

UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA

MEDICINA Y CIRUGÍA

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE
LICENCIATURA EN LA CARRERA DE
MEDICINA Y CIRUGÍA.**

**LA REFORMA DEL SECTOR SALUD EN
COSTA RICA Y SU IMPACTO SOBRE LA
MORTALIDAD POR GRUPOS DE EDADES Y
SEGÚN GRUPOS DE CAUSAS EN EL
PERIODO DE 1990-2016**

Sustentante:

Maxin Cubero Doudinskei

Tutor: Dr. José Daniel Pérez Fallas

Junio 2018

Contenido

Contenido.....	ii
Lista de gráficos.....	vi
Lista de figuras.....	xi
DEDICATORIA	xii
AGRADECIMIENTO	xiii
RESUMEN.....	xiv
ABSTRACT	xvi
CAPÍTULO I.....	xvii
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	xvii
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	18
1.1.1 Antecedentes del problema.....	18
1.1.2 Delimitación del problema.....	20
1.1.3 Justificación.....	20
1.2 PREGUNTA DE LA INVESTIGACIÓN.....	22
1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	23
1.3.1 Objetivo general.....	23
1.3.2 Objetivos específicos	23
1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES	24

1.4.1 Alcances de la investigación.....	24
1.4.2 Limitaciones de la investigación.....	24
CAPÍTULO II	25
MARCO TEÓRICO.....	25
2.1 RESEÑA HISTÓRICA.....	26
2.2 SISTEMAS DE SALUD.....	34
2.2.1 Tipos de sistemas de salud	35
2.2.2 Dimensiones de los sistemas de salud.....	37
2.2.3 Clasificación	38
2.3 ESTADO DE BIENESTAR	40
2.3.1 Historia	40
2.3.2 Fundamentos y modelo del Estado benefactor	43
2.3.3 Las políticas sociales y la crisis del Estado benefactor.....	45
2.4 PROBLEMAS FINANCIEROS DEL SECTOR SALUD EN COSTA RICA.....	47
2.5 REFORMA DEL SECTOR SALUD.....	49
2.5.1 Latinoamérica.....	50
2.5.2 Definición de EBAIS.....	51
2.5.3 La reforma y los aspectos sociales.....	52
2.6 MORTALIDAD.....	56

2.6.1 Causas de mortalidad	57
CAPÍTULO III	59
MARCO METODOLÓGICO.....	59
3.1 ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN	60
3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	61
3.3 UNIDADES DE ANÁLISIS U OBJETOS DE ESTUDIO.....	62
3.3.1 Población	62
3.3.2 Fuentes de información	62
3.3.3 Criterios de inclusión y exclusión	62
3.4 METODOLOGÍA	63
3.5 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	68
CAPÍTULO IV.....	71
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	71
4.1 MORTALIDAD GENERAL Y POR SEXO.....	72
4.2 MORTALIDAD POR ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRASMISIBLES.	76
4.3 MORTALIDAD POR ENFERMEDADES TRASMISIBLES, MATERNAS E INFANTILES.....	81
4.4 MORTALIDAD POR CAUSAS SOCIALES.....	85
4.5 MORTALIDAD EN MENORES DE 5 AÑOS.....	89

4.6 MORTALIDAD EN PERSONAS DE 5 A 14 AÑOS.	97
4.7 MORTALIDAD EN PERSONAS DE 15 A 49 AÑOS.	103
4.8 MORTALIDAD EN PERSONAS DE 50 A 69 AÑOS.	109
4.9 MORTALIDAD EN PERSONAS MAYORES DE 70 AÑOS	116
CAPÍTULO V	123
DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	123
CAPÍTULO VI.....	132
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	132
6.1 CONCLUSIONES.....	133
6.2 RECOMENDACIONES.....	134
BIBLIOGRAFÍA.....	135
ANEXOS.....	143

Lista de gráficos

Gráfico N° 1. Población total de Costa Rica para el periodo 1990 – 2016.	266
Gráfico N° 2. Tasa de natalidad en Costa Rica por 1000 habitantes para el periodo 1990 – 2016.	277
Gráfico N° 3. Distribución porcentual de defunciones totales, infantiles, neonatales y fetales en Costa Rica para el periodo 1990 – 2016.....	29
Gráfico N° 4. Población inmigrante para el periodo de 1984 – 2013.....	55
Gráfico N° 5. Cambios demográficos en Costa Rica de 1990 – 2016.....	67
Gráfico N° 6. Tasa estandarizada de mortalidad general por 100,000 habitantes en Costa Rica por sexo, por número de EBAIS y áreas de salud para el periodo 1990 – 2016.....	72
Gráfico N° 7. Tasa de mortalidad general por 100,000 habitantes en Costa Rica por sexo, número de EBAIS y áreas de salud para el periodo 1990 – 1994.....	73
Gráfico N° 8. Tasa de mortalidad general en Costa Rica por 100,000 habitantes por sexo, número de EBAIS y áreas de salud para el periodo 1995 – 2000.....	744
Gráfico N° 9. Tasa de mortalidad general en Costa Rica por 100,000 habitantes por sexo, número de EBAIS y áreas de salud para el periodo 2001 – 2016.....	755
Gráfico N° 10. Tasa de mortalidad por enfermedades crónicas en Costa Rica por 100,000 habitantes, por número de EBAIS y áreas de salud para el periodo 1990 – 2016.....	766
Gráfico N° 11. Tasa de mortalidad por enfermedades crónicas en Costa Rica por 100,000 habitantes, por número de EBAIS para el periodo 1990 – 1994.....	78

Gráfico N° 12. Tasa de mortalidad por enfermedades crónicas en Costa Rica por 100,000 habitantes, por número de EBAIS y áreas de salud para el periodo 1995 – 2000.....	79
Gráfico N° 13. Tasa de mortalidad por enfermedades crónicas en Costa Rica por 100,000 habitantes, por número de EBAIS y áreas de salud para el periodo 2001 – 2016.....	80
Gráfico N° 14. Tasa de mortalidad por enfermedades trasmisibles, maternas e infantiles en Costa Rica por 100,000 habitantes, por número de EBAIS y áreas de salud para el periodo 1990 – 2016.....	81
Gráfico N° 15. Tasa de mortalidad por enfermedades transmisibles, maternas e infantiles en Costa Rica por 100,000 habitantes, por número de EBAIS para el periodo 1990 – 1994.....	82
Gráfico N° 16. Tasa de mortalidad por enfermedades transmisibles, maternas e infantiles en Costa Rica por 100,000 habitantes, por número de EBAIS y áreas de salud para el periodo 1995 – 2000.....	83
Gráfico N° 17. Tasa de mortalidad por enfermedades transmisibles, maternas e infantiles en Costa Rica por 100,000, por número de EBAIS y áreas de salud para el periodo 2001 – 2016.....	84
Gráfico N° 18. Tasa de mortalidad por causas sociales en Costa Rica por 100,000 habitantes, por número de EBAIS y áreas de salud para el periodo 1990 – 2016.....	85
Gráfico N° 19. Tasa de mortalidad por causas sociales en Costa Rica por 100,000 habitantes, por número de EBAIS para el periodo 1990 – 1994.....	86
Gráfico N° 20. Tasa de mortalidad por causas sociales en Costa Rica por 100,000 habitantes, por número de EBAIS y áreas de salud para el periodo 1995 – 2000.....	87

