

Las políticas de salud en Costa Rica 1978 - 1986

Roberto Alvarado Aguirre*

EL AUTOR REALIZA UN ESTUDIO ACERCA DEL DESARROLLO DE LAS POLÍTICAS DE SALUD PRIORITARIAS EN COSTA RICA, PARA LOS AÑOS 1978 - 1986. SE PRESENTA UN MARCO DE REFERENCIA PREVIO AL PERÍODO INVESTIGADO, ENTRANDO POSTERIORMENTE A DETERMINAR LAS ESTRATEGIAS DE INVESTIGACIÓN MÁS RELEVANTES, ASÍ COMO LA POBLACIÓN Y ZONAS GEOGRÁFICAS HACIA DONDE AQUELLAS APUNTAN, TOMANDO EN CUENTA LA COBERTURA PROGRAMADA Y REAL.

Introducción

En este trabajo se reúnen algunos capítulos del documento: "Análisis de la organización y funcionamiento de las políticas de salud en Centroamérica. El caso de Costa Rica I etapa", redactado por el suscrito para el proyecto de Investigación ICAP - Fundación Ford que lleva el mismo nombre.

Este resumen contempla fundamentalmente la parte correspondiente a la política de salud de los dos periodos de gobierno analizados: El de los ministros Dr. Carmelo Calvosa (1978-1986) y Dr. Juan Jaramillo Antillón (1982-1986). Las políticas se desglosaron en: A- Las cinco fundamentales y su relación con las zonas y grupos humanos prioritarios y B- Las otras políticas de salud y el

cambio producido en la orientación de éstas. Para mejor comprensión del contexto en que se redactan las políticas de salud, se resumen también algunos elementos sobre: Definición del concepto salud/enfermedad en Costa Rica; situación de salud al final de la década de los años setenta; gastos del Estado en salud en el quinquenio 80-85 y la cobertura general del Ministerio de Salud y la Caja Costarricense del Seguro Social, durante el período analizado.

Quedan sin reunir fundamentalmente dos gruesos capítulos correspondientes a los aspectos organizados del Ministerio de Salud y la problemática administrativa en salud.

Definición del concepto salud/enfermedad en las políticas de salud del gobierno

La importancia que el Estado da a la salud ha quedado establecido en su

* Médico, Máster en Salud y Desarrollo del Niño.

legislación. En ella se indica que "la salud de la población es un bien de interés público tutelado por el Estado" y que "es función del Estado velar por la salud de la población..."¹ (La referencia completa de todos los autores mencionados aparece en la bibliografía incluida al final del trabajo).

Dicha legislación deja la responsabilidad de las definiciones técnicas sobre salud y enfermedad, al uso común que de éstas hagan las diversas disciplinas científicas vinculadas a este campo.² Esto nos remite automáticamente, tanto a los criterios utilizados por las instituciones académicas, formadoras de profesionales y técnicos en el área de la salud, como a la utilización teórica y práctica que de estos criterios se hace en los servicios de salud.

Tenemos así que, en nuestro medio y en el período que nos ocupa, es claro el predominio de la concepción de la Organización Mundial de la Salud en torno al binomio salud/ enfermedad. Esta define que "salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o invalidez".³

Tal definición, oficialmente utilizada en Costa Rica para la formación de recursos humanos (profesionales y técnicos) en salud⁴ es usualmente acompañada del enfoque ecológico, en el que la salud y la enfermedad constituyen el resultado de la presencia o au-

sencia de un equilibrio que, a su vez es producto de la interacción de diversos factores relacionados con el huésped (hombre), los agentes causales de la enfermedad, y el ambiente en que ambas entidades interactúan.⁵

Otra concepción que se ha utilizado, en la Escuela de Medicina de la Universidad de Costa Rica, es aquella que pone énfasis en el enfoque histórico y social del proceso salud/enfermedad. Haciendo referencia a autores como Timio y Laurell, algunos académicos insisten en la posición de que no es suficiente hablar de huésped genérico, sino que es necesario ubicar la clase social a la que pertenece y que, más que hablar de ambiente, debe ahondarse en el contexto en que los valores materiales y culturales de un pueblo inciden, tanto sobre el proceso de la enfermedad, como en el de su prevención y tratamiento.⁶ Esta concepción establece que la salud/enfermedad es un proceso histórico que sufre variaciones a través del tiempo y se manifiesta en forma desigual en cada uno de los grupos en que se organiza una sociedad para apropiarse y transformar la naturaleza.⁷

Las implicaciones de estos enfoques, que de una u otra forma se manifiestan en las políticas del Estado y que buscan darle un carácter más integral y multisectorial a la atención de los problemas de salud/enfermedad,⁸ se enfrentan, sin embargo, a importantes limitaciones cuando, en la mayoría de los profesionales responsables de aplicar las transformaciones deseadas, sigue predominando una concepción limitada a la atención clínica del individuo enfermo.⁹ Esta concepción, y la práctica que la sustenta, dista bastante

1. Ministerio de Salud. 1974 p.3.

2. Ministerio de Salud 1974 p.4.

3. Ministerio de Salubridad Pública. 1974. p.2.

4. M. Asís, 1976. p.i.

5. Ministerio de Salubridad Pública. 1974. p.3.

6. Timio. 1980.

7. A.C Laurell, 1979 .p.3

8. P. Ureña, 13/5/80.

9. Jaramillo, 1984. pp. 56-57.

de la definición que oficialmente se da del concepto de salud.

El país se enfrenta así a una situación en la que, habiendo llegado sus instituciones de salud a un conveniente grado de madurez, como para integrarse en un Sistema Nacional de Salud, capaz de brindar servicios integrales a amplios sectores de la población, no cuenta sin embargo, con suficientes recursos humanos formados y capacitados para comprender las posibilidades y ventajas que tal modelo ofrece, y para apoyar en la práctica la puesta en marcha del sistema.

De este modo, limitaciones de orden conceptual se han constituido en factores restrictivos para la profundización del desarrollo institucional en salud. Y no es difícil comprender cómo, en la base de este orden estructural que tienen mucho que ver con el modelo de desarrollo que se desea para el país.

Situación de salud al final de la década de los años setentas

En 1980 el Ministerio de Salud reconoce los avances sustanciales que en este campo se han presentado en los últimos años y refiere los problemas que presenta, que son "características del estado de transición en que se encuentra nuestra sociedad la que consiste en la dispersión y el rezago de muchas poblaciones rurales con la congestión urbana y la industrialización en la Región Central"¹⁰. En resumen, los principales problemas del sector son: falta de una

cobertura total de los servicios de salud, inadecuada coordinación y complementariedad de las instituciones del sector, ausencia de participación de las comunidades en la dirección y administración de los servicios, aumento del costo de los servicios, y finalmente, persistencia de índices de morbimortalidad para algunas enfermedades que se pueden prevenir y controlar como son la parasitosis, anemia, accidentes, intoxicaciones y otras.

Durante esta década se presentan cambios fundamentales en la estructura de la morbimortalidad. La gastroenteritis, que tiene la primera causa de mortalidad general hasta el año 1970, es desplazada por enfermedades propias de países industrializados, de mayor cronicidad y de alto costo en su atención como lo son las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y los accidentes. La mortalidad se ve afectada por el incremento de éstas últimas enfermedades, a las que se agregan las enfermedades de transmisión sexual, envenenamiento y violencias nutricionales por exceso de ingesto y algunos de tipo sicosociales como el alcoholismo y las enfermedades mentales. Enfermedades frecuentes en países del Tercer Mundo como las que se pueden prevenir con la vacunación y las de origen hídrico descienden de forma importante, persistiendo otras como las parasitarias y la gastroenteritis, especialmente en las áreas rurales y urbanomarginales, así como los problemas de salud derivados del saneamiento del medio. (Ver algunos indicadores generales de salud en el cuadro 1).

El Ministerio de Salud define dos factores como condicionantes de la si-

10. Ministerio de Salud. 1988.

CUADRO 1
ALGUNOS INDICADORES DE SALUD
COSTA RICA 1980-1985

Nombre	Año					
	1980	1981	1982	1983	1984	1985
Tasa de natalidad (por 1000 hab.)	30.7	30.9	30.4	29.9	30.8	32.4**
Tasa de fecundidad (por 1000 mujeres en edad fértil)	132.9	133.8	127.3	116.4	121.0	-
Tasa de mortalidad materna*	0.2	0.4	0.3	0.3	0.2	0.4**
Tasa de mortalidad general (por 1000 hab.)	4.1	3.8	3.8	3.8	3.9	4.0**
Tasa de mortalidad infantil*	19.1	18.0	18.9	18.6	18.4	17.8**
Tasa de mortalidad neonatal*	11.2	10.8	11.1	11.3	11.4	11.2**
Tasa de mortalidad posneonatal	7.9	7.3	7.9	7.4	7.0	-
Esperanza de vida al nacer 1980-1984	73.7 años					
Tasa de crecimiento anual	2.80					

* Tasas por 1000 nacimientos.

