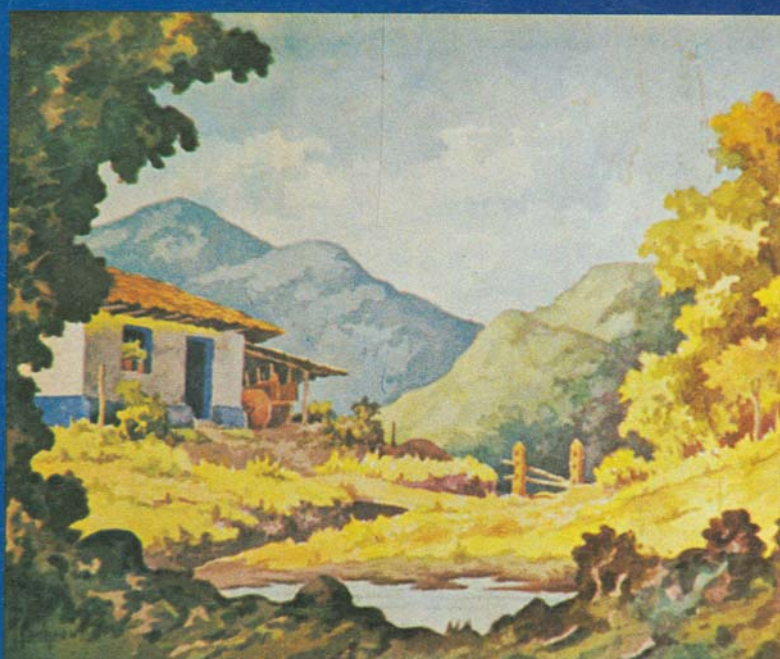


EXTENSION DEL SEGURO SOCIAL A LA ZONA RURAL EN COSTA RICA

**DR. GUIDO MIRANDA GUTIERREZ
DR. LUIS ASIS BEIRUTE**



**Caja Costarricense de Seguro Social
(CCSS)
Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social
(EDNASSS)
San José
1989**



Caja Costarricense de Seguro Social

**EXTENSION
DEL SEGURO SOCIAL
A LA ZONA RURAL
EN COSTA RICA**

**Dr. Guido Miranda Gutiérrez
Dr. Luis Asís Beirute**

EDNASSS

San José

1989

EXTENSION DEL SEGURO SOCIAL
A LA ZONA RURAL EN COSTA RICA

368.4

M672e Miranda Gutiérrez, Guido.

Extensión del Seguro Social a la zona rural en Costa Rica / Guido Miranda Gutiérrez; Luis Asís Beirute. -- 1. ed. -- San José: EDNASSS, 1989. 131 p. : il. ;22 cm.

ISBN 9977 - 984 - 04 -2

1. SEGURIDAD SOCIAL - COSTA RICA. 2. POLITICA DE SALUD. 3. SALUD RURAL. I. Asís Beirute, Luis. II. Título.

Primera Edición: 1989

(c) EDNASSS

Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social
Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS)
Dirección: CENDEISSS

Apartado 10105-1000,
San José, Costa Rica

Derechos Reservados.
Hecho el depósito de ley.
Impreso en Costa Rica.

**EXTENSION
DEL SEGURO SOCIAL
A LA ZONA RURAL
EN COSTA RICA**

PRESENTACION

El presente trabajo recoge uno de los aspectos más definitivos del Seguro Social en Costa Rica, como es la extensión a la población de las áreas rurales del país, de todos los servicios incluidos en los regímenes de Enfermedad y Maternidad, y de Invalidez, Vejez y Muerte, tarea que ha implicado un esfuerzo extraordinario, tanto para la Institución como para aquellos funcionarios que han debido enfrentar el reto.

Este libro, EXTENSION DEL SEGURO SOCIAL A LA ZONA RURAL EN COSTA RICA, se ha preparado sobre la base del documento homónimo que los doctores Guido Miranda Gutiérrez y Luis Asís Beirute presentaron ante la Reunión de Expertos del Grupo de Trabajo Regional Americano de la Asociación Internacional de Seguridad Social (AISS), celebrado en Asunción, Paraguay, a principios del presente año.

El mencionado documento fue debidamente ampliado con varios otros trabajos preparados en forma especial por los mismos autores, para completar, estructurar y sistematizar una exposición suficientemente amplia y clara, como para proporcionar un panorama completo aunque sintetizado, de una de las experiencias más valiosas en el proceso de construcción del Sistema Nacional de Seguridad Social Costarricense. Con la presente publicación, EDNASSS, la Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social, considera cumplir una de las responsabilidades esenciales de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), como es contribuir al estudio y a la divulgación de la problemática propia de la Seguridad Social.

San José, noviembre de 1989

INTRODUCCION

La Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) se ha fijado una meta ciertamente trascendental y ambiciosa, para el mantenimiento de la salud rural.

Desde sus inicios y a lo largo de la existencia de la Institución, este objetivo se ha ido precisando y fortaleciendo paulatinamente, hasta llegar a caracterizar toda la actividad desarrollada por la CCSS y que, en comparación con otras instituciones de Seguridad Social, podría parecer paradójica.

Así, en muchos lugares los Seguros Sociales han centrado su actividad en las áreas urbanas, donde se encuentran los núcleos familiares de mayor capacidad económica, mejores condiciones de vida y menor número de integrantes y que, por lo tanto, generan una menor demanda de esos servicios, en comparación con las áreas rurales.

En la Costa Rica actual, la legislación fundamental ha dispuesto la protección de toda la población del país, incluyendo tanto la urbano-rural como la urbano-dispersa. Para tratar de hacer efectiva tal protección, se ha debido unir esfuerzos con las respectivas comunidades, para desarrollar numerosos proyectos que buscan asentar programas de salud integral, orientados hacia una meta de equidad y de justicia social.

La experiencia ha demostrado que la distribución urbano-rural de la población contiene un componente problemático específico, ligado estrechamente tanto a los factores que generan salud, como a aquellos que condicionan la aparición de la enfermedad.

Ello ha demostrado la necesidad de adoptar estrategias especiales para lograr que la disponibilidad casi siempre limitada de los servicios, sea suficiente para atender la demanda, y permitan proporcionar una atención médica oportuna y accesible para todo este sector de la población.

En casi todos los países, como parte del desarrollo político y del progreso en los factores de la producción, se ha dado un apoyo prevalente y mayor, a los recursos humanos que participan en las áreas de la industria y del comercio. Lamentablemente, no se ha prestado igual atención al sector agropecuario, lo cual ha generado un ritmo de crecimiento económico y social desequilibrado, y ello ha impedido la armonía que debiera existir entre ambos componentes.

La consecuencia de esa situación es que, en muchos países, especialmente los que se hallan en vías de desarrollo, la población del sector rural presenta una franca tendencia a emigrar hacia las áreas urbanas, produciendo en ellas un crecimiento muy rápido, a veces incontrolable y en condiciones poco adecuadas, al grado de formar cinturones de miseria alrededor de grandes centros urbanos.

En Costa Rica, este fenómeno no se ha producido con la severidad que en otras naciones; sin embargo, es evidente que se necesita prestar mayor atención a las condiciones vitales del sector rural, con el objeto de garantizar que la calidad de vida en estas áreas sea comparable y competitiva frente a las zonas urbanas.

Aunque ha habido mejoras notables en las condiciones de salario, vivienda, caminos, educación, electrificación y comunicaciones, que han significado un gran progreso para la población rural, todavía se mantienen diferencias significativas, y ésto obliga a acentuar las estrategias dirigidas a establecer mecanismos que conduzcan hacia la equidad social.

Ante este panorama, tanto el Ministerio de Salud como la Caja Costarricense de Seguro Social, han venido desarrollando programas integrales de salud para la familia, especialmente orientados hacia las zonas rurales.

A partir de 1970 se inició, y a la fecha se ha consolidado, una política estatal de carácter integral y de alcance general, la que adquirió expresión formal cuando, en aquel año, se formuló el primer Plan Nacional de Salud, que fijó las metas sucesivas y definió las políticas específicas que permitirían alcanzar en corto plazo, un desarrollo integral de la salud.

Como producto de las acciones emprendidas en cumplimiento de ese plan, se han registrado en los patrones de enfermedad y mortalidad, modificaciones extraordinariamente positivas, que han colocado a Costa Rica en un nivel de desarrollo de sus programas de salud, tan alto que se expresa en indicadores similares en muchos aspectos a los de países desarrollados.

Las políticas trazadas en el marco del plan se han llevado aún más lejos, de manera que los indicadores generales se han desglosado por cantones y por las áreas geográficas que constituyen las regiones de salud, con el objeto de precisar en cuáles los indicadores son más bajos que los promedios nacionales, para concentrar en ellos el esfuerzo de las estrategias sanitarias y económicas, y lograr una mejora significativa apreciable en los indicadores.

Para el Sector Salud, mejorar los indicadores constituye un reto que se presenta ineludible, aunque las condiciones económicas generales del país no sean todo lo favorables que se requieren para este fin.

El propósito de estructurar una política social de Salud para todo el país, cuando las condiciones económicas tienen un carácter limitante como ocurre en la actualidad, impone la necesidad de desplegar un esfuerzo tanto nacional como local, para conseguir una efectiva participación de las instituciones públicas juntamente con las privadas, en particular de las comunidades, en carácter de elementos promotores y generadores de acciones de salud.

Con ese objetivo de participación se buscan soluciones conjuntas, de manera que los factores económicos, educativos y sociales, paralelamente a los de salud, puedan generar respuestas adecuadas a la problemática local.

La experiencia ha demostrado que la estrategia de impulsar y mejorar la atención primaria de la salud, constituye uno de los factores más eficaces para que la asistencia sanitaria se coloque al alcance de toda la población y, muy particularmente, de los grupos rurales, los periurbanos marginales y los calificados como de mayor riesgo. Esto, además, permite mejorar y ampliar los programas sanitarios, y lograr así una cobertura universal, en todas las comunidades.

De ahí que el desarrollo de los sistemas locales de salud se presente como una de las alternativas más idóneas, ya que su carácter local permite, además de una descentralización importante de las acciones, la consecuencia de que todos aquellos elementos integrantes de la comunidad estén presentes y que su acción signifique un enriquecimiento para la política integral de cobertura universal.

I

**ASPECTOS
GEOGRAFICOS,
POLITICOS,
ECONOMICOS
Y SOCIALES**

1.- Descripción del país

La república de Costa Rica está ubicada en el istmo centroamericano, entre los 8 grados 2 minutos y 26 segundos y los 11 grados 13 minutos 12 segundos de latitud norte, y entre los 82 grados 33 minutos y 42 segundos y los 85 grados 57 minutos y 57 segundos de longitud oeste.

Limita al norte, en 300 kilómetros, con Nicaragua; al sur tiene una frontera de 362 kilómetros con Panamá; al este limita en 1.254 kilómetros con el Mar de las Antillas y al oeste con el Océano Pacífico, en una costa de 212 kilómetros.

La mayor anchura de su territorio alcanza los 464 kilómetros, en dirección noroeste a sureste entre las dos fronteras internacionales. La anchura menor es de 119 kilómetros, en la franja ístmica que une los dos océanos.

Para efectos administrativos, su territorio se halla dividido en siete provincias, las que a su vez se subdividen en 81 cantones, y éstos, en 422 distritos.

Su extensión territorial es de 51.100 kilómetros cuadrados, incluyendo varias islas, la mayoría situadas en el Océano Pacífico, entre las cuales se cuenta la Isla del Coco, situada a más de 500 kilómetros de tierra firme, en dirección suroeste.

La población calculada para 1988 es de 2.851.085 habitantes. El idioma oficial es el español. La religión oficial es la Católica pero existe libertad de culto constitucionalmente garantizada.

En términos generales, el clima se califica como tropical húmedo, aunque la variada topografía permite también una considerable variedad de climas, con temperaturas promedio que fluctúan entre los 7,4 grados centígrados, en la cima del volcán Irazú, y los 28,5 en las llanuras costeras de Santa Cruz, Guanacaste.

2.- Aspectos Generales

El principal asentamiento de la población lo constituye el Valle Intermontano Central, con una extensión aproximada a los 9.000 km². La situación latitudinal ubica al país en la zona tropical del planeta, lo cual determina muchos de los rasgos físicos del territorio.

Esas características inciden además en los factores de índole sociocultural, en cuanto a las formas de organización de la sociedad para la producción, especialmente el uso y explotación de la tierra, ya sea en el cultivo del café, del cacao, del banano o de la caña de azúcar, entre otros, o en la crianza de ganado lechero y de carne, actividades éstas que conforman la principal rama de la producción económica del país, sin menospreciar el aporte que hacen otras actividades al Producto Interno Bruto.

En este contexto, el modelo de desarrollo que ha impulsado al país, como formación capitalista dependiente, entró en crisis en la década de los años setenta, con el fracaso del modelo de sustitución de importaciones.

Durante la década de los setenta, la industria naciente costarricense desarrolló una gran dependencia de la materia prima importada. Además, la capacidad del Estado tanto para captar mayores ingresos como para reducir el nivel del gasto público, resultó ser muy limitada.

A finales de esa década, la gran proporción de exoneraciones y la imperiosa necesidad de mantener la tendencia creciente del gasto para estimular el desarrollo, provocaron un fuerte ensanchamiento de la brecha fiscal y dieron origen

a una de las crisis más severas de toda la historia de Costa Rica, caracterizada por una drástica desaceleración del crecimiento, el que llegó a registrar índices negativos en los años 1981 y 1982.

En el mismo período, se registró también un fuerte recrudecimiento del problema fiscal, todo lo cual provocó, en el Sector Salud, un desquiciamiento casi total con pérdida sostenida en las reservas, producto directo del deterioro de los términos del intercambio, la inflación con desempleo y de otros efectos negativos de la economía nacional.

En la década de los setenta, el gasto público creció con una tasa promedio de 26,9% anual, superior a la del producto interno bruto (PIB), la cual, calculada en moneda nacional fue del 20% anual en el mismo período.

La deuda pública creció más rápidamente que el PIB: del 27% que registró en el período de 1970 a 1974, subió a 39% en 1978 y sobrepasó el 50% en los inicios de la década de los ochenta, con el consecuente aumento del financiamiento externo, en condiciones cada vez más desfavorables, con tasas de intereses que oscilaron entre un 3,66%, en 1973, y 10,4%, en 1979.

Ante el persistente desequilibrio externo y las dificultades de acceso al financiamiento internacional, Costa Rica adaptó desde 1982, políticas y programas de estabilización y ajuste interno orientados a equilibrar la economía y lograr nuevos acuerdos con organismos financieros internacionales.

Desde este punto de vista, el Gobierno de la República hizo esfuerzos para promover el desarrollo de las actividades productivas no tradicionales, para lo cual se dictó una serie de medidas tendientes a proteger y fortalecer esa iniciativa, como un medio de ampliar la participación en el mercado internacional y captar mayor cantidad de divisas para el país.

En el plano social, la crítica situación financiera ha influido negativamente en el nivel y en la calidad de vida de la población, afectando especialmente a los grupos de menores

ingresos, con riesgo que se deterioren los altos índices alcanzados en materia de salud, educación y otros.

La salud y la educación son servicios prioritarios a los que el Gobierno ha concedido, de manera permanente, un alto porcentaje de participación en el PIS y en el presupuesto nacional. Sin embargo, los costos crecientes del desarrollo de los servicios y el incremento en la cobertura de la seguridad social para atender a las poblaciones marginadas o empobrecidas, en áreas urbanas y rurales dispersas, demandan para mantener niveles eficientes de atención, recursos adicionales que comienzan a ser inalcanzables dentro de las actuales circunstancias del país.

Con todo, la distribución de los beneficios sociales y económicos no ha sido homogénea, situación que se vuelve notoria por la presencia de poblaciones en la frontera norte, en la vertiente atlántica y en la región del pacífico sur, que no han logrado los niveles de vida y de salud semejantes a los de la región central, donde se localizan los mayores centros poblados de Costa Rica.

La búsqueda de la equidad y la justicia social ha sido definida como una acción fundamental para mantener la solidaridad en el grupo social, así como la garantía del desarrollo de la democracia política, económica y social en el país.

La crisis centroamericana es un elemento importante a considerar, por el impacto que produce sobre el país, especialmente en el aspecto de los refugiados. En este rubro, Costa Rica ha debido absorber una población excedente que, en sólo los últimos ocho años, se calcula en 200 mil, quienes han llegado huyendo del espectro de la guerra, en condiciones de salud deplorables y con muy bajos niveles de educación y de calificación laboral.

En conjunto, estos factores le plantean al país, un reto de grandes proporciones, si es que se quiere mantener y mejorar la calidad de vida de la población, a través de un mayor desarrollo económico, político y social, a corto y a mediano plazo.

||

**ANTECEDENTES
Y EVOLUCION
DEL SEGURO SOCIAL**

1.- Antecedentes

Costa Rica ha alcanzado, en los últimos años, excelentes niveles generales de salud; sin embargo, aún persisten algunos sectores de la población -afortunadamente no mayoritarios- que presentan incidencia o prevalencia de determinadas patologías, en grados considerablemente más altos que la generalidad del país. Ello se debe, en lo fundamental, a que algunos grupos, especialmente de áreas rurales y urbanas marginales, no disponen de un adecuado acceso a los servicios de salud.

Razones de tipo económico y de naturaleza técnica, pero sobre todo de justicia social, hacen que el cambio en la prestación de estos servicios, para superar aquellas deficiencias, sea no sólo provechoso, sino necesario y urgente a la vez.

La demora en la ejecución de esos cambios resulta inconveniente desde todo punto de vista, en especial porque el nivel de progreso social del país es incompatible con esa inadecuada situación, pues se sustenta en avances realmente excepcionales o poco comunes, como la abolición del ejército, la tradición democrática, el respaldo a la autodeterminación de los pueblos, los altos índices educacionales y de salud, y muchos otros.

Por lo demás, ese nivel de desarrollo implica naturalmente las condiciones para que se puedan usufructuar ya los beneficios que, para la salud y la economía nacionales, deben significar un funcionamiento más racional y una equitativa

distribución de los importantes recursos que para la salud del ciudadano destina el país.

No cabe duda que el desarrollo de la seguridad social costarricense ha logrado en materia de atención médica y prestaciones sociales avances significativos para toda la población. Prueba de ello son, por ejemplo, los logros alcanzados en la cobertura del régimen de Enfermedad y Maternidad, que en 1987 se extendió al 69,8% de la población económicamente activa, lo que significó cubrir al 89,3% de la población total, en calidad de asegurados obligatorios directos y beneficiarios cuyo derecho deriva de los anteriores. El restante 10,7% tiene acceso a los servicios médicos mediante el aseguramiento a cargo del Estado, o por el pago directo de los servicios médicos.

En cuanto a la cobertura del régimen de Invalidez, Vejez y Muerte, se extendió al 46,6% de la población económicamente activa. Asimismo, el régimen de Pensiones por Monto Básico, administrado por la Institución, alcanzó en el mismo período a 61.346 beneficiarios, quienes en conjunto recibieron servicios por un monto de ₡78,7 millones, aplicados a pensiones no contributivas, servicios médicos y hospitalarios y gastos administrativos.

Desde que se dictó originalmente la Ley de Creación de la Caja Costarricense de Seguro Social en noviembre de 1941, se estableció la protección para los trabajadores agrícolas, que lógicamente estaban conformados en su mayoría por población netamente rural.

En cumplimiento de aquella disposición, entre 1944 y 1947, se extendió el seguro de Enfermedad y Maternidad con protección familiar, a una importante región del Valle Central que revestía características propias de área rural.

En las décadas de los cuarenta y cincuenta, la ampliación de la cobertura a nivel nacional fue desarrollándose en forma lenta: así, de 1944 a 1960, se pasó de una protección de 27.710 personas, que representaban el 4% de la población, a 189.106 personas, equivalentes al 15%, en 1960.

En la década siguiente, precisamente en 1961, se adoptó una reforma constitucional que tuvo gran trascendencia, pues, de acuerdo con la Ley No.2738 del 12 de mayo de ese año, se impuso a la Caja Costarricense de Seguro Social la obligación de lograr la universalización de los seguros sociales puestos a su cargo. Lógicamente, a partir de ese momento se impuso la necesidad de un incremento más acelerado en cuanto a cobertura.

