

SITUACION Y POLITICAS ACTUALES EN EL CAMPO DE LA SALUD

Patricia Salgado.

Esta ponencia toma como objeto de reflexión las experiencias que ha tenido su autora en el campo de la Planificación de la Salud, primero en la Caja Costarricense de Seguro Social pero principalmente en el Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica MIDEPLAN, que antes era OFIPLAN.

Los objetivos que han orientado este trabajo han sido.

- 1) Aportar a los participantes de este Seminario-Taller un marco de referencia general en lo relativo a la situación de Salud en el país, en el período reciente, y
- 2) Sistematizar algunas consideraciones sobre planificación de salud en el país, con el ánimo de facilitar el diálogo e intercambio de opiniones entre técnicos de la planificación e investigadores.

Debo insistir en que estas líneas no pretenden tener un carácter definitivo o concluyente, sino, por el contrario, han sido preparadas como un primer intento de sistematización que requerirá de las críticas y aportes de otros especialistas.

1.- Consideraciones generales sobre Planificación Social.

1.1.- Si bien se pueden dar varias definiciones sobre planificación, (1) (5) (6) (8) es un hecho que el núcleo de todas ellas reside en la noción de "enfrentar científicamente, en el momento actual, los problemas del futuro", ya sea éste a corto, mediano o largo plazo. Para los efectos de este trabajo, partiremos de esta noción básica que se verá complementada con otros puntos de este acápite.

"Es la acción que se emprende para hacer frente en forma efectiva a las necesidades futuras, basándose en la experiencia y determinando anticipadamente los cursos de acción que logran las metas". (12).

También, desde un punto de vista más bien analítico puede entenderse a la planificación como un proceso que busca la identificación de los factores o condiciones positivos y negativos que se dan en relación con cierto objetivo o propósito, con el fin de impulsar a favorecer los primeros y neutralizar o aprovechar los segundos.

1.2.- Las nociones y conceptos acerca del mundo objetivo y cómo transformarlo, y en particular sobre la realidad social y sus agentes, inciden, a su vez, en el concepto del proceso de planificación, sus métodos y técnicas y sus posibilidades reales.

De manera más particular, dependiendo del ámbito o contexto

sociopolítico, de los determinantes y las condiciones que éste establece, pueden existir, -y de hecho existen- diversos modelos o estilos de planificación, cuya tipología escapa a los objetivos de este trabajo (15). Sin embargo, esta consideración es la que ha motivado la inclusión del epígrafe 2. acerca de la planificación en Costa Rica.

1.3.- Partimos de los siguientes supuestos:

- a.- La realidad constituye una unidad contradictoria, cambiante y compleja. El proceso de planificación debe tratar de interpretar esas características, para lo cual requiere de sólidos instrumentos teóricos-metodológicos.
- b.- Dicho proceso de la planificación constituye una aplicación particular del método científico en el sentido genérico: investigación objetiva para transformar la realidad. Específicamente nos interesará la realidad social y sus posibilidades de cambio. (6) (8)
- c.- Lógica y raciocinio tienen un sentido de clase, y este elemento debe, especialmente, ser recordado en los análisis y propuestas de la planificación. A manera de ejemplo, lo que para el sector industrial es plenamente lógico y válido, y se constituye en elemento impulsor

y motivador de sus acciones (*), puede resultar irracional desde otros puntos de vista o de acuerdo con otros intereses.

d.- El proceso de la planificación implica, conceptualmente, una noción mucho más amplia y comprensiva que la elaboración del "documento-plan". Este más bien refleja la culminación de una fase, la terminación de una parte del proceso, que a su vez va a dar inicio a otras fases. (10) Se dan experiencias anteriores a la redacción del plan (grupos de trabajo, investigaciones, consultas, divulgación de sus intenciones, etc) que tienen efectos aglutinadores y movilizados "al rededor" de los planteamientos que va a recoger el "documento-plan".

Este, -el documento- no refleja ni puede reflejar todas las particularidades y detalles del proceso anterior o previo: la formación o capacitación que ello puede dejar en los grupos de trabajo, el grado de convencimiento o de resistencia que también puede implicar, las diversas discrepancias y diferencias de

(*) Por ejemplo, industrias productoras de alimentos que utilizan sustancias que pueden ser tóxicas o cancerígenas simplemente porque les aumenta sus rendimientos o sus ganancias, a pesar de que resulten dañinas para la población en general o para los grupos que más consumen esos alimentos.

opinión que existirán alrededor del consenso mínimo que ha logrado el documento y que van a repercutir en su ejecución.

De manera análoga hay que señalar que, en las fases posteriores a la publicación del "documento-plan", és te puede o no constituirse en el eje, en un elemento cohesionador y punto de referencia, pero su ejecución puede variar sustancialmente. Nunca se diseña un plan pensando una ejecución totalmente fiel, absolutamente rígida.

e.- Es posible y conveniente distinguir las condiciones y posibilidades de funcionarios y técnicos de las oficinas de planificación por un lado, y del resto de "actores sociales" por el otro.

Entendemos que el resultado final de la "acción planificadora" no está en las manos de una sola de las partes en cuestión, sino que precisamente resulta de los esfuerzos y presiones de muy diversos intereses y acciones, incluso contradictorias. En tal sentido, no se debe responsabilizar únicamente a los técnicos de los resultados (sean éstos positivos o negativos), ni esperar "milagros" de su gestión planificadora.

Si bien pueden manejar algunos recursos específicos (como información, asesoría a los niveles políticos, posibilidades de definiciones tentativas, sugerencias,

conocimiento de leyes y reglamentos, etc.), las decisiones últimas corresponden al nivel político que, a su vez, es representante de o se ve influido por interese sociales de diverso tipo.

f. Los principios y procedimientos de la planificación se pueden aplicar en diversos niveles administrativos: nacional, regional, institucional o de mayor desagregación. En este trabajo va a interesarse específicamente el nivel nacional.

g.- El término "planificación social" será usado en este trabajo en el sentido de la disciplina que ha tratado o está tratando de responder al hecho de que la planificación (en general, sin adjetivos) no haya resuelto las graves desigualdades sociales. (1) (5) Por tanto:

- Se requiere insistir en usar el adjetivo social para enfatizar en ciertos objetivos, y
- Debe recoger e integrar los aportes de las Ciencias Sociales (lo que no siempre ha ocurrido, y más bien se plantea como reto).

2.- El Sistema Nacional de Planificación (de Costa Rica):

2.1.- La planificación social en Costa Rica es bastante reciente; no es sino con la Ley de Planificación, La No. 5525 de mayo de 1974, cuando se define el Sistema Nacional de Planificación

con las características con que cuenta actualmente. De acuerdo con dicha Ley, el ámbito más general de aplicación de la planificación es el global, y el menos general (o más específico o desagregado) es el institucional. Entre ambos extremos se encuentran dos instancias: la regional y la sectorial que actúan como "subsistema desagregadores" de las generalidades de la política global, y "agregadores" de ciertos hechos que deben ser recogidos y canalizados, a su vez, a las instancias globales. (14)

2.2.- Utilizando el esquema conceptual de la Teoría de Sistemas, la propuesta organizativa de la Planificación Nacional trata de recoger y reflejar esta realidad, constituyéndose de la siguiente manera:

a.- Dirección política del sistema: constituida por la Presidencia de la República y por el Consejo de Gobierno en lo que le atañe.

b.- Organó central y normativo de planificación y de coordinación político-técnica: MIDEPLAN (Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica).

c.- Subsistemas básicos de planificación, coordinados por MIDEPLAN:

i.- Planificación Regional;

ii.- Planificación Sectorial;

iii.- Reforma Administrativa.

A su vez, cada subsistema tiene su dirección política (supeditada a la dirección política del sistema) y sus órganos de coordinación.

2.3- El proceso de sectorialización ha venido procurando la coordinación de Instituciones estatales que tienen campos de acción afines, bajo la Dirección de un Ministro-Rector de cada sector.

Los diversos Decretos Ejecutivos que le dan forma a este proceso han definido los objetivos de cada sector, las Instituciones y programas que los componen, las obligaciones y atribuciones de los Ministros, así como diversos órganos políticos y técnicos como instrumento a los cuales puede recurrir el Ministro-Rector para su función directora y coordinadora. (4)

2.4.- Si bien el Sistema como tal fue diseñado y definido por MIDEPLAN (en aquel entonces era OFIPLAN) en 1976, al momento actual tiene un funcionamiento solo parcial y se observa cierto desconocimiento por parte de las autoridades nacionales respecto a las posibilidades y facultades que dicho Sistema otorga. Entendiendo la investigación como complemento del proceso de planificación, aquella no ha dado suficiente apoyo en diagnósticos, previsiones y recomendaciones. (12)

2.5.- A pesar de que el Sistema Nacional de Planificación, al

teorizar y proponer conceptos más modernos y ágiles para el funcionamiento de la Administración Pública, ha introducido cierto ordenamiento en la misma, cierta perspectiva de desarrollo, también hay que señalar que al igual que en otros países del continente, esto ha conducido a cierta fragmentación o pensamiento fragmentario entre ciertas "instancias" o términos, tales como "lo social y lo económico"; entre lo sectorial, lo regional y lo global, así como entre "Planificación/Programación" y "Presupuestación". (15)

3.- Algunos datos de la situación socioeconómica nacional.

Costa Rica enfrenta, en la actualidad, una de las peores crisis de la historia del país.

Algunas de las expresiones de dicha crisis han sido: (11)

- a.- Un incremento sin precedentes en el índice de precios al por mayor (117%) y al consumidor (65%).
- b.- Una caída del PIB real de 4.6%. Los sectores que más influyeron en el descenso de la producción fueron: construcción (-11,6%), comercio (-18,5%) y la industria manufacturera (-3,7%). El sector agrícola tuvo un crecimiento del 1,2 gracias al aumento de la producción de café, banano y carne de ganado vacuno, actividades que fueron favorecidas por el aumento del tipo de cambio pues una alta proporción de su producción se dedica a la exportación. El PIB, después de haber crecido en términos

reales entre 1950 y 1970 a una tasa promedio anual de 6,6%, y entre 1970 - 1980 a un 5,7% a partir de 1979 el estancamiento en la producción dio lugar a que en 1981 se presentara, por primera vez, una tasa de crecimiento negativo, medido a precios constantes de 1966.

- c.- Una caída del 21% en el valor de las importaciones, y un débil aumento de las exportaciones (2,9%) gracias al incremento de los volúmenes exportados, pues los precios cayeron en un 10%.
- d.- En concordancia con lo anterior el desempleo se acentuó*, dada la caída general de la actividad económica, la cual a su vez indujo a un mayor número de personas a buscar empleo al disminuir el poder adquisitivo de las familias, puesto que el salario real cayó en un 24,5% entre noviembre de 1980 y noviembre de 1981. La subutilización del trabajo mostró un incremento importante durante el año.
- e.- El déficit efectivo del sector público no financiero se incrementó en un 42%. El aumento del déficit se explica por la situación cambiaria, que afectó sensiblemente a aquellas instituciones que utilizan recursos externos en montos considerables (como el ICE y RECOPE).

* La tasa de desempleo abierto pasó de 5,5% a 8,7% entre noviembre de 1980 y noviembre de 1981.

f.- Aunque no se poseen datos al respecto, es de esperarse que la distribución del ingreso y la riqueza haya sufrido un serio deterioro. A manera de ejemplo, la caída del salario promedio real superó enormemente la caída del ingreso real del país como un todo.

g.- El nivel de la pobreza se ha acentuado mucho en los últimos años, en especial a partir de 1980; la proporción de familias pobres pasó de 24,8% en 1977 a 70,7% en julio de 1982. (3).

4.- Antecedentes recientes: Políticas y logros de la recién pasada década:

4.1.- Hasta la década de los años 50, la Asistencia Pública fue dominante, como forma de atención de los problemas de salud, ya que, si bien existía el Seguro Social, este tenía un bajo porcentaje de cobertura.

La década de los 60 se puede considerar de transición puesto que el tradicional modelo de Asistencia Pública se ve modificado sustancialmente con el crecimiento y la expansión de la Caja Costarricense de Seguro Social. (2)

A inicios de la década de los 70 se da una revisión general de las Instituciones sanitarias en el país encontrándose la existencia de múltiples organizaciones (18 en total), su inadecuada coordinación y falta de una política uniforme. (17)

Ese proceso de revisión culmina con la elaboración del Primer Plan Nacional de Salud en abril de 1971, lo que refleja una modalidad distinta al trabajar, con respecto a las décadas recién pasadas.