Gráfico N° 21. Tasa de mortalidad por causas sociales en Costa Rica por 100,000 habitantes, por número de EBAIS y áreas de salud para el periodo 2001 – 2016.....	88
Gráfico N° 22. Tasa de mortalidad infantil por las cinco causas que produjeron mayor defunción en Costa Rica por 100,000 habitantes, por número de EBAIS y áreas de salud para el periodo 1990 – 2016.	89
Gráfico N° 23. Tasa de mortalidad infantil por las cinco causas que produjeron mayor defunción en Costa Rica por 100,000 habitantes, por número de EBAIS para el periodo 1990 – 1994.....	91
Gráfico N° 24. Tasa de mortalidad infantil por las cinco causas que produjeron mayor defunción en Costa Rica por 100,000 habitantes, por número de EBAIS y áreas de salud para el periodo 1995 – 2000.	93
Gráfico N° 25. Tasa de mortalidad Infantil por las cinco causas que produjeron mayor defunción en Costa Rica por 100,000 habitantes número de EBAIS y áreas de salud para el periodo 2001 – 2016.....	95
Gráfico N° 26. Tasa de mortalidad para personas de 5 – 14 años por las cinco causas que produjeron mayor defunción en Costa Rica por 100,000 habitantes, por número de EBAIS y áreas de salud para el periodo 1990 – 2016.	97
Gráfico N° 27. Tasa de mortalidad para personas de 5 – 14 años por las cinco causas que produjeron mayor defunción en Costa Rica por 100,000 habitantes, por número de EBAIS para el periodo 1990 – 1994.....	99
Gráfico N° 28. Tasa de mortalidad para personas de 5 – 14 años por las cinco causas que produjeron mayor defunción en Costa Rica por 100,000 habitantes, por número de EBAIS y áreas de salud para el periodo 1995 – 2000.	100

Gráfico N° 29. Tasa de mortalidad para personas de 5 – 14 años por las cinco causas que produjeron mayor defunción en Costa Rica por 100,000 habitantes, por número de EBAIS y áreas de salud para el periodo 2001 – 2016.	101
Gráfico N° 30. Tasa de mortalidad para personas de 15 – 49 años por las cinco causas que produjeron mayor defunción en Costa Rica por 100,000 habitantes, por número de EBAIS y áreas de salud para el periodo 1990 – 2016.	103
Gráfico N° 31. Tasa de mortalidad para personas de 15 – 49 años por las cinco causas que produjeron mayor defunción en Costa Rica por 100,000 habitantes, por número de EBAIS para el periodo 1990 – 1994.....	105
Gráfico N° 32. Tasa de mortalidad para personas de 15 – 49 años por las cinco causas que produjeron mayor defunción en Costa Rica por 100,000 habitantes, por número de EBAIS y áreas de salud para el periodo 1995 – 2000.	106
Gráfico N° 33. Tasa de mortalidad para personas de 15 – 49 años por las cinco causas que produjeron mayor defunción en Costa Rica por 100,000 habitantes, por número de EBAIS y áreas de salud para el periodo 2001 – 2016.	107
Gráfico N° 34. Tasa de mortalidad para personas de 50 – 69 años por las cinco causas que produjeron mayor defunción en Costa Rica por 100,000 habitantes, por número de EBAIS y áreas de salud para el periodo 1990 – 2016.	109
Gráfico N° 35. Tasa de mortalidad para personas de 50 – 69 años por las cinco causas que produjeron mayor defunción en Costa Rica por 100,000 habitantes, por número de EBAIS para el periodo 1990 – 1994.....	111
Gráfico N° 36. Tasa de mortalidad para personas de 50 – 69 años por las cinco causas que produjeron mayor defunción en Costa Rica por 100,000 habitantes, por número de EBAIS y áreas de salud para el periodo 1995 – 2000.	112

Gráfico N° 37. Tasa de mortalidad para personas de 50 – 69 años por las cinco causas que produjeron mayor defunción en Costa Rica por 100,000 habitantes, por número de EBAIS y áreas de salud para el periodo 2001 – 2016. 114

Gráfico N° 38. Tasa de mortalidad para personas de 70 años y ascendentes por las cinco causas que produjeron mayor defunción en Costa Rica por 100,000 habitantes, por número de EBAIS y áreas de salud Rica para el periodo 1990 – 2016..... 116

Lista de figuras

Ilustración N° 1. Costa Rica: Pirámides de población 1960, 2008, 2060.....	28
Tabla N ° 1. Defunciones en Costa Rica en porcentajes por grupo de edad en quinquenios.....	30
Mapa N° 1. Proceso de adopción de la reforma en salud en Costa Rica, 1995-2001	54
Tabla N° 2. Listado de alineamiento de los códigos del CIE – 10 y del Institute for Health Metrics and Evaluation.....	65

DEDICATORIA

A mi familia por todo su apoyo.

AGRADECIMIENTO

A mi hermana por brindar su apoyo y su conocimiento.

Al estadístico Róger Bonilla por su ayuda con el manejo estadístico de esta investigación.

Al Dr. Daniel Pérez por guiarme a través de este proyecto.

RESUMEN

Objetivo: Analizar el impacto sobre la mortalidad de la Reforma del Sector Salud por grupo de edades y según grupos de causas en el periodo de 1990 – 2016 en Costa Rica.

Métodos: Se realizará una regresión de tipo lineal en el paquete estadístico STATA para el periodo de 1990 -2016 y posteriormente, se dividirá en tres periodos (1990 – 1994, 1995 – 2000 y 2001 – 2016), ya que la reforma se aplicó de diversas maneras y enfoques en cada periodo y para determinar en cuál se logró mayor impacto para las mortalidades y grupos etarios por estudiar. Como variable dependiente se tomará la tasa de mortalidad, según la o las causas que se estudien. Como independientes se incluyen el número de EBAIS y las Áreas de Salud. Los datos recolectados se obtuvieron del Institute for Health Metrics and Evaluation, listado de EBAIS y Áreas de Salud por la Dra. Tatiana Blandón Otárola, Ministerio de Salud y Caja Costarricense de Seguro Social. **Resultados:** La reforma logró la reducción en los tres grandes grupos de causas de muerte y en la mortalidad general, y por género. Para los grupos etarios se observó que la apertura de EBAIS contribuyó mucho más en la reducción de la mortalidad que la de las Áreas de Salud. Estos hallazgos se asemejan a los obtenidos por Rosero y en otros estudios de Latinoamérica. El único periodo en el cual la reforma no tuvo ningún impacto fue en el de 1995 – 2000.

Conclusiones: La adopción de la reforma ayudó a reducir la mortalidad en todas las esferas analizadas con ciertas excepciones para algunas patologías específicas de cada grupo etario.

Palabras clave: Reforma del sector salud, mortalidad, grupos etarios, grandes grupos de causas, regresión lineal.

ABSTRACT

Objective: To analyze the impact on mortality of the Health Sector Reform, by age group and by groups of causes in the period of 1990 - 2016 in Costa Rica.

Methods: A linear regression will be carried out in the STATA statistical package for the period 1990-2016 and will subsequently be divided into three periods (1990 - 1994, 1995 - 2000 and 2001 - 2016), since the reform was applied to diverse ways and approaches in each period and to determine in which greater impact was achieved for the mortalities and age groups to study. As a dependent variable the mortality rate will be taken, according to the cause or causes being studied. The number of EBAIS and Health Areas are included as independent variables. The data collected were obtained from the Institute for Health Metrics and Evaluation, a list of EBAIS and Health Areas collected by Dr. Tatiana Blandón Otárola, Ministry of Health and the Costa Rican Social Security Fund.

Results: The reform achieved reduction in the three major groups of causes of death and in general mortality and by gender. For the age groups it was observed that the opening of EBAIS contributed much more in the reduction of mortality than that of the Health Areas. These findings are similar to those obtained by Rosero and other studies in Latin America. The only period in which the reform had no impact was that of 1995-2000.