A consecuencia de esa reforma, entre 1962 y 1966 se extendió el seguro de Enfermedad y Maternidad a zonas típicamente rurales, y en 1971 se eliminaron los topes excluyentes por monto de salario. Estos hechos hicieron que en 1971 la cobertura alcanzara a un 51 % de la población.

La Ley No.2738 mencionada, fijó un plazo de diez años para lograr la universalización. Sin embargo, cuando expiró ese plazo en 1971, la universalización no se había podido realizar plenamente, por diversos motivos, uno de los cuales fue la falta de estructura física suficiente, ya que la mayoría de los hospitales del país era administrada por juntas de protección social.

Ante esta situación y con el afán de eliminar la duplicación de esfuerzos y la falta de coordinación que derivaba de la existencia de múltiples instituciones y organismos encargados de atender la salud, en septiembre de 1973 se promulgó la Ley No.5349, por medio de la cual se ampliaron los recursos materiales, humanos y financieros del Seguro Social, para que éste, a su vez, extendiera los servicios a toda la población, bajo un solo sistema de atención médica integral.

Esto último se logró mediante el traspaso de hospitales y sus fuentes de financiamiento, de las Juntas de Protección a la Caja de Seguro Social, mediante un proceso que se completó el 21 de diciembre de 1984 al integrarse, al Sistema Hospitalario Nacional, el Hospital "Dr. Carlos Luis Valverde Vega", de San Ramón.

Paralelamente al proceso de los traspasos, se decidió la ampliación del seguro de Enfermedad y Maternidad en forma

obligatoria, para extenderlo a los trabajadores independientes y a los pensionadas y sus beneficiarios.

Las situaciones anteriores hicieron que a fines de 1987, la cobertura alcanzara al 89,3% de la población, como se dijo arriba; pero ésto, en los hechos, se traduce en una cobertura del 100%, ya que los no asegurados e indigentes también se encuentran protegidos.

Un hecho importante de resaltar y que le dio marco jurídico a los acontecimientos narrados, fue la promulgación del Decreto Ejecutivo No.17898-S, que ratificó la atención integral a la totalidad de la población dentro del proceso de universalización del seguro de Enfermedad y Maternidad, lo cual garantizó la salud a la población asegurada por cuenta del Estado, para que ésta recibiera servicios de protección de la salud sin el pago directo de su parte.

Del estudio del proceso de desarrollo arriba descrito, se puede concluir que el Seguro Social de Costa Rica, en este período, logró cubrir a la totalidad de la población del país y que entonces los esfuerzos se encaminaron a mejorar la eficacia y la eficiencia de los servicios, objetivo para cuya consecución se adoptó un esquema organizativo distribuido por niveles de atención y por regiones geográficas.

Los gráficos No.1 y No.1-A, ilustran el proceso evolutivo del Seguro Social en Costa Rica.

2.- Ampliación de los Seguros Sociales

Conforme con las disposiciones legales y constitucionales en que se fundamenta el Sistema de Seguridad Social, su "campo de aplicación" ha de comprender a los trabajadores asalariados y a los independientes. Interpretada esta concepción en una forma amplia, significa proteger a la población económicamente activa y, a través de ella, proyectar esa protección a la población pasiva.

En la realidad, sin embargo, se ha ido más lejos, pues al entrar en el campo de aplicación de la seguridad social, se encuentra que en Costa Rica existen grupos de asalariados y grupos de no asalariados que deben tomarse en cuenta, lo que conforma cuatro tipos de usuarios que ya se hallan caracterizados en los reglamentos correspondientes.

De esa manera, los usuarios de los servicios de la Seguridad Social se agrupan en las categorías siguientes:

- a. Asegurados asalariados y sus beneficiarios
- b. Asegurados independientes
- c. Asegurados a cargo del Estado (indigentes)
- d. Pensionados de los diferentes regímenes existentes en el país y sus beneficiarios.

Lo anterior revela una situación muy importante: que se piensa en la población de Costa Rica como un todo. Sobre esta base se busca hacer realidad la idea que "todos los costarricenses somos responsables de todos los demás".

Ya no se piensa que la enfermedad, el riesgo de trabajo y la invalidez, sean producto de la actividad concreta que se llama fábrica, empleo, trabajo, sino que se consideran adversidades que pueden presentarse a cualquier persona en cualquier momento y en cualquier lugar, trabaje o no, frente a las cuales todos tenemos responsabilidad. Esto es lo que se denomina "un riesgo social": por la seguridad del grupo social todos aceptamos y asumimos el riesgo de todos.

El concepto de universalización implica una serie de pasos necesarios para llegar a la seguridad social, de manera que ambas ideas, universalización y seguridad social, están estrechamente correlacionadas. En realidad, el proceso de universalización no es otra cosa que la operacionalización de la seguridad social; pero para que esto sea posible el país ha debido evolucionar no solamente en el campo de la salud, sino también en la administración.

GRAFICO No.1

EVOLUCION DE LOS SEGUROS SOCIALES EN COSTA RICA

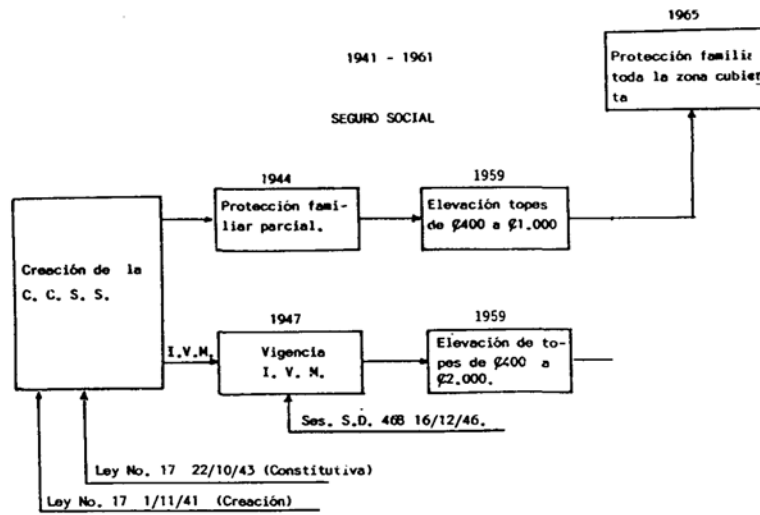
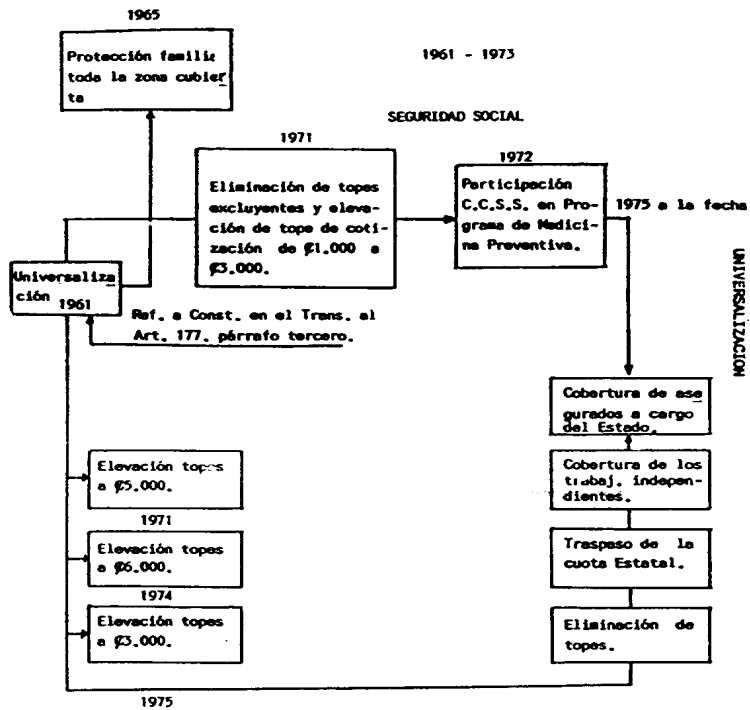


GRAFICO No.1-A

EVOLUCION DE LOS SEGUROS SOCIALES EN COSTA RICA



El 30 de marzo de 1971 la Asamblea Legislativa reformó al artículo 3 de la Ley Constitutiva de la Caja mediante decreto que se conoce como "Ley de Universalización del Seguro Social", porque fijó las etapas sucesivas que conducirían a dicha universalización, la que a esta fecha se halla prácticamente consolidada.

3.- Consolidación del proceso de universalización

Aspectos generales

Para una completar la síntesis del desarrollo del Seguro Social en Costa Rica, debe considerarse con especial cuidado la decisión política que provocó la universalización de los seguros sociales, el marco legal que se dio para el proceso de integración de los servicios hospitalarios bajo la administración del Seguro Social y la extensión de la cobertura a nuevos grupos.

El proceso de universalización comprende varias etapas de la historia de la seguridad social costarricense (gráfico No.2).

A partir de 1961, cuando se adoptó la decisión política de la universalización, se abrió una década en que se produjo la extensión más notable de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Entre 1962 y 1966 se extendió el seguro de Enfermedad y Maternidad a zonas típicamente rurales.

En 1965 se acordó extender la protección familiar al área metropolitana, con lo que desapareció, a partir de ese momento, la forma de protección incompleta. Simultáneamente, con el desarrollo de la cobertura de los seguros, la Caja fue poniendo en práctica un programa de construcción de instalaciones propias, especialmente hospitales, pues los que existían entonces eran del Gobierno o de las Juntas de Protección Social de las localidades, donde la Caja no contaba con instalaciones propias para dar atención a los nuevos asegurados que habían surgido con la extensión horizontal.

PROCESO DE UNIVERSALIZACIÓN DE LOS SEGUROS SOCIALES

II ETAPA
Marco legal
1970-1973

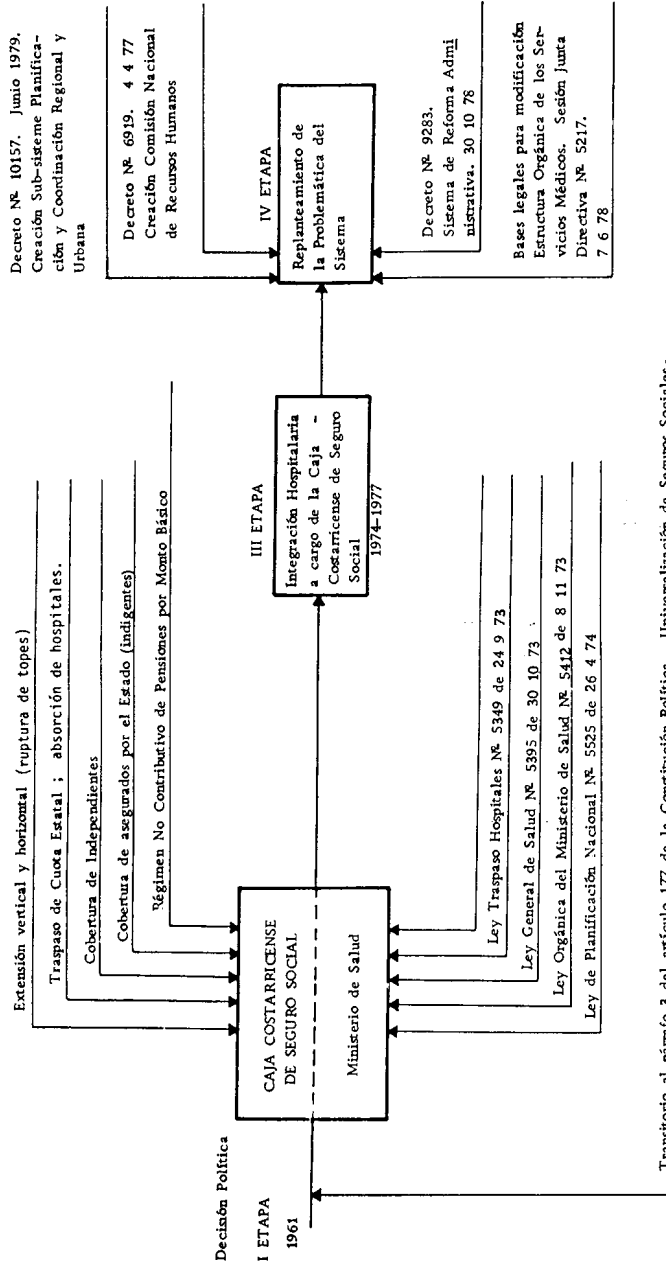


GRAFICO No.2

Antes de cumplir su tercera década de existencia, entre los años 1961-1971, la CCSS ya cubría, en el Seguro de Enfermedad y Maternidad, al 38% de la población activa del país, un 45% de la población total y un 60% de la población asalariada. En Invalidez, Vejez y Muerte cubría un 28% de la población total y un 24% de la población activa.

Con la mencionada Ley No.4711 de 1971, llamada Ley de Universalización, se inició una nueva etapa en cuanto a la atención de los indigentes, los riesgos profesionales, enfermedades y accidentes, y programas de medicina preventiva.

En 1973 se promulgó la Ley No.5349, de Traspaso de Hospitales, en virtud de la cual, la Caja asumió la operación de los hospitales y la atención médica para asegurados y no asegurados.

Durante la década de los años setenta, la Institución emprendió con renovado vigor la tarea de extender la cobertura a todo el territorio y a todos los habitantes del país; mientras, simultáneamente, se registraban eventos de tanta trascendencia para la seguridad social, como la promulgación de la Ley General de Salud, en 1973, la cual vino a regular las actividades de los individuos, las empresas y el Estado en el campo de la salud.

En ese mismo año se promulgó la Ley Orgánica del Ministerio de Salud, y poco después, la Ley No.5525 de Planificación Nacional, la que vino a complementar aquel proceso, mediante la coordinación interinstitucional en busca de unidad de objetivos políticos y de estrategias.

4.- Evolución de la cobertura de los distintos regímenes

4.1.- Enfermedad y Maternidad

A partir del 1o. de septiembre de 1942 se dispuso la implantación del seguro de Enfermedad y Maternidad para el área metropolitana y las principales cabeceras de provincia,

con carácter obligatorio para los trabajadores con salario inferior a ¢400.00 por mes.

En esta primera extensión interesa destacar que se llevó a cabo en las regiones urbanas más densamente pobladas del país y que la protección contemplada sólo fue la directa, sin beneficio para los familiares, situación que prevaleció por más de dos décadas.

Entre 1944 y 1947 se extendió este seguro con protección familiar a una importante área del Valle Central que revestía características de población rural.

Al finalizar la década de los cuarenta, la Caja cubría en el régimen de Enfermedad y Maternidad, solamente al 8% de la población total del país, equivalente a un 23% de la población económicamente activa.

En 1959, debido a la gravedad de los inconvenientes que derivaban de la limitación del tope excluyente, que en ese entonces era de ¢400.00 mensuales, se logró elevarlo a ¢1.000.00, con lo que se amplió la protección del beneficio familiar a un importante sector de la población rural.

Al finalizar el período comprendido entre 1951 y 1961, la CCSS cubría en el régimen de Enfermedad y Maternidad, al 18% de la población total del país, que representaba el 27% de la población económicamente activa.

En la década que terminó en 1971 se produjo una expansión notable de la institución, pues, entre años 1962 y 1966 se extendió el seguro de Enfermedad y Maternidad a zonas típicamente rurales.

En 1965 se acordó la protección familiar al área metropolitana, con lo que desapareció, a partir de ese momento, toda forma de protección incompleta.

Antes de cumplir su tercera década de existencia, entre los años 1961 y 1971, la Caja cubría en el régimen de Enfermedad y Maternidad, un 38% de la población activa del país, un 45% de la población total y un 60% de la población asalariada.

Al año 1986 la cobertura de ese régimen alcanzó un 68,7% de la población económicamente activa, lo que representó una cobertura del 87% de la población total del país, ya fuera en calidad de asegurados obligatorios o de beneficiarios; el restante 12.8%, sin estar en esas calidades, obtuvo acceso a los servicios médicos. (gráfico No.3) Las prestaciones que otorga este régimen se incluyen en el gráfico No.4.

4.2.- Invalidez, Vejez y Muerte

El seguro de Invalidez, Vejez y Muerte entró en vigencia el 10. de enero de 1947 en todo el territorio nacional, pero con carácter voluntario, condición que se mantuvo hasta abril de 1954, en que la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social acordó restringirlo a los lugares donde estuviera establecido el régimen de Enfermedad y Maternidad. También dispuso, según se extendiera éste, que automáticamente los patronos y trabajadores quedarían obligados a cotizar para el régimen de pensiones. De manera que esto se lograría por etapas.

Las disposiciones iniciales se mantuvieron hasta el 31 de octubre de 1960, cuando, con motivo de la reforma general del Reglamento de Invalidez, Vejez y Muerte, volvió a extenderse a todo el territorio nacional, pero únicamente para los trabajadores de los poderes del Estado, del Tribunal Supremo de Elecciones y de las instituciones autónomas, cuya relación de trabajo fuera de naturaleza permanente, a juicio de la Institución.

Al finalizar la década comprendida entre 1951 y 1961, la Caja cubría en este régimen un 12.2% de la población total del país. Para 1971 se cubría un 31.1 % de la población económicamente activa y un 30.3% de la población total. En junio de 1975, este régimen adquirió el carácter de universal al incluirse en él a todos los trabajadores agrícolas.

Su cobertura histórica desde 1947 a 1975 se detalla en el apartado siguiente, en tanto que los beneficios obtenidos en este régimen, en cuanto a reducción de la mortalidad infantil, se ilustra en el gráfico No.5.