** Cifras provisionales

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

tuación de salud del país: "Las causas socioeconómicas de la morbimortalidad y el tipo de organización institucional creado para atender esos problemas".

"En cuanto a los factores socioeconómicos que condicionan la situación de salud, destacan la pobreza y el aislamiento de los habitantes de muchas zonas rurales, particularmente la llamada población rural dispersa; la falta de planificación territorial en el sumi-

nistro de infraestructura y servicios; la actitud pasivoreceptiva de gran parte de la población hacia la salud, que ha sido mantenida por un sistema institucional de estructura paternalista, asistencialista y poco orientada hacia la prevención, la participación comunal y la educación para la salud".¹¹

Con respecto a la organización institucional se analiza los servicios de tres Instituciones: La Caja Costarricense de Seguro Social, el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados y el Ministerio de Salud. Además se estudia la formación de recursos humanos.¹²

11. Ministerio de Salud, 1980 p. 16.

12. Ver documento citado o su resumen en R. Alvarado, 1987..

Las cinco políticas fundamentales

Período 1978-1982

Las políticas para el sector salud en este período partieron del análisis¹³ que establecía "...que a pesar de la notable estabilidad política, nuestro país se enfrentaba a problemas sociales de gran envergadura". Se puntualiza que, a pesar de la significativa extensión de los servicios educativos, médicos y jurídicos desarrollados en los últimos cuarenta años, existen amplios estratos de la población que se encuentran marginados de los beneficios del desarrollo alcanzado.

Se analiza el creciente fenómeno de la marginalidad social, como producto de la pobreza del país y la mala distribución del ingreso nacional, y establecen que esto ha generado desigualdades que se manifiestan en una creciente apatía hacia la participación comunal y del Estado y sus instituciones para resolver todas sus necesidades.

Se indica que la solución global a esta problemática está tanto en aumentar la productividad nacional como lograr una más justa distribución del ingreso nacional, con mayor racionalidad en el uso de los recursos y mayor participación popular en los esfuerzos y beneficios del desarrollo.

La estrategia del Plan Nacional de Desarrollo 1979-1982 "Gregorio José Ramírez",¹⁴ definió a la "participación popular" como el mejor instrumento

político para la toma de decisiones y correcta aplicación del Plan. la participación popular se convierte en la antítesis del asistencialismo y el paternalismo estatal en todos sus ámbitos.

Es sobre la base de las premisas mencionadas, que el Plan Nacional de Desarrollo, establece las políticas generales para salud.¹⁵

En el aspecto particular, las cinco políticas fundamentales de salud para este período no se encuentran explicitadas en los documentos del Ministerio revisor, sino que son entresacadas de declaraciones de los altos dirigentes de las instituciones y que se encuentran en la prensa escrita nacional.

Es importante tener en cuenta que durante el período en estudio, dos hechos influyen significativamente en la orientación del sector salud; uno es de orden interno y lo constituye la política de "promoción humana" que es instrumentalizada a través del modelo de participación popular desarrollado en el "Hospital sin Paredes", modelo en el que la salud es ubicada en la perspectiva de desarrollo integral. El otro, de origen externo, es el que tiene que ver con la evaluación promovida por la OPS/OMS, del Plan Decenal de Salud en las Américas, cuyas principales metas fueron alcanzadas y superadas para 1978 en Costa Rica, el establecimiento de la Meta Salud para todos en el Año 2.000 y la definición de Atención Primaria como estrategia central para lograrla.

Es en este contexto que se diseñan las políticas de salud, de las cuales las cinco más importantes son las siguientes:

1. La participación popular en salud, como elemento central no sólo de la estrategia de atención primaria y de

13. Presidencia de La República, 1980.

14. Op. Cit.

15. Se remite al lector el documento citado o su resumen en R. Alvarado, 1987.

la creación y fortalecimiento de un sistema Nacional de Salud, sino también de una política del gobierno que pretendía quebrar con el paternalismo estatal en todos sus ámbitos de acción.¹⁶

2. La extensión de la cobertura de los servicios de salud mediante la intensificación de la atención primaria y la universalización del Seguro Social. Para lograrlo se promueve el fortalecimiento del proceso de regionalización y la subdivisión de las regiones en "áreas hospitalarias", así como la protección de los indigentes por el Seguro Social cuyas cuotas son asumidas por el Estado.¹⁷
3. A la vez que se propone mantener los programas de control de las enfermedades infectocontagiosas, se plantea el crear nuevos programas dirigidos hacia las principales causas de muerte. Nacen así los programas para el control de las enfermedades crónicas y degenerativas, y de control de la higiene y seguridad industrial.¹⁸ Se promueve la detección precoz de la sordera así como campañas contra el ruido y el humo.¹⁹
4. El desarrollo de la coordinación intersectorial e intrasectorial. Para lograrlo, mediante decreto ejecutivo se le confiere al Ministerio de Salud la coordinación del sector: Ministerio de Salud, Caja Costarricense de Se-

guro Social, Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados e Instituto Nacional de Seguros. Asimismo, se promueve una mejor coordinación entre los sectores sociales: educación, trabajo, salud y vivienda.²⁰

5. El desarrollo institucional mediante la puesta en marcha de un modelo gerencial que facilite a los directores y administradores de servicios de salud, la planificación, evaluación y conducción de éstos. La capacitación en servicio tanto del personal operativo como de los niveles de supervisión y dirección, fue desarrollada con el fin de inducir los cambios necesarios.²¹

*Algunos comentarios
sobre las cinco políticas
principales del período
1978-1982*

Como ya se mencionó anteriormente, la participación popular va a ser impulsada, no sólo desde las tiendas del sector salud, sino también, desde toda la política del gobierno del período, estimulando el desarrollo de las organizaciones comunales ya existentes y/o creando nuevas organizaciones. Para ello el modelo de Hospital sin Paredes de San Ramón va a servir de meta, tratando de reproducirlo en todo el país, pero se van a encontrar con dificultades, que son descritas más adelante.

Como política de salud, la participación popular es un avance significativo, sobre todo porque deja a la comunidad su cuota de responsabilidad; muy importante de hecho, para mejorar la salud de la población a un menor costo.

16. La Nación: 19/4/80. 27/4/80. 25/5/80. 31/5/80.

17. La Nación, 25/5/79 y 17/11/80. La Prensa Libre, 11/11/80.

18. Ley de riesgos de trabajo, marzo de 1982.

19. La Nación, 25/5/79.

20. La Nación, 25/5/80, 17/11/80 y 24/11/80.

21. La Nación, 24/11/80.

Quizá nunca antes se había visto tan clara y explícitamente señalada.

La universalización del Seguro Social, que realmente se venía ya preparando desde años anteriores, constituye una política de gran significado y de enorme importancia para el sector. Igual ocurre, aunque en otra dimensión de los hechos, el señalamiento explícito mediante Decreto Ejecutivo, de que la rectoría del sector salud debe ejercerla el Ministerio de Salud. Aunque éste enunciado en la práctica, no se ha cumplido como se debe, no deja de constituir un avance y una modernización del Sector, por lo menos a nivel de las políticas de salud.

El nacimiento de los Departamentos de Control de las Enfermedades Crónicas, Degenerativas y de Control de la Higiene y Seguridad Industrial, representa un pequeño esfuerzo para actualizar el Ministerio siguiendo los avances técnicos en la materia y la problemática del país, hecho que debió de haberse efectuado muchos años antes.

Las otras políticas fundamentales son el refuerzo o la participación de otras políticas emanadas en el pasado.

Finalmente, es importante llamar la atención hacia el hecho de que este modelo participativo, para promover salud y desarrollo integral, se enfrentó con algunas dificultades tales como:

- a. Que un modelo equilibrado de coordinación intersectorial con participación comunitaria, como el logrado en el área Hospital Sin Paredes, fue producto de más de 10 años de esfuerzos, y tratar de expandirlo al ámbito nacional significó enfrentarse a importantes resistencias en un plazo muy corto.