Conclusions: The adoption of the reform helped reduce mortality in all the areas analyzed, with certain exceptions for some specific pathologies of each age group.

Key words: Health sector reform, mortality, age groups, large groups of causes, linear regression.

CAPÍTULO I
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.1 Antecedentes del problema

Costa Rica es una nación que ha sufrido muchos cambios a través de su historia, el sistema de salud no ha sido su excepción. Este vio varias transformaciones a lo largo del siglo XX, siendo la última, la reforma al sector salud aplicada durante la década de los años 90.

La reforma del sector salud ha sido tema de estudio desde sus inicios por diversos autores, tanto nacionales como internacionales; en un trabajo realizado por Mary A. Clark⁽¹⁾, se menciona que el logro más claro de la reforma en salud de Costa Rica es la reorganización de la atención primaria a través de los EBAIS.

La Organización Panamericana de la Salud realizó en 2002 un análisis comparativo de Centroamérica y República Dominicana sobre las reformas de salud implementadas por dichos países, en la cual, las coberturas del control prenatal en Costa Rica fueron de 98.7% y la de orientación de anticoncepción en mujeres fue del 98.4%.⁽²⁾

Por su parte, el Banco Mundial indica en sus reportes de 2003, que se ha observado una expansión del primer nivel de atención a prácticamente 100% de la población costarricense. Otro aspecto importante fue la disminución en las hospitalizaciones de 7800 pacientes entre 1997 y 2001, en varios sectores del país. También documentó una reducción en la mortalidad infantil de 14 defunciones por cada 1000 nacidos vivos a 10.8 defunciones por cada 1000 nacidos vivos, durante la aplicación de la reforma, analizada en este reporte.⁽³⁾

En el Análisis Sectorial de Salud de 2002, realizado por Rocío Sáenz Madrigal⁽⁴⁾, se documentó un aumento de un poco más de diez puntos porcentuales en la tasa de cobertura del seguro de salud, según la registrada en 1984. Pero, a pesar de ello, se registró una disminución de los trabajadores que contribuían directamente al financiamiento de este seguro versus a los que no aportaban.

Rosero, L. y Güell, D. en su trabajo sobre la oferta y acceso a los servicios de salud en Costa Rica, hecho en 1998, en el contexto de la reforma, mencionado por Marcela Román Forastelli en su presentación Reforma del Sector Salud en Costa Rica, determinaron que tuvo mayor auge en áreas con menor condición socioeconómica y alejadas del país sin variar mucho algunos indicadores como la mortalidad infantil en relación con la población que aún no era partícipe de la reforma. También establecieron que el acceso inequitativo se redujo de 20 a 15% en las áreas pioneras que iniciaron la reforma en 1995.⁽⁵⁾

Claudio Arce Ramírez y Juan Carlos Sánchez Arguedas⁽⁶⁾, los cuales realizan un trabajo llamado Avances del Proceso de Reforma de la Caja Costarricense de Seguro Social, elaborado en 2001, mostraron una mejora en la cobertura de salud al pasar de 10.000 personas por médico a 3.500 o 4.000. Además de lo anterior, se observó que, con la aplicación de la reforma, la inversión en activos reales en salud, en la cual, por cada colón invertido en 1996, para el año 2000 fueron 2.61 colones.

En el trabajo de los autores antes mencionados, también encontraron una disminución en las infecciones intrahospitalarias, de 15-16% para el periodo pre-reforma a 7.3% en 2000.⁽⁶⁾

Luis Rosero Bisby en 2004, en su trabajo Evaluación del Impacto de la Reforma del Sector Salud en Costa Rica, mostró una reducción de la mortalidad de los niños en 8% y la de los adultos en 2% y se estima que la reforma salvó aproximadamente 120 vidas de niños y 350 vidas de adultos en el año 2001, únicamente.⁽⁷⁾

Por su parte Emilia Cubero Doudinskaia, en su tesis de maestría de la Universidad de Costa Rica en el 2010, llamada La Reforma de Salud en Costa Rica diez años después, observó una reducción en la mortalidad de los niños en 4.6% y de adultos en 1.2%. Además, se vio una reducción de 6.4% de la mortalidad por enfermedades transmisibles y 2.4% de las cardiovasculares.⁽⁸⁾

1.1.2 Delimitación del problema

La siguiente investigación se realizó a nivel espacial en Costa Rica, en provincias. En cuanto a su nivel temporal se abarcó el periodo 1990 – 2016 y el objetivo por estudiar correspondió a las defunciones que se dieron durante el tiempo por analizar, para ambos sexos.

Para las patologías se escogieron los tres grandes grupos de causas de fatalidades (enfermedades crónicas no transmisibles, enfermedades transmisibles, maternas e infantiles y causas traumáticas o sociales), además de las cinco principales causas de mortalidad de los grupos etarios realizados; estos también fueron cinco: los menores de 5 años, de 5 a 14 años, de 15 a 49, de 50 a 69 y los mayores de 70.

1.1.3 Justificación

La Reforma del Sector Salud en Costa Rica ha sido uno de los cambios más significativos del final de siglo anterior. No solo interactuó en el ámbito de la

salud individual de las personas, sino también en aspectos económicos y sociales, que hasta la fecha continúan ocurriendo.

Varios trabajos se han realizado a lo largo de vida de la reforma, enfocándose en distintos puntos, pero con la intención de recopilar suficientes datos para demostrar si la reforma logró abarcar sus objetivos, si fue un proceso asertivo, y dar idea para su posible mejora o corrección.

La presente investigación pretende ahondar en las variaciones que sufrió mortalidad de las personas en un largo plazo, desde el establecimiento de la reforma, en diversos grupos de edades y género.

Lo que se busca con esta iniciativa es observar cuál fue el alcance que obtuvo la Reforma del Sector Salud, iniciada en Costa Rica en 1995, a largo plazo, sobre la mortalidad general, por distinción de género y provincia. Para ello se estudiarán en tres periodos distintos: pre-reforma, cuando se aplicó y pos-reforma.

1.2 PREGUNTA DE LA INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el impacto de la reforma del sector salud sobre la mortalidad por grupo de edades y según grupos de causas en el periodo 1990 – 2016 en Costa Rica?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1 Objetivo general

Analizar el impacto sobre la mortalidad de la Reforma del Sector Salud por grupo de edades y según grupos de causas en el periodo 1990 – 2016 en Costa Rica.

1.3.2 Objetivos específicos

1. Identificar la mortalidad general en tres periodos y por sexo en Costa Rica, durante los años de 1990 a 2016.
2. Clasificar la mortalidad por grupos etarios en tres periodos y sus cinco principales causas de muerte, según cada grupo.
3. Determinar la mortalidad según los tres grandes grupos de causas y entres periodos en Costa Rica, durante los años de 1990 a 2016.
4. Analizar la asociación de la mortalidad a la Reforma del Sector Salud de Costa Rica y los cambios de mortalidad, a través de medidas de asociación.

1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES

1.4.1 Alcances de la investigación.

Se logró con este estudio, visualizar el impacto que tuvo la reforma experimentada en el sector salud en Costa Rica en un largo plazo y a la vez, observar cómo afectó a los tres grandes grupos sobre causas de muertes y las principales de los diversos grupos etarios.

1.4.2 Limitaciones de la investigación.

- Los registros de las áreas de salud en Costa Rica obtenidos, solo abarcaron los existentes a partir de 1995.
- La base de datos sobre la cantidad de EBAIS y Áreas de Salud existentes en Costa Rica para todo el periodo de estudio (1990 – 2016) se ha realizado a través de la recopilación de varios documentos, debido a que no existía una que abarcara todos los años requeridos, sino que iniciaba a partir de 2005.