GRAFICO No.3

POBLACION TOTAL, POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA,
 COBERTURA DE ENFERMEDAD Y MATERNIDAD E
 INVALIDEZ VEJEZ Y MUERTE
 Costa Rica 1950-1987

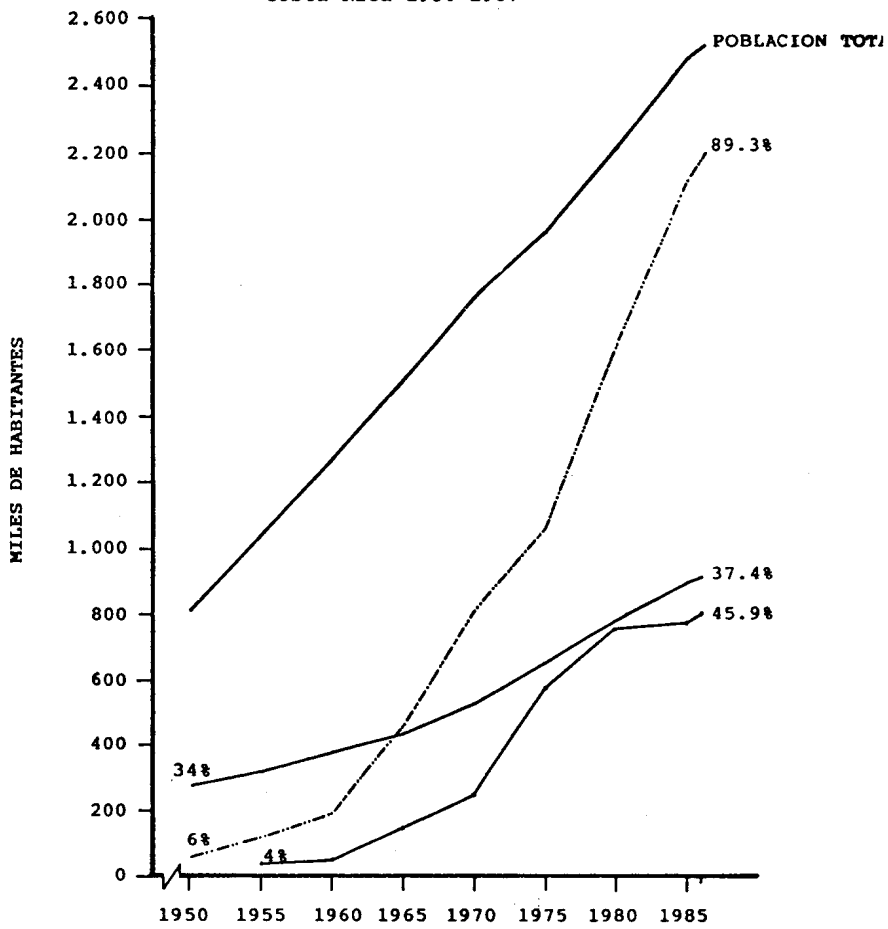


GRAFICO No.4

PRESTACIONES DEL SEGURO ENFERMEDAD Y SALUDIDAD

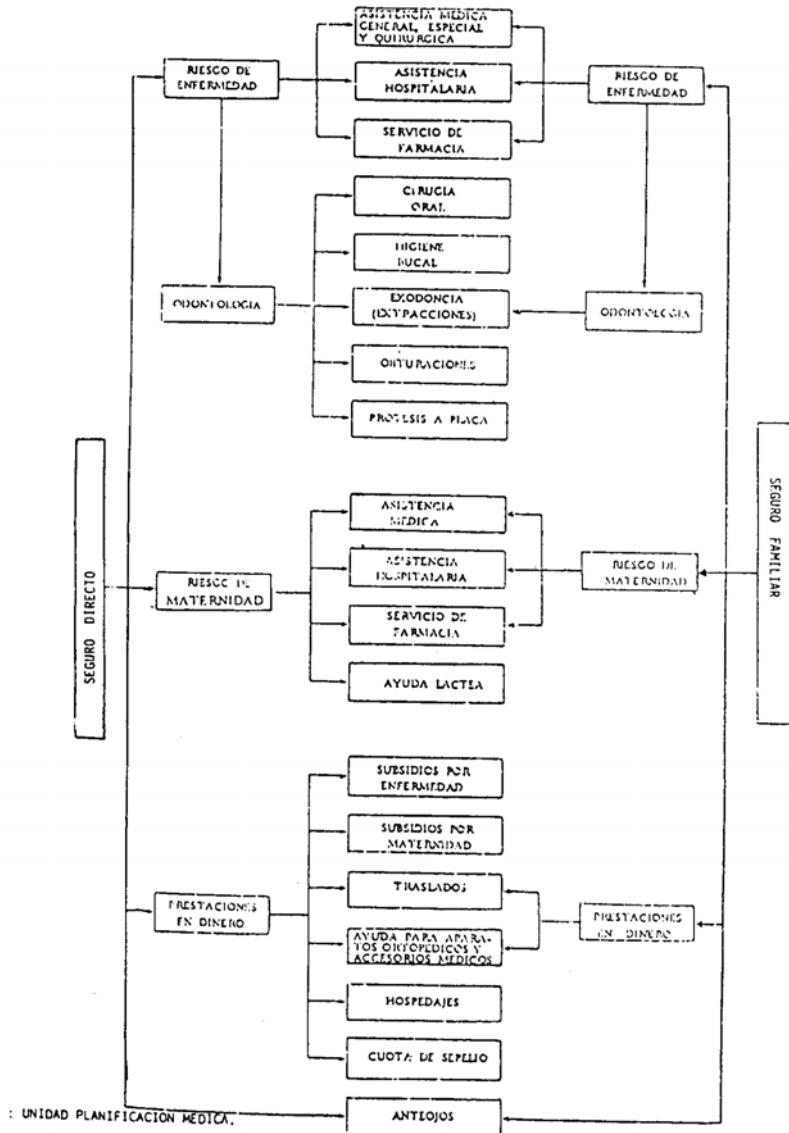
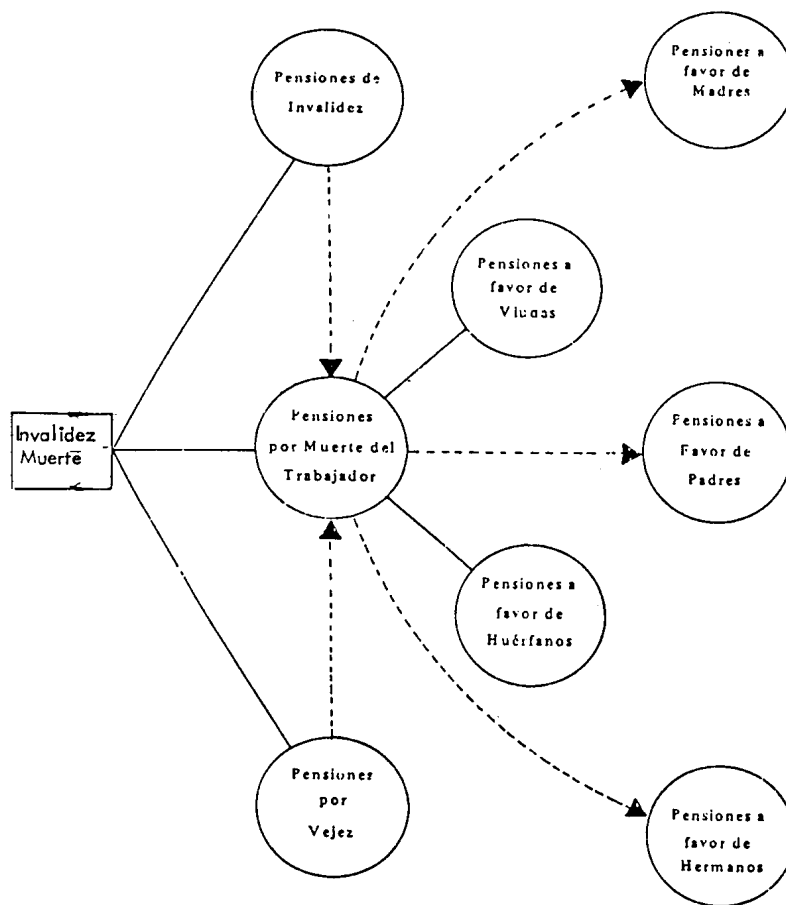


GRAFICO No.5

PENSIONES SEGURO
INVALIDEZ, VEJEZ Y MUERTE



FUENTE: UNIDAD DE PLANIFICACION MEDICA

En 1972, al acordarse la ruptura de topes, se adoptó también el carácter obligatorio de este régimen, de manera que desde entonces ha evolucionado paralelamente con el de Enfermedad y Maternidad.

5.- Resumen histórico de la cobertura del Régimen IVM

En forma esquemática, el desenvolvimiento progresivo del régimen de Invalidez, Vejez y Muerte se halla marcado por las siguientes fechas:

- 1o. enero 1947: Se incorporaron los servidores del Estado (profesionales y oficinistas), de instituciones públicas protegidas por el régimen de Enfermedad y maternidad, remuneradas mediante salarios fijos consignados en los presupuestos respectivos.
- 1o. julio 1947: Se extendió a los empleados de instituciones y empresas públicas o privadas, gerentes, administradores, personas con funciones de dirección o administración; empleados de oficinas, de consultorios profesionales, de escuelas particulares (excepto porteros, mandaderos y trabajadores dedicados a labores de limpieza); capitanes de barco, oficiales y asistentes de administración.
- Octubre 1958: Se amplió a los trabajadores del Estado, dedicados a actividades de oficina que no habían ingresado en enero de 1947, por no estar protegidos por el régimen de Enfermedad y Maternidad.
- 1o. enero 1959: Ingresaron los empleados del Banco Nacional de Costa Rica.
- 1o. noviembre 1960: Fueron admitidos los servidores del Estado en funciones en los poderes del Estado, en el Tribunal Supremo de Elecciones y en las instituciones autónomas (en todo el país), semiautónomas y municipalidades, cuya relación de trabajo fuera permanente.

También ingresaron los porteros en general, los trabajadores dedicados a labores de limpieza y aseo en oficinas; los dependientes de mostrador, los cobradores y los trabajadores manuales que no realizaban labores agrícolas, siempre que laboraran en lugares donde estuviera extendido el seguro de Enfermedad y Maternidad.

1o. mayo 1962: Ingresaron los trabajadores de industria y manuales; los de tiendas, de comercio en el área metropolitana, que hasta ese momento no disfrutaran del beneficio de Invalidez, Vejez y Muerte.

13 septiembre 1963: Se extendió a los mandaderos y auxiliares de comercio.

Agosto 1968: Ingresaron los trabajadores de la construcción.

Septiembre 1968: Ingresaron los trabajadores por jornales con cargo al Estado.

Agosto 1969: Ingresaron los trabajadores de muelle del Ferrocarril Eléctrico al Pacífico.

Octubre 1971 : Se extendió a los trabajadores de industria, manuales, de tiendas, de comercio en áreas rurales.

Diciembre 1973: Ingrearon los trabajadores domésticos, incluyendo jardineros y choferes al servicio de casas particulares.

Junio de 1975: El régimen se extendió a los trabajadores agrícolas y de ganadería.

A partir de esta fecha la cobertura es universal.

En 1987 la cobertura del régimen de Invalidez, Vejez y Muerte alcanzó al 46,6% de la población económicamente activa del país.

En los últimos 40 años, el desarrollo del sector salud estuvo íntimamente asociado al desarrollo del Estado. En similares condiciones, la salud y la educación representan

los dos campos en que se ha logrado un nivel relativamente igualitario en cuanto a su distribución, y ellos se han alcanzado niveles notablemente altos.

En los años recientes, el Sistema de Salud está evolucionando rápidamente con miras a lograr su consolidación como un Sistema Nacional de Salud y con una cobertura universal para toda la población.



ESTRUCTURA Y DINAMICA DE LA POBLACION

Costa Rica tiene una tasa registrada de analfabetismo igual al 6,9% de la población apta (mayor de cinco años). La mortalidad infantil es de 14,8 por cada mil nacidos vivos, siendo la expectativa de vida de la población de 76 años, según los datos reportados por el Ministerio de Salud para 1989.

La homogeneidad social y cultural y el alto grado de integración socio-espacial son dos rasgos característicos de la población, con relevancia en cuanto a la eficacia de los programas de salud.

El censo de 1984 registró una población económicamente activa (PEA) del 47,4% en relación con la población total, y una tasa de desempleo de 7,1%. estimada sobre la PEA.

Pese a que Costa Rica ha experimentado en los años recientes, un importante proceso de urbanización, el país continúa con un porcentaje elevado de población rural (55,5%). La gran mayoría de la población urbana se concentra en la capital de la república y su zona de influencia, esto es, la llamada aglomeración metropolitana de San José, donde se concentra el 28% de la población nacional total. (Cuadros Nos.1 , 2 y 3). (Gráfico No.6).

También son características distintivas del país su estabilidad política y el hecho de carecer de ejército, el cual fue proscrito en la Constitución de 1949.

Según datos de 1985, en las áreas urbanas del país habitaban 1,25 millones de personas, pero se estima que en el año 2005 esa cifra llegará cerca de los 2,5 millones. Según los mismos datos, los pobladores rurales y la población rural

CUADRO N° 1

COSTA RICA. POBLACION TOTAL E INDICADORES DE CONCENTRACION
EN LOS PERIODOS CENSALES 1963, 1973 y 1984.

	1963	1973	1984
POBLACION TOTAL	1.336.274	1.871.780	2.116.809
Urbana	34.5	40.6	44.5
Rural	65.5	59.4	55.5
Población rural/población urbana	1.9	1.5	1.2
AREA METROPOLITANA DE SAN JOSE	24.0	26.5	28.0
Población del resto del país / población AMSJ	3.2	2.8	2.6

FUENTE: Dirección General de Estadística y Censos.
Censos de población 1963, 1973 y 1984.

CUADRO Nº 2

SITUACION DEL SECTOR DE AGUA POTABLE Y SANEAMIENTO

ENTRE 1980 y 1985

Población en miles de habitantes

DESCRIPCION	DICIEMBRE 1980		DICIEMBRE 1985		INCREMENTO	
	Poblac. del país abastec.	%	Poblac. del país abastec.	%	Poblac. del país abastec.	%
AGUA POTABLE	2.21	84	2.463	93	0.253	9
1. URBANA	1.10	100	1.478	100	0.378	-
a) Con conexión domiciliar	1.04	95	1.448	98	0.408	3
b) Con fácil acceso	0.06	5	0.030	2	-0.03	-
2. RURAL	1.11	69	0.985	82	-0.125	13
ALCANTARILLADO Y DISPOSIC. DE EXCRETAS	2.21	87	2.345	95	0.253	8
1. URBANA	1.10	92	1.478	100	0.378	8
2. RURAL	1.11	83	0.867	88	-0.125	5

FUENTE: Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados
Dirección de Desarrollo Físico

CUADRO Nº 3

CUADRO No. 3
SITUACION DEL SECTOR DE AGUA POTABLE Y SANEAMIENTO
COSTA RICA - A DICIEMBRE / 1990

	* POBLAC. del país	ABASTECIMIENTO DE AGUA POTABLE			ALCANTARILLADO Y DIS- POSIC. EXCRETAS **			
		Con conex. domic.	%	Con fácil acceso	TOTAL	%		
URBANA	1.681	1.647	98	0.034	2	100	1.681	100
RURAL	1.120	0.904	95	0.048	5	85	1.064	95
TOTAL	2.801	2.551	91	0.082	3	94	2.745	98

* Población en miles de habitantes

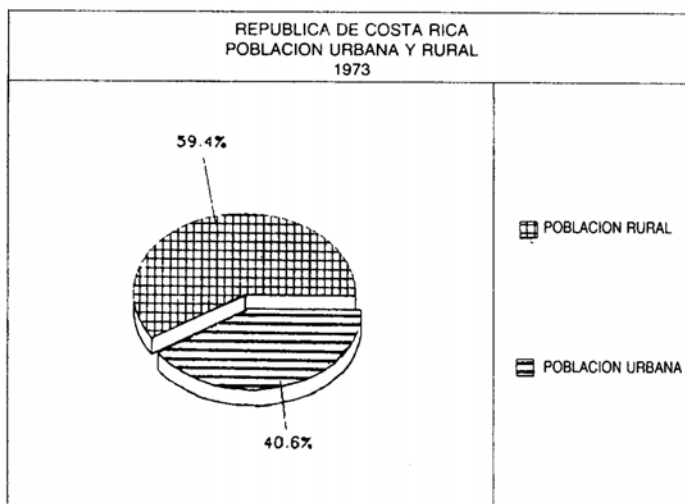
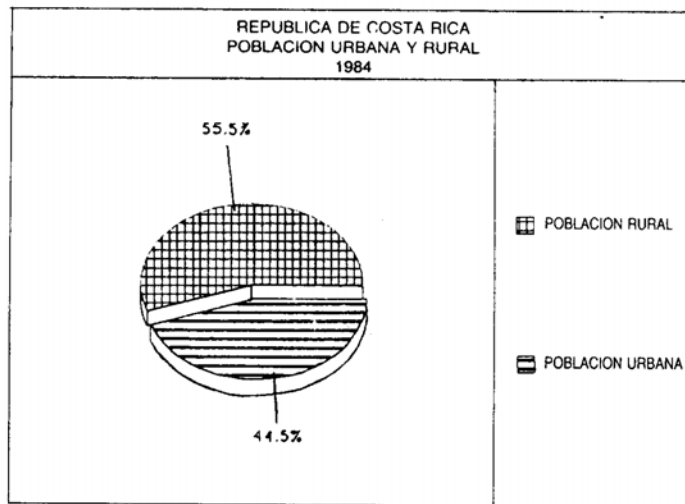
** Con conexión a red y letrinas

FUENTE: Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados
Dirección de Desarrollo Físico

GRAFICO N° 6

COMPARACION POBLACION URBANA Y RURAL

1973 - 1984



dispersa suman 1,22 millones de habitantes; y según las proyecciones, en el año 2005 ese número se hallará muy cerca de los 1,5 millones.

Con respecto a la composición familiar, se estima que la misma es de 4,? en las zonas urbanas y de 5,1 en las rurales, y que para el año 2005 será de 4,1 Y 4,5 respectivamente.

El crecimiento de la población costarricense ha sido rápido (Gráfico No.7). En la década de los años cincuenta, fue de alrededor del 4% anual, uno de los más elevados del mundo, lo que hizo triplicar la población en menos de 35 años, pues pasó de 800 mil habitantes en 1950, 2,5 millones en 1984 y 3 millones en 1990.

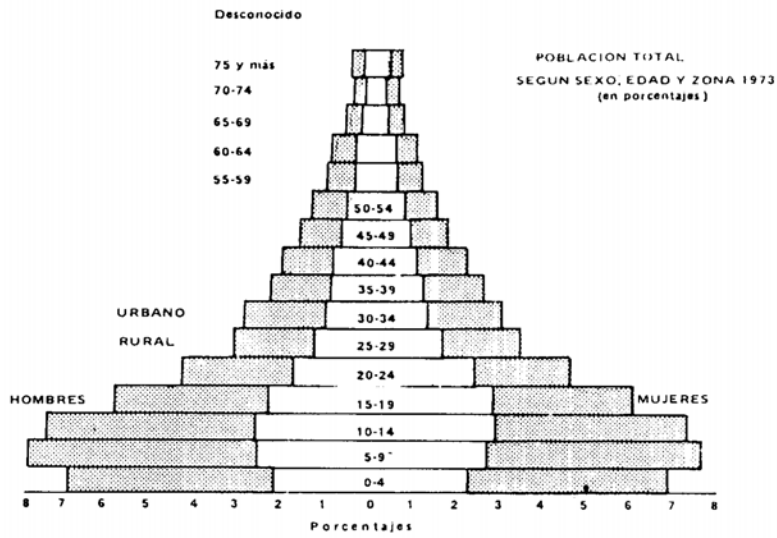
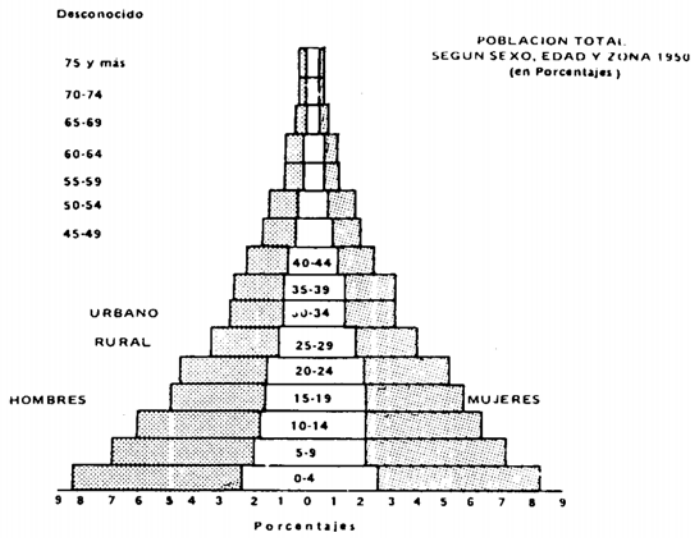
Como consecuencia lógica de ese nivel de crecimiento poblacional, la densidad demográfica pasó de 24,2 por kilómetro cuadrado, a 51 en 1985. Esta situación se originó básicamente en la evolución de dos patrones demográficos. Por una parte, la mortalidad en descenso y la fecundidad en aumento. En cuanto a la primera, entró en proceso de disminución pronunciado y constante, que la hizo descender de 23 por mil en el período 1925 a 1929, a 4 por mil en la actualidad.

La fecundidad, por su parte, en el período comprendido entre 1930 y 1949 se mantuvo constante en un nivel entre 45 y 46 por mil, pero en el decenio de 1950 a 1960 aumentó aún más, hasta llegar a una tasa de casi 50 por mil.

De conformidad con esos datos, es fácilmente comprensible que el crecimiento natural de la población se elevara mucho, hasta llegar a alcanzar un promedio de casi un 4% anual. Este crecimiento acelerado hizo que la población aumentara en más de un 60% entre 1950 y 1963.

En consecuencia, si el ritmo de crecimiento de la población sigue su-evolución actual, cabe esperar que la población del país, que en 1800 era sólo de 50 mil habitantes y que en el presente es de alrededor de 2,8 millones, alcance a fines del presente siglo, una cifra de entre 3,5 y 4 millones de personas.