Las principales líneas de la política sanitaria de la década (y no solo de ese primer plan) se pueden resumir así:

(19)

a.- Extensión de la cobertura: Intención de dar 100% de cobertura en la prestación de los servicios mediante, básicamente, dos estrategias:

i.- Universalización del seguro social, y extensión -vertical y horizontal- de la C.C.S.S. (*)

ii.- Impulso a los programas de Salud Rural y Medicina Comunitaria, ambos del Ministerio de Salud, y dirigidos a población rural dispersa y urbana marginada respectivamente.

b.- Desarrollo Institucional del sector: Apoyo a los procesos de planificación y desarrollo institucional general; ésto se da mediante diversas estrategias:

(*) El 26 de abril de 1971 fue promulgada la Ley No.4750 que reformó el Artículo No. 3, de la Ley Constitutiva de la C.C.S.S., que fue conocida popularmente como "Ley de universalización del seguro social", porque regula dicha universalización por etapas.

- i.- Ley General de Salud: La No. 5395 del 30 de octubre de 1973.
 - ii.- Ley Orgánica del Ministerio de Salud: que es la No. 5412 del 8 de noviembre de 1973.
 - iii.- Ley de Planificación Nacional: es la No. 5525 del 2 de mayo de 1974.
- c. Fomento de la participación de la población o de la comunidad en los programas y en las actividades de Salud: Programas de Medicina comunitaria y de Participación Popular en Salud, ambos del Ministerio de Salud. (*)
- d.- Atención prioritaria a la población materna y a menores de 5 años.
- e.- Prioridad a patologías transmisibles prevenibles por vacunación y por saneamiento ambiental básico.
- 4.2.- Logros o resultados:

En términos generales, Costa Rica ha logrado disminuir en forma notoria algunas cifras e indicadores tradicionalmente conocidos como "típicos del subdesarrollo". Además ha logrado avanzar en una mayor centralización de los recursos estatales en pocas Instituciones sanitarias, cuyas relaciones en el momento presente están siendo objeto de

(*) Ver Anexo No. 3.

una revisión, como será más adelante en el epígrafe 5.

Algunos indicadores que ejemplifican lo anterior son: (16)

(18)

- * Reducción de la mortalidad infantil desde 61,5 por 1000 nacidos vivos en 1970 a 22,1 en 1979.
 - * Igualmente la mortalidad de la 1 a 4 años se redujo desde 5,1 por 1 000 en 1973 a 1,2 en 1979.
 - * La morbilidad de la mayoría de las enfermedades preve-nibles por vacunación tuvo reducciones que van desde el 79 hasta el 100% en la década. La polio y la difteria fueron erradicadas.
 - * Las enfermedades infecciosas y parasitarias pasaron del 1º al 7º lugar entre las causas de mortalidad general.
 - * Hubo un importante incremento en las coberturas de abastecimiento de agua y disposición de excretas.
- A la vez que logra cierta reducción en la "Patología del subdesarrollo", Costa Rica ha empezado a enfrentar algunos problemas propios de una sociedad en transición hacía una modernización y una industrialización mayores. Así, en la última década el indicador de mortalidad por Accidentes, envenenamientos y violencia aumentó un 16% y en el caso de otros problemas, como el de enfermedades y riesgos profesionales existe un evidente subregistro y deficiente información.

4.3.- Estas cifras merecen al menos 3 comentarios:

a.- Como son promedios nacionales, sería conveniente, para efectos de un análisis más completo, complementarlos con datos más desagregados, ya sean regionales o subregionales. (16)

En mayo del año en curso ha sido realizada una publicación (7) que significa un importante avance en la delimitación de la mortalidad por Regiones Programáticas de Salud. Utilizando la metodología conocida como "CENDES-OPS", que está basada en los conceptos de vulnerabilidad, magnitud y trascendencia, el estudio, a partir del 80% de los datos sobre mortalidad, llega a plantear prioridades tanto nacionales como para cada una de las Regiones Programáticas de la C.C.S.S.

Es importante destacar que las características de la mortalidad en las regiones centrales del país se asemejan a las del país en general (es decir a los promedios nacionales), mientras que las regiones periféricas rurales siguen teniendo rasgos considerados como de la "patología del subdesarrollo": enfermedades infecciosas, parasitarias y por déficit nutricional.

b.- Hay algunos temas o problemas de los que es difícil conseguir información, por ejemplo, sobre Salud Mental. Al no haber suficientes datos e investigaciones

disponibles, se produce una especie de "círculo vicioso" pues pareciera que el problema no existe, lo cual es evidentemente una falacia.

- c.- Entre funcionarios y técnicos del Sector Salud existen posiciones discrepantes respecto a qué ha incidido más en estos logros: si las acciones sanitarias (cohesionadas y aglutinadas por las políticas definidas para el período), o la situación socioeconómica relativamente favorable que prevaleció también en ese período. Es probable que ambos factores incidieron; la duda surge al tratar de valorar cuál ha sido el determinante o más influyente. (9) (17)

5.- Políticas y principales problemas actuales:

5.1.- Programa Sector Salud (del Plan Nacional de Desarrollo "Vamos a la Tierra" 1982-1986):

Como anexo 3 de este documento se ha incluido el Programa del Sector Salud del Plan Nacional de Desarrollo 1982-1986, en el que se puede encontrar una caracterización del "problema" y del "contexto" que tiene dicho sector, así como lineamientos de tipo muy general que deberán orientar las acciones de las Instituciones y Programas de Salud.

Retomando lo expresado antes en este documento (en el epígrafe 1.3, punto d), se requiere insistir en el hecho de que no se puede afirmar en qué medida este Programa se llegará

a cumplir. Los lineamientos constituyen "las reglas del juego", un punto de partida en el cual hubo cierto consenso en determinado momento entre las partes en cuestión, un indicador de las intenciones políticas del período. Dentro de estos parámetros y aún criticándolos para su superación, otros intereses (como los grupos profesionales e intelectuales, los universitarios y demás) podrán -si quieren- hacer sus propuestas e intentar lograr mejoramientos y progresos.

Desde el punto de vista de la planificación institucional, de las responsabilidades que le competen a cada Institución del sector, hay que recordar que, de acuerdo con el Decreto Ejecutivo No. 14313-SPPS-PLAN, "Decreto de Creación del Sector Salud", Artículo No. 37, el Poder Ejecutivo está facultado para emitir directrices a los entes descentralizados del Sector. Dichas directrices, formuladas por escrito y dentro de ciertos requisitos formales, deben estar enmarcadas o justificadas por el Plan Nacional de Desarrollo (lo que le da a éste mayor fuerza e importancia) y constituyen un instrumento de primer orden para buscar la coherencia y coordinación en la administración pública. Además, el mismo Decreto citado antes, establece algunas instancias políticas y técnico-administrativas que deberán coadyuvar al Ministro-Rector en sus gestiones como director

del sector. Entre dichas instancias se destacan, por su importancia, el Consejo Nacional Sectorial, la Secretaría Ejecutiva de Planificación del Sector y el Comité Técnico Sectorial. El primero reúne a los Presidentes Ejecutivos y Ministros del Sector, bajo la presidencia del Ministro de Salud. La Secretaría Ejecutiva actúa como un órgano técnico-administrativo, asesor del Ministro para sus funciones sectoriales. El director de la misma es, a su vez, secretario del Consejo y Coordinador del Comité Técnico Sectorial, que reúne a los directores técnicos de planificación de las Instituciones y programas del Sector.

5.2.- Principales problemas actuales: síntesis del Programa.

Con una morbilidad "de transición" entre la patología del subdesarrollo y la del desarrollo, Costa Rica ha dado, en las últimas décadas, un impulso importante a los programas de Salud (además de otros en otros campos sociales como la educación). Esto se refleja entre, otros, en el crecimiento del gasto total en salud que pasó de ₡323,3 en 1970 a ₡2365 en 1979 (En millones) (17)

Sin embargo, tal crecimiento no puede continuar, no solo porque ha llegado a magnitudes de por sí altas, sino también porque el país ha entrado en una de las más importantes crisis económicas de su historia.

Lo que corresponde hacer es, pues, más que continuar con

el crecimiento que han tenido las Instituciones y los Programas, replantear la organización y coordinación entre los mismos. Se plantea como lo más relevante del período, la necesidad de la revisión del modelo de atención en salud, que permita no solo atender preventivamente la "nueva patología" (de la cual se empiezan a dar los primeros síntomas o manifestaciones) sino -sobretudo- evitar el mismo ritmo de crecimiento de los gastos y recursos. (9)

(18)

5.3.- Sistema Nacional de Salud o Servicio Nacional de Salud?

Como consecuencia de lo anterior, en gran medida la discusión se ha empezado a dar alrededor de dos conceptos: servicio o sistema, como disyuntiva para la organización que habrá de adoptar el país.

En el Programa del Sector Salud (ver anexo 3) se ha optado a favor del "sistema" entendiéndose en los siguientes términos: "Como una ordenación metódica en el uso de todos los recursos humanos y la capacidad instalada, planificada de manera coordinada y organizada por medio de procesos administrativos de la mayor uniformidad posible y del uso de las tecnologías más adecuadas. Se pretende ofrecer prestaciones en salud, integrales y suficientes en calidad y cantidad para cubrir las demandas de estos servicios en todo el país, compatibles con los

medios económicos existentes.

Este sistema, así concebido, contempla la planificación coor
dinada de servicios a nivel central institucional, la coordi
nación administrativa y la consolidación presupuestaria a ni
vel regional, con prestación de servicios integrados de sa
lud a nivel local. En él participarán las instituciones del
sector sin perder su autonomía, aceptando uniformar sus cri
terios y procedimientos administrativos y técnicos en los
más diversos aspectos, con el fin de lograr resultados en re
lación con la salud de los costarricenses". (Anexo III)

En el caso de un "servicio nacional de salud" se propugnaría
una única institución que asumiría todos los recursos esta-
tales y establecería las políticas, programas y normas para
todo el país, en todos los servicios de salud. (20)

Sin embargo, el logro técnico que tal modalidad podría sig-
nificar tiene un alto "costo" social y político, ya que ha-
bría que realizar múltiples ajustes, modificaciones y cam-
bios de muy diversa índole y profundidad. (9)

6.- Conclusiones:

El documento ha tratado de presentar elementos que faciliten
el intercambio de información y criterios entre funcionarios en la
b^ores de planificación e investigadores, con el fin de que los re-
sultados de estudios puedan ser canalizados y llevados a la forma
de propuesta concretas.

El breve análisis realizado en relación al Sector Salud, induce a pensar que en éste se deberá de producir, en el futuro cercano, alguna transformación en la organización de los recursos, en el llamado "modelo de atención". Para ello se requiere la participación activa y decidida de diversos sectores: universitarios, colegios profesionales, sindicales, etc. que hagan sus propios aportes y busquen la negociación correspondiente.

En particular es muy necesario el aporte que puedan brindar los especialistas en Ciencias Sociales, puesto que:

- a.- A pesar de que en momentos de crisis socioeconómica los aspectos sociales cobran mayor relevancia (a manera de ejemplo; mayor demanda de vivienda, altos índices de desempleo, migraciones, invasiones de tierra, etc) es todavía común encontrar expresiones que identifican a los aspectos sociales como "improductivos" y por tanto secundarios o superfluos respecto a los "económicos o productivos". Tal dicotomización resulta inadecuada y contraproducente, pero es la dominante o corriente en las formulaciones y análisis de la planificación;
- b.- En particular en el sector salud son hegemónicas las explicaciones y análisis desarrollados con un punto de vista "Médico". Si bien el aporte del profesional en Medicina es importante, son muchas las implicaciones que tiene el que, en muchas ocasiones, se mira con indiferencia los aportes de otras disciplinas.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Alvarez Rojas, J.L. Planificación Social en Costa Rica. En: Revista "Tiempo Actual", No. 23, Año VI, San José, Costa Rica, Febrero de 1982, pp. 19-25.
- 2.- Asís Beirute, L. et. al. La extensión del campo de aplicación de la seguridad social y esquema de organización para la utilización de los recursos en las prestaciones médicas. En: VI Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social, San José, Costa Rica, 6 al 10 de noviembre de 1978.
- 3.- CEPAL-MIDEPLAN. Ingreso y pobreza en Costa Rica. (Borrador para discusión) San José, Costa Rica, 1982.
- 4.- Decreto Ejecutivo "Constitución del Sector Salud", No. 14313-SPPS-PLAN, En: "La Gaceta", martes 22 de marzo de 1983, p. 7, 8 y 9.
- 5.- Franco, R. (coordinador) Planificación Social en América Latina y el Caribe. ILPES-UNICEF, 1 a. edición, Santiago de Chile, 1981.
- 6.- Galván Escobedo, J. Proceso Administrativo, EUNED, San José, Costa Rica, 1980.
- 7.- Gutiérrez P., R.; Granados M., C; Mora, R., S.; Programación de la Salud I Parte: Identificación de prioridades nacionales y regionales. CCSS. Dirección Técnica de Servicios de Salud. Sección de Medicina Preventiva. San José, Costa Rica, Mayo de 1983.
- 8.- Hall, T. L. y Mejía, A. Planificación del personal de Salud. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 1979.