- b. Un modelo participativo genera demandas adicionales de recursos para las cuales el Estado debe estar preparado política y económicamente. Una coalición de partidos en el gobierno y una situación económica crítica tanto en el plano nacional como internacional no fueron precisamente las condiciones óptimas para la gestión de esta nueva versión de desarrollo.
- c. En el plano institucional, cabe destacar como la promoción del modelo de área hospitalaria aplicado en San Ramón entró en contradicción tanto con el modelo tradicional de "Hospital con Paredes" aplicado por la Caja Costarricense de Seguro Social, así como también la política de traspaso de hospitales del Ministerio a la Caja que se venía aplicando desde 1973. El promover al "Hospital sin Paredes" como modelo, constituyó un fortalecimiento a su resistencia a ser traspasado, a la vez que un serio cuestionamiento a la forma en que se realizaba la presentación de servicios médico hospitalarios por parte de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Todas esas contradicciones no superadas, hicieron que el gran experimento de la "revolución silenciosa" terminara en medio de una serena crisis política económica nacional y centroamericana, al finalizar la gestión de la Administración 1978-1982.

Período 1982-1986

El período que comentamos estuvo fuertemente dominado por la presencia

de una crisis económica de carácter estructural que, acentuada a partir de 1979, mostró su más fuerte impacto en esos años. Paralelamente, los conflictos políticos del área centroamericana, también han dejado sentir sus efectos en el ámbito nacional, en muy diversas esferas.

Ambos factores empezaron a cuestionar y ensombrecer los importantes logros alcanzados por el país, en materia de salud, durante el decenio 1971-1980. En este contexto las principales políticas fueron orientadas hacia el sostenimiento de los logros alcanzados, y de ser posible, a tratar de mejorarlos en condiciones económicas seriamente restrictivas y con el enorme reto de una numerosa población refugiada ante la capacidad limitada de nuestros servicios de salud.

Las cinco políticas prioritarias de salud de este período son las siguientes.²²

1. La consolidación de un Sistema Nacional de Salud capaz de brindar servicios integrales de salud a la familia costarricense, en especial a la campesina. Para lograrlo, el instrumento fundamental lo constituiría el proceso de creación del "sistema integrado de servicios" que se inicia con el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social para luego integrar al ICAA y al INS.

Este proceso evitaría la duplicidad de esfuerzos y el desperdicio de recursos, a la vez que permitiría aumentar la cobertura de los servicios

de salud hasta lograr la universalización de la seguridad social.

2. En este Sistema Nacional de Salud, si bien se busca brindar servicios integrales de salud, el énfasis está en la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.
3. Movilizar otros recursos desaprovechados, tal es el caso de la plena participación de las comunidades en su propio desarrollo. Este lineamiento presenta dos niveles; el de la familia, (y en ella particularmente la madre que debe ser educada para velar por el cuidado de su propia salud y el de la comunidad), que organizada en Juntas Cantonales de Salud y Seguridad Social cooperará con el financiamiento de las acciones de salud, velará por el adecuado funcionamiento del sistema integrado así como por la selección de los indigentes que tendrán derecho al estatus de "Asegurado por el Estado".
4. La prevención de nuevas patologías que adquieren mayor relevancia epidemiológica, tal es el caso de los accidentes de tránsito y los de tipo laboral, del alcoholismo, y la forma de dependencia de los problemas de la tercera edad y los de salud mental. Ya que el tratamiento de estas enfermedades tiende a ser de mayor complejidad y costo, se dará prioridad al desarrollo de tecnologías simplificadas con prioridad en la prevención y de ser necesario en el tratamiento ambulatorio de éstas.
5. Continuar fortaleciendo los programas de suministros de agua potable y adecuada disposición de excretas, de control de la calidad de los ali-

22. La Nación, 1982 y 1985; L. Sáenz, 1983; J. Jaramillo 1984.

mentos, bebida y medicamentos en general, del control de la contaminación ambiental.

Algunos comentarios sobre estas cinco políticas

Se continúa considerando fundamental entre las políticas la participación popular, aclarando el rol que debe jugar la familia y en ella la madre, para velar por el autocuidado, como también el de las comunidades. Sin embargo, en la práctica, esta política no se cumple, más bien el departamento creado en la administración anterior con este fin, llegó casi a extinguirse.

La política más importante durante este período, es la de la integración de los servicios brindados por la Caja Costarricense de Seguro Social y el Ministerio de Salud, con miras a un sistema nacional de salud. Esta política constituye también un hecho histórico que se venía preparando desde años anteriores y que deviene en una política de gran relevancia en el país con miras a evitar la duplicidad de los servicios. Mejorar el aprovechamiento de los recursos humanos y físicos, aumentar la cobertura y mejorar la calidad de esta naturaleza, con la complejidad que ella representa y con la magnitud que para nuestro país constituyen las dos instituciones, Ministerio de Salud y Caja Costarricense de Seguro Social, es harto difícil de implantar en un período tan breve como son los cuatro años de gobierno. Requiere de una gran preparación del equipo humano y de la estructura administrativa para que funcione. Estos dos grupos de elementos fueron los principales obstáculos para

que pudiese desarrollarse e implantarse la política de Integración de los Servicios de Salud: Caja Costarricense de Seguro Social y Ministerio de Salud.

Muchos esfuerzos se hicieron y en algunas ocasiones se logró un buen entendimiento entre el equipo humano que se encuentra en un determinado Centro de Salud Integrado. Sin embargo la estructura administrativa, fundamentalmente la de la Caja que debía rápidamente asimilar a los indigentes y hacer funcionar el sistema de referencia y contrarreferencia, entre otros, no funcionó, a excepción de honrosos casos. En muchos otros Centros Integrados no se dio ni el entendimiento ni la coordinación entre personas ni el funcionamiento adecuado de la estructura administrativa de Integración.

Por otra parte, si bien los nuevos recursos obtenidos para los programas CEN-CINAI permitieron el fortalecimiento en el rubro de personal para los programas de atención primaria, esto no fue suficiente para compensar el fuerte deterioro general en el financiamiento de dichos programas que han visto decrecer aceleradamente el rubro destinado a gastos de operaciones. Esto, a su vez ha afectado seriamente la cobertura de comunidades prioritarias, tanto en la cantidad como en la calidad de los servicios brindados.

A esto se agrega, el ingreso masivo de refugiados que constituyó una permanente preocupación, pues ha sido un problema para el cual el país no estaba preparado y para atenderlo, el sector salud tuvo que desplazar recursos originalmente destinados a atender grupos prioritarios de nuestra población.

Cantones, zonas, grupos humanos y campos prioritarios en salud

Cantones prioritarios en salud

El sector salud ha seleccionado, en diferentes instancias los cantones prioritarios, aunque esta definición no ha sido emanada de manera explícita y en forma oficial para todo el sector.

- a. La primera clasificación, durante el período en estudio, la establece la Oficina de Planificación Nacional y Política Económica en el año 1981. Este estudio se refiere exclusivamente a los cantones rurales más pobres no contemplando los urbanos. Está basado sobre el censo de 1973 de donde se tomaron las variables de educación y vivienda. Además, se contemplaron variables de salud y nutrición de años más recientes (Mortalidad Infantil, 1977, Mortalidad Infantil por diarrea 1973-1977). (Talla de niños de primer grado 1979).
- b. En el año 1983 el Sistema de Información en Nutrición (S.I.N.)²³ establece una lista de 15 cantones prioritarios utilizando una sola variable talla/edad del censo de escolares del mismo año.
- c. En el año 1984 Rosero y Sosa establecieron una lista de cantones según la probabilidad de morir antes de los dos años de vida, tomando como fuente el censo de 1973. El período en estudio fue 1968-1969.

- d. En el año 1985 el Ministerio de Salud, a través del documento: "Necesidades Prioritarias de Salud en Costa Rica" que presenta la Comunidad Económica Europea, establece un mapa de Costa Rica con la clasificación de los cantones según la tasa de mortalidad infantil de 1983. En enero del año 1986, Alvarado, R. y Col. (Comisión Nacional de Supervivencia Infantil) elaboró una lista de 22 cantones según prioridad 1, 2 y 3 (de mayor a menor gravedad). Para ello utiliza las variables: tasa de mortalidad infantil, T.M.I por diarrea T.M.I por infecciones respiratorias agudas, del quinquenio 1979-1983 y el retardo talla/edad de los niños de 7 años del censo de talla en escolares de 1981.

Esta es la única clasificación de cantones prioritarios que se acompaña de cobertura actual (1985) y programada (1986), aunque esta cobertura se refiere solamente a los programas de extensión de cobertura: salud comunitaria urbano y salud rural.