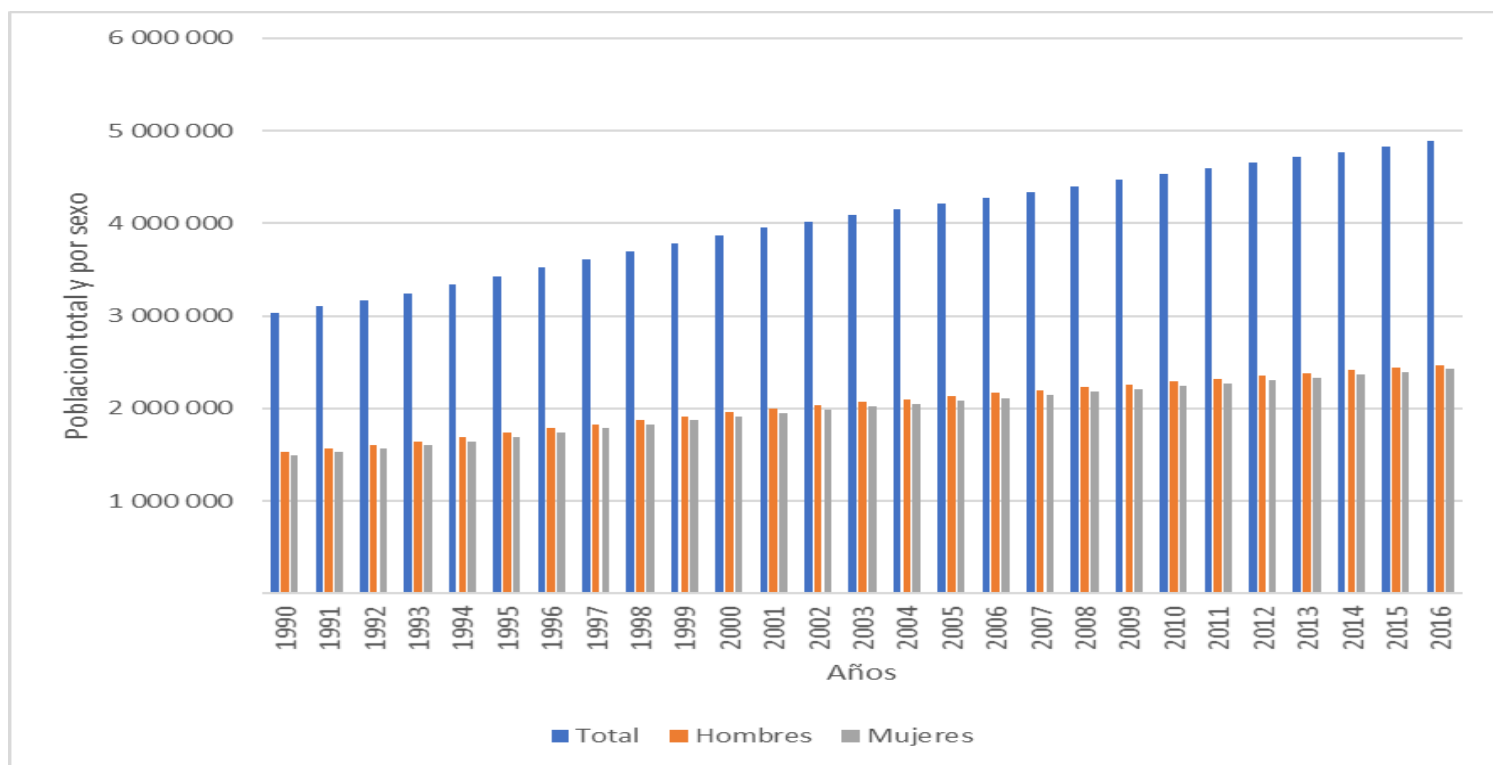
CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO

2.1 RESEÑA HISTÓRICA

Costa Rica es una nación que desde su independencia ha vivido varios cambios en política, economía y salud, lo que forma y caracteriza actualmente a la población costarricense es un proceso de años de arduo trabajo y experiencias, tanto propias como ajenas.

A partir de la mitad del siglo XX, Costa Rica comenzó a experimentar cambios en sus indicadores demográficos, como en distintas tasas de mortalidad, el número de nacimientos, aumento de la longevidad de la población y su distribución.

Gráfico N° 1. Población total de Costa Rica para el periodo 1990 – 2016.

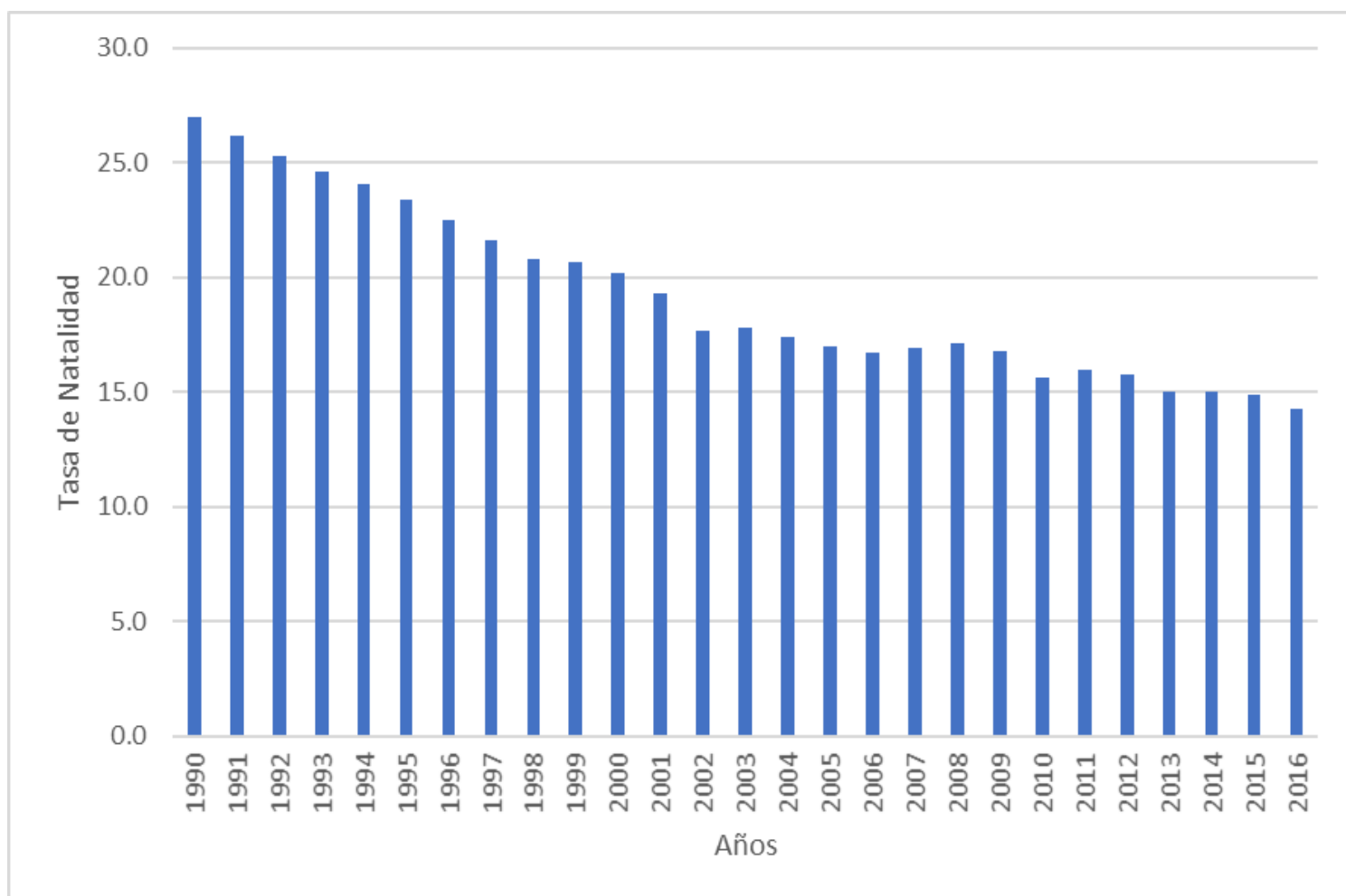


Fuente: Elaboración propia con datos de ⁽⁹⁾

El crecimiento poblacional de Costa Rica fue bastante constante a partir de los años noventa, tanto para hombres como para las mujeres, siendo el sexo

masculino que el constantemente creció más a lo largo de finales del siglo XX y los primeros años del XXI.