- 9.- Jaramillo Antillón, J. Los problemas de la salud en Costa Rica. Políticas y estrategias. Litografía Ambar, San José, Costa Rica, Mayo de 1983.
- 10.- Mattos, Carlos A. Planes versus planificación en la experiencia latinoamericana. En: Revista de la CEPAL N^o 8, Naciones Unidas, Agosto, 1979.
- 11.- MIDEPLAN (Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica) "Plan Nacional de Desarrollo Volvamos a la Tierra, 1982-1986". Diagnóstico y estrategia global. (versión preliminar), diciembre de 1982.
- 12.- MIDEPLAN División de Reforma Administrativa. Programa de Reforma Administrativa 1982-1986. San José, Costa Rica (versión preliminar).
- 13.- Ministerio de Salud. Memoria 1982. San José, Costa Rica, 1983
- 14.- OFIPLAN. El proceso de planificación integral en Costa Rica. San José, Costa Rica, enero de 1980.
- 15.- OFIPLAN. La planificación del empleo y de los recursos humanos en Costa Rica. (Informe de misión) Febrero/Marzo de 1981.
- 16.- OFIPLAN/SECRETARIA EJECUTIVA DE PLANIFICACION DEL SECTOR SALUD. Consideraciones en torno a los problemas sectoriales de Salud en Costa Rica. (Documento de discusión) Mayo de 1981.
- 17.- Sáenz Jiménez, L. et. al. Salud en Costa Rica. Ministerio de Salud, 1981.
- 18.- Sáenz Jiménez, L. Hacia un Sistema Nacional de Salud en Costa Rica. 1982.

- 19.- Salgado Muñoz, P. La Salud en Costa Rica: una aproximación a sus políticas y logros de las últimas décadas. En: Rev. C.A., de Ciencias de la Salud CSUCA; No. 20, set.-dic. 1981, 00.111-128.
- 20.- Terris, Milton. La revolución epidemiológica y la medicina social. Edit. Siglo XXI, España. 1980.

ANEXO N^o 1

ALGUNOS DATOS ESTADISTICOS DE SALUD DE COSTA RICA

NOTA: Los siguientes cuadros y gráficos han sido tomados de (13), (16) y (17)(según la numeración que aparece en la Bibliografía consultada), consignándose en cada caso la fuente y número de página, según corresponda.

CUADRO 1

Cuadro No. 2

POBLACION ESTIMADA
SEGUN ESTRUCTURA POR EDAD
COSTA RICA. 1970 y 1980

GRUPOS DE EDAD	1970		1980	
	Número	%	Número	%
<u>Total</u>	<u>1.737.367</u>	<u>100,0</u>	<u>2.246.600</u>	<u>100,0</u>
0 - 4	285.867	16,5	293.130	13,0
5 - 9	275.562	15,9	274.760	12,3
10 - 14	239.383	13,8	289.780	12,9
15 - 19	191.133	11,0	280.000	12,5
20 - 24	147.074	8,4	241.060	10,7
25 - 29	114.895	6,6	188.585	8,4
30 - 34	95.987	5,5	143.700	6,4
35 - 39	84.180	4,8	112.930	5,0
40 - 44	71.434	4,1	94.785	4,2
45 - 49	58.775	3,4	82.120	3,7
50 - 54	48.241	2,8	68.280	3,1
55 - 59	38.850	2,2	54.710	2,4
60 - 64	30.422	1,8	42.670	1,9
65 - 69	23.554	1,4	32.020	1,4
70 y +	32.010	1,8	48.070	2,1

FUENTE: Estimación en datos oficiales de la Dirección General de Estadística y Censos.

Tomado de: (17) p. 13.

CUADRO 2

Cuadro No. 4

TASAS DE NATALIDAD
 REDUCCION RELATIVA CON RESPECTO A 1970
 COSTA RICA, 1970 - 1979

AÑO	TASAS POR MIL	REDUCCION PORCENTUAL
1970	33,2	-
1971	31,5	5,12
1972	31,2	6,02
1973	28,5	14,16
1974	29,5	11,14
1975	29,5	11,14
1976	29,6	10,84
1977	31,0	6,63
1978	31,8	4,22
1979	31,6	4,82

FUENTE: Dirección General de Estadística y Censos.

Tomado de: (15), p.5

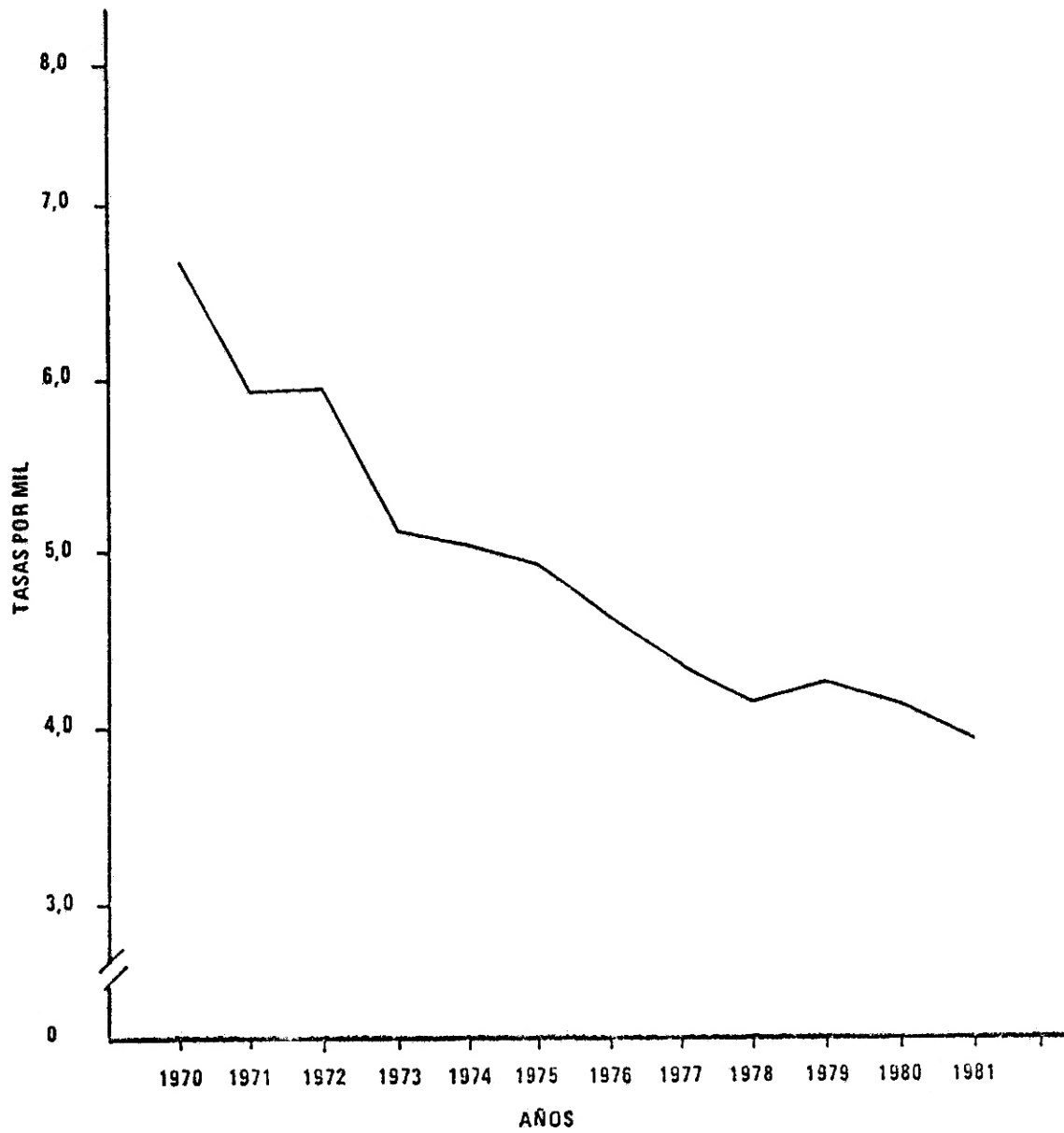
CUADRO 3
TASA DE MORTALIDAD GENERAL
COSTA RICA, 1970-1981

AÑO	TASAS POR MIL
1970.....	6,6
1971.....	5,9
1972.....	5,9
1973.....	5,2
1974.....	5,0
1975.....	4,9
1976.....	4,6
1977.....	4,3
1978.....	4,1
1979.....	4,2
1980.....	4,1
1981.....	3,9

FUENTE: Dirección General de Estadística y Censos.

Tomado de: (13), p.6

GRAFICO 4
TASAS DE MORTALIDAD GENERAL
COSTA RICA, 1970-81
(TASAS POR MIL)



Tomado de: (13), p. 7

CUADRO 5

Cuadro No. 7

COSTA RICA: TASAS TRIENALES DE MORTALIDAD GENERAL POR CANTONES 1970-1978 1/

(Continúa...)

Cantón	1970 1972	1973 1975	1976 1978	Cantón	1970 1972	1973 1975	1976 1978
COSTA RICA	6.1	5.0	4.3	<u>Cartago</u>	6.0	5.1	4.2
<u>San José</u>	5.8	4.8	4.4	<u>Cantón Central</u>	6.6	5.2	4.2
<u>Cantón Central</u>	6.3	5.7	5.2	<u>Paraíso</u>	4.8	4.7	4.1
<u>Escazú</u>	7.0	4.4	4.6	<u>La Unión</u>	5.3	4.8	4.6
<u>Desamparados</u>	6.8	4.3	4.2	<u>Jiménez</u>	5.5	4.9	4.3
<u>Puriscal</u>	4.5	3.8	3.0	<u>Turrialba</u>	5.6	5.2	4.2
<u>Tarrazú</u>	4.2	2.7	3.4	<u>Alvarado</u>	4.7	3.4	2.9
<u>Aserrí</u>	6.1	5.0	4.3	<u>Oreamuno</u>	7.7	5.9	4.4
<u>Mora</u>	5.7	4.2	4.6	<u>El Guarco</u>	7.0	4.8	4.1
<u>Goicoechea</u>	5.5	4.9	4.3	<u>Heredia</u>	6.3	4.8	4.4
<u>Santa Ana</u>	6.7	4.8	4.1	<u>Cantón Central</u>	6.6	5.6	4.8
<u>Alajuelita</u>	6.8	4.0	4.1	<u>Barva</u>	5.7	3.8	4.0
<u>Coronado</u>	5.4	4.5	4.2	<u>Santo Domingo</u>	6.3	5.0	4.9
<u>Acosta</u>	5.5	4.9	3.4	<u>Santa Bárbara</u>	5.5	4.9	4.6
<u>Tibás</u>	5.9	5.1	5.1	<u>San Rafael</u>	5.2	3.8	3.5
<u>Moravia</u>	5.2	4.3	3.7	<u>San Isidro</u>	5.2	4.8	4.5
<u>Montes de Oca</u>	5.3	4.4	4.2	<u>Belén</u>	6.6	4.5	4.3
<u>Turrubares</u>	4.1	4.2	2.5	<u>Flores</u>	6.5	4.2	5.3
<u>Dota</u>	3.0	4.1	3.7	<u>San Pablo</u>	5.1	5.4	4.4
<u>Curridabat</u>	5.1	4.0	4.2	<u>Sarapiquí</u>	10.6	4.3	3.1
<u>Pérez Zeledón</u>	5.3	4.0	3.1	<u>Guanacaste</u>	5.3	4.7	4.0
<u>León Cortés</u>	5.1	3.7	3.3	<u>Liberia</u>	9.6	4.7	5.2
<u>Alajuela</u>	5.8	4.8	4.2	<u>Nicoya</u>	4.0	4.8	3.6
<u>Cantón Central</u>	7.3	5.8	5.2	<u>Santa Cruz</u>	4.6	4.6	4.0
<u>San Ramón</u>	5.0	4.3	3.9	<u>Bagaces</u>	4.4	4.2	3.3
<u>Grecia</u>	5.4	4.7	3.8	<u>Carrillo</u>	5.9	4.8	5.1
<u>San Mateo</u>	2.6	4.6	4.2	<u>Cañas</u>	7.2	4.8	4.4
<u>Atenas</u>	4.9	4.8	3.8	<u>Abangares</u>	4.5	3.5	3.3
<u>Naranjo</u>	5.1	4.0	4.2	<u>Tilarán</u>	3.6	4.7	3.9
<u>Palmares</u>	4.5	4.3	4.0	<u>Nandayure</u>	5.2	5.1	2.8
<u>Poás</u>	4.7	3.9	4.0	<u>La Cruz</u>	6.5	7.4	5.4
<u>Orotina</u>	5.6	5.3	3.7	<u>Hojancha</u>	35.2	4.1	2.3
<u>San Carlos</u>	5.3	3.6	3.1	<u>Puntarenas</u>	6.7	5.2	4.0
<u>Alfaro Ruiz</u>	4.1	3.1	3.1	<u>Cantón Central</u>	7.2	5.5	4.2
<u>Valverde Vega</u>	5.3	4.0	3.7	<u>Esparza</u>	6.1	4.6	4.3
<u>Upala</u>	7.6	6.9	4.5	<u>Buenos Aires</u>	7.5	5.5	3.9
<u>Los Chiles</u>	10.0	6.6	5.6	<u>Montes de Oro</u>	5.4	4.7	3.5
<u>Guatuso</u>	5.0	6.1	4.6				

CUADRO 6
TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL
COSTA RICA, 1970 - 1981

AÑOS	TASAS POR MIL
1970.....	61.5
1971.....	56.4
1972.....	54.4
1973.....	44.8
1974.....	37.6
1975.....	37.8
1976.....	33.3
1977.....	27.9
1978.....	22.3
1979.....	22.1
1980.....	19.1
1981.....	18.1

FUENTE: Dirección General de Estadística y Censos.