GRAFICO Nº 7



CUADRO N° 4

TASAS DE NATALIDAD, MORTALIDAD, CRECIMIENTO, MORTALIDAD INFANTIL ,
 ESPERANZA DE VIDA y FECUNDIDAD DE LA POBLACION DE COSTA RICA.
 1910 - 1987
 (tasas por mil)

ANOS	NATALI- DAD	MORTALI- DAD	CRECIMIENTO NATURAL	MORTALIDAD INFANTIL	ESPERANZA DE VIDA	FECUNDIDAD (HIJOS)
1910	46	30	16	195	35	-
1920	46	27	19	187	35	-
1930	45	23	22	154	42	-
1940	44	18	26	112	47	-
1950	48	12	36	89	56	6.9
1960	48	10	38	76	63	7.3
1965	42	9	33	75	63	6.5
1970	33	7	26	63	65	4.9
1975	30	5	25	38	70	3.8
1980	31	4	27	19	73	3.7
1983	30	3.8	26	18.5	73.7	3.5
1984	30.8	3.9	27	18.4	73.7	3.5
1985	32.4	4.0	28	17.6	74	3.8
1986	30.6	4.0	27	17.8	74	3.7
1987	28.8	3.8	25	17.0	74	3.0
1988	-	-	-	14.8	76	-

FUENTE: Rosero , L. Asociación Demográfica Costarricense, 1982.
 Departamento de Estadística, Ministerio de Salud.

CUADRO N° 5

MORTALIDAD INFANTIL
REDUCCION RELATIVA CON RESPECTO A 1970
COSTA RICA: de 1970 a 1987
(TASAS POR MIL NACIDOS VIVOS)

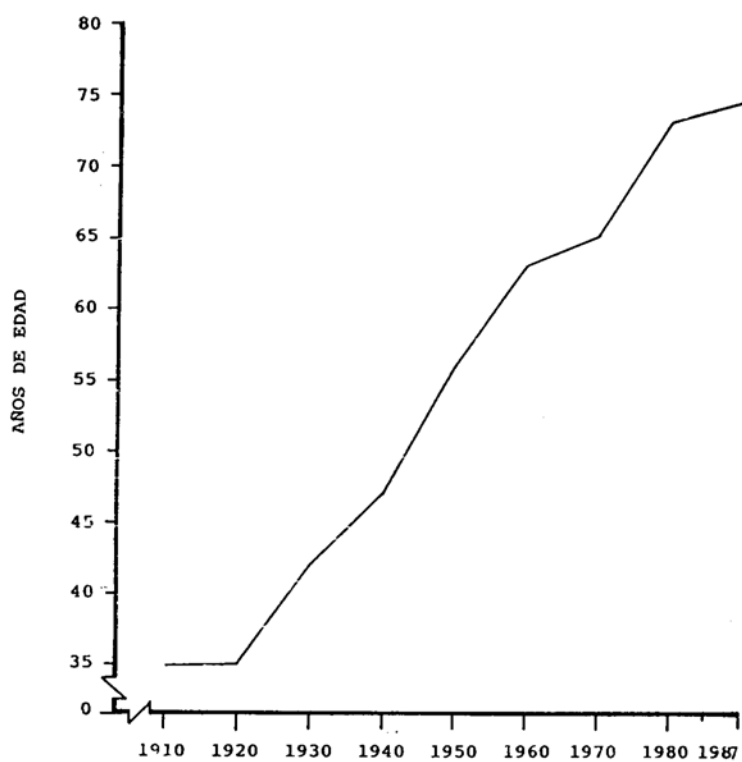
AÑOS	TASAS	REDUCCION PORCENTUAL
1970	61.5	-
1973	44.8	27.2
1976	33.3	45.9
1979	22.1	64.1
1981	18.1	70.6
1982	18.8	69.4
1983	19.5	69.9
1984	18.4	70.1
1985	17.6	71.4
1986	17.8	71.0
1987 *	17.6	71.4
1988	14.8	76.0

FUENTE: Dirección General de Estadística y Censos .
Unidad Sectorial de Planificación ; Ministerio de Salud.

GRAFICO N° 8

ESPERANZA DE VIDA AL NACER

COSTA RICA: DE 1910 a 1987



FUENTE: Unidad Sectorial de Planificación, Ministerio de Salud

IV

**IMPACTO
DE LA EXTENSION
DE LA COBERTURA
EN LA ZONA RURAL**

1.- El descenso de la mortalidad

A principios de siglo, al igual que los restantes países latinoamericanos, Costa Rica presentaba en comparación con los países más desarrollados, una situación extremadamente desfavorable en lo que se refiere a niveles de expectativa de vida. La situación de alta natalidad unida a una alta mortalidad, daban como resultado un lento crecimiento de la población.

A partir de la últimas décadas, sin embargo, las distancias entre esos indicadores han tendido a acortarse debido a la disminución de la mortalidad. Así, en los años setenta, en lo que puede señalarse como un caso extraordinario, Costa Rica logró un singular descenso en los índices de mortalidad, al grado que en pocos años alcanzó los índices propios de los los países más avanzados.

Este hecho, que ha sido calificado como espectacular, se debió básicamente a la caída vertical en la incidencia de las enfermedades infecciosas, en especial las prevenibles, que fueron combatidas mediante amplios programas de inmunizaciones, hasta el punto que en más de una década no se ha registrado ningún reporte sobre casos de poliomielitis o de muerte por difteria. Asimismo, destaca el descenso de la mortalidad producida por malaria, parasitosis y tuberculosis.

En cuanto a la mortalidad no atribuible a microorganismos o parásitos, presenta diferentes tendencias. Así, las causas más frecuentes, como las complicaciones del embarazo, también han reducido su incidencia fatal, en forma

parecida a las infecciones por microorganismos. Esto se debe a la ampliación de la atención hospitalaria y preventiva, al grado que en 1987, el 92% de los partos registrados en el país fue atendido intrahospitalariamente y el 80% de los recién nacidos fue vacunado en las primeras 48 horas de vida, contra la tuberculosis, es decir con la vacuna BCG.

Las tres cuartas partes (75%) de la disminución de la mortalidad registrada entre 1940 y 1980, se produjeron por el control de la desnutrición, de las enfermedades infecciosas y de las parasitarias. Además dos quintas partes (el 40%) de esa reducción están relacionadas con la sanidad ambiental; y un quinto (20%), a la disponibilidad de nuevas drogas y tecnología de alto costo.

Los resultados obtenidos han obedecido a una política clara y programada a lo largo del tiempo, para combatir la infección y la desnutrición. Para los años venideros, la prevención será de mayor complejidad y de mucho mayor costo, y deberá orientarse a mantener el control de la infección y la desnutrición y, además, se deberá iniciar la prevención de las enfermedades degenerativas, las neoplásicas, de la violencia en todas sus formas, así como las malformaciones congénitas y enfermedades metabólicas. (Cuadro No.6 y gráficos Nos.9, 10 Y 11)

2.- Distribución del ingreso familiar

Entre los años 1962 y 1983, Costa Rica atravesó por una época de expansión económica y un período de crisis que provocaron cambios sensibles en la distribución del ingreso. En ese período se registró cierto aumento en la concentración del ingreso, caracterizado por una mayor participación de los estratos de ingresos altos en detrimento de los grupos de más bajos ingresos, mientras las familias de ingresos medios mantenían casi intacta su participación relativa.

Al respecto, el 20% de las familias de más bajos ingresos, que en 1971 percibió el 5,4% del ingreso total, redujo su

CUADRO No.6

MORTALIDAD POR GRUPOS DE CAUSAS
(tasas por 10.000 habitantes)
COSTA RICA: 1970 - 1987

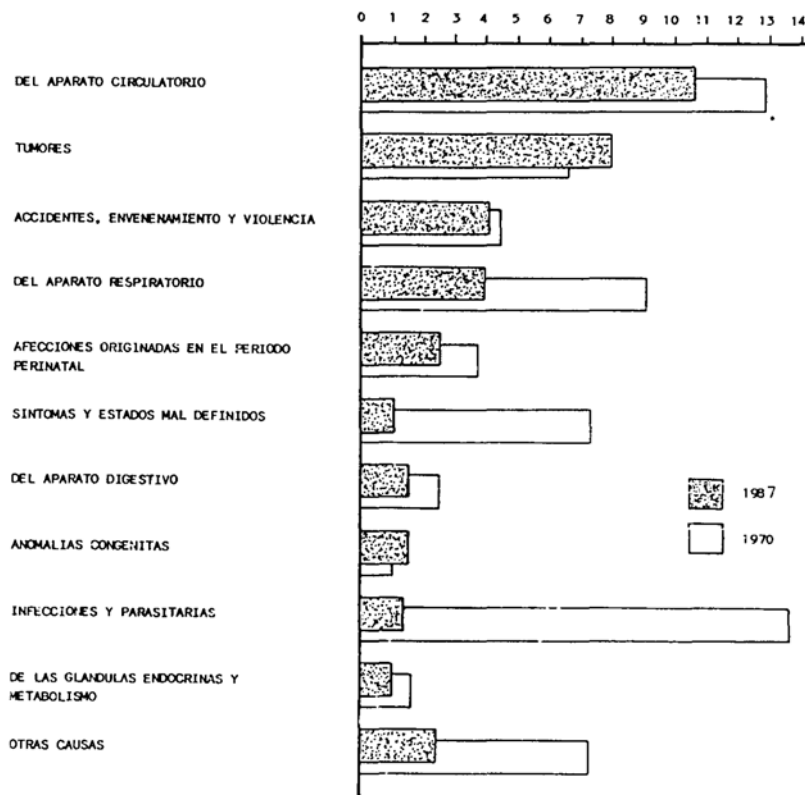
GRUPOS DE CAUSAS	1 9 7 0		1 9 8 7	
	TASA	O.I.	TASA	O.I.
Total	-	-	-	-
Del aparato circulatorio	12.9	2	10.0	1
Tumores	6.6	5	8.0	2
Accidentes, envenamiento y violencias.	4.4	6	4.0	3
Del aparato respiratorio	9.1	3	4.0	4
Afecciones originadas en el período perinatal.	3.7	7	2.0	5
Síntomas y estados mal definidos.	7.3	4	1.0	9
Del aparato digestivo	2.5	8	2.0	6
Anomalías congénitas	1.0	10	2.0	7
Infecciones y parasitarias.	13.6	1	1.0	8
De las glándulas endocrinas y metabolismo.	1.6	9	1.0	10
Otras causas	7.3	-	2.7	-

O.I. : orden de importancia

FUENTE: Departamento de Estadística, Ministerio de Salud.

GRAFICO N° 9

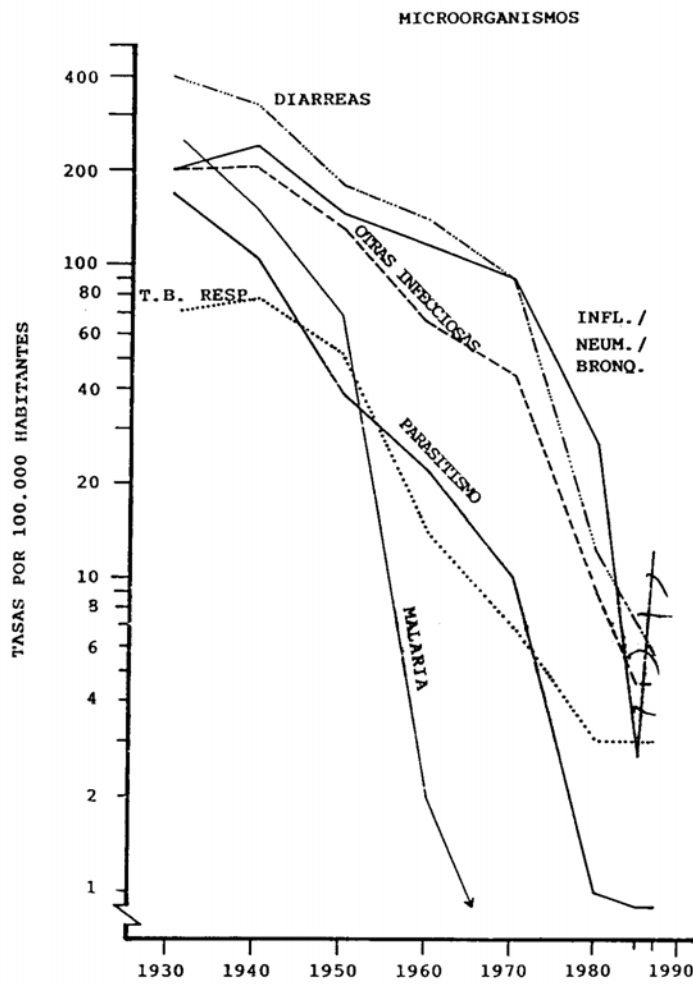
MORTALIDAD POR GRUPOS DE CAUSAS
COSTA RICA: (1970-1987)



FUENTE: Cuadro No. 13.

GRAFICO N° 10

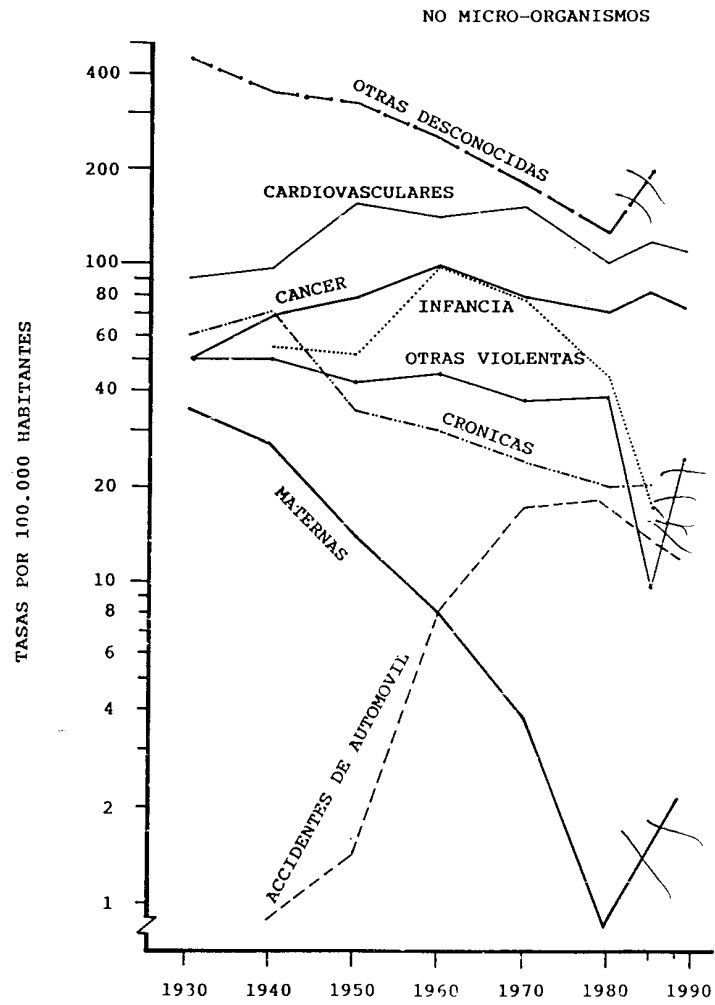
TASAS ESTANDARIZADAS DE MORTALIDAD POR CAUSA



FUENTE: Rosero L. (36)
UNIDAD DE PLANIFICACION MEDICA, C.C.S.S.

GRAFICO N° 11

TASAS ESTANDARIZADAS DE MORTALIDAD POR CAUSA



FUENTE: Rosero (38)
UNIDAD DE PLANTIFICACION MEDICA , C.C.S.S.

participación, en 1983, a un 4,5%; a la vez que, en el mismo período, el 20% de familias de ingresos más altos, aumentó su participación de un 50,6% a un 51,8%.

A lo anterior debe agregarse el problema de la desigualdad en la distribución geográfica del ingreso. Los datos demuestran que el aumento en la concentración del ingreso fue mayor en el área urbana que en la rural.

En el área urbana se incrementó el nivel de ingreso total en un 2,7%. Sin embargo, al analizar los diferentes grupos de ingresos, se observa una disminución en todas las categorías, excepto en la que comprende al 10% de familias de ingresos mayores, cuyos ingresos totales aumentaron de 32,9% en 1971 a 37,1 % en 1983.

En el área rural, por el contrario, hubo un incremento en la participación relativa de todos los estratos, excepto el 10% de las familias más pobres, cuyos ingresos se redujeron en un 16,3% y su participación respecto al total de ingresos del área disminuyó de 2,8% en 1971 a 1,9% en 1983.

Tanto en el área rural como en la urbana, el 20% de familias de menores ingresos fue el sector más afectado, mientras que el 20% de las familias de ingresos más altos fue el más favorecido. (Cuadro No.7)

3.- Extensión y mejoramiento de los servicios en la zona rural

Los servicios de salud en Costa Rica están básicamente a cargo de instituciones de servicio público, que trabajan en forma coordinada a través del sector salud.

De acuerdo con programas preestablecidos, la atención médica a cargo del Ministerio de Salud se dirige a la población dispersa, pero luego se complementa con los servicios médicos a cargo de la Caja Costarricense de Seguro Social. (Gráficos Nos. 12 y 13)

CUADRO No.7

DISTRIBUCION DE FAMILIAS CON BAJOS INGRESOS Y POR
URBANO Y RURAL
1980 - 1985

AÑOS	TOTAL PAIS		URBANO %	RURAL %
	ABSOLUTO	%		
1980	146.135	39.0	23.1	54.0
1981	190.052	50.4	36.1	64.2
1982	230.189	59.6	48.4	69.2
1983	205.255	49.2	41.4	60.6
1984	174.591	42.3	36.6	54.6
1985	156.818	36.7	25.4	49.0

Según metodología propuesta por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) no incluye los ignorados.

Datos estimados al mes de julio por interpolación de marzo y noviembre .

FUENTE: Dirección General de Estadística y Censos.
Encuestas de Hogares de Empleo y Desempleo a julio de cada año.