Gráfico N° 2. Tasa de natalidad en Costa Rica por 1000 habitantes para el periodo 1990 – 2016.



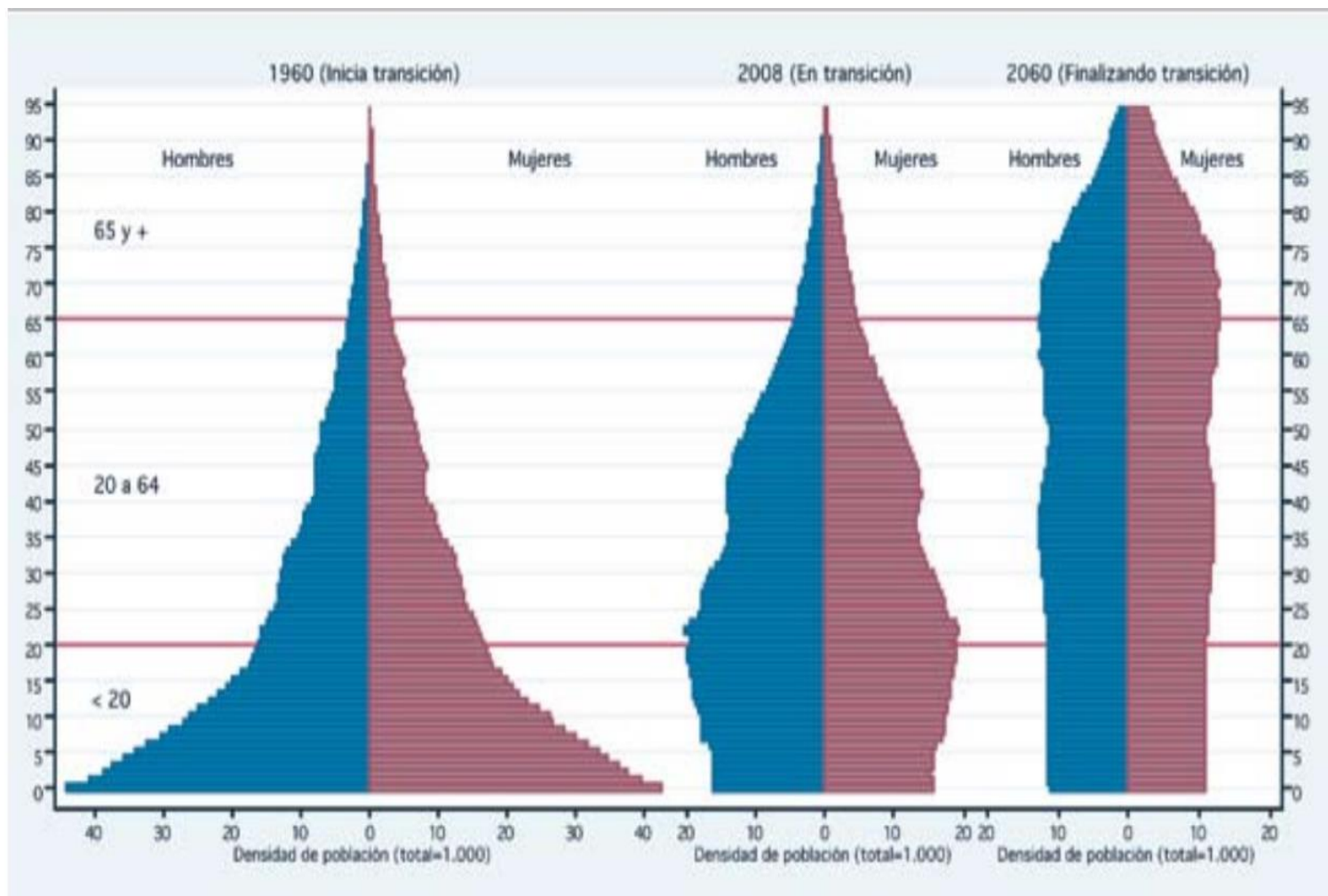
Fuente: Elaboración propia con datos de ⁽⁹⁾

La tasa de natalidad de Costa Rica vio un decremento a partir de 1990, donde por un periodo se iba a mantener constante o con un ligero aumento, pero siempre presentándose menor para el año 2016.

Debido a los cambios de ocurrieron durante el siglo XX, la pirámide poblacional tuvo un cambio, trasladándose de una en expansión a una pirámide de transición. El cambio del perfil demográfico de la población comenzó a traer

una serie de variaciones en el perfil de mortalidad de Costa Rica, resaltando a los adultos mayores.

Ilustración N° 1. Costa Rica: Pirámides de población 1960, 2008, 2060.