Tomado de: (13), p. 8.

(Conclusión)

Cantón	1970 1972	1973 1975	1976 1978	Cantón	1970 1972	1973 1975	1976 1978
Osa	7.1	5.4	4.1	<u>Limón</u>	9.9	6.9	5.5
Aguirre	7.0	5.2	3.4	Cantón Central	10.9	8.8	6.6
Golfito	6.0	5.1	4.2	Pococí	11.7	5.6	4.0
Coto Brus	6.2	4.4	3.4	Siquirres	8.9	5.9	5.4
Parrita	6.1	4.9	2.9	Talamanca	7.6	8.7	8.2
Corredores	-	5.0	4.8	Matina	6.3	6.5	5.6
				Guácimo	8.0	4.9	4.2

1/ Por mil habitantes de la población estimada a mitad de año (y trieno)

FUENTE: Departamento Sectorial Social de OFIPLAN. Cálculos efectuados en base a la información oficial de la Dirección General de Estadística y Censos.

CUADRO 7

Cuadro No. 8

COSTA RICA: TASAS TRIENALES DE MORTALIDAD INFANTIL POR CANTONES 1970-1978 1/

(Continúa...)

Cantón	1970 1972	1973 1975	1976 1978	Cantón	1970 1972	1973 1975	1976 1978
COSTA RICA	57.5	40.0	27.6	<u>Cartago</u>	63.7	41.8	29.6
<u>San José</u>	43.8	29.0	22.5	Cantón Central	53.3	36.1	23.8
Cantón Central	41.5	28.0	21.7	Paraíso	59.7	41.1	33.3
Escazú	39.2	26.6	29.8	La Unión	45.9	28.5	28.9
Desamparados	48.7	27.3	24.5	Jiménez	74.2	38.2	43.0
Puriscal	42.0	26.1	15.6	Turrialba	73.8	52.7	33.1
Tarrazú	34.9	19.0	18.9	Alvarado	82.1	36.+	29.9
Aserrí	60.7	43.0	26.9	Oreamuno	81.3	48.2	31.2
Mora	46.0	22.0	28.5	El Guarco	63.5	52.3	30.7
Goicoechea	36.1	27.5	22.6	<u>Heredia</u>	47.3	32.8	23.5
Santa Ana	53.2	35.0	19.6	Cantón Central	50.2	34.5	17.0
Alajuelita	49.0	31.4	26.8	Barva	42.7	17.2	22.5
Coronado	45.5	31.8	30.1	Santo Domingo	37.7	21.4	27.7
Acosta	58.3	33.6	24.2	Santa Barbara	49.0	40.5	29.2
Tibás	33.4	20.5	14.1	San Rafael	51.1	38.8	25.8
Moravia	33.4	26.6	18.5	San Isidro	32.1	20.6	29.5
Montes de Oca	34.1	29.4	18.1	Belén	44.6	25.6	22.1
Turrubares	56.0	39.7	27.8	Flores	27.3	22.4	21.4
Dota	35.4	40.9	17.6	San Pablo	44.1	34.5	26.3
Curridabat	41.4	27.1	31.0	Sarapiquí	69.2	55.8	29.3
Pérez Zeledón	51.4	34.5	22.8	<u>Guanacaste</u>	65.0	48.8	33.3
León Cortés	59.3	33.9	27.6	Liberia	85.0	40.6	35.5
<u>Alajuela</u>	53.3	36.2	24.1	Nicoya	57.7	57.1	35.5
Cantón Central	53.1	37.3	26.8	Santa Cruz	53.9	41.2	31.1
San Ramón	54.0	23.9	22.4	Bagaces	64.1	42.2	34.0
Grecia	46.6	27.0	13.0	Carrillo	75.8	38.0	36.5
San Mateo	46.7	25.6	22.7	Cañas	93.2	53.6	35.9
Atenas	27.7	13.1	15.7	Abangares	59.9	37.1	25.6
Naranjo	56.8	24.7	18.6	Tilarán	42.4	47.5	27.3
Palmares	35.6	27.2	17.8	Nandayure	70.9	64.9	38.1
Poás	42.7	32.4	14.9	La Cruz	56.6	66.1	31.7
Orotina	65.1	45.3	22.6	Hojancha	64.7	33.9	23.7
San Carlos	60.1	33.7	20.4	<u>Puntarenas</u>	76.2	54.7	34.6
Alfaro Ruiz	48.0	36.9	16.3	Cantón Central	97.4	53.9	38.6
Valverde Vega	56.9	34.4	34.7	Esparza	50.1	33.8	21.5
Upala	57.4	61.6	33.6	Buenos Aires	59.2	57.6	39.6
Los Chiles	63.8	48.7	32.9	Montes de Oro	58.5	28.5	18.7
Guatuso	55.2	71.9	58.3				

(Conclusión)

Cantón	1970 1972	1973 1975	1976 1978	Cantón	1970 1972	1973 1975	1976 1978
Osa	78.4	67.2	36.4	<u>Limón</u>	85.9	65.1	43.4
Aguirre	76.9	50.8	25.5	Cantón Central	101.3	74.1	37.2
Golfito	69.5	61.8	37.8	Pococí	79.3	58.3	44.3
Coto Brus	53.7	47.1	29.5	Siquirres	90.1	65.6	52.9
Parrita	91.6	61.6	26.4	Talamanca	48.9	76.8	52.3
Corredores	-	50.8	36.5	Matina	55.6	50.1	41.7
				Guácimo	94.1	56.0	44.9

1/ Por mil nacidos vivos registrados (inscritos) el año respectivo (y trie
nio).

FUENTE: Departamento Sectorial Social de OFIPLAN. Cálculos efectuados en base a la información oficial de la Dirección General de Esta
tadística y Censos.

Tomado de: (16), pags. 18 y 19.

CUADRO 8
ESPERANZA DE VIDA AL NACER
COSTA RICA 1950 - 1980

PERIODO	ESPERANZA DE VIDA AL NACER EN AÑOS
1950-63	63.3
1963-72	68.1
1972-76	71.4
1976-81	73.2

FUENTE: Plan Nacional de Salud 1974 - 80 y Unidad de Planificación - Ministerio de Salud.

CUADRO 9
TASAS DE MORTALIDAD MATERNA
COSTA RICA, 1970-1981

AÑOS	TASA POR MIL NACIMIENTOS
1970.....	1.0
1971.....	0.8
1972.....	1.0
1973.....	1.1
1974.....	0.5
1975.....	0.7
1976.....	0.6
1977.....	0.5
1978.....	0.4
1979.....	0.4
1980.....	0.2
1981.....	0.4

FUENTE: Dirección General de Estadística y Censos.

Tomado de: (13), p. 15

CUADRO 10
MORTALIDAD POR LOS GRANDES GRUPOS DE CAUSAS
COSTA RICA - 1981
(TASAS POR 10.000)

GRUPOS DE CAUSAS	DEFUNCIONES	TASA
Enfermedades del Aparato Circulatorio.....	2.285	9.9
Tumores.....	1.574	6.8
Traumatismos y Envenenamientos.....	980	4.2
Signos, Síntomas y estados morbosos maldefinidos.....	872	3.8
Enfermedades del Aparato Respiratorio.....	811	3.5
Ciertas afecciones del Período Perinatal.....	566	2.5
Enfermedades del Aparato Digestivo.....	387	1.7
Enfermedades Infecciosas y Parasitarias.....	350	1.5
Anomalías Congénitas.....	342	1.5
Enf. de las glándulas endocrinas, nutrición, metabolismo y trastornos de la inmunidad.....	286	1.2
Enfermedades del Sistema Nervioso y Organos de los sentidos.....	182	0.8
Enfermedades del Aparato Genitourinario.....	175	0.8
Enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos..	58	0.3
Enf. del Sistema Osteomuscular y tejido conjuntivo...	45	0.2
Trastornos mentales.....	34	0.1
Complicaciones del E., P. y Parto.....	26	0.4*
Enf. de la Piel y Tejido celular subcutáneo.....	17	0.07
TOTAL.....	8.990	39.0

* Por mil nacidos vivos.

FUENTE: Tabulaciones de la Dirección General de Estadística y Censos.

Tomado de: (13), p. 18.

CUADRO 11

Cuadro No. 7

MORTALIDAD POR GRUPOS DE CAUSAS
SEGUN ORDEN DE IMPORTANCIA (01)
COSTA RICA 1970 y 1979
(Tasas por 10.000)

GRUPOS DE CAUSAS	1970			1979		
	Muertes	T a s a	01	Muertes	T a s a	01
<u>T O T A L</u>	<u>11.504</u>	<u>66.2</u>		<u>9.144</u>	<u>41.7</u>	
Infeciosas y Parasitarias	2.362	13.6	1	465	2.1	7
Del Aparato Circulatorio	2.243	12.9	2	2.240	10.2	1
Del Aparato Respiratorio	1.584	9.1	3	774	3.5	5
Síntomas y estados mal definidos	1.264	7.3	4	852	3.9	4
Tumores	1.146	6.6	5	1.527	7.0	2
Accidentes, Envenenamientos y Violencias	763	4.4	6	1.125	5.1	3
Morbilidad y Mortalidad Perinatales	651	3.7	7	592	2.7	6
Del aparato Digestivo	429	2.5	8	381	1.7	8
De las Glándulas Endocr. Metabolismo y Nutric	281	1.6	9	323	1.5	9
Anomalías Congénitas	196	1.0	10	279	1.3	10
Del Sistema Nervioso y Org. de los Sentidos	172	1.0	11	210	1.0	11
Del Aparato Génito Urinario	124	0.7	12	162	0.7	12
De la Sangre y Org. Hematopoyéticos	121	0.7	13	38	0.2	15
Trastornos Mentales	62	0.4	14	72	0.3	13
Del Sistema Osteomuscular y Tejido Conjuntiv	14	0.1	15	43	0.2	14
De la Piel y Tejido Celular Subcutáneo	27	0.2	16	32	0.1	16
Complicaciones del Embarazo, Parto y Puerper.	65	10.0 (a)	17	29	4.2(a)	17

FUENTE: Anuario y Tabulaciones de la Dirección General de Estadística y Censos.

(a) Por cada 10.000 nacidos vivos.

Tomado de: (17), p. 29

Cuadro No. 19

MORTALIDAD EN LA POBLACION DE 15 A 49
 POR LOS GRANDES GRUPOS DE CAUSAS
 COSTA RICA. 1970 - 1979
 (Tasas por 10.000)

CAUSAS DE MUERTE	1970			1979		
	No.	Tasa	01	No.	Tasa	01
<u>TOTAL</u>	<u>1.519</u>	<u>20.0</u>		<u>1.651</u>	<u>14.8</u>	
Infecciosas y Parasitarias	117	1.5	4	41	0.37	7
Tumores	231	3.0	3	244	2.2	2
De las Glándulas Endocrinas, del Metabolismo y la Nutrición	28	0.36	11	28	0.25	10
De la Sangre y de los Organos Hematopoyéticos	19	0.25	12	14	0.13	11
Trastornos Mentales	28	0.36	11	34	0.30	8
Del Sistema Nervioso y Organos de los Sentidos	46	0.60	9	58	0.52	6
Del Aparato Circulatorio	244	3.2	2	239	2.1	3
Del Aparato Respiratorio	75	0.99	7	58	0.52	6
Del Aparato Digestivo	92	1.21	6	102	0.91	4
Del Aparato Génito-Urinario	29	0.38	10	31	0.28	9
Embarazo, Parto y Puerperio	54	9.3(a)	8	29	4.2(a)	10
De la Piel y Tejido Celular Subcutáneo	3	0.04	15	5	0.04	13
Del Sistema Osteomuscular y Tejido Conjuntivo	3	0.04	15	7	0.07	12
Anomalías Congénitas	7	0.09	14	8	0.07	12
Causas Perinatales	16	0.21	13	-	-	
Senilidad y mal definidas	114	1.5	5	86	0.77	5
Accidentes, Envenenamientos y Violencias	413	5.4	1	667	6.0	1

FUENTE: Dirección General de Estadística y Censos

01 = Orden de Importancia

(a) = Tasa por 10.000 nacimientos vivos

Tomado de: (17). p. 59

CUADRO 13

Cuadro No. 30

MORTALIDAD POR DIABETES
 SEGUN GRUPOS DE EDAD
 COSTA RICA 1970 y 1979
 (Tasas por 10.000)

EDAD	1970		1979	
	Defunciones	Tasa	Defunciones	Tasa
TOTAL	135	0.78	242	1.10
Menos de 1 año	-	-	2	0.29
1 - 4	-	-	-	-
5 - 14	-	-	3	0.05
15 - 44	13	0.18	10	0.10
45 - 64	41	2.32	56	2.32
65 y más	81	14.58	171	21.88

FUENTE: Anuarios y tabulaciones de la Dirección General de Estadística y Censos.