GRAFICO Nº 12

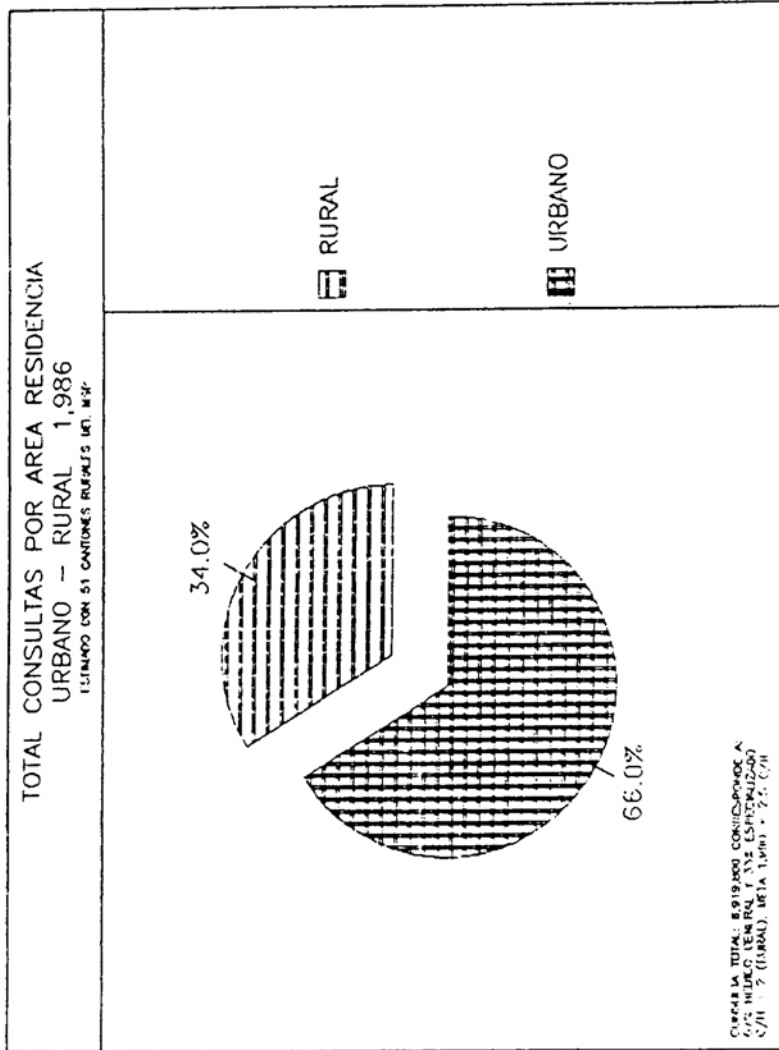


GRAFICO N° 13

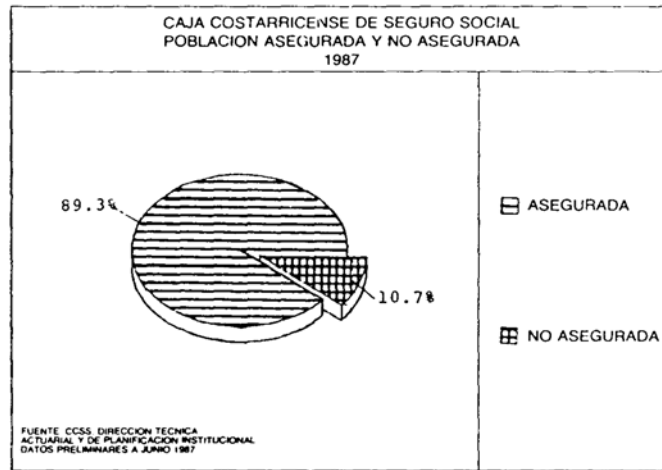
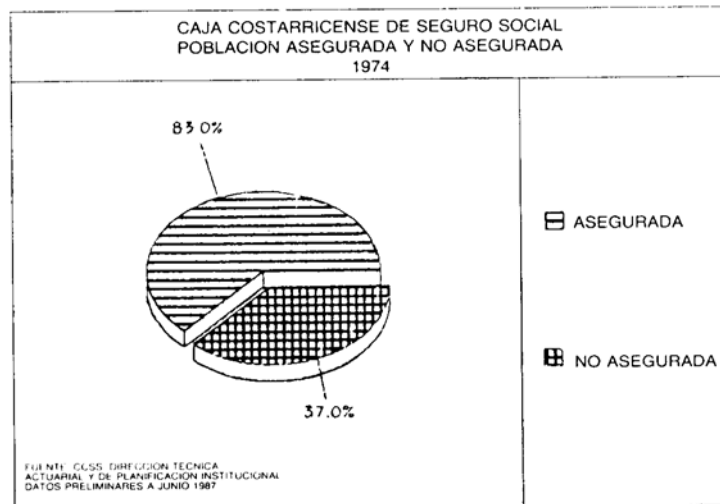


GRAFICO N° 13



Entre las responsabilidades del Ministerio incluidas en el Plan Nacional de Salud para el período 1974 a 1980, se estableció la formulación y ejecución del Programa de Salud Rural, con el propósito de mejorar sustancialmente las condiciones sanitarias de quienes habitan el interior del país. Para cumplir ese objetivo, se impulsó la instalación y el desarrollo de puestos de salud en las áreas rurales carentes de servicio, y se enfatizaron las acciones en el campo preventivo.

Esta estrategia hizo posible que ya en el año 1978 se proporcionaran servicios a 698 mil personas, que fueron atendidas "casa por casa", y ello permitió alcanzar una cobertura nacional del 90% de la población rural. Además, el Programa de Salud Rural permitió fomentar la participación de las comunidades en los programas asistenciales a cargo de la CCSS, mediante la construcción de 18 unidades dirigidas a prestar servicios preventivo-curativos y de rehabilitación en el medio rural.

Sobre este mismo aspecto, el cuadro No.8 muestra cómo los niveles de cobertura de este programa ascendieron hasta 1979, en que alcanzó su grado más alto, con el 60,93% de la población rural atendida. A partir de ese año, descendió hasta un 51,92% en 1981, el punto más bajo del período. Ya en 1980 se habían superado aquellos indicadores máximos que se alcanzaron en 1979, hasta llegar a un 64,63%, pese a que, en números absolutos, la población atendida subió prácticamente en un 50%, al pasar de 640 mil en 1981, a 982 mil en 1984.

Para complementar lo anterior, en 1976 se inició otro programa a cargo del Ministerio de Salud, orientado a las zonas urbanas y semiurbanas, que se denominó Programa de Salud Comunitaria, con el objeto de favorecer las acciones preventivas en diferentes cantones del país. (Cuadro No.9).

Dada la experiencia nacional y extranjera, y pese a los esfuerzos realizados, puede decirse que la atención médica

CUADRO Nº 8

COBERTURA PROGRAMA DE SALUD RURAL
MINISTERIO DE SALUD
(1973-1988)

AÑO	POBLACION RURAL (1)		PORCENTAJE COBERTURA	LOCALIDADES ATENDIDAS		VIVIENDAS ATENDIDAS	PUESTOS DE SALUD
	(2)	CUBIERTA		ATENDIDAS	ATENDIDAS		
1973	955.065	115.000	11.16%	800	30.000	50	
1974	971.920	200.000	19.07%	1.250	46.800	78	
1975	992.557	360.000	33.62%	2.240	84.000	140	
1976	1.015.487	490.000	44.72%	3.104	116.400	194	
1977	1.039.943	650.000	57.93%	3.750	144.000	251	
1978	1.065.442	690.000	60.03%	3.880	152.500	268	
1979	1.091.517	717.500	60.93%	4.018	160.970	287	
1980	1.117.710	717.500	59.50%	4.018	160.976	293	
1981	1.144.213	640.934	51.92%	3.050	156.758	294	
1982	1.171.507	722.778	57.19%	3.888	174.658	294	
1983	1.198.667	777.099	60.09%	4.008	185.423	301	
1984	1.224.876	812.378	61.47%	4.065	194.755	305	
1985	1.252.935	834.463	61.73%	4.163	201.176	318	
1986	1.279.749	836.901	60.61%	4.174	201.676	322	
1987	1.520.895	859.140	60.95%	4.272	206.028	344	
1988 (3)	1.520.895	982.886	64.63%	4.966	236.840	393	

(1) POBLACION RURAL CALCULADA EN BASE A LA 2DA. EVALUACION CENSAL DE CELADE.

(2) AÑO DE INICIO DEL PROGRAMA

ESTOS DATOS NO INCLUYEN LAS AREAS CUBIERTAS POR EL PROGRAMA DE SALUD RURAL DE SAN RAMON.

(3) ESTE DATO INCLUYE TODAS LAS AREAS DEL PAIS.

FUENTE: DATOS BASICOS Y BALANCES. PROGRAMA DE ATENCION PRIMARIA.
COMISION SUBSISTEMA DE INFORMACION
OFICINA SECTORIAL DE PLANIFICACION, MINISTERIO DE SALUD.

CUADRO N° 9

COBERTURA PROGRAMA DE SALUD COMUNITARIA
MINISTERIO DE SALUD
(1976-1987)

AÑO	POBLACION URBANA (2)	POBLACION CUBIERTA	PORCENTAJE COBERTURA	VIVIENDAS ATENDIDAS	No. DE AREAS DE TRABAJO
1976 (1)	843.730	84.018	9.95%	15.030	18
1977	876.568	195.000	22.25%	35.100	78
1978	911.044	317.500	34.85%	98.600	205
1979	946.802	600.000	63.37%	124.245	240
1980	983.475	538.542	54.76%	104.854	216
1981	1.021.258	527.651	51.67%	129.245	224
1982	1.060.428	462.012	43.57%	111.091	219
1983	1.100.729	439.313	39.91%	106.629	217
1984	1.143.178	486.751	42.58%	115.439	225
1985	1.183.649	550.651	46.52%	136.971	267
1986	1.226.198	605.963	49.42%	147.971	289
1987	1.269.739	602.289	47.43%	146.094	281

(1) INICIO DEL PROGRAMA.

(2) LAS POBLACIONES FUERON CALCULADAS DE ACUERDO CON LA 2DA. EVALUACION CENSAL DE CELADE. EL INDICE DE URBANISMO SE CALCULO EN BASE A LA D INTERCENSAL DE URBANISMO.

FUENTE: DATOS BASICOS Y BALANCES. PROGRAMA DE ATENCION PRIMARIA. COMISION SUBSISTEMA DE INFORMACION OFICINA SECTORIAL DE PLANIFICACION, MINISTERIO DE SALUD.

en los sectores rurales, constituye un problema de difícil solución, aún en los países más desarrollados.

La magnitud de las dificultades se halla en relación directa con los niveles de vida más bajos que prevalecen en los sectores rurales y que determinan problemas de salud diferentes a los que se observan en el medio urbano.

Además, dado que los niveles de vida de la población rural varían en grado mayor o menor de un sector geográfico a otro, son distintos los problemas de salud que pueden presentarse; y distintas las características locales que permitan la prestación de una atención médica adecuada.

La dispersión de la población rural, las condiciones de los caminos, el nivel cultural, el poder adquisitivo promedio, los hábitos alimentarios y otros aspectos similares, son características locales a considerar en el desarrollo de los programas sanitarios a nivel local y regional.

V

**PROBLEMATICA
DE LA EXTENSION
DE LOS SERVICIOS**

1.- Características de ambas zonas

En la extensión de la Seguridad Social a la población marginada de zonas rurales, se presenta una realidad muy diferente a la de aquellos grupos de población localizados en las zonas urbanas que cuentan con todos los recursos, como la accesibilidad cultural, económica, política y geográfica en la demanda de los servicios de salud.

A pesar del interés puesto en las últimas décadas, tanto por la Caja Costarricense de Seguro Social como por el Ministerio de Salud, en proporcionar atención médica eficiente y oportuna y tratar de estructurar programas nacionales de salud, los indicadores perfilan una situación menos favorable que los del área urbana.

La mortalidad infantil sigue presentando tasas más altas en comparación con los cantones más favorecidos en cuanto a servicios de salud.

Esta situación la ilustran los indicadores de salud, sociales y económicos, los cuales se hallan, en 30 de los 81 cantones del país, por debajo de los promedios nacionales, y más críticamente en La Cruz, Upala, Los Chiles, Guatuso, Sarapiquí, Limón Centro, Siquirres, Guácimo, Matina y Pococí.

Algunos de estos lugares, hasta duplican la tasa de mortalidad infantil del promedio nacional que es de 14,8 por cada mil nacidos vivos.

Como se puede notar, la tasa de mortalidad infantil es alta en algunas áreas de la zona rural costarricense. La

mortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias se mantiene elevada fundamentalmente en esos cantones de menor desarrollo. Esta situación hace evidente la necesidad de enfrentar con grado prioritario los problemas de salud para la población rural.

2.- La concentración urbana de personal

La inadecuada distribución de personal médico y auxiliar, lo mismo que de otros profesionales y técnicos relacionados con la salud, quienes se concentran en las cabeceras provinciales y en el valle intermontano central, es otro de los factores causantes de que la población en el medio rural carezca o disponga de esos servicios en forma limitada.

Es una realidad que la Caja Costarricense de Seguro Social conjuntamente con el Ministerio de Salud, en su extensión gradual y progresiva, han realizado grandes esfuerzos para lograr una más equitativa distribución del personal de salud en el territorio nacional. Han llevado prestaciones médicas a poblaciones cuyos recursos eran muy limitados y en ocasiones inexistentes. Sin embargo, es notorio que los recursos de salud no han aumentado en forma paralela al incremento demográfico.

Son numerosos y característicos los casos en que se observa una brecha más o menos grande, entre la demanda satisfecha y la demanda sentida. Esto vuelve urgente la necesidad de realizar programas mucho más amplios, siempre integrados con el Ministerio de Salud, que se proyecten fundamentalmente a las zonas rurales cuyos habitantes requieren un apoyo solidario a nivel nacional.

El problema de la vivienda presenta características muy particulares en la zona rural. Una parte muy importante de los hogares está constituida por habitaciones únicas en que conviven las numerosas personas que constituyen la familia campesina. Esta situación de desigualdad está siendo afron -

tada por un programa muy intensivo de la vivienda popular en la zona rural.

Unido a lo anterior, debe señalarse que los suministros de agua intradomiciliaria, cuya extensión en las zonas urbanas casi alcanza al 100% de las viviendas, en las áreas rurales todavía se encuentran muchas casas que reciben agua de pozos o que directamente se surten de los ríos y quebradas como otros medios de abastecimiento inadecuados e insalubres.

Otro fenómeno que es característico de la zona rural, es la emigración desordenada hacia las zonas urbanas, lo que origina los cinturones de población marginada que por sus características impiden su acomodo en la industria. Estas poblaciones generalmente se ocupan en labores de baja productividad, con lo cual se traslada la subocupación del campo a la ciudad.

3.- El fenómeno demográfico

Finalmente, sin que se pueda considerar menos importante que los anteriores, se halla el fenómeno demográfico, que en la zona rural es de características muy particulares y evidencia muy claramente la marginación de la población campesina respecto del proceso social. Aproximadamente el 34% de la población nacional se ubica aparentemente en zonas rurales, dato que puede aparecer como inferior a otros países latinoamericanos; pero no debe olvidarse que la emigración desordenada hacia las ciudades es un fenómeno mucho más significativo en el caso de Costa Rica.

Esta realidad evidencia una muy difícil situación convertida en denominador común para una gran parte de la población rural, y a ella deben agregarse otros factores que se constituyen en problemas específicos, entre los cuales destacan los relativos a la situación de los medios de producción y las condiciones de la fuerza de trabajo.

Así, la agricultura se ha empobrecida a consecuencia de una estructura heterogénea de la fuerza laboral. A pesar de lo pequeño del territorio nacional, existen muchos núcleos de población aislados y dispersos, imposibilitados de sacar los productos a los mercados urbanos y que, por ello, favorecen el éxodo rural.

Existe también un alto nivel de subempleo rural, unido a los bajos ingresos que corresponden al trabajo agrícola asalariado o independientes, ingresos que son considerablemente menores a los que se pagan a los trabajadores de otros sectores.

En el medio rural también se observa una mayor pobreza y marginación en lo que se refiere a los servicios que prestan las instituciones de protección social.

Gran parte de la producción rural se halla sujeta a procesos artesanales en cuanto a los métodos de producción, lo cual condicionan una muy disminuida capacidad competitiva en los mercados

Padece también la carencia de una infraestructura de salud adecuada porque, en muchas ocasiones, se dispone de muy limitadas posibilidades para establecer aquella infraestructura.

4.- Necesidad de estrategias crecientes

El análisis global de la interrelación de las circunstancias mencionadas, hace obligatorio formular estrategias con un enfoque de extensión gradual en lo referente a cuantía, a tiempo y a espacio.

La cuantía debe estar en relación con el monto de las prestaciones a satisfacer; los programas a establecer deben incluir algunos inmediatos en función del tiempo y deben procurar una cobertura territorial progresiva.

La Dispersión de la Población, ostensible en un elevado número de localidades (45% de la población habita en caseríos de menos de 500 habitantes) obliga necesariamente a extender la cobertura en función de la concentración de tierras cultivables, productos agropecuarios, valor de la producción de los bienes primarios obtenidos y fuerza de trabajo aplicados.

El problema de prestar atención a la población dispersa, complicado como es en sí mismo, se agrava aún más por los deficientes medios y vías de comunicación existentes en la zona rural.

El bajo nivel de vida, la ausencia o funcionamiento rudimentario de los servicios públicos, aunados a los problemas del desarrollo y funcionamiento del recurso físico en salud, ocasiona una complejidad administrativa que redundo en elevación de los costos correspondientes a la prestación de los servicios de salud.

Estos condicionantes de la atención integral en la zona rural obligan a una acción interinstitucional, en que participe tanto el sector público como el sector privado, encaminada a establecer políticas generales de Gobierno, según las cuales las instituciones de seguridad social deban participar de acuerdo con lo previsto en los planes nacionales de desarrollo.

Con frecuencia, el procedimiento de participación del Seguro Social se establece mediante convenios de coordinación o integración, que tienen como objetivo sumar esfuerzos y recursos en una tarea común y hacer vigente la aplicación de principios de solidaridad.

Todos estos factores que han sido identificados en diferentes foros nacionales e internacionales, constituyen un conjunto de problemas que deben considerarse en las modalidades de extensión al ámbito rural, en donde por ser escasa la capacidad contributiva de la familia campesina, deben adoptarse procedimientos factibles con apoyo de la solidaridad nacional, representada con firmeza no sólo por los aportes del presupuesto gubernamental sino por el desarrollo

integral para crear nuevas fuentes de trabajo, caminos de penetración para mejorar la accesibilidad y permitir así a un desarrollo socioeconómico y aumento de la productividad de la población rural marginada.

Sólo así se puede iniciar un proceso que permita ir eliminando los sistemas de protección social limitados y anacrónicos, que han sido característica de situaciones de injusticia social.

VI

**ESTRATEGIA
PARA LA EXTENSION
DEL SEGURO SOCIAL
A LA ZONA RURAL**

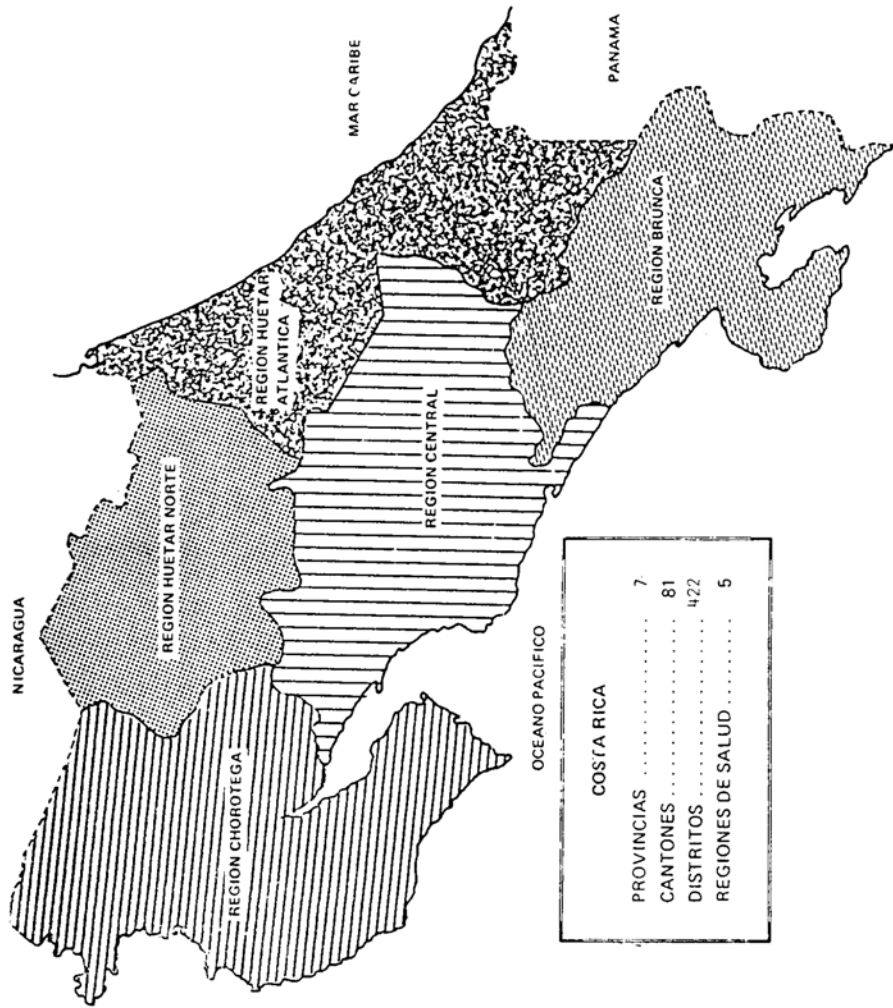
1.- Proceso de Regionalización

Por medio de los decretos ejecutivos No.9501-P.OP del 15 de enero de 1979 y No.10.653-P.OP del 5 de octubre del mismo año, se estableció la regionalización del territorio nacional, de acuerdo con el criterio de que el desarrollo económico y social para ser integral y coordinado debe ser regional, y alcanzar a todos los niveles y regiones del país, así como beneficiar a los distintos sectores y estratos de la población.

Posteriormente, en febrero de 1985, mediante Decreto No.16.068-PLAN, se modificaron las disposiciones contenidas en los decretos anteriores, para realizar ajustes derivados de la experiencia de su aplicación, y con la finalidad de alcanzar una mayor definición de la estrategia global del desarrollo regional, para lo cual se establecieron las siguientes regiones: Central, Chorotega, Pacífico Central, Brunca, Huetar Atlántica y Huetar Norte. (Ver mapa).