Zonas prioritarias según políticas

En el período 1978-82 se definió como zonas geográficas prioritarias "las poblaciones rurales aisladas y las periurbanas marginadas". Para el período 82-86, la definición de zonas geográficas prioritarias se da a través de la definición de grupos sociales que están circunscritos geográficamente, y que aparecen en el Plan Nacional de Desarrollo "Volvamos a la Tierra..." de la siguiente manera: "en el área rural los campesinos sin tierra, arrendatarios, pequeños y medianos finqueros, pe-

23 A. Elizondo, 1983.

queña empresa familiar artesanal y asalariados, y en el área urbana: los grupos marginados y asalariados".

Grupos humanos y campos prioritarios en salud

En el período 1978-82 se definió claramente que los grupos humanos prioritarios están constituidos por "la infancia, la familia y los de la tercera edad". No se encontró una definición explícita de los campos prioritarios, aunque éstos se pueden deducir de las políticas.

Para el período 1982-86, los campos prioritarios en salud han sido fundamentalmente "... programas de atención primaria para las áreas más pobres del país...la educación para la salud y la prevención de enfermedades..."²⁴ y se escoge a la familia como grupo humano prioritario.

Relación de las cinco políticas principales con las zonas y grupos prioritarios definidos en los Programas de Salud

Período 1978-1982

De las cinco políticas principales sólo dos de ellas, las número dos y tres tienen una relación directa con zonas o grupos sociales prioritarios; las otras tienen que ver con el proceso adminis-

trativo (modelo gerencial y coordinación inter e intrasectorial) y con la participación de la comunidad. No se especifica sobre ésta última, y mucho menos sobre las primeras, si se desarrollará más en una zona concreta y/o con o para un grupo humano específico.

De las otras políticas, que tienen relación con zonas o grupos prioritarios una de ellas se refiere a la extensión de la cobertura de los servicios a través de una intensificación de la atención primaria y la universalización del Seguro Social, con la protección de los indigentes. Esta política está en coordinación con las zonas prioritarias escogidas para el período: "Las poblaciones rurales aisladas y las periurbanas marginadas". Sin embargo, no queda explícito en el enunciado de la política. Tampoco se explicita si los grupos humanos prioritarios escogidos (la infancia, la familia y la tercera edad) serán los beneficiados primordiales.

De la política número tres se puede deducir que hay una relación con los grupos prioritarios: "...mantener los programas de control de las enfermedades infectocontagiosas..." las cuales son más frecuentes durante la infancia. "...y crear nuevos programas dirigidos hacia las principales causas de muerte..." las que se sitúan en las edades extremas de la vida: la infancia, particularmente la etapa perinatal y la tercera edad, donde se sitúan muchas de las principales causas de muerte, entre ellas: el infarto del miocardio y los tumores. También se puede deducir que, como las enfermedades infectocontagiosas generalmente se producen más en las zonas empobrecidas: urbana marginal y rural aislada, guarda enton-

24. Ministerio de Salud. 1985 p. 2.

ces concordancia con las zonas geográficas prioritarias. Sin embargo, todo lo anterior tampoco queda explícito en la política.

Período 1982-1986

En general, todas las cinco políticas tienen una relación implícita y explícita con los grupos humanos y/o con las zonas geográficas prioritarias escogidas.

La política de consolidación de un Sistema Nacional de Salud si bien beneficia a todos los grupos y a todas las zonas, se especifica claramente que debe ser "...capaz de brindar servicios integrales de salud a la familia costarricense", donde la familia es un grupo humano escogido como prioritario. Lo que no queda explícito es si se le dará preferencia a las familias de las zonas prioritarias escogidas: urbanas empobrecidas y rurales dispersas.

En la segunda política en que se enfatiza sobre la promoción de salud y la prevención de las enfermedades, se cita claramente las zonas geográficas prioritarias al mencionar que se debe fortalecer los programas de salud rural y salud comunitaria, que como ya se ha mencionado tienen como población blanco los que habitan en las zonas rurales dispersas y urbanas empobrecidas, respectivamente. Aquí no se explicita cual debe ser la familia la prioritaria, pero también queda sobreentendido, pues el beneficiario de estos programas es la familia misma.

En la política de movilización "... de otros recursos desaprovechados, tal es el caso de la plena participación de las comunidades en su propio desarrollo..." se especifica que... el de la familia..." es

uno de los dos niveles en que se debe trabajar para lograrlo y dentro de la misma: la madre. No se explicita si son las zonas geográficas prioritarias donde se le dará énfasis.

La cuarta política principal (Ver período 1982-1986) es más específica para ciertos grupos (tercera edad, trabajadores, etc.), que no forman parte del grupo señalado como prioritario. También es más específico para ciertos problemas de salud como accidentes de tránsito y de trabajo, alcoholismo y salud mental, por tanto no guarda relación directa ni con las zonas prioritarias ni con el grupo humano prioritario.

La última política fundamental guarda más relación indirecta con las zonas geográficas prioritarias al mencionar que se le dará preferencia a los problemas de carencia de agua potable y de adecuada disposición de excretas, entre otros allí señalados. Por igual razón, se puede deducir que también lo hace con la familia, grupo humano escogido como prioritario. Pero lo anterior no está determinado.

En conclusión, para los dos períodos se pueden decir que en las políticas en general no hay un apartado en que se especifican claramente los grupos humanos y zonas prioritarias escogidas, sino que éstos deben sacarse de entre líneas. Ocurre igual con la relación que debe existir entre estos grupos humanos y zonas prioritarias con la política en sí: se debe frecuentemente deducir por no quedar suficientemente claro.

En la práctica ha ocurrido, generalmente, lo mismo: las zonas prioritarias no han sido trabajadas con más ahínco que las otras y el presupuesto tampoco

ha sido designado con preferencia a estas zonas. Al terminar el período, comienza a variar un poco esta conducta. Desde finales del año 1985 los programas de Salud Comunitaria, Salud Rural y el Plan Nacional de Supervivencia Infantil, han aumentado sustancialmente sus esfuerzos en dedicar su personal y sus equipos a los cantones prioritarios escogidos en el Plan Supervivencia Infantil del año 1986.²⁵

Otras políticas de salud

Acto seguido se resumen sin ordenes de importancia, algunas de las políticas de salud del período de gobierno, que no han sido mencionadas en las cinco políticas fundamentales. Para profundizar sobre el tema se sugiere comentar las bibliografías anotadas o Alvarado, R. 1987.

Período 1978-1982 ²⁶

1. Estrategias generales

- Desarrollo institucional que completa transformaciones esenciales en cuanto a definición de políticas, desarrollo de los recursos, organización de los sistemas administrativos y de presentación de servicios, gerencia administrativa, y sistemas de información, evaluación y control.
- El uso de tecnología apropiada a las necesidades del país.

- Implantación de la sectorización para lograr una coordinación intrasectorial e intersectorial de las acciones.
- La Cooperación Técnica entre países en Desarrollo (C.T.P.D)

2. Estrategias específicas

a. De orden médico

- Contar con instrumentos legales para la coordinación efectiva en lo normativo y ejecutivo de las acciones.
- La alimentación y nutrición de la población será orientada mediante estudios, trabajos de investigación clínicos, antropométricos, dietéticos y bioquímicos, problemas nutricionales epidemiológicos, su trascendencia social e impacto en el desarrollo socioeconómico del país.
- Prevenir la desnutrición en los grupos vulnerables, fomentar la lactancia materna, incrementar la producción local de alimentos mediante una política nacional de alimentación y nutrición.
- Establecer programas educativos, terapéuticos y dictar las medidas legales necesarias para el control del tabaquismo y el alcoholismo.
- Establecer un programa de salud ocupacional que reúna los esfuerzos de los principales participantes en este quehacer: los empleados, y el sector oficial, dándole énfasis a los aspectos preventivos. Paralelamente, y como aspecto prioritario, se desarrollarán programas de medicina rehabilitatoria con una concepción integral que inclu-

25. R. Alvarado, 1986.

26. Ministerio de Salud, 1980. p. 111-117.

ya la reubicación, la readaptación y la rehabilitación laboral.