Tomado de: (17), p. 77

CUADRO 14

Cuadro No. 32

TASAS DE MORBILIDAD POR ENFERMEDADES REDUCIBLES MEDIANTE VACUNACION/
 TIPO DE ENFERMEDAD
 COSTA RICA 1970 y 1979
 (Tasas por 10.000)

TIPO DE ENFERMEDAD	T A S A S		REDUCCION PORCENTUAL CON RESPECTO A 1970
	1970	1979	
Tétanos	0.49	0.10	79.7
Tosferina	7.04	1.36	80.7
Difteria	0.32	-	100.0
Sarampión	26.25	29.14	+ 11.0
Poliomielitis	0.12	-	100.0
Tuberculosis	28.60	20.1	29.7

FUENTE: Departamento de Estadística del Ministerio de Salud.

Tomado de: (17), p.80

CUADRO 15

MORBILIDAD POR ENFERMEDADES TRANSMISIBLES
DE DECLARACION OBLIGATORIA

COSTA RICA, 1982

(Casos notificados tasa por 100.000 Habitantes)

ENFERMEDAD	NUMERO CASOS	TASA
Brucelosis.....	14	0.59
Difteria.....	-	-
Encefalitis vírica.....	11	0.46
Escarlatina.....	529	22.29
Fiebre reumática.....	117	4.93
Fiebre tifoidea.....	6	0.25
Fiebre paratifoidea.....	1	0.04
Hepatitis viral.....	4.132	174.12
Influenza epidémica.....	16.195	682.47
Leishmaniasis.....	1.608	67.76
Lepra.....	22	0.93
Meningitis Bacteriana: TOTAL.....	302	12.73
a) Meningitis e infec. p/N Mening.....	4	0.17
b) Meningitis p/otras bact.espec.....	94	3.96
c) Meningitis no especificada.....	204	8.60
Meningitis viral.....	208	8.76
Paludismo.....	111	4.68
Parotiditis.....	1.537	64.73
Poliomielitis.....	-	-
Rubéola.....	351	14.79
Salmonelosis.....	29	1.22
Sarampión.....	167	7.03
Shigelosis.....	49	2.06
Tétanos.....	16	6.67
Tosferina.....	63	2.65
Tuberculosis todas las formas.....	409	17.23
Varicela.....	3.365	141.80
Conjuntivitis hemorrágica.....	1.518	63.97
VENEREAS:		
Blenorragia.....	10.186	429.24
Chancro blanca.....	472	19.89
Chancro sin etiol.especif.....	29	1.22
Sifilis: TOTAL.....	1.928	81.24
a) Sifilis congénita.....	17	0.72
b) Sifilis adquirida reciente.....	741	31.23
c) Sifilis adquirida tardía.....	706	29.75
d) Sifilis sin clasificar.....	464	19.55
Rabia en animales.....	-	-

NOTA: No se notificaron casos de: Cólera, Fiebre Amarilla, Peste, Rabia humana, Tifus exantemático y Tifus murino. Se presentaron 4 casos de Rickettsiosis por Rickettsia-Rickettsii (Fiebre Maculosa de las Montañas Rocosas).

Tomado de: (13), p. 30.

CUADRO 16

Cuadro No. 34

TASAS DE MORBILIDAD POR ENFERMEDADES ENTERICAS
 POR TIPO DE ENFERMEDAD
 COSTA RICA, 1970 y 1979
 (Tasas por 10.000)

TIPO DE ENFERMEDAD	T A S A S		REDUCCION PORCENTUAL CON RESPECTO A 1970
	1970	1979	
Tifoidea	0.35	0.26	25.7
Paratifoidea	0.05	0.01	80.0
Salmonelosis	1.34	0.25	81.3
Hepatitis Vírica	3.11	7.52	+ 141.8
Disentería sin Etio logía Específica	1.91	0.13	93.2
Disentería Amibiana	2.56	0.05	98.0

FUENTE: Departamento de Estadística del Ministerio de Salud.

Tomado de: (17), p. 83

CUADRO 17

Cuadro No. 37

TASAS DE MORBILIDAD POR ENFERMEDADES
DE TRANSMISION SEXUAL
POR TIPO DE ENFERMEDAD
COSTA RICA 1970 y 1979
(Tasas por 10.000)

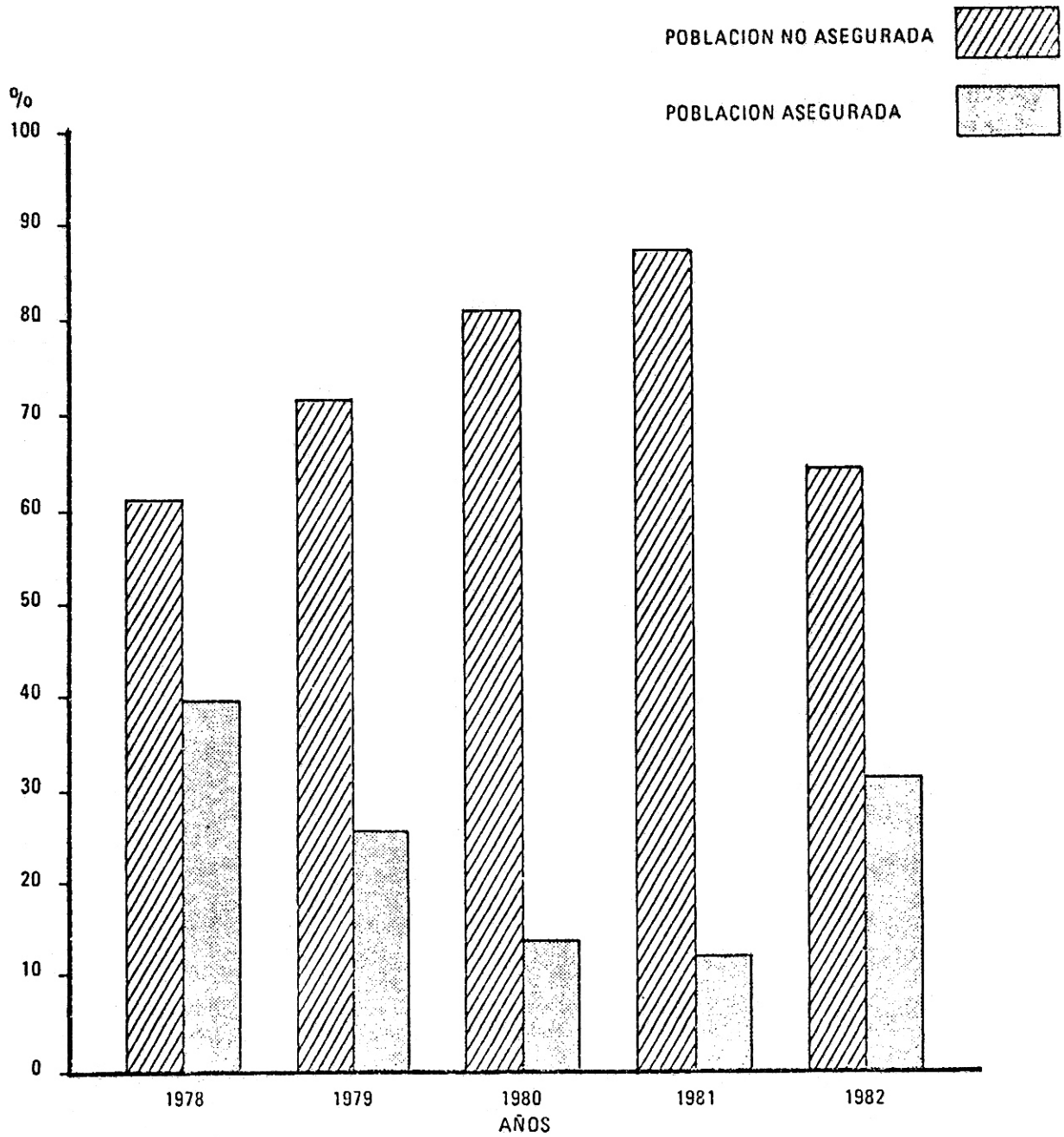
TIPO DE ENFERMEDAD	T A S A S		INCREMENTO PORCENTUAL CON RESPECTO A 1970
	1970	1979	
Sífilis	5.61	9.21	64.17
Blenorragia	16.15	39.62	145.3
Chancro Blando	0.85	3.84	351.8

FUENTE: Departamento de Estadística del Ministerio de Salud.

Tomado de: (17), p.70

GRAFICO 18

CASOS NUEVOS DE TUBERCULOSIS PULMONAR ACTIVA EN POBLACION NO ASEGURADA Y ASEGURADA
COSTA RICA, 1978-1982



Tomado de: (13), p. 37

CUADRO 19

Cuadro No. 42

ESTADO NUTRICIONAL DE MENORES DE 5 AÑOS
 SEGUN PATRONES DE REFERENCIA DE PESO PARA TALLA
 COSTA RICA. 1975 - 1978

ESTADO NUTRICIONAL	AÑO		CAMBIO OBSERVADO
	1975	1978	
TOTAL	100%	100%	
Insuficiente	37.5	21.3	- 43%
Sobrepeso	8.5	13.2	55%
Adecuado (eutrófico)	54.0	65.5	21%

FUENTE: Encuestas Nacionales de Nutrición de 1975 y 1978.

CUADRO 20

Cuadro No. 43

TALLA DE MENORES DE 5 AÑOS
 SEGUN PATRONES DE REFERENCIA DE TALLA PARA EDAD
 COSTA RICA 1975 - 1978

ESTADO NUTRICIONAL	AÑO		CAMBIO OBSERVADO
	1975	1978	
TOTAL	100%	100%	
Insuficiente	8.5	7.8	- 8%
Sobretalla	1.0	1.6	60%
Adecuada	90.5	90.6	0.1%

FUENTE : Encuestas Nacionales de Nutrición de 1975 y 1978

Tomado de: (17), p. 101

CUADRO 21

CUADRO No. 67

COMPORTAMIENTO COMPARATIVO DEL PRODUCTO INTERNO BRUTO, EL GASTO PUBLICO Y LOS GASTOS EN SALUD EN LA DECADA 1970-79*

AÑOS	PRODUCTO INTERNO BRUTO	GASTO PUBLICO	GASTOS EN SALUD	
			TOTAL	PER CAPITA
1970	100	100	100	100
1971	109	125	125	121
1972	125	147	153	144
1973	156	194	185	172
1974	203	244	223	201
1975	258	331	301	265
1976	317	437	370	318
1977	403	580	454	380
1978	463	705	519	424
1979	525	872	712	561

* Año Índice 1970 = 100%

FUENTE: Plan Nacional de Salud 1979-1982.- Primera parte "Evaluación de la Situación Actual.- Unidad de Planificación de la Salud, Ministerio de Salud.
Liquidaciones de Presupuesto, Ministerio de Salud.
Dirección Técnica de Planificación, CCSS
Oficina de Planificación I.C.A.A.
Banco Central de Costa Rica.

Tomado de: (17), p. 169.

CUADRO 22

Cuadro No. 70

GASTO ANUAL ABSOLUTO Y PORCENTUAL EN SALUD,
SEGUN INSTITUCION 1970 - 1979.
(MILLONES)

AÑOS	GASTO TOTAL	MINIST. SALUD		C. C. S. S.		I. C. A. A.	
		MONTO	%	MONTO	%	MONTO	%
1970	332.3	152.6	46	143.5	43	36.1	11
1971	414.3	207.0	50	158.1	38	49.1	12
1972	509.4	236.5	46	212.4	42	60.6	12
1973	616.1	261.4	42	282.5	46	72.2	12
1974	739.4	320.4	43	321.6	44	97.3	13
1975	998.7	383.9	38	472.0	47	142.8	14
1976	1.230.4	396.9	32	636.6	52	196.9	16
1977	1.508.4	362.6	24	953.2	63	192.6	13
1978	1.726.2	315.5	18	1.216.4	71	194.3	11
1979	2.365.7	411.3	17	1.675.4	71	279.0	12
% VARIA CION 1970-79	611.9	169.5		1.067.5		672.8	

FUENTE: Liquidaciones de presupuesto Ministerio de Salud, Caja Costarricense de Seguro Social, Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados. Dirección Técnica de Planificación Caja Costarricense de Seguro Social.