A partir del 16 de enero de 1987, por disposición del Ministerio de Salud y previa aprobación del Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica (MIDEPLAN), se adoptó en el ámbito de la salud, una regionalización en concordancia con lo establecido por el decreto citado, la cual fue muy similar a la utilizada por la Caja Costarricense de Seguro Social, de manera que en este campo las regiones quedaron señaladas como: Central Norte, Central Sur, Chorotega, Huetar Norte, Huetar Atlántica y Brunca.

MAPA REGIONES



2.- Pirámides y niveles de atención en salud.

Mediante la regionalización se busca fortalecer la política de caracterizar los servicios según niveles de atención, tanto en lo que se refiere a las acciones de Medicina Comunitaria y Rural, como a las de Nutrición y Epidemiología.

A partir de los niveles I y II, que corresponden a atención primaria a cargo del Ministerio de Salud, se coordinan e integran las acciones de salud con los niveles encomendados a la Caja Costarricense de Seguro Social, para evitar duplicaciones y lograr mejorar los servicios a la población del país. (Gráfico No.14)

2.1.- Primer Nivel: el hogar (la familia)

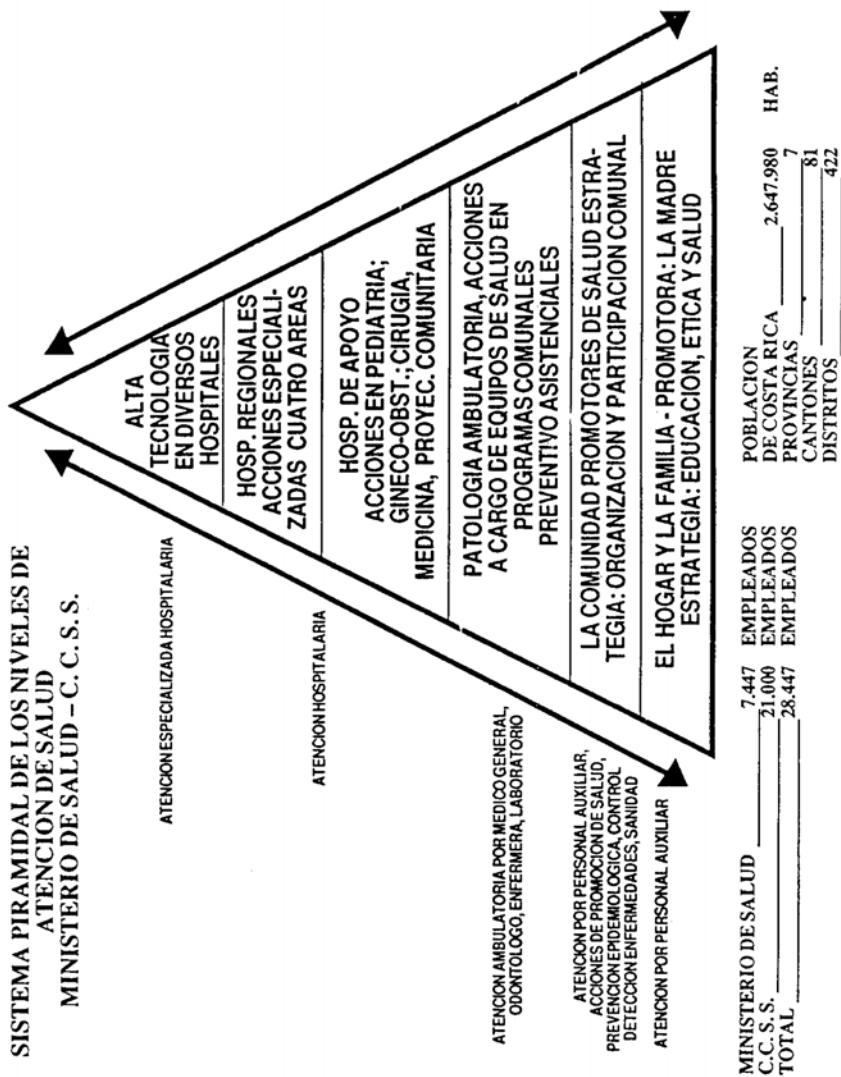
La educación para la salud en este nivel debe comprender costumbres: medidas de higiene, alimentación, lactancia materna, conservación de los alimentos, recomendación de vacunación y otras similares. Se trata de crear hábitos. La acción en este nivel es positiva porque se trata de tomar la iniciativa e ir a la casa del habitante de una comunidad a protegerlo, a educarlo. No se espera que se enferme para darle servicio, sino que se va a evitar que eso suceda.

Se promueve la salud, se detectan casos problemas en los hogares o en la comunidad, se inicia el proceso de referencia a otro nivel superior. Estas acciones son ejecutadas por promotores de salud, auxiliares de salud, de enfermería y otros funcionarios de similar nivel.

Este es el escalón inicial de la atención primaria de la salud como estrategia, y trata de proporcionar la atención directa al individuo, a la familia o a la comunidad. Esto implica tratar de convertir a las madres en las primeras promotoras de la salud de sus familias.

La familia es la célula social básica, la unidad primaria de acción, a través de la cual el niño ingresa al mundo de

GRAFICO N° 14



relación. Es en este medio donde el individuo crece y se desarrolla psíquica, física y socialmente. Con el transcurso del tiempo, no sólo cambian el tamaño y la composición de cada familia, sino también sus objetivos, sus necesidades, sus demandas, su situación económica y la posición social. El paso por las distintas etapas de desarrollo de la familia, determina variables de cambio que hay que tener presentes en relación con las nuevas actitudes y problemas a solucionar.

2.2.- Segundo Nivel: el Puesto de Salud

Las unidades que se atienden sin profesional médico están bajo la acción de asistentes de Salud Rural o Comunitaria, o de auxiliares.

En estas unidades se proporciona medicina preventiva, educación, primeros auxilios y otros servicios parecidos. Atienden a pequeñas comunidades menores de 2.000 habitantes y constituyen el enlace inicial entre el Sistema Integrado de Salud Ministerio-CCSS, ya que, en presencia de casos más complejos, se encargan de referir los pacientes a los centros de salud o clínicas de la Caja.

Además, reciben de las unidades superiores instrucciones para cumplir su labor, se encargan de detectar no sólo problemas de enfermedad, sino problemas de trabajo, sociales, educacionales y ambientales, y transmitir sus inquietudes a los niveles superiores, en busca de soluciones adecuadas.

2.3.- Tercer Nivel: Centros de Salud y Clínicas de consulta externa

Es un nivel intermedio de atención, especialmente al cuidado de enfermeras, auxiliares, médicos, odontólogos y otros profesionales.

Brinda atención frente a casos de enfermedades y presta asistencia preventiva en algunos aspectos: llegan a ellos las personas referidas a los Puestos de Salud, o espontáneamen-

te; y si es necesario, son enviadas a los Hospitales Regionales o a los Periféricos.

Estas clínicas deberán ser convertidas en los Centros de Atención de Salud del pueblo, que asuman acciones de medicina preventiva, practiquen exámenes de detección en masa, proporcionen educación para la salud, señalen medidas higiénicas y sanitarias, etc.; aparte, por supuesto, de los cuidados de la enfermedad.

En una población determinada y una área geográfica específica, cada médico, cada enfermera o cada auxiliar, debe considerar la educación para la salud como una responsabilidad propia y debe impartir constantemente esta instrucción. De ser posible, deberán estar en la misma planta física, supervisar, controlar y apoyar los Puestos de Salud, los CINAI, los CEN, etc.

Para cumplir con todas sus responsabilidades, deberán recabar el apoyo de la comunidad mediante las Juntas de Salud y Seguridad Social y, a su vez, deberán participar en la organización y la ejecución de las acciones que emprendan esas organizaciones.

2.4.- Cuarto Nivel: Hospitales periféricos

Teniendo una área de atracción determinada, este tipo de hospital debe ser el centro de cuidado de la salud de la comunidad a que pertenece.

Son establecimientos destinados principalmente a la atención gineco-obstétrica, pediátrica, medicina general y resolución de problemas conforme lo permita la capacidad instalada de recursos humanos, físicos y técnicos. En los hospitales periféricos de los niveles 2 y 3 se otorgan servicios de cirugía general y medicina interna.

Constituyen el respaldo a los puestos de salud, clínicas de consulta externa que se encuentran en su área de atracción.

Cuenta con elementos mínimos de diagnóstico tales como Rayos X y Laboratorio Clínico según el nivel de complejidad correspondiente y, además, con los los servicios técnicos administrativos de apoyo.

Lo que se señala para el siguiente nivel le corresponde en acción también a estos hospitales.

2.5.- Quinto Nivel: Hospitales regionales (Jefaturas de áreas, centros de coordinación de la región)

En primer lugar, estos hospitales deben ofrecer medicina integral en su interior e integrar sus servicios con los Centros de Salud, Clínicas y Puestos de Salud existentes en la zona, contando con amplia participación de la comunidad en diversos proyectos de apoyo, como los referidos a alcoholismo, obtención de nuevos ingresos, cuidados del enfermo crónico o senil, voluntariado de cooperación de enfermos psiquiátricos, estimulación precoz, educación en salud no sólo a sus propios trabajadores, sino a la misma comunidad, interesándolos y apoyándolos para acciones tendientes a mejorar el nivel de vida de los habitantes de la comunidad (programas de vivienda, nutrición, agua, empleo, etc.).

La distribución de sus recursos y servicios debe estar en relación con las necesidades que la comunidad tiene. Debe proyectarse a la comunidad estimulando la atención ambulatoria y llevando sus actividades lo más cerca posible de los domicilios de las personas.

La atención ambulatoria contará con sub-especialidades en medicina como: Cardiología, dermatología, endocrinología, gastroenterología, hematología, nuerología, psiquiatría, oncología, rehabilitación y otras que sea necesario implementar en razón de la demanda de la población y de acuerdo al perfil epidemiológico regional.

Como subespecialidades en cirugía se citan: cirugía general, oftalmología, ortopedia, otorrinolaringología, urología. Además, cuenta con los servicios de ginecología, obstetricia, pediatría y otros servicios que tienen apoyo en atenciones que brinda personal técnico como en optometría, nutrición y planificación familiar

Las Juntas de Salud y Seguridad Social del cantón, con participación voluntaria y activa, deben actuar plenamente en las acciones de salud e inclusive participar en la adopción de las decisiones que afecten globalmente su problemática.

2.6.- Sexto Nivel: Hospitales Nacionales o Universitarios (especializados)

Este nivel corresponde a centros de referencia de patologías difíciles. Asimismo, tienen la responsabilidad de la formación de recursos humanos para el sistema hospitalario nacional: enseñanza universitaria profesional de pre y post grado, e investigación.

Funcionalmente apoyan y adecúan sus métodos de enseñanza para preparar mejor a sus educandos, sobre las situaciones más importantes de salud o enfermedad prevalentes, especialmente las que privan en el área rural, donde los recursos suelen ser mínimos.

3.- Integración de servicios

Como se ha citado, muchos son los factores que condicionan la extensión de los servicios médicos a la población rural. Se han enumerado aspectos como la dispersión de la población, la escasa densidad en territorios muy extensos y la falta de personal médico y de establecimientos de salud.

Ante tales condiciones, desde 1982 se comenzó a desarrollar acciones específicas conjuntas entre el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social, tanto en

el área rural como en la urbana, partiendo del principio que el nivel primario de atención a cargo del Ministerio de Salud, eventualmente pasaría a formar la base funcional del sistema asistencial de la Caja.

De ahí que el 57% de las unidades de la Caja y del Ministerio de Salud han asumido la atención total del programa de inmunizaciones, del control prenatal hasta el séptimo mes, de la visita domiciliaria con trabajadores de salud no profesionales, del control y desarrollo del niño sano, de los programas de alimentación infantil y de planificación familiar. (Cuadros Nos.10 y 11)

Por su parte, la Caja Costarricense de Seguro Social absorbe toda la demanda asistencial de atención hospitalaria y ambulatoria para todos los niveles respectivos de la totalidad de la población. Los resultados han tenido gran repercusión, especialmente para la comunidad, por cuanto no hay duplicidad y se utilizan racionalmente los recursos para toda la población.

Este proceso ha permitido lograr una cobertura geográfica completa, en la cual, tanto la Caja como el Ministerio de Salud ofrecen servicios en todo el territorio nacional, desde los más simples hasta los más altos niveles, los cuales se hallan a disponibilidad de toda la población. No obstante la favorable extensión de los servicios médicos, resulta indispensable dotar al área rural de unidades que representen puertas de entrada al sistema de niveles de atención y evitar así el desplazamiento de la población a los centros de más alta complejidad.

4.- El Régimen no contributivo de pensiones por monto básico

Por Ley No.5662 del 16 de diciembre de 1974, se creó el Régimen No Contributivo de Pensiones por Monto Básico, el cual tiene por objeto proteger contra los efectos patrimoniales causados por estados de invalidez, vejez y desamparo por muerte del jefe de familia, a aquellas personas que,

CUADRO N° 10

AREAS INTEGRADAS
CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL-
MINISTERIO DE SALUD
1987

REGION	TOTAL	NO.	%
CENTRAL	83	40	48
HUETAR NORTE	16	7	44
HUETAR ATLANTICA	15	8	53
CHOROTEGA	30	25	83
BRUNCA	13	10	77
TOTALES	157	90	57

FUENTE: Dirección Técnica Servicios de Salud, c.c.s.s.

CUADRO N^o 11

ESTABLECIMIENTOS DE SALUD POR REGIONES DE SALUD
MINISTERIO DE SALUD

TIPO DE ESTABLECIMIENTO	TOTAL	R E G I O N E S				
		Central	H.Norte	Chorotega	H.Atlánt.	Brunca
Centro de Educac.Nutricio- nal - CEN	519	86	111	132	115	75
Centros Infantiles de Atenc. Integral - CINA	12	7	3	1	1	-
CEN - CINA	21	15	4	-	1	1
Centros de Salud	52	17	14	5	13	3
Puestos de Salud	444	45	131	103	88	77
Servicios Integ.de Salud	31	4	10	10	1	6
Areas de Salud Comunitaria	321	117	79	52	59	14
Unidades Móviles	26	3	4	7	8	4
Unid.Móviles Odontológicas	35	6	10	13	16	10
Luchas	5	5	-	-	-	-
Centros Rur.de Asistencia	5	1	-	4	-	-

CUADRO N° 11

ESTABLECIMIENTOS DE SALUD CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

	D I R E C C I O N E S						Gerencia Médica
	C.Norte	C.Sur	H.Norte	Chorotega	H.Atlántica	Bruca	
Hosp. Nacionales	3	-	-	-	-	-	3
Hosp. Especializ.	3	2	-	-	-	-	2
Hosp. Regionales	6	1	1	1	1	1	-
Hosp. Periféricos	14	3	2	1	3	4	-
Clínicas	129	25	42	14	27	13	8
TOTAL							

FUENTE: Ministerio de Salud "Memoria 1966", San José, Costa Rica
Caja Costarricense de Seguro Social "Memoria 1986", San José Costa Rica

necesitando amparo económico inmediato, no lo hayan obtenido por no haber estado cubiertas o, si lo están, por no haber cumplido con los requisitos legales, según lo establecen los regímenes contributivos de pensiones existentes en el país. A estas personas se les otorga una pensión cuyo fundamento es la responsabilidad social de dar amparo económico al núcleo familiar. (Cuadro No.12)

Con el funcionamiento de este régimen se ha favorecido a la población rural, la cual alcanza el más alto grado de marginalidad y, por ende, necesita con mayor frecuencia este tipo de protección económica.

4.1.- Aspectos generales

Las pensiones de este régimen se destinan conforme con el orden prioritario que de seguido se enuncia:

- b) Personas ancianas con dependientes o sin ellos; a los mayores de 65 años.
- c) Personas inválidas con dependientes o sin ellos.
- d) Madres solas con hijos menores de 15 años a su cargo, o inválidas de cualquier edad. En caso de madres solas, debe efectuarse una revisión cada seis meses, por medio del Trabajo Social para determinar si mantienen o no la situación, que originó el otorgamiento de la pensión.

4.2.- Dependientes

Además de cónyuge o compañero de cualquier sexo, a personas que padezcan necesidad económica, o que no puedan valerse por sus propios medios ya sean ancianos, inválidos o menores de 15 años. En caso de menores, estudiantes y solteros, el disfrute del beneficio podrá extenderse hasta los dieciocho años. En casos especiales, podrán considerarse también como dependientes, a personas adultas cuya presencia permanente en el hogar resulta indispensable para los fines de la atención y orientación del grupo familiar.

4.3.- Otros

Aquellas personas comprendidas entre los 45 y los 65 años de edad, que por su deterioro físico o mental, o por otras razones bien fundamentadas, se les imposibilita incorporarse a un trabajo bien remunerado y su condición socio-económica les impida satisfacer sus necesidades básicas de subsistencia.

Adicional a la pensión, las personas cubiertas por este régimen tendrán derecho a recibir todos los beneficios que se otorgan a la población cubierta por el seguro de Enfermedad y Maternidad que administra la Caja.

También tendrán derecho al pago, en el mes de diciembre, de una mensualidad adicional. Los recursos financieros del régimen No Contributivo de Pensiones están constituidos por el 20% de los ingresos totales del fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares, conforme se dispone en el artículo 4 de la Ley No.5662, del 23 de diciembre de 1974.

Según la misma disposición, con el producto de esos ingresos, la Caja debe constituir un fondo especial denominado "Fondo régimen no contributivo de pensiones y otros beneficios", contra el cual hará recaer los pagos por concepto de pensión y demás beneficios que se otorgan de conformidad con su reglamento, así como el reembolso del costo en que la Caja incurra por administrar el régimen.

5.- Cobertura de nuevos grupos de asegurados

La población rural costarricense se ha visto beneficiada con la extensión de los seguros a través de las diferentes prestaciones médicas, gracias a los convenios suscritos con sindicatos y organizaciones campesinas de las diferentes ramas y actividades agrícolas.

En 1987 se contaba con 135 convenios, los cuales beneficiaban a más de 39 mil personas, de las cuales, más de

5 mil pertenecen al convenio con el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para Refugiados (ACNUR).

Además, se registraron 103 convenios con sindicatos y organizaciones campesinas, los cuales benefician a más de 33 mil personas.

CONVENIOS DE EXTENSION DE LOS SERVICIOS (a diciembre de 1987)

Total de convenios suscritos	135
Total de beneficiarios	39.800
Total de convenios suscritos con cooperativas, sindicatos y organizaciones campesinas	103
Total de beneficiarios	33.009

Del total de convenios suscritos, la Caja Costarricense de Seguro Social ha asumido el 76,3% con organizaciones campesinas, con los que proporciona protección al 83% de los trabajadores.

FUENTE: Caja Costarricense de Seguro Social, Unidad de Planificación Médica.

VII

FINANCIAMIENTO

1.- Aspectos generales

A partir de 1970, ha habido un propósito político claro y bien establecido que permitió invertir en forma constante, una proporción del producto nacional bruto (PNB), tan alta como el 9%, y orientar la prestación de los servicios médicos a través de la medicina institucional de la seguridad social y las acciones preventivas del Ministerio de Salud, principalmente a la población rural costarricense. (Cuadro No.13)

Los resultados fueron extraordinarios y en ese período se consolidó todo un sistema estructurado como respuesta a una definición política, mediante el traspaso de hospitales al Sistema de Seguridad Social.

Es necesario señalar que, si bien frecuentemente la información oficial muestra una inversión en salud equivalente al 7% del producto interno bruto, ello se debe a que no se toman en cuenta los gastos con cargo a los presupuestos del Instituto de Acueductos y Alcantarillados (AyA) y del Instituto Nacional de Seguros (INS), que suman el 2% restante.

Lo anterior, obligó a la institución a cubrir financieramente la mejora de los establecimientos, absorber los costos laborales de los trabajadores del sistema hospitalario traspasado, las mejoras de las plantas físicas, de los equipos y el incremento de los recursos humanos, que fue necesario realizar para incorporar las unidades que pertenecían a las juntas de protección social a la Caja Costarricense de Seguro Social.