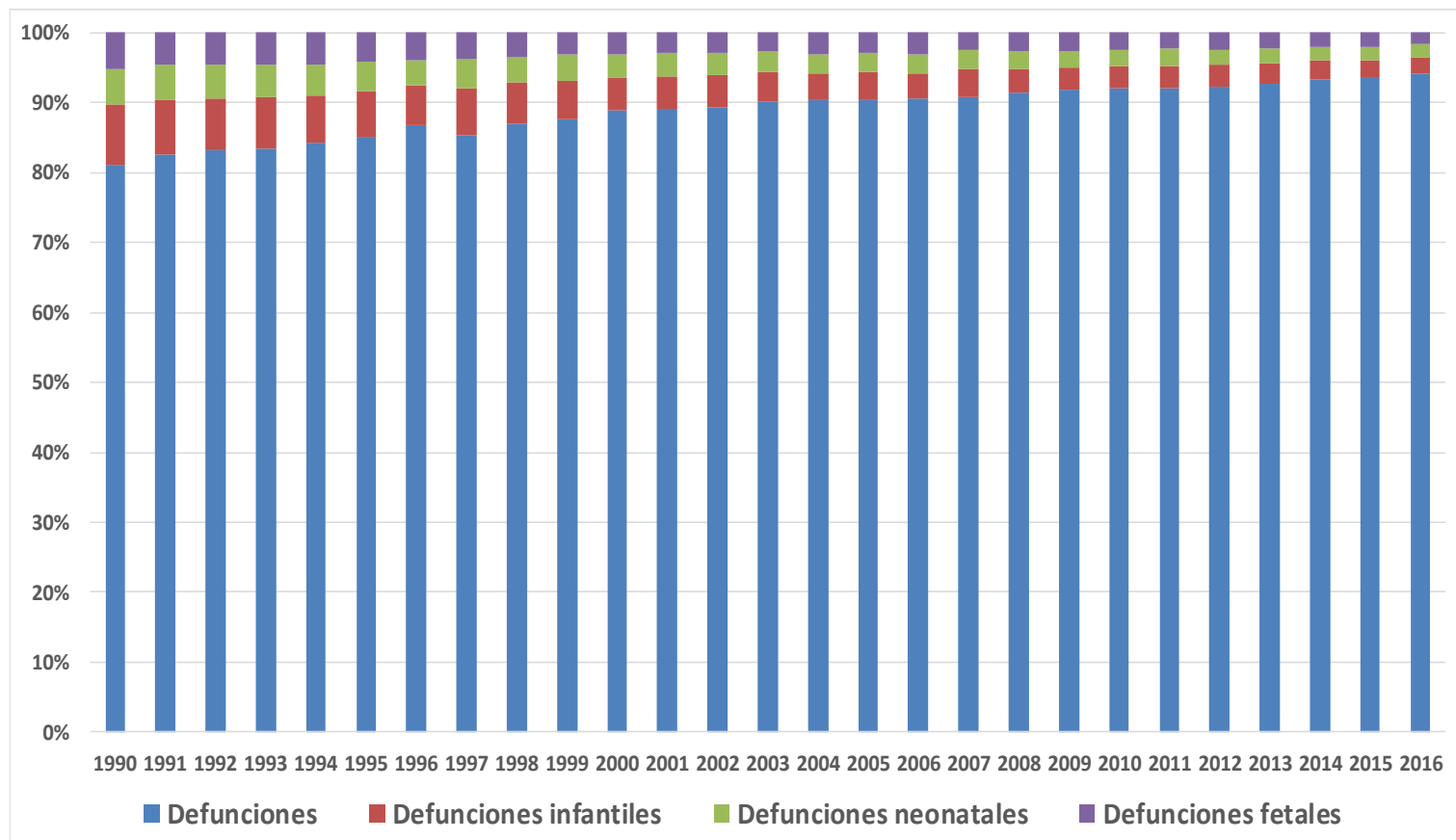


Fuente: Elaborado por ⁽¹⁰⁾.

Estos cambios poblacionales que experimentó el país con los años tuvieron impactos en varias áreas como en salud, alterando el perfil de mortalidad de Costa Rica, al ser más las causas relacionadas con adultos mayores; esto también repercutió económicamente, al estarse aumentado la cantidad de personas que se encuentran fuera de la masa laboral de la nación y la

necesidad de invertir mayores recursos en medicación para patologías de tipo crónicas.

Gráfico N° 3. Distribución porcentual de defunciones totales, infantiles, neonatales y fetales en Costa Rica para el periodo 1990 – 2016.



Fuente: Elaboración propia con datos de ⁽⁹⁾

Tabla N ° 1. Defunciones en Costa Rica en porcentajes por grupo de edad en quinquenios.

Edad en años	1984	1990	1995	2000	2005	2008	2013
Menores de 5	16.6%	12.9%	9.0%	6.4%	5.1%	4.5%	3.5%
5 a 9	0.9%	0.9%	0.8%	0.5%	0.6%	0.4%	0.2%
10 a 14	1.1%	1.0%	0.8%	0.7%	0.6%	0.6%	0.4%
15 a 19	1.6%	1.5%	1.7%	1.7%	1.5%	1.5%	1.1%
20 a 24	2.6%	2.0%	2.0%	2.0%	2.0%	2.5%	1.7%
25 a 29	2.4%	2.3%	2.2%	2.1%	1.9%	2.1%	1.9%
30 a 34	1.9%	2.5%	2.6%	2.1%	2.1%	2.2%	2.1%
35 a 39	2.1%	2.8%	2.7%	2.6%	2.4%	2.4%	2.0%
40 a 44	2.4%	2.6%	3.2%	3.6%	3.2%	3.3%	2.7%
45 a 49	2.8%	3.1%	3.3%	3.7%	4.1%	4.2%	3.7%
50 a 54	3.7%	3.9%	4.0%	4.1%	5.1%	4.8%	5.0%
55 a 59	5.2%	4.9%	5.1%	4.9%	5.3%	6.0%	6.2%
60 a 64	6.0%	6.5%	6.2%	6.5%	6.0%	6.1%	7.0%
65 o mas	50.7%	53.3%	56.5%	59.1%	60.0%	59.5%	62.5%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos de ^{(11),(12)}

Estos cambios se vieron como consecuencia de las decisiones políticas de la época, entre las cuales se encuentra la creación de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), creada "...en 1942, mediante la ley Número 17 como una institución Semiautónoma del Estado... sin embargo, el 22 de octubre de 1943 la Ley de la creación de la Caja fue reformada, constituyéndose en una Institución Autónoma del Estado"⁽¹³⁾. La CCSS cambió el concepto de pagar por la salud a un sistema de salud solidaria y enfocada a la población de bajos recursos.

Con las transformaciones que se dieron a partir de los cambios en el perfil poblacional de Costa Rica y las políticas implementadas, se logró disminuir las enfermedades infecto-contagiosas y recortar la brecha de calidad que existía entre los servicios de salud rurales y urbanos, "...el país se enfrentó a una

crisis económica de proporciones desconocidas. Su impacto, así como los esfuerzos siguientes de estabilización y ajuste estructural obligaron a replantearse el accionar estatal en todos los campos y en particular en el ámbito de la provisión de los servicios de salud.”⁽¹⁴⁾

Posterior a la creación de la CCSS y su reforma, el país sigue su enfoque para la mejora de la salud de la población, ejemplo de ello es la creación del Seguro de I.V.M. en el año 1947, el cual inicialmente “...incluía a los trabajadores del Estado, Instituciones Autónomas, Semiautónomas y las Municipalidades. En julio de ese mismo año se incorporan trabajadores que laboraban para la empresa privada en el campo administrativo”⁽¹³⁾

Parte de los orígenes de los seguros y las instituciones relacionadas con ellos es el Instituto Nacional de Seguros (INS), el cual es creado mediante la Ley N° 12 en octubre de 1924. Este hecho trajo consecuencias positivas para la nación, debido a que logró “...detener la fuga de divisas y establecer algunas líneas de seguros consideradas deficitarias como en el caso de accidentes de trabajo.”⁽¹³⁾

Como parte de las instituciones creadas en Costa Rica durante el siglo XX para mejorar la salud de la población se encuentra el Ministerio de Salud, que inició su gestión en 1907 con una campaña contra la anquilostomiasis, apoyada por instituciones internacionales y es sobre esta que en 1915 se crea en la Secretaría de Policía, el Departamento de Anquilostomiasis.⁽¹³⁾

Durante sus inicios, el Ministerio de Salud recibía el nombre de Secretaría de Estado en el Despacho de Salubridad Pública y Protección Social, a la cual se le añadieron varias dependencias que sirvieron de precursoras para diversos

departamentos con la idea de velar por numerosos y distintos grupos sociales de Costa Rica.

Luego de varias adiciones y modificaciones al sector salud que existía en Costa Rica, durante el inicio del siglo XX, en el año de 1923 se crea el Código Sanitario de Costa Rica en el que se anunció que la protección de la salud pública se encuentra tutelada por el Estado y se otorgó al Secretario de Estado de Salubridad Pública y Protección Social, la dirección de los sistemas de higiene y de asistencia del país”⁽¹³⁾.

Este código sufrió una sustitución bajo de Junta Fundadora de la Segunda República, que transformó propiamente en Ministerio a la Secretaría de Salud Pública y Protección Social, reajustó sus subordinaciones y las conglomeró en departamentos técnicos y organizaciones de carácter específico para combatir enfermedades que afectaban de sobremanera a la población de la época como las venéreas, tuberculosis, por mencionar solo dos.