Tomado de: (17), p. 173.

CUADRO 23

Cuadro No. 56

POBLACION, CAMAS TOTALES Y POR INSTITUCION
CAMAS POR MIL HABITANTES Y VARIACIONES PORCENTUALES RESPECTO AÑO 1970
COSTA RICA, 1970 1979

AÑOS	POBLACION	CAMAS **								CAMAS POR MIL HABITAN TES	VARIACION PORCENTUAL DE CAMAS			
		TOTAL		M.S.		C.C.S.S.		Ent. Partic*			TOTAL	M.S.	CCSS	ENTIDAD PARTIC.
		No.	%	No.	%	No.	%	No.	%					
1970	1.737.367	7.008	100.0	5.659	80.8	1.049	15.0	300	4.2	4.0	-	-	-	-
1971	1.785.691	7.249	100.0	5.690	78.5	1.265	17.4	294	4.1	4.1	3.4	0.5	20.6	- 2.0
1972	1.842.831	7.356	100.0	5.692	77.4	1.362	18.5	302	4.1	4.0	5.0	0.6	29.8	0.7
1973	1.872.747	7.359	100.0	5.538	75.3	1.512	20.5	309	4.2	3.9	5.0	-2.1	44.1	3.0
1974	1.921.572	7.384	100.0	5.394	73.1	1.678	22.7	312	4.2	3.8	5.4	-4.7	60.0	4.0
1975	1.968.438	7.549	100.0	4.895	64.9	2.335	30.9	319	4.2	3.8	7.7	-13.5	122.6	6.3
1976	2.017.986	7.358	100.0	3.401	46.2	3.641	49.5	316	4.3	3.6	5.0	-39.9	247.1	5.3
1977	2.070.560	7.162	100.0	2.042	28.5	4.980	69.5	140	2.0	3.5	2.2	-63.9	374.7	-53.3
1978	2.125.620	7.516	100.0	531	7.1	6.845	91.1	140	1.8	3.5	7.2	-90.6	552.5	-53.3
1979	2.192.410	7.505	100.0	505	6.7	6.859	91.4	141	1.9	3.4	7.1	-91.1	553.9	-53.0

FUENTE: Anuarios Estadísticos, Ministerio de Salud y Caja Costarricense de Seguro Social.

* Clínicas Privadas y Establecimientos de la Compañía Bananera.

** Las camas de los establecimientos traspasados a la C.C.S.S., se prorrataron en cada año, de acuerdo a la fecha en que se hizo efectivo el traspaso.

Tomado de: (17), p. 139

CUADRO 24

Cuadro No. 58

POBLACION, EGRESOS, EGRESOS POR MIL HABITANTES
Y VARIACION PORCENTUAL RESPECTO AÑO 1970
COSTA RICA
1970-1979

AÑO	POBLACION A 1º JULIO	EGRESOS HOSPITALA RIOS	EGRESOS POR MIL HABITANTES	VARIACION PORCENTUAL	
				De Egresos	Egresos por mil habit.
1970	1.737.367	192.746	110.9	-	-
1971	1.785.691	199.698	111.8	3.6	0.8
1972	1.842.831	213.543	115.9	10.8	4.5
1973	1.872.747	210.142	112.2	9.0	1.2
1974	1.921.572	213.998	111.4	11.0	0.4
1975	1.968.438	214.201	108.8	11.1	- 1.9
1976	2.017.986	221.274	109.6	14.8	- 1.2
1977	2.070.560	237.374	114.6	23.2	3.3
1978	2.125.620	246.753	116.1	28.0	4.7
1979	2.192.410	260.391	118.8	35.1	7.1

FUENTE: Dirección General de Estadística y Censos.

Anuarios, Departamento de Estadística del Ministerio de Salud.

Tomado de: (17), p. 142.

CUADRO 25

Cuadro No. 61

POBLACION, CONSULTAS MEDICAS, CONSULTAS POR HABITANTE/AÑO
Y VARIACIONES PORCENTUALES RESPECTO AL AÑO 1970
COSTA RICA 1970 - 1979

AÑOS	POBLACION A 1° DE JULIO	T O T A L		C. S. S. S.		MINIST.SALUD		ENTID* PRIVADAS		CONSULTAS POR HABITAN TE/AÑO	VARIACION PORCENTUAL DE CONSULTAS			
		Número	%	Número	%	Número	%	Número	%		Total	C.S.S.S.	MIN.SALUD	ENTID. PRIVADAS
1970	1.737.367	3.536.293	100.0	2.279.629	64.5	1.160.396	32.8	96.268	2.7	2.0	—	—	—	—
1971	1.785.691	3.627.284	100.0	2.463.068	67.9	1.072.305	29.6	91.911	2.5	2.0	2.6	8.0	- 7.6	- 4.5
1972	1.842.831	3.982.533	100.0	2.888.853	72.5	1.047.397	26.3	46.283	1.2	2.2	12.6	26.7	- 9.7	-51.9
1973	1.872.747	4.199.238	100.0	3.244.655	77.3	903.424	21.5	51.159	1.2	2.2	18.7	42.3	-22.1	-46.9
1974	1.921.572	4.528.626	100.0	3.522.449	77.8	892.501	19.7	113.676	2.5	2.4	28.1	54.5	-23.1	18.1
1975	1.968.438	4.813.417	100.0	3.976.516	82.3	740.122	15.3	116.779	2.4	2.5	36.7	74.4	-36.2	21.3
1976	2.017.986	5.298.892	100.0	4.766.586	90.7	396.732	7.6	90.574	1.7	2.6	48.6	109.1	-65.8	- 5.9
1977	2.070.560	6.086.664	100.0	5.581.570	91.7	487.364	8.0	17.730	0.3	2.9	72.1	144.8	-58.0	-81.6
1978	2.125.620	6.565.749	100.0	6.069.557	92.4	478.531	7.3	17.661	0.3	3.1	85.7	166.3	-58.8	-81.7
1979	2.192.410	6.475.891	100.0	5.955.400	91.9	502.069	7.8	18.422	0.3	3.0	83.1	161.2	-56.7	-80.9

* Clínicas Privadas y Establecimientos de la Compañía Bananera.

FUENTE: Anuarios Estadísticos C.C.S.S. y Ministerio de Salud

Tomado de: (17), p. (145).

ANEXO II

(FRAGMENTO TOMADOS DE (17), p. 110 a 123)

Programas a cargo del Ministerio de Salud

Programa de Salud Rural.

Este programa se inició en 1973, con el propósito de extender la cobertura de los servicios de salud a toda la población, concentrando su atención inicialmente en la rural dispersa, para extenderse luego a la rural concentrada, mediante la utilización de técnicas y procedimientos sencillos de fácil aplicación por personal auxiliar debidamente adiestrado, supervisado y apoyado por las estructuras orgánicas y funcionales de un sistema regionalizado de salud, y con una participación activa de la comunidad organizada para un desarrollo global.

Como antecedentes, cabe destacar que en 1971 se diseñaron los cursos de capacitación de personal y se realizó el primero de ellos; en 1972 se desarrollaron dos nuevos cursos y se estableció el primer puesto de salud rural, en el Cantón de Tilarán. En 1973 se continuó capacitando personal y se formuló el programa de actividades, con clara definición de objetivos, metas, normas de atención e indicadores para el control y evaluación. En ese mismo año se llegó a tener en funcionamiento 50 puestos de salud rural en los que se atendió a 115.000 habitantes, para alcanzar una cobertura de la población rural del país equivalente al 10.3 por ciento. En 1979 el Programa atendió 717.500 habitantes, lo que representó un 59.7 por ciento de la totalidad de la población rural del país, por medio de 287 puestos

que cubrieron 4.018 localidades y 160.976 viviendas (detalle en cuadro No. 45). Esta cobertura alcanzada representa un incremento de 480 por ciento en relación a la de 1973. Cabe recalcar que aproximadamente el 95 por ciento de las localidades cubiertas por el Programa cuentan con poblaciones menores de 500 habitantes (681.625 hab.), de manera que si se establece la relación de cobertura con base en la población rural dispersa (estimada para 1979 en 692.802 habitantes que representan el 31.6 de la población total), tal cobertura corresponde al 98 por ciento.

Programa de Salud Comunitaria.

Como complemento a las acciones del programa de salud rural, se inició a partir de 1976 el Programa de Salud Comunitaria en comunidades urbanas (mayores de 2.000 habitantes), con el propósito de alcanzar una cobertura del 62 por ciento en 1980, en el sector urbano marginado y las zonas periurbanas.

Los programas de extensión de servicios a las comunidades urbanas y rurales se coordinan en todos los niveles del sistema de salud, con el fin de evitar superposición de áreas y núcleos poblacionales.

En 1976 el programa se inició con auxiliares de enfermería, en una área piloto. En 1977 se sustituyeron las auxiliares de enfermería por un nuevo tipo de personal denominado Asistentes de Salud Comunitaria. En 1976 el Programa atendió 84.018 habitantes, lo que representó una cobertura del 9.8 por ciento del total de la población urbana del país, y en 1979 esta cobertura fue de 56.2 por ciento, lo que representa un incremento en relación al año 1976 de 473 por

ciento (detalle en cuadro No. 46).

La cobertura nacional de los programas de Salud Rural y Salud Comunitaria en el año 1979, fue de 58.1 por ciento.

Programa de Medicina Comunitaria del Hospital Doctor Carlos Luis Valverde Vega de San Ramón.

Este programa, llamado "Hospital Sin Paredes", se gestó desde los años 1955 a 1969, período en que se llevó a cabo una acción progresiva de mejoramiento intra-hospitalario en aquel cantón, al tiempo que se fueron desarrollando diversos proyectos de salud a nivel de comunidad, tales como un proyecto sobre tratamiento de alcoholismo; otro de atención al enfermo crónico-senil e inválido; un proyecto de atención a pacientes de tuberculosis pulmonar; un proyecto de atención siquiátrica; un programa de visitas de personal voluntario del hospital a distritos campesinos; y un programa de investigación de hepatitis.

Con los antecedentes anteriores, se formuló un programa de medicina comunitaria, que fue aprobado por el Ministerio de Salud en julio de 1970 y puesto en marcha en noviembre de 1971 en el puesto de salud de San Juan de San Ramón. Al finalizar la década, este programa cubría una zona geográfica que incluía cuatro cantones, San Ramón, Palmares, Alfaro Ruiz y Naranjo, además el distrito de Toro Amarillo del Cantón de Valverde Vega, con una población de 84.413 habitantes en una extensión de 1.351 km², correspondiente a una área hospitalaria adjunta a la Región No. 2 del Ministerio de Salud. Para

Cuadro No. 45

PROGRAMA DE SALUD RURAL
 MINISTERIO DE SALUD - COSTA RICA
 1973-1979

AÑOS	POBLACION RURAL	POBLACION AREAS DE SALUD RURAL	PORCENTAJE DE COBERTURA	COMUNIDADES ATENDIDAS	VIVIENDAS ATENDIDAS	AREAS DE TRABAJO (Puestos de Salud Rural)
1973*	1.112.412	115.000	10.3	800	30.000	50
1974	1.141.412	200.000	17.5	1.250	46.800	78
1975	1.169.252	360.000	30.8	2.240	84.000	140
1976	1.160.342	490.000	42.2	3.104	116.400	194
1977	1.159.514	650.000	56.1	3.750	144.000	251
1978	1.169.090	690.000	59.0	3.880	152.500	268
1979	1.201.440	717.500	59.7	4.018	160.976	287

FUENTE: Memorias Ministerio de Salud

* Inicio de operación del Programa

desarrollar actividades correspondientes a varios niveles de atención que se complementaban mutuamente, este programa utilizó como infraestructura los domicilios de 14.069 familias; 45 puestos de salud rural, 4 centros de salud; 4 dispensarios de la Caja Costarricense de Seguro Social (C.C.S.S.) y 1 hospital regional.

Se pudo así llegar a brindar una atención médica integral igualitaria, permanente y oportuna a la totalidad de la población de su área de atracción.

Los tres programas de extensión de cobertura anteriormente descritos, alcanzaron a proteger al 62 por ciento de la población nacional.

Programa a cargo de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Régimen de Enfermedad y Maternidad.

La universalización de la Seguridad Social, mediante la extensión de sus servicios de salud a todo el país y a toda la población, apoyada por el traspaso de los establecimientos hospitalarios con todos sus recursos por parte del Ministerio de Salud y la adquisición de los pertenecientes a la Compañía Bananera de Costa Rica, permitió integrar los niveles superiores de atención médica en un solo servicio a cargo del Seguro Social.

