo anterior, el concepto "clase social" entendido como el lugar que los individuos ocupan en un sistema de producción históricamente determinado, sus relaciones con los medios de producción y su papel en la organización social, constituye la unidad básica para estudiar la salud de la colectividad. La clase social condiciona el acceso que las personas tienen a la riqueza social producida y en consecuencia determina sus condiciones materiales de vida y el proceso salud-enfermedad.

Aún cuando la morbilidad es un indicador indirecto de salud y en consecuencia apenas muestra una faceta de un asunto mucho más complejo, su estudio resulta de gran relevancia sobretodo por la ausencia de este tipo de análisis en nuestro país, en donde las estadísticas de salud se continúan presentado casi exclusivamente con datos sobre mortalidad.

Realizar un estudio sobre la morbilidad en Costa Rica, utilizando fuentes secundarias conlleva varias desventajas, una de las más importantes se relaciona con la imposibilidad incorporar un análisis de clase social, debido a la forma en que los datos fueron recogidos y procesados.

De otro lado, las ventajas son bastante atractivas para asumir el reto.

La existencia y disponibilidad de una vasta y confiable información sobre morbilidad en la C.C.S.S., basada en el registro centralizado de los egresos hospitalarios a nivel nacional, a partir de 1980, y dada la amplia cobertura de esta institución (más del 80% de la población total), son características que señalan el gran valor de estos datos y la importancia de que se aprovechen para aumentar el conocimiento acerca de la situación de salud de la población costarricense.

En particular, resulta de gran interés estudiar las características que asume la morbilidad en la población entre los 20-59 años de edad, que conforma el grueso de la fuerza laboral del país, y de la cual se conoce muy poco, especialmente en lo que a su salud se refiere. Los límites de edad establecidos excluyen al

grupo de Adolescentes y al de Tercera Edad, los cuales presentan una situación específica y para los que el Sector Salud ya ha iniciado algunos programas.

Para estudiar la morbilidad de este sector de la población del país, a partir de los egresos hospitalarios, se propone analizar los datos ligados a las "categorías socio-profesionales", en el entendido de que ello permite una aproximación al análisis de clases sociales, ya que en general existe cierta convergencia entre ambos conceptos (San Martín, et al, 1986, pp.127-128).

Es importante destacar algunos aspectos en el uso de esta variable:

- Las categorías socio-profesionales posibilitan clasificar a los individuos en forma exhaustiva y unívoca.

- La categoría socio-profesional es por lo general un índice de pertenencia a una clase social determinada.

- Según los datos disponibles y registrados en la Hoja de Egresos (Anexo 1), la categoría socio-profesional se puede recuperar con las siguientes variables: ocupación, actividad económica y calidad de asegurado.

- Además, la información contenida en la Hoja de Egresos permite abordar el contexto espacial, por medio de los datos sobre la ubicación de la residencia (rural/urbana). Este fenómeno se relaciona con los diversos procesos socioeconómicos del país, y determina aspectos como la accesibilidad a los servicios y la extensión de la cobertura del sistema de salud.

Otra consideración importante, es que esta propuesta plantea analizar la morbilidad hospitalaria de la población trabajadora, incorporando procedimientos novedosos y creativos, bastante diferentes a los tradicionalmente utilizados en nuestro medio. En este sentido, se recurre a modelos matemáticos para establecer relaciones entre variables como enfermedad y categoría socio-profesional, sexo, o residencia. El uso de estos procedimientos es factible gracias al desarrollo de programas informáticos que con gran eficiencia procesan grandes volúmenes de información.

Los métodos de análisis factorial: análisis de componentes principales y análisis de correspondencias, permiten construir tablas de contingencia en las que se relacionan diferentes variables, por ejemplo: morbilidad versus categoría socio-profesional, de esta manera y mediante representación gráfica

es posible visualizar el comportamiento de los datos, e interpretar los perfiles de enfermedad en relación con los perfiles socio-profesionales

La clasificación automática complementa los métodos anteriores y su utilización simultánea enriquece la interpretación de los resultados. Este método es útil cuando existe gran cantidad de categorías para cada variable, como en el caso de esta investigación, ya que autoriza reagrupar estas categorías en clases que aseguran una visión concisa y estructurada de los datos.

Hay diversas formas de clasificación automática, dependiendo del tipo de la información que proporcionan: una jerarquización, un árbol, una tipología, etc., y todas se basan en la escogencia de un índice de semejanza, para extraer clases homogéneas y bien separadas entre sí.

Tanto la clasificación automática como el análisis factorial tienen la ventaja de proporcionar una visualización clara de los datos, en la medida en que estos métodos están ligados a representaciones gráficas. Por otro lado, proceden exclusivamente por operaciones algebraicas que requieren pocas hipotésis sobre el comportamiento implícito de los datos. En ello reside la gran diferencia con los procedimientos estadísticos clásicos.

A pesar de lo anterior, estos métodos de análisis están lejos de ser perfectos y sus progresos futuros van a depender del avance de la informática, así como de los resultados y críticas de quienes los apliquen en sus investigaciones.