- En cuanto a la prevención de accidentes, la meta será lograr mejores índices en lo que resta del siglo, mediante una programación de carácter preventivo para lo cual se espera la participación necesaria de los órganos de seguridad vial y la comunidad.

b. De saneamiento del medio ambiente

Mediante la conducción del Ministerio de Salud:

- Contar con un programa de saneamiento integral rural que abarque las áreas de agua potable, disposición de excretas, residuos sólidos y mejoramiento de vivienda cuyo desarrollo permita beneficiar a la totalidad de la población rural.
- Contar con un programa de preservación del ambiente con el objeto de controlar la contaminación de los recursos de agua, aire, y suelo mediante la coordinación interinstitucional.
- Desarrollar programas de control de alimentos que garanticen al consumidor la calidad sanitaria de éstos en las etapas de elaboración, transporte, almacenamiento, distribución y expendio que incluya el control de aditivos de todo tipo, tendiendo a dar una cobertura universal.

c. De infraestructura

- Promover el desarrollo de la administración de los servicios, por medio de la mejora en las estructuras, la organización y los procedimientos administra-

tivos, en cumplimiento de las políticas nacionales y sectoriales aprobadas, que surjan de un proceso de planificación integral y sectorial dentro del contexto de un Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social.

- Crear medios suficientes y eficaces para desencadenar un proceso idóneo de decisiones a todo nivel, que permita la formulación y ajuste de políticas, el comando y control general de la ejecución, y la evaluación y ajuste de programas, mediante:
- Desarrollo de sistemas de apoyo como: transporte, comunicación, mantenimiento, legislación, laboratorios de diagnósticos, suministros y financieros.

Finalmente se apuntan también algunas políticas intrasectoriales, extra-sectoriales e internacionales, algunos de los cuales tienen relación con las ya mencionadas.

Algunos elementos de análisis de las definiciones teóricas de las políticas de salud del período 1978-1982

Las definiciones de las políticas para este período, se plantean luego de un análisis de la situación general del país en el que resaltan los problemas sociales de gran envergadura que persisten a pesar de la gran estabilidad política y la persistencia de "amplios estratos de la población que se encuentran marginados..."

Este análisis general del país, enmarcado dentro del Plan Nacional de Desarrollo 1979-82 "Gregorio José Ramírez", también contienen orientaciones generales para el campo de la

salud, algunas de las cuales se señalan a continuación: 1- Las actividades preventivas, la atención básica y la salud comunitaria. 2- Desconcentración, regionalización de la atención médica como también de la administración en salud y de las acciones preventivas. 3- La participación comunitaria a la que se le da una importancia fundamental, que como veremos luego es cristalizada en la práctica con algunos hechos concretos.

Tomando como base el Plan mencionado, la Unidad Sectorial de Planificación del Ministerio de Salud, desarrolla un análisis profundo y más prolijo de la situación de salud, y establece las políticas generales y específicas de manera muy explícita.

Se puede resumir este apartado en los siguientes elementos de análisis:

- El análisis de la situación general del país y de la situación de salud responden al concepto amplio de salud enfermedad, en el que se engloban los elementos biológicos, sociales, históricos y económicos.
- Las políticas generales y específicas de salud son pertinentes y adecuadas al análisis que sobre la problemática de salud en particular y la situación general del país se presenta.
- Las políticas de salud están también en concordancia con el concepto amplio y completo del proceso salud enfermedad.
- Las políticas de salud se encuentran suficientemente explicitadas, puntualizadas y clarificadas.

- Se puede observar una acumulación de experiencia, desarrollada en el pasado, que determina con claridad los campos de acciones, los grupos y zonas prioritarias, las deficiencias donde hay que trabajar con más ahinco, etc.

- La participación comunitaria, aparece como un elemento fundamental de las políticas de salud y es el elemento que la distingue entre políticas de salud emanadas en el pasado, o que se escribirán posteriormente. Más aún la participación popular es definida como el "mejor instrumento político para la toma de decisiones y correcta aplicación del Plan Nacional de Desarrollo Gregorio José Ramírez. La participación popular se convierte en la antítesis del asistencialismo y del paternalismo estatal en todos sus ámbitos".

Puntualiza además tres aspectos fundamentales:

1. Desarrollo acelerado de un nivel básico de atención que asegure a toda la población, la atención primaria.
2. Universalización de la seguridad social por medio de la integración y el fortalecimiento de los niveles superiores de atención médica y de participación del Estado al hacerse responsable del Sistema de ciudadanos de ingresos bajos (asegurados por el Estado).
3. Incremento de la coordinación entre ambos procesos, con la intención de unificarlos en un solo Servicio Nacional de Salud que esté en condiciones de proporcionar atención integral a toda la población.

1. Se revisará el concepto de niveles de atención, para implementarlo con un criterio más integral y llevar a cabo una redistribución de recursos más acordes con las necesidades de cada nivel, así como para perfeccionar los mecanismos de articulación entre ellos.
2. Se promoverá el desarrollo de mecanismos de articulación intra e intersectorial, en especial para la solución de problemas que trascienden al ámbito del Sector, como la alimentación y nutrición, la preservación del ambiente y la atención de situaciones de desastre.
3. Para la reestructuración y apoyo al Sector, se fortalecerán los procesos de planificación y evaluación, con un criterio integral de desarrollo socioeconómico. Se dará prioridad a la redistribución de los recursos existentes y a la movilización de otros no aprovechados a plenitud. Además, se llevará a cabo el fortalecimiento administrativo de cada una de sus instituciones y el rediseño o ajuste de sus sistemas de información integrado para el sector.
4. En el campo de salud mental, la política se orientará hacia la incorporación regular de este tipo de actividades en el sistema de servicios de salud, así como hacia la lucha contra el uso indebido del alcohol y las drogas, dando prioridad a las acciones preventivas.
5. Para la atención de los problemas de la tercera edad, se dará especial apoyo a las actividades desarrolladas desde el nivel primario, en particular a la educación en este sentido, desde el nivel familiar.
6. Las funciones de medicina curativa y de rehabilitación, deberán basarse en el concepto de que su fin último, no es sólo restablecer una función biológica sino también una función social, y deberán llevarse a cabo dentro de una política de carácter integral, tendiente a obtener la utilización más racional de todos los recursos, así como la máxima eficiencia, eficacia y equidad. Para ello se fortalecerán y se modificarán, en el tanto en que se requiera, las estructuras administrativas necesarias para suministrar un apoyo eficaz a las labores técnicas, incluyendo los ajustes necesarios para dar plena vigencia a los conceptos de desconcentración funcional, para una regionalización y sectorialización efectivas.
7. En materia de recursos humanos, se promoverá el concepto de que su formación debe fundamentarse más en los conceptos de salud, que en los de enfermedad. Se fomentará la coordinación entre los sectores formadores y los usuarios para el análisis de las políticas existentes, así como para la identificación de los cambios necesarios, como resultado de modificaciones en la situación de salud nacional. Especial atención se dará a la formación y actualización de los recursos humanos necesarios para el buen desarrollo de los programas de atención primaria.
8. La investigación en salud se orientará hacia áreas prioritarias, en espe-

27. MIDEPLAN, 1983, 112-115.

cial, hacia los problemas epidemiológicos y sociales predominantes, así como hacia el desarrollo y adaptación de metodologías, técnicas y administrativas, que aumenten la eficacia de los programas que abaraten los costos. Para ello, el Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud trabajará en estrecha coordinación con el Ministerio de Salud.

9. Finalmente, la cooperación internacional que se reciba, se orientará hacia los campos y programas que hayan sido definidos como prioritarios dentro de la política de salud.

Algunos comentarios sobre las políticas de salud del período 1982-1986

Al igual que el período anterior, existe un Plan Nacional de Desarrollo ahora con el nombre de "Volvamos a la Tierra".

En ella se describe la conceptualización de la pobreza como "un fenómeno estructural originado en el sistema económico y que por lo tanto no puede encararse simplemente con acciones directas que apuntan hacia sus manifestaciones antes que vacié sus causas más críticas".

También trata de las vías para resolver la pobreza de manera general: "... los programas que se formulan para enfrentarla (la pobreza), deberán garantizar participación plena de los sujetos más afectados por la inequidad social, en los beneficios que la sociedad produce..." Posteriormente puntualiza en elementos más concretos.

El Plan Nacional de Salud obedece, tal y como se hizo en el período anterior, a un análisis amplio de la situación de salud en la que se destacan la atención primaria y la extensión de la seguridad social como dos estrategias para ampliar la cobertura de los servicios y brindar un carácter integral a la política nacional en salud, iniciadas en los primeros años de la década de los 70.

La estrategia fundamental enarbola en la política de salud es la atención primaria.

La primera línea de atención es definida como la educación para la salud y la prevención de las enfermedades.

La segunda línea está constituida por el tratamiento de las enfermedades.