CUADRO Nº 13

COSTA RICA: PIB, GASTO EN SALUD Y PARTICIPACION DEL
GASTO EN SALUD EN EL PIB
1980 - 1985

ANOS	PIB (millones de colones corrientes)	Gastos del Sector Salud (millones de colones corrientes)	Gasto en Salud/PIB
1980	41.405.5	3.256.9	7.9
1981	57.102.7	3.939.2	6.9
1982	97.505.1	5.440.0	5.6
1983	129.314.0	7.807.5	6.0
1984	163.010.9	10.938.0	6.7
1985	192.424.7 *	13.348.4	6.9

* cifras preliminares

FUENTE: Banco Central de Costa Rica
Unidad Sectorial de Planificación, Ministerio de Salud

En 1979 se inició la crisis económica mundial, con severas repercusiones institucionales. En tres años la Caja perdió el 60% de la capacidad adquisitiva, que sólo pudo recuperar con medidas organizativas siete años después. (Gráficos Nos.15, 16, 17 Y 18)

En 1982 la Caja estableció un programa para impedir que siguiera aumentando el deterioro económico, con el cual se buscaba mejorar los ingresos, disminuir sus gastos y aumentar la eficiencia operativa.

2.- Financiamiento de la Seguridad Social

El Ministerio de Salud obtenía su financiamiento de dos fuentes diversas: por impuestos específicos creados especialmente para el mantenimiento de los hospitales, junto con el producto de la lotería nacional, y por la subvención del Estado, que en el momento del traspaso constituía el 40% de los ingresos.

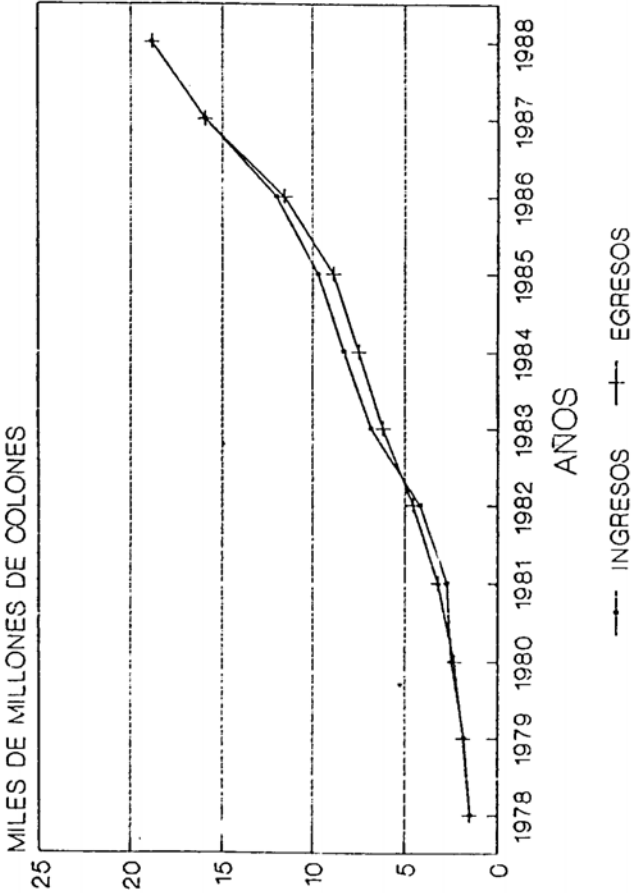
Conforme se produjo el traspaso de los hospitales junto con las rentas propias (lotería nacional, impuestos sobre consumo, ruedo y cheques bancarios, timbre hospitalario del Patronato de Rehabilitación, venta de derechos y servicios, donaciones), según Ley No.5349 de septiembre de 1973, el Ministerio de Salud fue disminuyendo su presupuesto en gastos asistenciales; a su vez, la Caja Costarricense de Seguro Social lo fue incrementando.

2.1 Financiación pluralista

Los ingresos para financiar los regímenes obligatorios de la seguridad social tienen, en términos generales, el mismo origen: los trabajadores, los patronos y el Estado (contribución tripartita), siendo el elemento diferenciador la distribución real de las aportaciones, según lo establecido en el artículo 22 de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social.

GRAFICO No.15

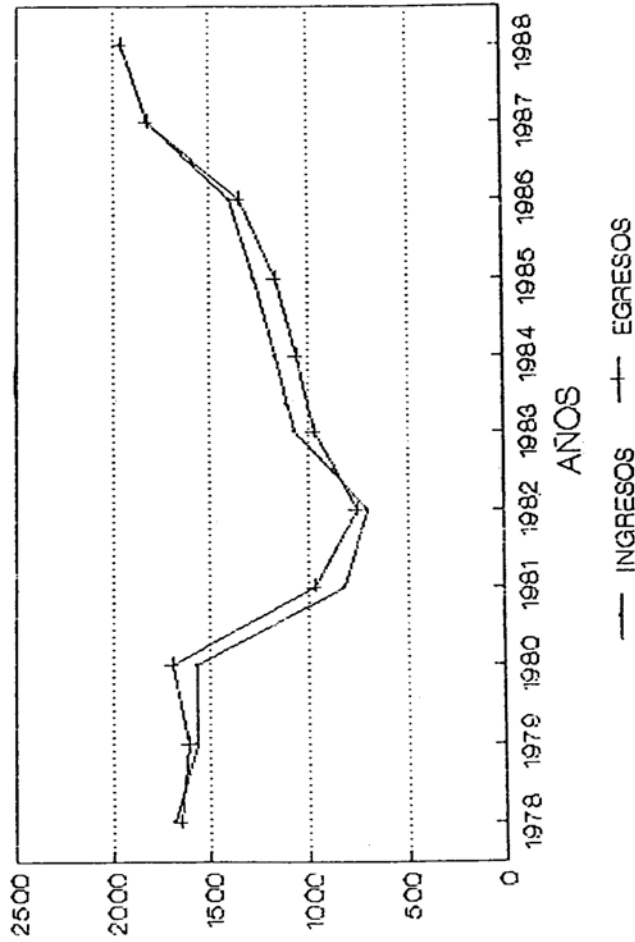
CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
SEGURO DE ENFERMEDAD Y MATERNIDAD
INGRESOS Y EGRESOS TERMINOS CORRIENTES



FUENTE: INFORME GERENCIA FINANCIERA, C.C.S.S.

GRAFICO No. 16

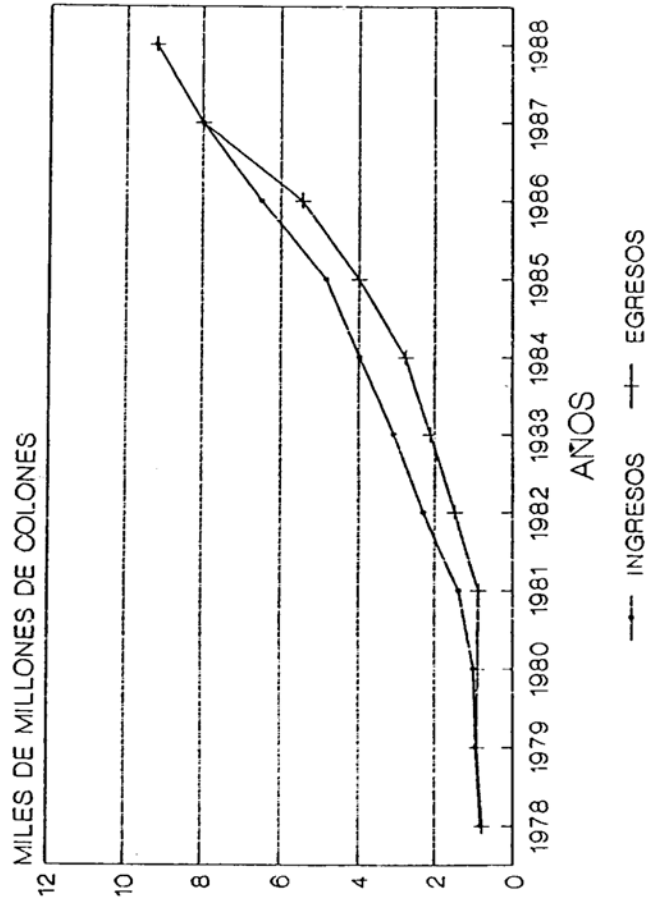
CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
 SEGURO DE ENFERMEDAD Y MATERNIDAD
 INGRESOS Y EGRESOS TERMINOS CONSTANTES



FUENTE: INFORME GERENCIA FINANCIERA, C.C.S.S.

GRAFICO No. 17

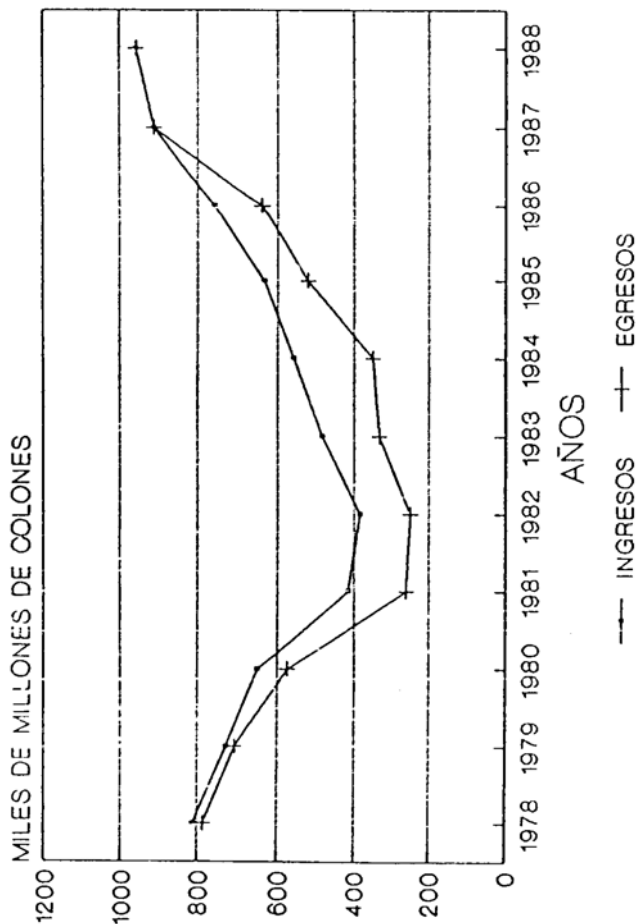
CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
SEGURO DE INVALIDEZ VEJEZ Y MUERTE
INGRESOS Y EGRESOS TERMINOS CORRIENTES



FUENTE: INFORME GERENCIA FINANCIERA, C.C.S.S.

GRAFICO No. 18

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
SEGURO DE INVALIDEZ VEJEZ Y MUERTE
INGRESOS Y EGRESOS TERMINOS CONSTANTES



FUENTE: INFORME GERENCIA FINANCIERA, C.C.S.S.

El detalle de esas cotizaciones es el siguiente:

	Enfermedad y Maternidad	Invalidez, Vejez y Muerte
Trabajador	5.50%	2.50%
Patrono	9.25%	4.75%
Estado	1.25%	0.25%

La Caja Costarricense de Seguro Social tiene otros ingresos provenientes de la atención médica a los pensionados, como venta de servicios; la cuota de los sistemas de cobertura a los asegurados independientes y el pago que debe hacer el Estado por la atención de los indigentes, así como otros ingresos por fuentes especiales (lotería nacional, timbre hospitalario, etc.).

Si se refiere el gasto del sector salud al Producto Interno Bruto del país, se observa que es significativamente elevado. Cuando en 1970 se inició esta política de universalización, había un gasto de 5.2% del PIB, que fue paulatinamente ganando importancia hasta llegar a un 7% en el año 1986.

Sin embargo, los países del orbe latinoamericano han tenido que soportar serias dificultades, principalmente por las fuertes lesiones que producen en sus estructuras económicas, el deterioro que en términos de intercambio se han visto obligados a afrontar, así como por el alza en los costos de los productos de importación provenientes de los países industrializados y la baja cotización de los productos de exportación en esos países.

La crisis económica que ha afectado al país desde comienzos de los años ochenta, agudizada en el segundo semestre de 1981 y en todo 1982, produjo serias dificultades financieras al Seguro de Enfermedad y Maternidad por su condición de régimen de reparto que, como tal, debe resolver casi de inmediato, convertidos en servicios médico-hospitalarios y en otras prestaciones en dinero, los ingresos recibidos.

2.2.- Deterioro en los distintos regímenes

Los gráficos siguientes muestran el deterioro que en general sufrieron las finanzas del régimen, las que en términos corrientes reflejan un incremento sustancial, mientras que en términos constantes se muestra una acelerada caída de los ingresos y egresos a partir de 1980, cuando el régimen perdió casi un 60% de su capacidad adquisitiva.

El gráfico No.15 muestra un ligero desfase entre los ingresos y los egresos del Seguro de Enfermedad y Maternidad en términos corrientes. Sin embargo, este hecho tiene una mejor explicación en el gráfico No.16 que refleja el mismo comportamiento, pero esta vez en términos constantes. Se observa una caída de los ingresos entre el período de 1979 a 1982 que llegó a un 60% de la capacidad adquisitiva. Durante ese lapso los egresos superaron los ingresos y se registró el primer déficit de la historia del régimen de Enfermedad y Maternidad.

Ese período obligó, por las mismas razones, a limitar las nuevas construcciones y la compra de nuevos equipos. A pesar del deterioro económico, la ampliación de la cobertura de los servicios médicos se llevó a cabo mediante una coordinación efectiva con el Ministerio de Salud; este es el proceso que se conoce como "integración de servicios médicos", el cual permitió la utilización de recursos humanos y físicos instalados en el área urbana y rural, para destinarlos a nuevos equipos de población que requerían de servicios médicos y cumplir así el mandato constitucional de la universalización de servicios de salud a toda la población costarricense.

Por tanto, fue necesario aplicar una serie de medidas que en conjunto conformaron "El Plan de Emergencia para la Estabilización Financiera", aplicado para afrontar la crisis económica que le permitió salir adelante y proyectarse hacia el futuro inmediato con mayor optimismo, hasta lograr nuevamente excedentes de ejercicio presupuestario en 1983 y el equilibrio financiero en 1986, al cancelarse todas las

deudas institucionales pendientes, para iniciar en los últimos meses de ese año los primeros pasos de "la recuperación del tiempo perdido" de los servicios médico-hospitalarios, que se habían deteriorado durante la parte más aguda de la crisis y continuar en 1987 con mayor fuerza esa recuperación. Mediante el constante aumento de la cobertura se aseguró el crecimiento de los servicios que el Seguro de Enfermedad y Maternidad brinda a sus beneficiarios.

2.3. El período de nivelación

A partir de 1982 también el país inicia todo un programa económico, dirigido por el Gobierno Central, para nivelar y corregir el desastre. Es así como en forma conjunta, los resultados de los excedentes de ejercicios y el crecimiento de la masa salarial en el Seguro de Enfermedad y Maternidad, permitieron su recuperación en 1988, a niveles económicos similares a los observados 10 años atrás. Pero para entonces, nuestra población había crecido prácticamente en un 30%.

Es importante destacar que estos excedentes de ejercicio registrados durante el período 1983-1986 se destinaron a cancelar las deudas que el Seguro de Enfermedad y Maternidad había acumulado con el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte y otras instituciones del Estado, como el Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS), el Banco Popular y de Desarrollo Comunal y el Fondo de Desarrollo Social de Asignaciones Familiares, además de un importante saneamiento del crédito con proveedores externos.

Por otra parte, los ingresos del régimen de Invalidez Vejez y Muerte también se afectaron, como se observa en los gráficos 17 y 18. Estos muestran el comportamiento tanto en términos corrientes, como constantes. Es precisamente en este último que se observa la caída de los ingresos y su capacidad adquisitiva entre el período de 1979 y 1982. Los ingresos disminuyeron a tal grado que se perdieron 10 años de capitalización de sus reservas, mientras se triplicaba el número de pensionados, crecía el valor de las pensiones en curso de pago y maduraban los derechos de los cotizantes.

El programa de emergencia para la recuperación financiera que se aplicó a partir de 1982, permite también la recuperación de las finanzas del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte. Factores contribuyentes adicionales tales como la disminución del proceso inflacionario que enfrentaba la economía nacional y una política agresiva en el campo de las inversiones, que realizó la institución, produjo un incremento en el porcentaje de rentabilidad del capital invertido.

Aunque es evidente la recuperación de las finanzas del régimen de Invalidez, Vejez y Muerte, a pesar de haber seguido una política encaminada a mantener el poder adquisitivo, se ha afectado significativamente. Además, la existencia de 19 regímenes financiados por el presupuesto nacional, de los cuales 9 no son contributivos y los restantes son deficitarios, y que ninguno de ellos tiene estudio actuarial que le regule en su funcionamiento, hace que la Caja Costarricense de Seguro Social tenga que evaluar las políticas vigentes; logra así una mayor estabilidad y adecuada administración de su régimen de pensiones, que permite enfrentarse a tan cambiante desarrollo económico y social y puede satisfacer tanto las necesidades como los derechos de sus futuros beneficiarios.

VIII

**PERSPECTIVAS
FUTURAS**

En los últimos años se ha registrado una mejora notable en las condiciones de salud de las comunidades urbanas y rurales, así como en las estrategias de prestación de los servicios médicos, a pesar del crecimiento demográfico y la persistencia de malas condiciones sanitarias y ambientales en que sobreviven aún gran número de costarricenses, principalmente en zonas rurales del territorio nacional.

De allí que los lineamientos de acción que se presentan en seguida, tienen como propósito orientar los esfuerzos del sector salud hacia el desarrollo eficiente de las instituciones responsables de proteger la salud de la población, en un esfuerzo conjunto con las diversas comunidades y sectores sociales de las zonas urbanas y rurales del país.

1.- Alternativas para mejorar la consulta externa tradicional (cobertura nacional)

Entre las medidas que se han propuesto, algunas de las cuales están en vías de estudio o experimentación, se halla el nuevo modelo de atención médica conocido como Médico de familia, el llamado Médico de empresa, el sistema de Medicina mixta, distintas formas tendientes a consolidar el proceso de integración de servicios entre el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social, el llamado Sistema de Capitación" y modalidades que incluyen la contratación de servicios para la atención integral.

2.- Nuevo modelo de atención médica ambulatoria

Es una iniciativa que la Institución ha planteado con un plan piloto en el cantón de Barva de Heredia, y cuyo objetivo principal es establecer un nuevo modelo ambulatorio de atención médica, conocido también con el nombre de "Médico familia" o "Médico de cabecera".

Este modelo ha sido concebido a lo largo de los últimos años, con miras a sustituir la estructura actual de atención médica, que desde hace varias décadas norma la consulta externa de los servicios nacionales de salud.

También es una respuesta a los resultado de estudios e investigaciones serias y cuidadosas, que han demostrado cómo, la organización y prestación de los servicios médicos en la consulta externa actual, se han deteriorado, por lo que no llenan satisfactoriamente las necesidades y expectativas de los servicios y de los pacientes.

En este punto, un aspecto crítico que se ha logrado establecer, es el relativo a la relación entre el médico y el paciente, por una parte, y entre la familia y la comunidad donde habita, por la otra.

El objetivo fundamental del Programa de Medicina Familiar y comunitaria es la atención que brindará un médico general y su equipo de apoyo quienes tendrán la capacidad de abordar al paciente y su familia en forma integral y continua, desde el punto de vista de prevención y de curación de la enfermedad y de rehabilitación de las secuelas de éstas. Esto permitirá resolver a nivel de la atención primaria, entre el 80 y el 90% de los problemas con un uso racional de los recursos de diagnóstico (laboratorio clínico y de imágenes) y terapéuticos; refiriendo al especialista únicamente casos que verdaderamente lo ameritan, permitiendo así la utilización racional de recursos humanos especializados en la referencia y contrarreferencia de pacientes. El personal a cargo en el programa, requiere de una capacitación integral

que le permita entender el binomio salud-enfermedad mediante acciones no sólo en el área de Atención Médica sino en los aspectos biosicosocial.