Este proceso le hizo posible a la Institución alcanzar al 31 de diciembre de 1979 una cobertura del 78.1 por ciento de su población asegurada en el régimen de enfermedad y maternidad. Adicional a ésta, la cobertura de pacientes a cargo del Estado y del Régimen

Cuadro No. 46

PROGRAMA DE SALUD COMUNITARIA
MINISTERIO DE SALUD - COSTA RICA

1976 - 1979

AÑOS	POBLACION URBANA	POBLACION AREAS DE SALUD COMUNITARIA	PORCENTAJE DE COBERTURA	No. AREAS DE TRABAJO	VIVIENDAS ATENDIDAS
1976*	857.644	84.018	9.8	18	15.030
1977	911.046	195.000	21.4	78	35.100
1978	956.530	512.500	53.6	205	98.600
1979	990.970	557.343	56.6	235	124.154

FUENTE: Departamento Salud Comunitaria y Memorias del Ministerio de Salud.

* Inicio de operación del Programa.

Cuadro No. 47

SERVICIO DE ENFERMEDAD Y MATERNIDAD
SEGUN COBERTURA DE ASEGURADOS

COSTA RICA, 1970 - 1979

(Números absolutos, relativos e incremento con respecto a 1970)

AÑOS	TOTAL ASEGURADOS	COBERTURA (%)	INCREMENTO PORCENTUAL	
			DE ASEGURADOS	DE COBERTURA
1970	657.446	39.0	-	
1971	753.786	42.4	14.7	8.7
1972	827.762	45.3	25.9	16.2
1973	941.073	50.3	43.1	29.0
1974	1.001.403	52.2	52.3	33.8
1975	1.062.500	54.1	61.6	38.7
1976	1.266.893	63.0	92.7	61.5
1977	1.449.871	70.3	120.5	80.3
1978	1.522.303	72.1	131.5	84.9
1979	1.688.424	78.1	156.8	100.3

FUENTE: Memoria año 1979, Caja Costarricense de Seguro Social.

NOTA: Se asume una composición familiar de 2.25 dependientes, en promedio por cada asegurado directo.

Cuadro No. 48

SEGURO DE ENFERMEDAD Y MATERNIDAD
 POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA Y ASEGURADOS DIRECTOS
 INCREMENTO PORCENTUAL CON RESPECTO AL AÑO 1970
 COSTA RICA. 1970 - 1979

AÑOS	POBLACION ECONOMI CAMENTE ACTIVA (PEA)	ASEGURADOS DIRECTOS	COBERTURA DEL SEGURO DIREC TO (%)	INCREMENTO PORCENTUAL		
				DE P.E.A.	DE ASEGURADOS DIRECTOS	DE COBERTURA
1970	538.810	202.291	37.5	-	-	-
1971	561.067	231.934	41.3	4.1	14.6	10.1
1972	584.209	254.696	43.6	8.4	25.9	16.3
1973	607.942	289.561	47.6	12.8	43.1	26.9
1974	624.627	308.124	49.3	15.9	52.3	31.5
1975	656.705	326.923	49.8	21.9	61.6	32.8
1976	681.619	389.813	57.2	26.5	92.7	52.5
1977	706.726	445.991	63.1	31.2	120.5	68.3
1978	731.785	468.401	64.0	35.8	131.5	70.7
1979	756.653	519.515	68.7	40.4	156.8	83.2

FUENTE: Memoria 1979. Caja Costarricense de Seguro Social.

no contributivo puede estimarse en unos 120.000 habitantes (con base a la utilización de la consulta y los servicios de hospitalización del año 1978), lo que elevaría la cobertura en un 5.5 por ciento, o sea a un 83.6 por ciento.

En el cuadro No. 47, puede observarse que la cobertura de asegurados por enfermedad y maternidad, que fue de 39.0 por ciento en 1970, se duplicó en la década, mientras que el número de asegurados se incrementó en el mismo período en un 156.8 por ciento.

En el cuadro No. 48, se aprecia el enorme incremento que se produjo en relación a la población económicamente activa entre los años 1970 y 1979, tanto de la cobertura como del número de asegurados directos.

Programas a cargo del Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados.

El Plan Nacional de Salud 1974-1980 definió como metas:

"mantener el 95 por ciento de la población urbana con servicio de agua potable, a través de conexiones domiciliarias. Proveer de servicio de agua al 71 por ciento de la población rural", y "proveer de servicio de alcantarillado al 70 por ciento de la población urbana o como mínimo reducir en un 30 por ciento el porcentaje de la población urbana sin servicio".

Estas funciones corresponden principalmente al Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillado (I.C.A.A.), al Ministerio

de Salud y a los distintos municipios. La responsabilidad oficial principal es del I.C.A.A., como organismo autónomo y descentralizado con autoridad para planificar, diseñar, construir, operar y mantener sistemas de abastecimiento de agua en comunidades de más de 200 habitantes, y con funciones análogas en materia de alcantarillados pú**bl**icos con arrastre de agua. Actúa además como agencia de financiación, y facilita asistencia técnica a los municipios para la construcción de sistemas de abastecimiento de agua y de alcantarillado.

Los municipios tienen a su cargo 236 sistemas de abastecimien**to** de agua urbanos y rurales y el I.C.A.A. 196; además, las comunidades organizadas tienen bajo su administración aproximadamente 350 acueductos rurales.

El Ministerio de Salud es responsable de la higiene del medio (incluyendo programas de construcción de letrinas en zonas rurales) y del abastecimiento de agua a poblaciones rurales dispersas (comunidades de menos de 200 habitantes). Sin embargo, en los últimos años el I.C.A.A. ha construido algunas cañerías en este tipo de poblacio**nes**.

Cobertura de los Servicios de Agua y Saneamiento.

En 1979, cerca del 83 por ciento de la población nacional contó con abastecimiento público de agua. El área urbana tuvo una cobertura del 100 por ciento (con un 98 por ciento de conexiones domi**ci**liares), mientras la población rural concentrada estuvo abastecida en un 93 por ciento (casi exclusivamente mediante conexiones

domiciliares); por su parte, este abastecimiento alcanzó para la población rural dispersa al 39 por ciento, con un 85 por ciento mediante conexiones domiciliarias. (Ver detalle en los cuadros No. 49 y 50).

El 43 por ciento de la población urbana estuvo cubierta por sistemas de alcantarillado sanitario; el 51 por ciento dispuso de tanque séptico o letrina sanitaria y un 4 por ciento careció de esos servicios. En el área rural concentrada, alrededor del 82 por ciento de la población dispuso de letrina o tanque séptico (con una mayoría de letrinas) y cerca del 77 por ciento de la población rural dispersa contó con letrinas.

En el cuadro No. 50 puede apreciarse cómo, con excepción de la población urbana abastecida de agua, que se mantuvo todo el tiempo en 100 por ciento, y del alcantarillado sanitario, que no llegó al área rural, la cobertura del abastecimiento de agua y de la disposición de excretas se incrementó de manera progresiva a lo largo de la década.

Cuadro No. 49

ABASTECIMIENTO DE AGUA Y DISPOSICION DE EXCRETAS
SEGUN AREAS DE POBLACION Y NIVELES DE SERVICIO
COSTA RICA, 1979.

CARACTERISTICAS	A R E A U R B A N A			A R E A R U R A L		
	TOTAL	AREA METRO POLITANA (SAN JOSE)	MAS DE 2.000 HB.	TOTAL	CONCENTRADA (200 a 2000 HAB)	DISPERSA MENOS DE 200 HAB
No. de Comunidades		1	65 (1)		865	
Población (Miles de Hab.)	1.005	574	431 (2)	1.195	645	550
Cobertura de Acueductos * (%)	100% (3)	100% (3)	100% (3)	68%	93%	39%
Cobertura de Alcantarillados (%)	43%	57%	25%	0	0	0
Tanques y Letrin as (%)	51%	39%	68%	80%	82%	77%

FUENTE: I.C.A.A., "Costa Rica ante el Decenio del Agua Potable y el Saneamiento".

* Las cifras de cobertura no comprenden la población que tiene servicios intermitentes o inadecuados por otras causas.

(1) 26 administrados por el I.C.A.A. y 39 por municipalidades

(2) 17.000 habitantes en ciudades con sistema administrado por el I.C.A.A. 259.000 habitantes en ciudades con sistema administrado por municipalidades.

(3) El 98% con conexión domiciliaria.

POBLACION URBANA Y RURAL CON ABASTECIMIENTO DE AGUA Y DISPOSICION DE EXCRETAS
COSTA RICA, 1970, 1973, 1976, 1979

	U R B A N O				R U R A L			
	1970 (1)	1973 (2)	1976 (2)	1979 (1)	1970 (3)	1973 (4)	1976 (4)	1979 (3)
POBLACION	865.630	636.485	811.800	994.318	900.960	1.235.375	1.233.300	1.167.242
<u>ABASTECIMIENTO DE AGUA:</u>								
Población Servida con conexión	805.036	604.585	781.700	974.432	351.374	691.810	810.000	712.018
% de cobertura	93	95	96	98	39	56	66	61
Población abastecida	865.630	636.405	811.800	994.318	504.538	798.047	822.700	747.035
% de cobertura	100	100	100	100	56	65	67	64
<u>DISPOSICION DE EXCRETAS:</u>								
Población Servida con Alcantarillado	210.350	277.099	337.800	427.557	-	-	-	-
% de cobertura	25	44	41	43	-	-	-	-
Población total con algún tipo de disposición	513.320	579.128	773.700	954.545	369.422	1.062.422	1.066.000	1.003.828
% de cobertura	60	91	95	96	41	86	87	86

FUENTE: Memoria 1979. Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados.

- (1) Población urbana: Centros poblados con más de 2000 habitantes
(2) Población urbana: Centros poblados con más de 5000 habitantes.
(3) Población rural: Centros poblados con menos de 2000 habitantes.
(4) Población rural: Centros poblados con menos de 5000 habitantes.

ANEXO III

PROGRAMA: SECTOR SALUD

PROBLEMA

El avance logrado por el país en el campo de la Salud es indudable, y puede apreciarse, al menos, en dos dimensiones de análisis:

- a.- Existen en el país Instituciones y Programas ampliamente con solidados, con personal capacitado y experimentado;
- b.- Pueden apreciarse notables mejorías en algunos indicadores, tales como disminución de la mortalidad general, la infantil y la de menores de 5 años; erradicación o reducción notoria de algunas enfermedades; y cambio en los perfiles de morbilidad y mortalidad.

Sin embargo, dos situaciones aparecen como reto en el momento actual:

- 1.- Los cambios en la mortalidad y morbilidad han conducido al predominio de otros problemas, cuya solución tradicionalmente ha sido mucho más compleja y costosa. Esto plantea en forma imperativa una revisión de la respuesta institucional. Los incrementos de problemas cardiovasculares, tumores y muertes por accidentes y violencias, son algunos ejemplos del tipo de problema que comienza a enfrentarse en Costa Rica.
- 2.- Por su mismo crecimiento y evolución, y ante una realidad de aumento progresivo de sus costos, las Instituciones del Sector Salud requieren una revisión, tanto de su propio funcionamiento como de las relaciones entre ellas.

Se ha llegado a una etapa en la cual hace falta una revisión y ajuste de lo realizado. Cada vez es más evidente la insuficiencia, e incluso inconveniencia, del crecimiento independiente de cada una de las Instituciones, aún reconociendo que todas realizan acciones útiles y necesarias en el campo de la Salud. Lo que para una Institución puede ser conveniente y necesario, puede convertirse en ocasiones en un problema u obstáculo en el contexto general del Sector.

Por otra parte, el decrecimiento económico, la falta de pago de la cuota estatal y una alta cifra de desempleo, ya tienen efectos inmediatos en la principal fuente de ingresos de la seguridad social.

El actual modelo de prestación de servicios de salud pareciera agotado. Las respuestas y soluciones tan eficaces para la solución de los problemas predominantes en un pasado reciente (como el saneamiento ambiental básico, la vacunación y los contenidos de los programas de Educación para la Salud), ya comienzan a resultar insuficientes para resolver otros problemas que están cobrando preponderancia, y tienen que ser complementadas con otras, cuya aplicación involucra costos mayores, o búsqueda de tecnología apropiada no tradicional.

Esta situación obliga a buscar enfoques novedosos -más acordes con los cambios en la patología y con las limitaciones de recursos que se vislumbran para los próximos años- a la vez hace evidente la imperiosa necesidad de colaboración recíproca, no sólo entre las

Instituciones del Sector, sino entre los distintos sectores involucrados en numerosos aspectos que afectan la situación de salud de la población nacional.

Los problemas propios de la tercera edad; las medidas preventivas y la atención a situaciones de desastre y catástrofe; los temas referentes a la salud mental y a la delincuencia, son algunos de los problemas que habrá que enfrentar en un futuro cercano y acerca de los cuales se tiene poca experiencia en el país.

Pese a los beneficios que produce, la industrialización puede tener consecuencias nocivas, a las que el Sector Salud debe prestar atención con criterio preventivo. Así, por ejemplo, aparecen nuevas sustancias en el mercado que pueden ser tóxicas, alergénicas, o cancerígenas, las cuales, por su difusión masiva, pueden llegar a representar graves problemas de salud. Además, el proceso de industrialización generalmente coincide con un aumento sustantivo de situaciones de tensión emocional, de efecto perjudicial sobre la salud mental de la población.