4. CONCLUSIONES

Debido al carácter preliminar y parcial del trabajo presentado, más que conclusiones corresponde plantear una serie de consideraciones que destaquen y refuercen los principales aspectos teórico metodológicos propuestos para analizar la morbilidad de los trabajadores en Costa Rica.

En el orden teórico, es fundamental mencionar la ruptura que se produce con el modelo biológico, al considerar la salud-enfermedad un proceso social.

Lo anterior conlleva a la necesidad de incorporar las Ciencias Sociales y más específicamente, la teoría social en el análisis de este fenómeno. La teoría de las clases sociales ofrece la posibilidad de realizar estudios con gran alcance explicativo, sin embargo con frecuencia la información disponible, no se presta para este enfoque. En estos casos, cabe recomendar cierta dosis de creatividad para estudiar la situación de salud de la comunidad, en relación con sus caracteristicas sociales, reformulando las categorías conceptuales y complementando los datos existentes con otros nuevos.

Otro aspecto importante tiene que ver con el hecho de que la relación de la salud-enfermedad y las condiciones socioeconómicas es ampliamente reconocida, aunque no existe suficiente claridad en cómo y en qué medida intervienen los factores socioeconómicos. Esta realidad muestra la urgencia de nuevos estudios concretos que aporten más evidencia empírica y por otro lado, rechaza los planteamientos esquemáticos y simplistas que pretenden establecer un vínculo lineal entre los aspectos socioeconómicos y la salud de la población. Este error impide captar adecuadamente la complejidad del fenómeno.

En relación al enfoque metodológico, se pueden señalar dos puntos esenciales. El primero consiste en aprovechar y explotar más eficientemente las fuentes oficiales de estadísticas de salud, que en este país son cuantitativa y cualitativamente de gran valor, pero que lamentablemente pocas veces se aprovechan.

El segundo punto se relaciona bastante con el anterior y plantea la importancia de profundizar en el conocimiento de las condiciones de salud, partiendo de indicadores diferentes a los tradicionalmente utilizados, y además incorporando nuevos procedimientos de interpretación de la información, privilegiando aquellos con mayor potencialidad explicativa.

Finalmente, no queda más que seguir adelante con la investigación y esperar que estos apuntes hayan suscitado algunas inquietudes en los lectores.

BIBLIOGRAFIA

BEHM, H. "Determinantes económicos y sociales de la mortalidad en América Latina". Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud, No.12. CSUCA. Enero-Abril 1979.

CELADE. Costa Rica: Los grupos sociales de riesgo para la sobrevida infantil 1960-1984. Serie A, No.1049, San José, Costa Rica, Marzo 1987.

CIBOIS,P. L'analyse Factorielle, Colección Que Sais-je? Presses Universitaires de France. 1983.

COE, R. Sociología de la Medicina, Alianza Universidad, Madrid, 1984.

DIDERICHSEN, F. Y LINDBERG, G. Better Health - But Not For All: The Swedish Public Health Report, 1987. International Journal of Health Services, Vol.19, No.2, Pages 221-225, 1989.

FALLAS, H. Crisis Económica en Costa Rica. Editorial Nueva Década, San José, 1981.

HENRIQUEZ, P. et al. Mortalidad en la provincia de Santa Cruz de Tenerife 1977-1983, Consejería de Trabajo, Sanidad y Seguridad Social, Canarias, 1985.

JARAMILLO, J. Los problemas de salud en Costa Rica, 2da. ed. corregida, 1984.

LAURELL, C. "Para el estudio de la salud en su relación con el proceso de producción" Taller Latinoamericano de Medicina Social, ALMES, Medellín, Colombia, Julio, 1987.

LAURELL, C. "La salud enfermedad como proceso social". Revista Latinoamericana de Salud, Vol.1, No.2, Nueva Imagen, México, 1982.

LAURELL, C. "Introducción" , Clases Sociales y Enfermedadm Mario Timio, Ed. Nueva Imagen, México, 1980.

LAURELL, C. "Algunos problemas teóricos y conceptuales de la epidemiología social", Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud, No.6, CSUCA, pp.79-87, Enero-Abril 1977.

LILIENFELD y LILIENFELD. Fundamentos de Epidemiología. Addisson-Wesley Iberoamericana, 1987.

MATA,L. y ROSERO,L. National Health and Social Development: A case Study of Intersectorial Action, Technical Paper No.13, P.H.O., W.H.O., Washington, 1988.

MCKEOWN, T. y LOWE, C.R. Introduccion a la Medicina Social, Siglo XXI, 2da. ed., 1984.

MORGAN, L. "Salud sin riqueza? El sistema de salud en Costa Rica bajo la crisis económica". Revista Centramericana de Administración Pública, No.12, ICAP, Enero-Junio 1988.

SAN MARTIN, H. et al Salud, Sociedad y Enfermedad. Estudios de Epidemiología Social. Edit. Ciencia 3, Madrid, 1986.

TIMIO, M. Clases Sociales y Enfermedad, Ed. Nueva Imagen, México, 1980.

WEST, P. Inequalities? Social Class Differentials in Health in British Youth, So. Sci. Med., Vol.27, No.4, pp.291-296, Great Britain, 1988.

Impreso en el Taller del

INSTITUTO DE INVESTIGACIONES SOCIALES

Responsable: Jorge Oconitrillo