Como parte del proceso de reestructuración se crearon dos direcciones generales: la de Salubridad, encargada de coordinación y conducción de las dependencias de la antigua Secretaría de Salud Pública y Protección Social y la dirección general de Asistencia Médico-Social, que se encargaba de la sección de planificación, coordinación, distribución de recursos y fiscalización económica de las instituciones de asistencia médica sostenidas o subvencionadas por el Estado, junto con otras funciones.⁽¹³⁾

Para la década de los setenta y como parte de algunos proyectos de la época, estas dos direcciones que componían al Ministerio de Salud, se unificaron para dar pie a la Dirección General de Salud y con ello nació en el ámbito jurídico, la

Ley General de Salud y la Ley Orgánica del Ministerio de Salud, paso que dio grandes cambios a nivel financiero con la redistribución de funciones y la adopción de nuevas labores y transformaciones epidemiológicas que asemejan situaciones de países industrializados.⁽¹³⁾

2.2 SISTEMAS DE SALUD

Los sistemas de salud se encuentran profundamente ligados a cada nación y son piedra fundamental en el crecimiento y prosperidad de los mismos. Se pueden definir como "... la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud."⁽¹⁵⁾. Todas estas organizaciones requieren gran cantidad de personal, financiamiento, capacitación y suministros.

Los sistemas de salud en ocasiones pasan desapercibidos o menospreciados por la población, excepto en situaciones de emergencia y los esenciales que son para el desarrollo de las poblaciones modernas pueden no ser valorados como deberían serlo.

Como se ha indicado anteriormente, los sistemas de salud son indispensables para el adecuado crecimiento de un país, por lo cual, el primordial responsable del desempeño total de los sistema de salud de un país es su propio gobierno, pero también es fundamental una adecuada administración de los centros regionales, las municipalidades y cada una de las instituciones sanitarias.⁽¹⁵⁾

Las funciones de estos sistemas no solo se encargan de mejorar la salud de las personas, sino también busca mantener el buen trato, la accesibilidad e igualdad a toda su población objetivo, a través de todo ello mejora la vida cotidiana de las personas de manera importante.⁽¹⁵⁾

Estas funciones de los sistemas de salud se pueden llegar a agrupar como parte de dos grandes grupos que no son excluyentes uno del otro, los cuales serían los servicios de salud pública, encomendados a la promoción y prevención de patologías, y los servicios de salud en los que ya se trabaja con

una población que posee una dolencia, con el fin de su diagnóstico, tratamiento adecuado y rehabilitación en caso requerido.⁽¹²⁾

2.2.1 Tipos de sistemas de salud

Los sistemas de salud de cada país varían de formas muy amplias, pero a la vez, poseen gran cantidad de similitudes. Algunas de estas pueden ser que todos requieren de financiamiento para su subsistencia, prestadores de servicios de salud y una regulación u ordenanza ante la cual regirse.⁽¹⁶⁾

En estas dimensiones, Wendt & Co., mencionado en un trabajo realizado por Blanca Rosa Gutiérrez Porras, enfatizaron que no solo el Estado es responsable de ellas, sino que es una labor conjunta de varios actores de diversas índoles como el Estado, las organizaciones no gubernamentales y el mercado.⁽¹⁶⁾

Con aseveración de que el Estado es el principal responsable, pero sin ser indispensable a los otros actores en el grupo mencionados anteriormente.

Al considerar estos tres actores mencionados anteriormente, generaría un abanico de opciones para la aplicación de los sistemas de salud en los diversos países, ante lo cual, en 1973 se creó una clasificación, en que se contemplaban estas situaciones.

Esta estratificación dividió los sistemas de salud en cuatro modelos para su mejor entendimiento y estudio ⁽¹²⁾:

- El sistema de salud pluralista con un grado de servicios privados de salud y un gran pacto de autonomía para la profesión médica.

- El sistema de seguridad social con un alto financiamiento de cuotas del patrono y el trabajador y una fuerte autonomía de los médicos.
- El sistema de servicios de salud donde la mayoría de las facilidades se ofrecen por el Estado en combinación con un alto grado de autonomía profesional
- El sistema social de salud donde las facilidades son ofrecidas y controladas por el Estado.

A inicios de los años 90, Schieber, citado por Blanca Rosa Gutiérrez Porras⁽¹⁶⁾, realiza diversos estudios, los cuales dan como resultado la división de los sistemas de salud en tres esferas: cobertura, financiamiento y propiedad.

Estas esferas anteriormente mencionadas, se pueden describir de la siguiente manera: un sistema de salud financiado propiamente por el Estado, que brinda cobertura universal en asistencia de salud a su población, otro en que el servicio es auspiciado por una contribución social por parte de todos los actores involucrados, tanto de índole público como privado y de igual manera, con cobertura universal y por último, un seguro de origen privado, en que el financiamiento es brindado por el usuario del mismo, al momento de requerir asistencia en salud y a diferencia de los anteriores no otorga una cobertura universal a la localidad.⁽¹²⁾

Se puede analizar que de los cuatro modelos planteados por Schieber, a inicios de los 90, son dos las principales diferencias: el financiamiento de cada uno de estos y el propietario o el encargado de brindar los servicios de salud.

2.2.2 Dimensiones de los sistemas de salud

Como se mencionó anteriormente, los sistemas de salud se pueden dividir en tres dimensiones: el financiamiento, la provisión de los servicios de salud y la regulación de los diversos actores relacionados con la salud ⁽¹²⁾:

1. Financiamiento

El financiamiento es un tema de mucho debate y gran importancia para la sostenibilidad de los sistemas de salud de cada nación. Esta dimensión puede ser subdividida dependiendo del nivel de contribución brindado por los usuarios y del encargado de ofrecerlos, como los que se financian solamente por el Estado, en los que hay una contribución tanto del Estado como la población y en los que solo el usuario se encarga de su financiamiento.

Estas esferas permiten analizar de cierta manera, el enfoque de los sistemas de salud para su manutención y sus tendencias, a través del cual, el financiamiento es el predominante o su combinación.

2. Provisión de servicios

Aunque en este rubro se determina que la principal función de los sistemas de salud es cuidar a sus pacientes, como explica Claus Wendt, citado por Blanca Rosa Gutiérrez Porras, la provisión de servicios también ha sido vinculada a una dimensión en la cual se permite realizar análisis comparativos entre los diversos sistemas de salud.

3. Regulación

Se debe de entender, en cuanto a esta esfera, que no es solo aplicable a los estados, sino también a todos los actores relacionados con la prestación de

servicios de salud, indiferentemente de si pertenecen al sector público o el privado.

Esta dimensión es la más compleja de las tres dimensiones mencionadas, debido a la variedad de reguladores, modelos de empleo, niveles de intervención y la integración de las dos esferas anteriores para la toma de decisiones, es decir, está para garantizar pautas uniformes y que los beneficios se den a toda la población.⁽¹⁶⁾

Una característica de la regulación es la interferencia del mercado en él, la forma en la que se desarrolla sirve como una fuerza para el mejoramiento y control de los sistemas de salud al ayudar al control, la eficacia y la información sobre los diversos suplidores de salud, principalmente en el ámbito privado.

En cuanto a lo que corresponde al sector público, la regulación se da a través de políticas estatales, que buscan incorporar a toda la población de una manera acorde con los principios del legislador y de la institución que brinda los servicios de salud.

Además, estas normativas buscan en otra función, controlar a los servidores de los bienes para que no incurran en acciones inadecuadas y aplicar medidas punitivas en su caso.

2.2.3 Clasificación

Al analizar todas las dimensiones, sus divisiones, interacciones y los actores que componen los sistemas de salud se pueden reducir en distintos tipos de sistemas de salud, de los cuales podríamos hablar de tres ideales, con características uniformes en todas las dimensiones, mencionados anteriormente de alguna manera.