Los problemas que prevalecerán en los próximos años, no sólo son más complejos (en términos de diagnóstico y tratamiento), sino que requieren, cuando ya se han producido, soluciones de costo muy elevado, muy difícil de financiar para países con economías débiles y vulnerables, como la nuestra. En consecuencia, será imperativa la búsqueda de tecnología apropiada que permita prevenir la producción de tales problemas de la manera más amplia y efectiva, con el menor costo.

El impulso dado desde hace varios años a la participación de la comunidad y al desarrollo del concepto de atención primaria, merece destacarse como un hecho positivo. Sin embargo, se requiere su revisión para que brinden el mejor apoyo posible a las soluciones no vedosas que el país deberá buscar. Debe estimularse ese proceso de manera que, además de servir a los intereses del Sector Salud, contribuya a reducir el desempleo y dé oportunidades de servicio a las personas de la tercera edad.

Por otra parte, los progresos obtenidos en aspectos científicos y tecnológicos no han marchado paralelos a los necesarios para la mejor administración de los servicios. En un período en el cual los presupuestos se ven restringidos y las demandas de la población parecen aumentar, resulta aún más necesario contar con mejores sistemas administrativos. Cabe destacar la necesidad de desarrollar sistemas de información comparables entre diversas Instituciones y Programas, que permitan un eficaz intercambio de datos entre ellas y apoyen la toma oportuna de decisiones.

CONTEXTO

La integración de las Instituciones en Sectores constituye un instrumento que facilita la división del trabajo y la correspondiente asignación de responsabilidades. Por otra parte, la multiplicidad y complejidad de interrelaciones de los factores que actúan sobre la situación de salud, hacen imperativo el análisis y la acción coordinada multisectorial. Las políticas definidas y las acciones emprendidas

por el Sector Salud, se ven influidas por las que realizan o dejan de realizar las Instituciones de otros sectores, e igualmente las acciones específicas de salud repercuten en aquellos.

En la situación actual, entre los procesos socioeconómicos se destacan, por sus efectos en las acciones gubernamentales del Sector Salud, la inflación, la reducción de las importaciones y el desempleo. El modelo de atención médica asistencialista vigente en el país, no estaba preparado para tales situaciones, lo que ha tenido varias consecuencias:

- En Salud se han venido invirtiendo grandes sumas de dinero. En su aspecto positivo, esto ha conducido a que el país cuente con una magnífica infraestructura sanitaria, y a que se haya podido evitar epidemias, e incluso erradicar algunas enfermedades. Sin embargo, ante el hecho de que los recursos son escasos y la demanda creciente, se hace necesario, al menos, mantener la oferta de servicios, que ya forma parte de los derechos adquiridos por los usuarios.
- La atención médica ha venido configurándose con un alto contenido tecnológico: el personal médico está acostumbrado a utilizar sin mayores restricciones, medicamentos y materiales de alto costo, así como a recurrir a equipo costoso, cuyo mantenimiento, en dólares, se convierte en estos momentos en serio problema
- El aumento del desempleo y el cierre de empresas, hacen disminuir los ingresos de la C.C.S.S. por concepto de cuotas obreras y patronales. Y la población desocupada, con difíciles condiciones

de vida, tiene también más dificultad para obtener atención médica curativa.

Otro factor fundamental que hay que considerar -como parte del contexto que condicionará las acciones del Sector Salud- es el envejecimiento gradual que sufrirá la población en los próximos años, el cual contribuirá al incremento de cierta patología, hasta ahora poco frecuente en nuestro país; enfrentarla con los criterios, normas y tecnología utilizadas en los países desarrollados, conduciría a un aumento considerable de los gastos de atención médica, incosteable por nuestra economía.

OBJETIVO GENERAL

El objetivo principal en el campo de la salud, será mantener y mejorar los indicadores de mortalidad y morbilidad por patología propia del subdesarrollo alcanzados hasta ahora, y prevenir el aumento acelerado de padecimientos predominantes en los países industrializados. Además, lograr el funcionamiento armónico y coordinado de todas las instituciones del Sector bajo el concepto de sistema, que permita el uso más racional posible de los recursos.

ESTRATEGIA

La siguiente estrategia alrededor de la intención de crear y consolidar un nuevo modelo de atención médica en el país -un Sistema Nacional de Salud- que funcione integralmente, con mayor eficiencia que los servicios existentes en la actualidad, y sobre todo con menores costos. En él se procurará eliminar las diferencias entre

población asegurada y no asegurada, y se promoverá al máximo la participación de la comunidad como uno de los fundamentos primordiales para el cambio.

La ejecución de este programa supone la existencia de una clara decisión política de realizar una reforma integral de los servicios públicos de salud. Por su parte, las condiciones socioeconómicas y de salud*. Además, las Instituciones del Sector, han venido estrechando sus vínculos, en busca de mejores procedimientos de coordinación. A esto se suma la legislación vigente**da amplias posibilidades, y aún obligaciones, a las Instituciones del Sector para trabajar en conjunto y coordinadamente.

Todo lo anterior hace concluir que existen las condiciones históricas favorables para realizar el cambio profundo que requiere el actual modelo de atención de la salud.

Se busca la creación de un Sistema Nacional de Salud, entendido como una ordenación metódica en el uso de todos los recursos humanos y la capacidad instalada, planificada de manera coordinada y

* Reclamar con fuerza tal cambio para evitar que las manifestaciones de enfermedades se agudicen.

** En general, las leyes No.6227 y 5525 de Administración Pública y de Planificación Nacional (de 2 de mayo de 1978 y de 2 de mayo de 1974, respectivamente); en particular la Ley General de Salud (la No. 5395 de 30 de noviembre de 1973) y la Ley Orgánica del Ministerio de Salud (la No. 5412 de 5 de noviembre de 1973) y el Decreto de Sectorialización del 8 de enero de 1983.

organizada por medio de procesos administrativos de la mayor uniformidad posible y del uso de las tecnologías más adecuadas. Se pretende ofrecer prestaciones en salud, integrales y suficientes en calidad y cantidad para cubrir las demandas de estos servicios en todo el país, compatibles con los medios económicos existentes.

Este sistema, así concebido, contempla la planificación coordinada de servicios a nivel central institucional, la coordinación administrativa y la consolidación presupuestaria a nivel regional, con prestación de servicios integrados de salud a nivel local. En el participarán las instituciones del Sector sin perder su autonomía, aceptando uniformar sus criterios y procedimientos administrativos y técnicos en los más diversos aspectos, con el fin de lograr resultados en relación con la salud de los costarricenses.

Para las definiciones más específicas de los rasgos que tendrá el Sistema Nacional de Salud, se sistematizarán las diversas experiencias desarrolladas en el país en cuanto a modelos de atención, en especial aquellas en las que hayan participado más de una Institución

Serán fundamentales en tal Sistema: la participación de la Comunidad; la Educación de la Salud (para que la población misma sea la que la busque y promueva); y la estrategia de atención primaria. Igualmente, será de primer orden el principio de la cobertura local de la población.

PLAN DE ACCION

1.- Resolver con criterio integral los problemas del Sector, tanto

a nivel nacional como regional y local, procurando la integración de un Sistema Nacional de Salud.

ACCIONES

- Definir y delimitar funciones y responsabilidades; y armonizar las políticas, criterios y normas de todas y cada una de las Instituciones del Sector, con el fin de lograr la adecuación de sus acciones a una política sectorial de carácter nacional, con prioridades definidas, para evitar duplicaciones y buscar la disminución de los costos de operación.
 - Realizar los estudios necesarios para llevar a cabo las reformas administrativas, financieras, técnicas y legales requeridas para la consolidación de un Sistema Nacional de Salud.
 - Fortalecer en todos los niveles del Sector Salud el proceso de planificación y evaluación, enmarcado en la política nacional de desarrollo socioeconómico, y dando prioridad a la redistribución de los recursos existentes, a la movilización de otros no aprovechados a plenitud y a la mayor racionalización posible del uso de todos los disponibles.
- 2.- Garantizar la atención integral de la salud a toda la población, dando prioridad al fomento de la salud y a la prevención de la enfermedad, como fundamentos de las acciones de las Instituciones del Sector, promoviendo al máximo la participación de la comunidad y considerando la familia, en especial a la madre, como principal promotor de las acciones preventivas en salud.

ACCIONES

- Continuar apoyando los procesos de extensión de cobertura de servicios de salud y universalización de la seguridad social, y eliminar los obstáculos que puedan implicar diferencias en la atención o accesibilidad a los servicios de salud en distintos grupos de población.
- Dar alta prioridad a las actividades preventivas (de promoción y protección de la salud) como primera línea de acción contra las enfermedades, cuyo tratamiento se considerará como una segunda línea.
- Dar prioridad fundamental a la ATENCION PRIMARIA, entendida como "atención esencial de la Salud, basada en métodos y tecnología prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, y puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación, a un costo que la comunidad y el país puedan soportar con un espíritu de autoresponsabilidad y autodeterminación".
- Dar especial importancia a la familia, en particular a las madres, para la promoción y protección de la salud, la participación y capacitación comunitaria, el saneamiento ambiental básico y la atención a los problemas de la tercera edad.
- Continuar apoyando y estimular la participación de la comunidad organizada, para el diseño, ejecución y evaluación de los diversos programas de Salud, y su participación en proyectos de desarrollo integral.

- Dar alta prioridad, reorientar, y reformular la Educación para la Salud, haciéndola más acorde con los nuevos requerimientos y organización del Sector Salud.
 - Continuar apoyando los programas destinados a mejorar la alimentación y nutrición, dirigiéndolos con prioridad a los sectores de población más necesitados.
 - Continuar apoyando y ampliando los programas de Saneamiento ambiental básico y estimular los de preservación del ambiente en las áreas definidas como prioritarias.
 - Estimular el desarrollo de los programas de salud ocupacional.
 - Continuar apoyando, ampliando y mejorando el control de calidad y uso de medicamentos, alimentos y otros productos de consumo humano.
 - Incorporar las actividades de preservación, mantenimiento y recuperación de la Salud Mental de la población en los distintos niveles del sistema de servicios de salud, dando prioridad a las acciones preventivas. Apoyar los programas dirigidos a evitar el uso indebido del alcohol y las drogas sicotrópicas.
- 3.- Racionalizar el uso de los recursos de las instituciones del Sector Salud, dirigiéndolos de manera prioritaria a los grupos de población más necesitados, con el fin de obtener la máxima eficiencia, eficacia y equidad.

ACCIONES

- Revisar y readecuar los actuales niveles de atención, sus responsabilidades, sus recursos y sus mecanismos de articulación.

- Revisar y readecuar las estructuras administrativas, de manera que presten el mayor apoyo a las labores técnicas. Promover el desarrollo de procesos administrativos de la mayor uniformidad posible en las instituciones del sector y desarrollar mecanismos de control de la utilización de los recursos y de evaluación de su eficacia y eficiencia.
 - Revisar y readecuar los sistemas de información, monitoría y evaluación de las instituciones, para desarrollar posibilidades efectivas de comunicación e intercambio de datos entre ellas, con miras al establecimiento de un sistema de información integrado para el Sector Salud.
 - Mejorar el proceso de presupuestación de las Instituciones del Sector, con miras a establecer la metodología de "presupuesto por programas" como mecanismo o instrumento para favorecer la fijación de prioridades y la evaluación de su ejecución.
- 4.- Planificar las actividades del Sector Salud con criterio integral de desarrollo socioeconómico, buscando apoyos y colaboraciones recíprocas con otros sectores de la programación nacional.

ACCIONES

- Promover y apoyar la creación o el fortalecimiento de mecanismos de articulación intersectorial para la solución de problemas que trasciendan el ámbito del sector, como alimentación y nutrición, preservación del ambiente y la atención de situaciones de desastre.
- Promover la participación del Sector Salud, en conjunto con

otros sectores sociales, en la planificación, ejecución y evaluación de programas y proyectos de desarrollo integral.

- Promover y apoyar la creación o el fortalecimiento de mecanismos de coordinación oportuna con instituciones de otros Sectores que desarrollen programas o proyectos que puedan producir consecuencias que modifiquen de alguna manera la situación de salud.
- 5.- Orientar la formación de los recursos humanos y la investigación hacia la satisfacción de las mayores necesidades nacionales.

ACCIONES:

- Promover el concepto de que la formación de recursos humanos para el sector debe crear una actitud de prevención de la salud, prevalente sobre la de tratamiento de la enfermedad.
- Promover la coordinación entre formadores y usuarios de recursos humanos para la salud, con el fin de revisar y recaudar las políticas, planes y programas respectivos, para que respondan mejor a la solución de los problemas propios del país.
- Reorientar la investigación hacia áreas prioritarias relacionadas con el estudio y desarrollo de tecnología apropiada para la solución de los principales problemas nacionales relacionados con la salud o con sus factores condicionantes.