Se le da gran importancia a la revisión de las funciones y estructuras de las instituciones del sector que conduzca a una reestructuración para integrar un Sistema Nacional de Salud.

Es interesante observar que la política de integración de los servicios de salud: Ministerio de Salud, Caja Costarricense de Seguro Social, que va a ser la política más importante durante el período no está clara y explícitamente anotada. Puede deducirse que es una consecuencia del punto anterior. Por otra parte esta política de revisión de las funciones y estructuras de las otras instituciones del sector pasa a un tercer plano.

La participación comunitaria se sigue considerando importante pero solamente en las políticas de salud y no en las políticas generales del Plan de Desarrollo. En la práctica se verá que prácticamente no se ejecuta del todo.

En resumen, se puede concluir que las cinco primeras observaciones ano-

tadas para el período anterior se cumplen también para este período.

De la redacción de las políticas de los dos períodos, podría decirse que son muy prolijas, se conoce bien la realidad de la institución, de la problemática de salud y del país. Se sabe por donde ir, en términos generales pero en la práctica, no se pueden alcanzar los innumerables objetivos, fijados en las políticas. El análisis técnico sobrepasa la capacidad de ejecución.

Cambios en las orientaciones de las políticas de salud

Aunque los cambios de las orientaciones de las políticas de salud, pueden ser fácilmente observables en las secciones anteriores, se puede concluir con las dos siguientes observaciones:

1. No se producen cambios sustanciales en las políticas del período 1982-1986, en relación con el período anterior. Los dos cambios más relevantes son:

- Se le da importancia fundamentalmente al proceso de Integración de los Servicios de Salud: Ministerio de Salud, y Caja Costarricense de Seguro Social, hecho que, desafortunadamente, en la práctica no pudo ser desarrollado y no pasó de ser una experiencia, por ahora, poco fructuosa, aunque como política marca un mito histórico en el desarrollo de un sistema de salud.
- La participación popular que fue intensamente impulsada en el período 78-82 deja de tener esa importancia en la práctica, aunque en la política queda enunciada como una de las importantes.

El resto del proceso continúa prácticamente igual entre un período y otro.

2. El período 1978-1982 en relación con períodos anteriores presenta algunos cambios en las políticas que marcan elementos de importancia histórica:

- La universalización del Seguro Social
- El señalamiento por decreto ejecutivo del Ministerio de Salud, como rector del sector respectivo.

Además, se le da gran importancia a la participación popular, como ya se mencionó, no sólo desde el Ministerio de Salud, sino como política general del gobierno.

Finalmente, también se crean los Departamentos de Control de las Enfermedades Crónicas y Degenerativas y de Control de Higiene y de Seguridad Industrial. Se impulsan las campañas contra el ruido, el humo y la prevención de la sordera, etc.

Los cambios de las políticas son debidas a planes propios de los gobiernos de turno, al igual que de los máximos responsables de la salud del país: el Ministerio de Salud y el Presidente Ejecutivo de la Caja Costarricense de Seguro Social. No se puede saber, por la bibliografía revisada, si la estructura técnica del Ministerio jugó o no un papel relevante en la redacción de las políticas, a excepción, como es de esperar de la Unidad de Planificación del Ministerio de Salud.

Gastos del Estado en Salud (1980-1985)

Costa Rica ha tenido en el período que nos ocupa un gasto promedio por

año en el Sector Salud de 7.455 millones de colones en valores corrientes y 1.843.47 millones de colones en valores constantes al año 1975. (Ver cuadro 2).

Importantes variaciones se dieron durante el período. Si analizamos el porcentaje de crecimiento anual según valores constantes, vemos que hubo un crecimiento negativo en los años 81 (-11.8%) y 82 (-27.4%) como resultado de una de las crisis económica más severa que ha sufrido el país en su historia. Con la discreta recuperación económica del país en los años siguientes se produce un aumento del gasto en 8.2% en el año 1983 y un 25.1% en el año 1984, descendiendo ese porcentaje de incremento en el año 1985 a un 6.1%. (ver cuadro 3).

Sin embargo, si observamos el porcentaje de crecimiento del gasto del Sector Salud en relación al inicio del período, vemos que en ningún momento se logra recuperar la cifra que se presentó en el año 1980. Aunque se observa un importante esfuerzo del Estado para lograrlo, pues se llega a un crecimiento negativo del 7.9% en el último año del período, luego de haber alcanzado el -36% en el año 1972, existe un deterioro presupuestario, que se refleja en la práctica en uno de los muchos factores que probablemente han incidido en la aparición, durante los años de 1986 y 1987, de las epidemias de sarampión y meningitis viral, como en el aumento de la incidencia de enfermedades como la malaria, la hepatitis, la influenza. etc.

Por otra parte, mientras continúan incrementándose en el período, los egresos hospitalarios y las consultas médicas, el gasto en valor constante, sigue siendo menor que el del año 1980,

como ya se ha indicado. ¿Ha significado esto un deterioro en las condiciones de eficiencia de los servicios de salud? ¿Ha tenido otras repercusiones en el impacto en salud o las tendrá en los años que siguen?

El porcentaje del gasto del Sector Público dedicado a salud fue de 15% en promedio para el quinquenio, teniendo el año 1980 el porcentaje más alto con un 16.3; desciende luego hasta llegar a un 13.9% en 1983, recuperándose en 1984 para descender nuevamente en 1985 a 14.6%. (ver cuadros 4 y 5).

En relación con el PIB el descenso se produjo de 7.9% (1980) a 5.6% (1982), recuperándose luego sin llegar a alcanzar el porcentaje que tenía al inicio del período. (ver cuadros 4 y 5).

Dentro del Sector Salud, la Caja Costarricense de Seguro Social, que es la entidad por excelencia de medicina curativa y de rehabilitación, consume, en promedio para el quinquenio, el 66.5% del gasto, mientras el Ministerio de Salud sólo utiliza el 16%. La relación del gasto de Caja Costarricense de Seguro Social vs. Ministerio de Salud es de 4.2 a 1. Mientras no haya una cobertura total, de al menos la población de mayor riesgo (rural dispersa y urbana marginada) en los servicios preventivos, no es racional la distribución en los fondos en el sector salud; más aún, si se toma en consideración que lo que debería destinarse para alcanzar esa cobertura no representaría un peligro para el presupuesto de la Caja Costarricense de Seguro Social, sino que significaría una economía por la disminución de enfermos a atender. La epidemia de sarampión, que se presentó en los años 1986-87 se hubiera evitado si, además de otros factores, se hubiese tenido una

CUADRO 2
GASTO DEL SECTOR SALUD POR INSTITUCIONES
QUE LO COMPONEN EN MILLONES DE COLONES
POR AÑO 1980-1985

Año	Instituciones del Sector Salud										I.N.S.*		
	Gasto total		Ministerio de Salud		C.C.S.**		I.C.A.A.		V. Corriente	V. Const.		V. Corriente	V. Const.
	V. Corriente	V. Const.	V. Corriente	V. Const.	V. Corriente	V. Const.	V. Corriente	V. Const.					
1980	3.250,8	2.208,37	518,3	352,31	220,0	1.493,89	316,1	214,45	219,5	146,91			
1981	3.936,2	1.949,81	824,5	308,11	2.895,5	1.334,21	348,8	172,85	270,5	133,89			
1982	5.440,0	1.416,00	918,7	239,44	3.792,1	997,27	394,7	102,77	333,5	86,63			
1983	7.807,5	1.932,66	1.255,4	246,44	5.279,6	1.036,45	815,8	180,16	456,7	89,65			
1984	10.938,1	1.919,02	1.854,2	290,07	6.881,0	1.203,10	1.797,5	318,20	625,4	109,87			
1985	13.348,4	2.034,48	2.205,8	393,19	8.871,2	1.321,61	1.575,1	240,07	866,3	138,68			
Promedio	7.455,0	1.843,47	1.196,48	295,60	4.916,9	1.229,62	874,6	200,90	467,0	117,81			
Porcentaje	100		16,0		66,0		11,7		6,3				

* Incluye el presupuesto asignado al programa de riesgo de trabajo, seguro obligatorio de vehículos y prestaciones sanitarias.
 ** No incluye préstamos en dinero.

Fuente: Unidad Sectorial de Planificación del Ministerio de Salud basado en:

- Liquidaciones del Presupuesto, Ministerio de Salud..
- Anuarios Estadísticos, Caja Costarricense de Seguro Social.
- Memorias Anuales de la Contraloría General de la República.
- Dirección de Seguros Solidarios del I.N.S.