3.- Sistemas locales de Salud (SILOS)

Como parte de la necesidad de analizar la situación de salud y las estrategias adoptadas para alcanzar el objetivo de "Salud para Todos en el año 2000", el Sector Salud adoptó como táctica dentro de la estrategia de Atención Primaria, la implementación de los Sistemas Locales de Salud (SILOS), los cuales priorizan la atención de los problemas de salud que afectan a los grupos vulnerables de las comunidades, principalmente de aquellas zonas de tipo rural.

En este contexto, la operacionalización y el desarrollo de los Sistemas Locales de Salud, es una propuesta global de reordenamiento y reorganización de todo el Sector Salud, tomando en consideración las características históricas, políticas, técnicas y administrativas, lo mismo que la extensión geográfica, la distribución de la población y de los recursos, que trascienda el tradicional verticalismo de las acciones y los procesos de gestión centralizada y confiera a los niveles periféricos amplias responsabilidades en el proceso de administrar la salud.

La propuesta de los SILOS surgió como una voluntad política para operacionalizar las prioridades programáticas, en el desarrollo de la infraestructura de los servicios de salud y la atención de los problemas de grupos prioritarios.

Los SILOS constituyen una respuesta interna del Sector en procura de una mayor equidad, un más alto grado de eficacia y de eficiencia en sus acciones, más amplia desconcentración de programas y una mayor participación de la comunidad.

Los aspectos fundamentales a tener en consideración para el desarrollo de los SILOS son los siguientes:

- La reorganización y conducción del Sector. (Integración del Sector, políticas, capacidad de liderazgo).
- La descentralización y desconcentración. (Decisión política firme).
- La intersectorialidad. (Políticas intersectoriales).
- La readecuación de los mecanismos de financiación. Nuevas formas de obtención, distribución y utilización de recursos económicos).
- El desarrollo de un nuevo modelo de atención. (Coordinación de todos los recursos públicos, privados, en una estrategia compartida de acción).
- La integración de programas de prevención y control. (Atención integral o grupos vulnerables).

3.1.- Objetivos del proyecto

- Desarrollar y evaluar un modelo de atención ambulatoria, caracterizado por la atención de la salud integral para el individuo, la familia y la comunidad.
- Libre escogencia del médico tratante (posibilidad del paciente de elegir y cambiar su médico y viceversa).
- Pago al médico por un sistema que contemple:
- Ingreso base por acciones de fomento y prevención y un monto adicional por adscripción de personas.
- Responsabilidad de la atención médica a su población inscrita durante los 365 días del año.
- Integrar y coordinar las acciones interinstitucionales que se dirijan hacia la promoción, fomento y prevención de la salud, por medio de las Juntas de Salud y Seguridad Social.

- Estructurar el sistema administrativo necesario para el adecuado funcionamiento del nuevo modelo de consulta externa.
- Organizar el sistema de información en salud de acuerdo a los objetivos del sistema nacional y a los procedimientos institucionales.
- Establecer las normas y procedimientos que bajo este modelo regula la prestación de los servicios complementarios de odontología, referencia a especialistas, farmacia, laboratorio y hospitalización.
- Establecer un programa de educación para la salud que permita:
 - a) Relación con los objetivos y organización del modelo institucional y comunitario, según áreas prioritarias definidas.
 - b) Contar con los recursos y mecanismos de información institucional para difundirlo en el área del proyecto, a fin de retroalimentar el proceso por medio de la evaluación.
 - c) Desarrollar la metodología que permita medir el impacto del nuevo modelo en los servicios de salud y en la comunidad, para su posterior extensión en el ámbito nacional.

3.2.- Metas y resultados esperados:

1. Modificar la práctica médica tradicional mejorando la relación médico-paciente.
2. Incrementar el grado de satisfacción del paciente con la atención médica y las demás acciones en promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
3. Lograr la integración de un equipo sanitario que vele permanentemente y a diferentes niveles (pre-

vención, curación, rehabilitación) por la salud de la población en las diferentes comunidades.

4. Hacer participar a la comunidad por medio de las Juntas de Salud y Seguridad Social en el mejoramiento de las condiciones de salud de la población.
5. Sentar las bases para un sistema de planificación y administración de los servicios de salud que parta de las necesidades reales de la población, como unidad para la estimación de necesidades futuras.
6. Disminuir el grado de medicalización de la población, mediante acciones que tiendan a mejorar la confianza de la población en el equipo y responsabilizando a la comunidad de la vigilancia de sus condiciones de salud.
7. Establecer un sistema de incentivos que busque incrementar la motivación y satisfacción del médico, mediante un adecuado ingreso acorde con su compromiso y calidad de trabajo.

4.- El Sistema del Médico de Empresa

Es un sistema de asistencia médica exclusivo para los asegurados, empleados, sus familias, así como aquellos trabajadores pensionados de la empresa, que aporta los servicios de uno o más médicos que pueden ser de medicina general o de especialidades, el personal de apoyo y las instalaciones y otros servicios auxiliares de diagnóstico.

En cada caso la empresa comunicará los datos estadísticos a la dirección regional correspondiente y al Departamento Técnico de Servicios de Salud.

5.- El Sistema de Medicina Mixta

Es un sistema de atención médica que consiste en la facultad del asegurado directo o familiar, de elegir personal-

CUADRO No.14

SEGURO DE ENFERMEDAD Y MATERNIDAD
TOTAL DE GASTOS INCURRIDOS EN EL PROGRAMA DE MEDICINA DE EMPRESAS
DISTRIBUIDO POR REGIONES PROGRAMATICAS
PERIODO: 1988 - 1987
(cifras en miles de colones)

REG.PROGRAMATICA	TOTAL DE GASTOS		VARIACIONES	
	1988	1987	Absolutas	Relativas
INSTITUCIONAL	65.394.7	50.468.5	14.926.2	29.6
CENTRAL	47.500.0	32.751.6	14.748.4	45.0
HOSP.DESCONOC.*	17.894.7	13.512.9	4.381.8	32.4
HUETAR NORTE	253.0	253.0	-	-
CHOROTEGA	1.565.6	1.267.2	298.4	23.6
H.ATLANTICA	1.240.2	1.240.2	-	-
BRUNCA	1.065.9	1.443.6	377.7	26.2

* Se incluye la prestación de servicios en los hospitales de Cajón de Guadalupe y San Juan de Dios.

FUENTE: Departamento de Contabilidad. Sección Costos Hospitalarios C.C.S.S.

mente la consulta con un médico particular debidamente inscrito en el sistema. La Caja aportará medicamentos y otros servicios auxiliares de diagnóstico, según las normas establecidas en el reglamento respectivo.

En los cuadros siguientes se incluye información sobre:

- El costo que ha representado para la Institución, el cumplimiento de las normas indicadas anteriormente.
- El esfuerzo de la capacidad administrativa y gerencia (acción para optimizar el uso de los recursos)
- La capacitación (utilización más racional del personal y educación permanente)
- La investigación (organización, eficiencia, equidad, cobertura, calidad de atención, grado de participación social, etc.).

Los objetivos de este proceso son los siguientes:

- Lograr una mayor adaptación y capacidad de respuesta de los servicios a los requerimientos específicos de grupos de población afectados por problemas comunes (socio- económicos, ambientales y epidemiológicos).
- Mejorar el grado de respuesta al Sector Salud, para lograr una mayor equidad, eficiencia y eficacia de las acciones de salud que se desarrollan.
- Lograr la integración efectiva de los programas de prevención y control, para otorgar la oportunidad de hacer realidad la unificación de los esfuerzos de la comunidad y de los recursos del Sector en acciones conjuntas de salud.

Fuerzas importantes dentro de este proceso son la intersectorialidad y la participación social. A nivel comunitario, el enfoque intersectorial deberá expresarse en atención integral de las necesidades básicas, particularmente en aquellos grandes grupos poblacionales que tienen menos

CUADRO No.15

SEGURO DE ENFERMEDAD Y MATERNIDAD
TOTAL DE GASTOS INCURRIDOS EN EL PROGRAMA DE MEDICINA MIXTA
DISTRIBUIDO POR REGIONES PROGRAMATICAS
Período: 1988-1987
(Cifras en miles de colones)

REG. PROGRAMATICA	TOTAL DE GASTOS		VARIACIONES	
	1988	1987	ABSOLUTAS	RELATIVAS
INSTITUCIONAL	20.385.1	19.578.0	807.1	4.1
CENTRAL	14.237.0	12.860.9	1.376.1	10.1
HOSP. DESCONC.*	1.944.8	2.029.6	84.8	4.2
HUETAR NORTE	451.9	326.0	125.9	38.6
CHOROTEGA	1.853.9	1.320.3	263.6	19.9
HUETAR ATLANTICA	532.8	513.1	19.7	3.8
BRUNCA	1.634.7	2.528.1	893.4	35.3

* Incluye la prestación de servicios en el Hosp. Dr. Calderón Guardia.

FUENTE: Depto. de Contabilidad.
Sección de Costos Hospitalarios C.C.S.S.

CUADRO No. 16

RENDIMIENTO DE SERVICIOS
PROGRAMA DEL SISTEMA MEDICO DE EMPRESA Y MEDICINA MIXTA
1986

VARIABLES	TOTAL GENERAL EN TODO EL PAIS	
	MEDICO EMPRESA	MEDICINA MIXTA
NUMERO DE MEDICOS INSCRITOS		377
NUMERO DE EMPRESAS	513	
TOTAL DE CONSULTAS EN EL AÑO	502.094	93.191
TOTAL DE CONSULTAS DE PRIMERA VEZ	109.965	51.568
TOTAL DE MEDICAMENTOS DESPACHADOS	1.050.947	261.743
TOTAL DE ESTUDIOS DE RAYOS EQUIS	11.828	6.555
TOTAL DE EXAMENES DE LABORATORIO	188.075	79.133
TOTAL DE REFERENCIAS A ESPECIALISTAS		1.445
NUMERO DE INCAPACIDADES CONCEDIDAS	25.605	
TOTAL PLACAS RAYOS EQUIS	10.669	1.827
NUMERO DIAS DE INCAPACIDAD	87.280	
NUMERO DE ESPECIALISTAS INSCRITOS		15
TOTAL DE REFERENCIAS A ESPECIALISTAS	3.009	
NUMERO DE MEDICOS QUE DIERON INFORMACION		126
NUMERO DE MEDICOS EN EL SISTEMA	287	
INDICADORES		
CONSULTAS POR PACIENTE AL AÑO	4.5	1.8
MEDICAMENTOS POR CONSULTA	2.1	2.8
ESTUDIOS DE RAYOS EQUIS POR CONSULTA	0.02	0.07
PLACAS DE RAYOS EQUIS POR CONSULTA		0.02
EXAMENES DE LABORATORIO POR CONSULTA	0.4	0.8
PROMEDIO DE DIAS POR INCAPACIDAD	3.4	
REFERENCIAS A ESPECIALISTAS POR CONSULTA		0.01

FUENTE: Dirección Técnica de Servicios de Salud

acceso a los beneficios de desarrollo, localizados básicamente en las zonas rurales.

6.- El Sistemas de Capitación

El modelo de Capitación permite establecer una relación humana personalizada entre médico y paciente. Asimismo, racionaliza la prescripción de medicamentos dentro del Cuadro Básico.

En esencia, el término "Capitación" significa libre escogencia del médico por parte del paciente. Pero también representa un incentivo al médico, acorde con la responsabilidad de la población asignada y la relación directa con el número de personas adscritas y, por ende, en relación con la calidad de la atención que brinde a sus pacientes.

El nuevo modelo de atención ambulatoria que se conoce como Sistema de Capitación, promueve la participación del médico como elemento principal en un equipo de salud que ejerce no sólo funciones curativas, sino acciones dirigidas a la prevención y la promoción de la salud.

Dentro de este modelo, la comunidad adquiere un papel preponderante pues permite su participación activa en la búsqueda de soluciones para los problemas de salud que afectan a su localidad.

Esta participación se hace efectiva a través de las Juntas de Salud y Seguridad Social y de los Responsables de Salud que éstas decidan nombrar.

El Nuevo Modelo de Atención Ambulatoria propicia, como postulado básico, la libre escogencia, por parte del paciente, del médico que velará por sus necesidades de salud. Reafirmandose de esa manera el principio de responsabilidad que adquiere el médico con su población adscrita.

Para efectos de organización, el Modelo de Capitación, acorde con las nuevas disposiciones de integración de Servicios, promueve la división de la población en Sistemas

Locales de Salud (SILOS), y la subdivisión de los mismos en Segmentos a cargo de un Equipo Básico de Salud (EBAI), en los que el médico adquiere la responsabilidad de ofrecer asistencia profesional a cada uno de los habitantes, integrando y coordinando acciones encaminadas a la promoción de la Salud, conjuntamente con el resto de los integrantes del equipo de salud.

Independientemente del sector o segmento en que resida el paciente o su familia, puede seleccionar el médico que velará por sus problemas de salud. Esa selección puede mantenerse o variarse, acorde con el grado de satisfacción que el usuario experimente con respecto a los servicios que recibe de su médico de adscripción.

Entre los objetivos de este sistema figuran:

- Consolidar los avances alcanzados en salud y enfrentar los nuevos problemas, manteniendo énfasis en las acciones de prevención y atención primaria, que constituyen la función central del Sistema Nacional de Salud y de desarrollo socio-económico global de la Comunidad.
- Mantener los niveles de salud alcanzados, con énfasis a los grupos de población más vulnerables, especialmente al grupo materno infantil.
- Utilizar la prevención como medio eficaz para reducir la morbilidad de la población por enfermedades degenerativas, cardiovasculares y cáncer.
- Incorporar las acciones de salud mental en todos los niveles de atención, especialmente en el primario.
- Mejorar los niveles de desnutrición en aquellas áreas en donde aún prevalecen altas tasas de desnutrición.
- Consolidar la integración de las instituciones de Salud, propiciando el concepto de sistema para la oferta de servicios, con carácter integral y cobertura equitativa.

7.- Contratación de servicios para la atención integral

El modelo tradicional de atención ambulatoria que se ha desarrollado en la Caja Costarricense de Seguro Social, ha propiciado una excesiva dependencia sin que se identifique un mecanismo que permita un servicio eficiente, eficaz y oportuno deteriorando la relación médico paciente. Mediante la contratación con empresas de autogestión, cooperativas y solidarismo, en donde no sólo participe el médico como efector en los servicios de salud, si no el resto de los miembros del equipo, incluyendo administrativo, técnicos y de servicios generales; se logra una identificación más acertada entre los miembros de la prestación de servicios médicos y la comunidad demandante. Unido a lo anterior, en que el funcionario es partícipe y socio de la Empresa Laboral se logra una mayor identificación con la comunidad en la prestación integral de salud que orienten no sólo a la recuperación, sino la promoción, el fomento, la rehabilitación y las prestaciones sociales, de tal manera que se logre una interacción multidisciplinaria dirigida a la atención integral.

Esta contratación cuenta con un control de la calidad que parte de los usuarios como fin último de las acciones y está acorde con el mecanismo existente en los contratos vigentes. El modelo permite acciones integrales como participación activa de la Comunidad, utilizando los Equipos Básicos de Atención Integral, la Junta de Salud y Seguridad Social, los sistemas Locales de Salud (SILOS) y los Comités de Educación en Salud.

BIBLIOGRAFIA BASICA

OPS-OMS: Situación de Salud en Costa Rica; primera parte, Reunión de Análisis de la Cooperación Técnica de OPS/OMS a Costa Rica. San José, Marzo de 1987.

ASIS BEIRUTE, Luis: Programas de Asistencia Médica para la Población Rural en la Seguridad Social. VII Congreso de Medicina de Seguridad Social. Quito, Ecuador, Junio de 1981.

JARAMILLO ANTILLON, Juan: Los Problemas de Salud en Costa Rica-Políticas y Estrategias, 1984.

MIRANDA GUTIERREZ, Guido: Aumento de la Capacidad Operativa de los Servicios de Salud. Foro de Análisis. Montevideo, Uruguay, 16 al 20 de noviembre de 1987.

MIRANDA GUTIERREZ, Guido: La seguridad social y el desarrollo en Costa Rica, EDNASSS, San José, 1988.

INDICE

Presentación	5
INTRODUCCION	7
I ASPECTOS GEOGRAFICOS, POLITICOS, ECONOMICOS Y SOCIALES	13
1.- Descripción del país	15
2.- Aspectos Generales	16
II ANTECEDENTES Y EVOLUCION DEL SEGURO SOCIAL	19
1.- Antecedentes	21
2.- Ampliación de los Seguros Sociales	24
3.- Consolidación del proceso de universalización	28
Aspectos generales	28
4.- Evolución de la cobertura de los distintos regímenes	30
4.1.-Enfermedad y Maternidad	30
4.2.-Invalidez, Vejez y Muerte.....	32
5.- Resumen histórico de la cobertura del Régimen IVM	36
III ESTRUCTURA Y DINAMICA DE LA POBLACIÓN	39
IV IMPACTO DE LA EXTENSION DE LA COBERTURA EN LA ZONA RURAL .	53
1.- El descenso de la mortalidad.....	55
2.- Distribución del ingreso familiar.....	56
3.- Extensión y mejoramiento de los servicios en la zona rural	61

V PROBLEMATICA DE LA EXTENSION DE LOS SERVICIOS	71
1.- Características de ambas zonas.....	73
2.- La concentración urbana de personal	74
3.- El fenómeno demográfico	75
4.- Necesidad de estrategias crecientes	76
VI ESTRATEGIA PARA LA EXTENSION DEL SEGURO SOCIA LA LA ZONA RURAL.....	79
1.- Proceso de Regionalización	81
2.- Pirámides y niveles de atención en salud	83
2.1.- Primer Nivel: el hogar (la familia)	83
2.2.- Segundo Nivel: el Puesto de Salud	85
2.3.- Tercer Nivel: Centros de Salud y Clínicas de consulta externa	85
2.4.- Cuarto Nivel: Hospitales periféricos	86
2.5.- Quinto Nivel: Hospitales regionales (Jefaturas de áreas, centros de coordinación de la región)	87
2.6.- Sexto Nivel: Hospitales Nacionales o Universitarios (especializados).....	88
3.- Integración de servicios	88
4.- El Régimen no contributivo de pensiones por monto básico.....	89
4.1.- Aspectos generales	93
4.2.- Dependientes	93
4.3.- Otros	95

5.- Cobertura de nuevos grupos de asegurados	95
VII FINANCIAMIENTO	97
1.- Aspectos generales	99
2.- Financiamiento de la Seguridad Social	101
2.1 Financiación pluralista	101
2.2.- Deterioro en los distintos regímenes	107
2.3. El período de nivelación	108
VIII PERSPECTIVAS FUTURAS	111
1.- Alternativas para mejorar la consulta externa tradicional (cobertura nacional)	113
2.- Nuevo modelo de atención médica ambulatoria	114
3.- Sistemas Locales de Salud (SILOS)	115
3.1.- Objetivos del proyecto	116
3.2.- Metas y resultados esperados: ..	117
4.- El Sistema del Médico de Empresa	118
5.- El Sistema de Medicina Mixta	118
6.- El Sistemas de Capitación	123
7.- Contratación de servicios para la atención integral	125
BIBLIOGRAFIA BASICA	127

EXTENSION DEL SEGURO SOCIAL A LA ZONA RURAL EN COSTA RICA contiene las experiencias de dos de los protagonistas principales, de esa importante etapa de la Medicina Social del país, que ha consistido en llevar a la población rural, los beneficios antes reservados para los habitantes de las ciudades principales.

Esa etapa ha sido un escalón determinante en el camino hacia la universalización de los servicios médicos y la construcción de un verdadero Sistema Nacional de Seguridad Social.

Los doctores Guido Miranda Gutiérrez y Luis Asís Beirute, autores del presente trabajo, describen el fenómeno desde sus aspectos esenciales, con la autoridad que les confiere ser haber sido desde el principio, impulsores de las nuevas concepciones.

Al publicar la presente obra, la EDITORIAL NACIONAL DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL (EDNASSS), órgano editorial especializado de la CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL (CCSS), cumple con una de sus funciones esenciales como es la de fomentar la educación médica y la cultura social costarricense.