CUADRO 3
GASTO DEL SECTOR SALUD Y PORCENTAJE
DE CRECIMIENTO ANUAL Y CRECIMIENTO
EN RELACION CON EL INICIO DEL PERIODO, POR AÑO
1980-1985

año	Gasto total		Porcentaje Crecimiento anual	Porcentaje crecimiento en relación con 1980
	V. Corr.	V. Const.		
1980	3.256.9	2.209.57	-	-
1981	3.939.2	1.949.81	(11.8)	(11.8)
1982	5.440.0	1.416.30	(27.4)	(36.0)
1983	7.807.5	1.532.86	8.2	(30.6)
1984	10.938.1	1.918.02	25.1	(13.2)
1985	13.348.4	2.034.48	6.1	(7.9)

Fuente: Ministerio de Salud

CUADRO 4
P.I.B., GASTO DEL SECTOR PÚBLICO Y GASTO DEL SECTOR SALUD
EN COLONES Y DOLARES (MILLONES) 1980-1985

		1980	1981	1982	1983	1984	1985
P.I.B.	colones	41.405.5	57.102.1	97.506.1	129.314.0	163.010.9	19.242.7
	dólares	4.266.6	2.698.0	2.451.7	3.116.0	3.937.5	3.813.4
Gasto Sector Público	colones	20.029.3	27.736.7	37.007.0	58.002.8	67.415.8	91.848.3
	dólares	2.064.9	1.309.6	930.5	1.349.5	1.628.4	1.816.3
Gasto Sector Salud	colones	3.256.9	3.939.2	5.440.0	7.807.5	10.938.1	13.348.4
	dólares	335.8	186.0	136.8	188.1	264.2	264.5

Tipo de cambio:

1980: \$1 = 9.70 colones

1981: \$1 = 21.18

1982: \$1 = 39.77

1983: \$1 = 41.50

1984: \$1 = 41.40

1985: \$1 = 50.46

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos.
 Contratoría General de la República.

CUADRO 5
PORCENTAJE DEL GASTO DEL SECTOR PÚBLICO
Y DEL P.I.B. DESTINADO AL SECTOR SALUD
POR AÑO. 1980-1985

	1980	1981	1982	1983	1984	1985	Promedio
Sector Público	16.27	14.21	14.71	13.94	16.23	14.57	15.0
P.I.B.	7.87	6.9	5.58	6.04	6.71	6.94	6.7

Fuente: Ministerio de Salud.

cobertura total de la población en riesgo, lo que hubiese significado un ahorro a la Caja Costarricense de Seguro Social, en atenciones a estos pacientes, además del ahorro económico y en vidas que hubiera representado para las familias costarricenses.

El Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados y el Instituto Nacional de Seguros representan el 11.7% y el 6.3% respectivamente del gasto del Sector Salud.

Cobertura teórica programada y real del Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social

En 1973 fueron aprobadas la Ley General de Salud y la Ley Orgánica del Ministerio de Salud, aún vigentes. En 1971 fue aprobada la Ley de Universa-

lización de la Seguridad Social y en 1975 la del traspaso de hospitales y sus recursos del Ministerio de Salud a la Caja Costarricense de Seguro Social (C.C.S.S).

Este cuerpo de leyes establece la responsabilidad global del Ministerio, en su calidad de ente rector del Sector Salud, de "realizar las acciones en materia de medicina preventiva" y "otorgar las prestaciones, de salud en materia de medicina curativa y de rehabilitación para toda la población".²⁸ Establece además, un proceso mediante el cual toda la responsabilidad ejecutora, en cuanto a servicios de curación y rehabilitación, es delegada en una sola institución: la Caja Costarricense de Seguro Social.

De esta manera, el Ministerio conserva la responsabilidad de ejecutar acciones de promoción de la salud y la prevención de las enfermedades para el total de la población. A su vez, entrega paulativamente a la Caja Costarricense de Seguro Social, lo referente a acciones curativas y de rehabilitación, en la

28. Ministerio de Salud, 1974.

medida en que ésta sea capaz de extender sus servicios hasta el logro de la meta de cobertura universal de la población.

Para 1980, la cobertura propuesta,²⁹ podríamos resumirla tal y como se muestra en la figura 1.

Esta situación no ha variado sustancialmente durante el período, en virtud de las dificultades económicas de la Caja Costarricense de Seguro Social y la crisis general del modelo de atención. Debe sin embargo, tomarse en cuenta que, justamente con el propósito de lograr una mayor eficiencia en los servicios, se ha promovido conjuntamente tanto la integración de servicios de salud (M.S.- C.C.S.S) como la incorporación paulatina de los indigentes al status de "asegurados por parte del Estado" tarea para la cual ha sido prevista la participación de las Juntas de Salud y Seguridad Social, que no ha sido cumplida a cabalidad.

La situación alcanzada al final del período, en estudio con datos menos precisos que los anteriores nos hablan básicamente de la misma situación:

- a. La Caja Costarricense de Seguro Social, con "un sistema parcial de seguridad social que tiene una cobertura entre el 78% y el 80% de la población total del país"... a la que da atención de enfermedad, maternidad, rehabilitación de invalidez", y
- b. El Ministerio de Salud que "presta atención sobre educación para la salud, prevención y saneamiento ambiental a todo el país" y que "a

un 20% de la población no asegurada (pobre) da cuidados para la enfermedad".³⁰

Así, "El 98% de la población está protegida por la acción combinada del Ministerio de Salud y Caja Costarricense de Seguro Social".³¹

Sin embargo, dos problemas generales se presentan en relación con esta cobertura.

- a. Ese 80% de la población asegurada por la Caja Costarricense de Seguro Social, no tiene en su totalidad el acceso geográfico y/o el acceso socio-cultural a los servicios. Esto quiere decir que la población que vive alejada de las instalaciones de salud no utilizará oportunamente estos servicios. Y, por otra parte, el nivel socio-cultural de una parte de la población dificultará los servicios cuando los necesita. Esto reduce el porcentaje de la cobertura.

El sistema de atención en consulta externa del Seguro Social está agotado. No asegura la adecuada y oportuna atención de los pacientes lo que también disminuye la cobertura real.

- b. Del 20% restante no cubierto por el Seguro Social, una parte disponen de suficientes medios económicos, para obtener atención en la medicina privada. En la otra parte pueden ocurrir dos situaciones:

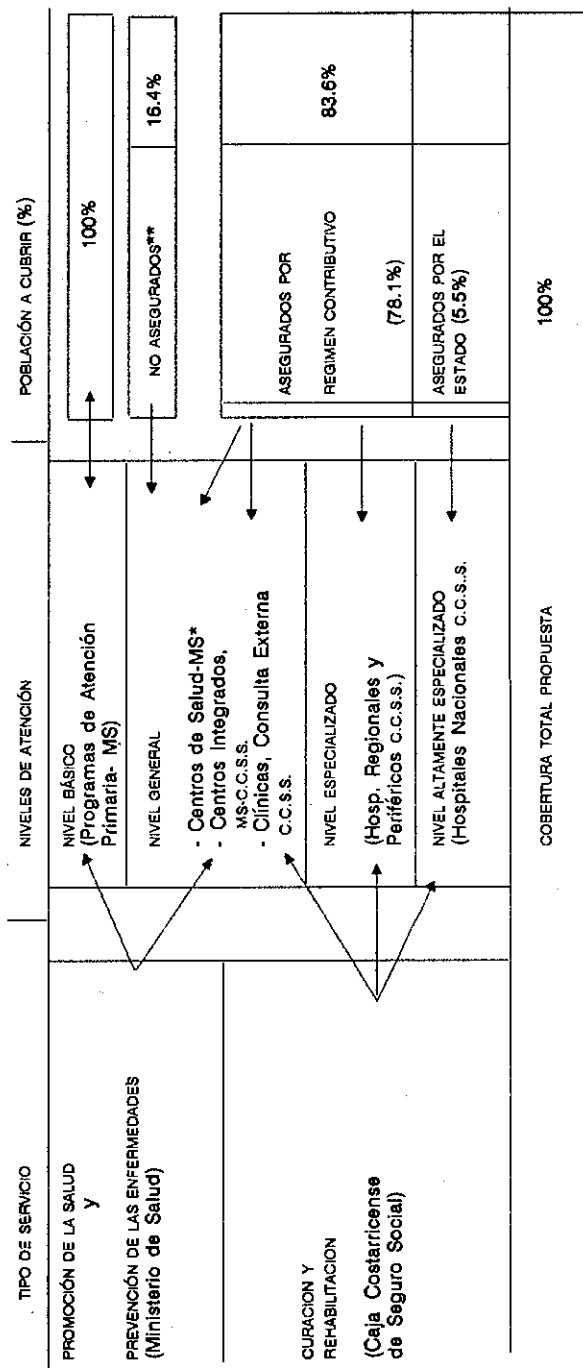
Acudir al Seguro Social, sin pago alguno por los servicios prestados, si se comprueba que se trata de un indigente, o pagando los servicios, si no lo es.

29. Ministerio de Salud, 1981 pp. 116-119.

30. J. Jaramillo, 1984 pp. 52-53.

31. Ministerio de Salud. 1986. p 8.

FIGURA 1
COBERTURA PROPUESTA DE LA POBLACION, CON SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD, SEGUN RESPONSABILIDAD ASIGNADA Y CAPACIDAD DE CADA INSTITUCION



* Sólo brinda atención médica general ambulatoria

** Además de indigentes, incluye a trabajadores por cuenta propia.

- Acudir a los Centros de Salud, del Ministerio de Salud que no se encuentran realmente habilitados para la adecuada atención de los enfermos.

Muy pocos no acudirán del todo a ningún servicio. Por otra parte:

- c. En el nivel básico de atención, Costa Rica se ha adelantado a la gran mayoría de los países del orbe, al implantar los programas de extensión y cobertura: salud comunitaria y salud rural, para las zonas urbanas empobrecidas, y zona rural dispersa, respectivamente. Es necesario señalar que cinco años antes de que se emita la Declaración de Alma Ata (1978) que recomienda utilizar como estrategia la Atención Primaria de Salud y los Programas de Salud Comunitaria, Costa Rica inicia el programa de Salud Cultural. Antes de ello el ejemplar programa de San Ramón también había dado inicio.

Estos programas de Salud Comunitaria y Salud Rural alcanzan una cobertura nacional del 54.1% visitando las familias un promedio de 2.3 veces/año (1985). La mayoría de estas familias son de las zonas prioritarias rural disperso y urbano empobrecidas.

Sin embargo, no se ha logrado alcanzar al 100% de esas zonas y familias prioritarias y los programas han sufrido altibajos en la cobertura, dependiendo de la importancia que le brinden los políticos. Desde 1985 Alvarado, R. (1987); viene trabajando sobre una nueva metodología de atención: el enfoque de riesgo familiar que tiene como objetivos seleccionar las familias cuyos miembros

tienen mayores posibilidades de enfermarse o morir para brindarle una más oportuna y frecuente atención preventiva. Con ello se espera aumentar la cobertura entre un 17 y 30% de las familias prioritarias, sin aumentar los costos, mejorando además la calidad de la atención, pudiéndose llegar a cubrir al 100% de las familias catalogadas como prioridad uno del país, con el mismo personal a expensas de las familias de menor apremio. Actualmente, esta Metodología se está utilizando en 20 centros de salud con 200.000 personas.

- d. Desafortunadamente, los otros programas del nivel básico de atención como los de segundo nivel o nivel general no tienen programadas sus actividades en términos de cobertura por lo que no se puede evaluar este aspecto.
- e. Es importante agregar que los Centros de Salud son en teoría, responsables de todo el área de adscripción que le corresponde. Esta área, comprende el cantón respectivo. (En el área metropolitana hay más de un Centro de Salud por cantón). Esto daría una cobertura casi total del país, pues se cuentan con 86 Centros de Salud. En la práctica esto no corresponde a la realidad pues los Centros de Salud, como plantel de atención, brinda sus servicios a quienes llegan, sin tener en su programación el objetivo de la cobertura, de al menos, las familias prioritarias, a excepción de algunas familias que son atendidas en su hogar, por los programas de Salud Comunitaria y Salud Rural, donde reciben solamente

las actividades que estos programas ejecutan. Con la Metodología de Enfoque de Riesgo Familiar que se menciona en el punto anterior, se podrían programar las consultas en el Centro de Salud dándole preferencia a las familias prioritarias.

Bibliografía

Alvarado, R. *Análisis de la Organización y Funcionamiento de las Políticas de Salud a través de los Programas Materno-infantiles en Centroamérica. El caso de Costa Rica. I etapa.* Proyecto de Investigación ICAP. Fundación FORD. San José 1987.

Alvarado, R. et. al. *Plan Nacional de acción de supervivencia infantil para el año 1986.* Comisión Nacional de Supervivencia Infantil. Mimeografiado. San José, 1986.

Alvarado, R. *El enfoque de riesgo familiar: un nuevo modelo de atención primaria,* Memoria II Congreso Nacional de Salud Pública. San José, Costa Rica, 1987.

Asís B., Miguel. *Salud comunitaria a nivel urbano.* Cátedra de Medicina Preventiva, Universidad de Costa Rica. Mimeografiado, 1976.

Elizondo, Ana. *Situación Nutricional y algunos aspectos socio-económicos de cantones de Costa Rica.* O.C.A.F. (S.I.N.) Mimeografiado, 1983.

Jaramillo A, Juan. *Los problemas de la salud en Costa Rica.* Segunda Edición corregida. Litografía Amber. San José.

Laurell, Asa Cristina. *La salud-enfermedad como proceso social.* Maestría en Medicina Social, Univ. Autónoma de México-Xochimilco. Mimeografiado. 1979.

Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica. *Plan Nacional de Desarrollo 1982-1986 "Volvamos a la tierra".* Tomo I. Diagnóstico y Estrategia Global. Imprenta Nacional. San José. 1983.

Ministerio de Salubridad Pública. *Manual de Salud Rural.* Primera edición. Mimeografiado, Costa Rica, 1974.

Ministerio de Salud. *Necesidades prioritarias de Salud en Costa Rica.* San José, 1985.

Ministerio de Salud. *Ministerio de la situación de salud en la década 1971-1980. Políticas y Estrategias en relación con la meta "Salud para todos en el año 2.000".* Unidad Sectorial de Planificación. Costa Rica. 1980.

Ministerio de Salud. *Ley general de salud ley orgánica del Ministerio de Salud.* Imprenta Nacional. San José, 1974.

Ministerio de Salud. *Memoria Anual 1985.* Departamento de Educación para la Salud y Departamento de Publicaciones. San José, 1986.

Ministerio de Salud. *Salud en Costa Rica (Evaluación de la situación en la década de los años 70.* Unidad de Planificación. 1981.

Oficina de Planificación Nacional y Política Económica. *La dimensión de la pobreza rural en Costa Rica.* San José, Costa Rica. 1981.

- Períodico La Nación. "El Ministerio de Salud y la participación popular". Foro de la Nación. 31-05-80.
- Períodico La Nación. "Desciende notablemente mortalidad en Costa Rica". 25-05-79.
- Períodico La Nación. "El hospital "sin paredes": un ejemplo". Editorial 27-04-80.
- Períodico La Nación. "Gobierno impulsa revolución social". 19-04-80.
- Períodico La Nación. "Ministro anuncia linamientos del Sistema Nacional de Salud". 20-12-82.
- Períodico La Nación. "Ministerio de Salud. Resumen de tres años de labor". 8-05-85.
- Períodico La Nación. "Procurarán coordinar acción entre sectores sociales". 17-11-80.
- Períodico La Nación. "Salud para todos antes del año 2.000". Espacio Ministerio de Salud. 25-05-80.
- Períodico La Nación. "Salud se propone prolongar la vida del costarricense". 24-11-80.
- Períodico La Prensa Libre. "Congreso de hospitales en San Ramón". 11/11/80.
- Presidencia de la República. *Plan Nacional de Desarrollo 1979-1982* "Gregorio José Ramírez. Resumen interpretativo. OFIPLAN. San José, Costa Rica. 1980.
- Rasero, L y Sosa, D. *La mortalidad en los cantones de Costa Rica: 1968-1969. Mortalidad y Fecundidad en Costa Rica. Asociación Demográfica Costarricense. marzo 1984, p. 20-30.*
- Sáenz J., Lenín. *Salud en Costa Rica 1982-1986. Política de Salud del Gobierno actual. Tema 3 del Módulo 2 del Programa de Educación Continua para un Compromiso. Ministerio de Salud. Mimeografiado, 1983.*
- Timio, Mario. *Clases sociales y enfermedades. Editorial Nueva Imagen, México. 1980.*
- Ureña, Pablo (Asistente del Viceministro de Salud). "El Ministerio de Salud y la participación popular". *Períodico La Nación, Sección Foro. San José, 31 de mayo de 1980* ◊