Los sistemas estatales de salud: el financiamiento, la provisión de servicios y la regulación son llevados a cabo por instituciones y actores del Estado. Sistema de salud social: en los cuales los actores sociales tienen la responsabilidad de financiar, proveer y regular y el sistema de salud privado: las tres dimensiones las auspician los actores del mercado.⁽¹⁶⁾

El sistema de salud costarricense se fomenta a través de cotizaciones tripartitas entre empleadores, trabajadores y el Estado, donde cada asegurado cotiza para recibir un servicio de salud integral como derecho indivisible estipulado, tanto, por la Constitución, como por las leyes del Estado.⁽¹⁶⁾

Con el paso del tiempo y la crisis que cursó la salud en Costa Rica para finales del Siglo XX, la mayor aparición y el aumento de los prestadores de salud privados fue un escenario esperable y su impacto sigue estando presente hasta el momento.

Varios de los productos que los proveedores de servicios brindaron con el crecimiento del ámbito privado de la salud en Costa Rica fue de apertura de laboratorios especializados, clínicas, hospitales y universidades privadas sobre medicina.⁽¹⁶⁾

Estos cambios se dan principalmente por largos tiempos de espera para obtener acceso a exámenes, valoraciones por especialistas, pruebas para diagnósticos y cirugías, lo cual conlleva a una disminución en la credibilidad y fidelidad hacia el sistema de la seguridad social de Costa Rica.⁽¹⁶⁾

2.3 ESTADO DE BIENESTAR

El Estado benefactor podía ser definido como "... un conjunto de instituciones públicas supuestamente destinadas a elevar la calidad de vida de la fuerza de trabajo o de la población en su conjunto y reducir las diferencias sociales ocasionadas fundamentalmente por el mercado."⁽¹⁷⁾

Según Roldan & Gracia, en 2006, citado por Blanca Rosa Gutiérrez Porras, los estados de bienestar son un "...conjunto de instituciones estatales proveedoras de políticas sociales dirigidas a la mejoría de las condiciones de vida y a promocionar la igualdad de oportunidades de los ciudadanos en áreas como la educación, la salud, seguridad social y el empleo."⁽¹²⁾

Este sistema opera bajo la premisa de una distribución directa por parte del Estado o indirecta al verse involucrado un aporte por parte de su población para sus mejoras comunales.

El Estado de bienestar es una institución que posee diversos métodos y herramientas para lograr disminuir la desigualdad y mejorar la calidad de vida de los ciudadanos, con esto no solo logra un impacto positivo sobre la economía local, sino también debido a las interacciones con aspectos éticos, con el fin de lograr un disfrute pleno de la ciudadanía y el acceso libre a servicios sociales.

2.3.1 Historia

Se plantea que este sistema dio sus primeros pasos en la edad medieval con ciertas acciones de las autoridades de la época, las cuales solo se aplicaban en respuesta a situaciones específicas, como el concepto de responsabilidad

de la cumbre feudal sobre los campesinos que trabajaban bajo su mando o la ayuda a los miserables, otorgada por la Iglesia.⁽¹⁷⁾

Un ejemplo de estas medidas fue realizada en Inglaterra en 1834 con la Ley de Pobres, implementada por la monarquía, la cual empezó a notar un incremento en las brechas sociales.⁽¹⁷⁾

Durante ese periodo había una fuerte expansión económica, motivo por el cual, esta ley intentaba limitar los conflictos de carácter social por las condiciones de vida y de empleo de los desfavorecidos.⁽¹²⁾

El crecimiento de la población burgués y del capitalismo agresivo que se presentó con los cambios del fin del periodo medieval, fue alterando el concepto de protección de los trabajadores por parte de un barón o señor feudal, por uno de responsabilidad personal, con el fin de fomentar el crecimiento y los beneficios individuales y justificar la falta de ayuda hacia el resto.⁽¹⁷⁾

La presencia de la industrialización y la urbanización que vivieron los países desarrollados, llevó a un crecimiento rotundo de las diferencias sociales y las oportunidades que poseían los individuos, además, la fuerza laboral también vio un aumento enorme que forzó a las naciones a tomar medidas para su bienestar.⁽¹⁷⁾

En sus inicios, el Estado benefactor lo que buscaba no era necesariamente igualdad, sino más bien, una sensación de seguridad hacia la población, es posterior a estas políticas incipientes que se comienza a tomar mayor conciencia y ampliar el rango y función de este sistema estatal.⁽¹⁷⁾

Para 1883, en Alemania se desarrolló un modelo de protección, a través de un sistema contributivo mediante el cual los empleados pasaron a ser considerados sujetos de derecho y deberes. Con ello sobresale lo propuesto por el canciller Otto von Bismark, lo cual fue la promoción de la estabilidad social y la legitimación del orden constitucional mediante elites burocráticas y racionalización. ⁽¹²⁾

Esta propuesta vino a ser parte de los inicios del seguro social, el cual se ve de la mano con el surgimiento de lo que sería el Estado benefactor y a la vez, rompiendo con las medidas aportadas anterior a este evento y por otras naciones. ⁽¹⁷⁾

Posterior a la Primera Guerra Mundial se plasman los derechos sociales a nivel constitucional. Luego de la Segunda Guerra Mundial, en el Reino Unido, Beveridge arenga el principio de cobertura universal de la seguridad social, para todos los ciudadanos y financiado por todos los contribuyentes. ⁽¹²⁾

La introducción del concepto de Estado de Bienestar es dada por los países del viejo continente, como formas para establecer un mecanismo de solidaridad entre la población.

Con la llegada de la Gran Depresión económica de 1920 a 1930, el presidente Franklin Roosevelt de Estados Unidos, lleva a cabo programas de índole social, menos comprensivos debido a la carencia de un sistema nacional de salud pública, ya que a esta nación se le ha considerado poseer un modelo de “mínimos”. ⁽¹²⁾

Con la introducción de diversas concepciones y el pasar de los años se llevaron a cabo diversos estudios sobre diversas variables como la imposible

justificación de la desigualdad, la expansión de la democracia, las demandas de los empleados, la ineficiencia económica de la desigualdad en el escenario de una sociedad de consumo. La compilación y su análisis lograron culminar en lo que hoy denominamos Estado de Bienestar contemporáneo.

2.3.2 Fundamentos y modelo del Estado benefactor

Se puede apreciar durante todo el desarrollo de este modelo de estado, varios ejes que lo definen dos determinantes importantes, en su lógica son⁽¹⁷⁾:

- El mantenimiento del orden social: este punto radica sobre el conflicto que ocurre entre el movimiento obrero, el sistema capitalista y el equilibrio que buscan las políticas del Estado para apaciguar esta lucha.
- La necesidad de legitimar y apoyar las instituciones del Estado y a sus gobernantes, a través del sufragio y la competencia política, a través de las diversidades de ideologías.

La lucha incesante entre estos dos puntos es lo que le ha permitido al Estado benefactor poder originarse y desarrollarse al través del tiempo.

Los estados de bienestar se pueden dividir, basándose en sus programas sociales, aquellos en los cuales domina el principio de universalidad, hay otros donde sobresale la selectividad, en estos, las prestaciones están dirigidas hacia poblaciones determinadas y sus beneficios deben probar su pertenencia.

(12)

Otra manera de diferenciar los estados de bienestar, es a través de la esfera de sus actuaciones como la creación de instituciones y políticas que vienen a actuar sobre aspectos de diversas índoles como, por ejemplo: educacionales, sanidad e impuestos. Puede haber estados de bienestar limitados, en los

cuales, la intervención pública sobre el buen estado de los ciudadanos se reduciría, excluyendo aspectos de sanidad, vivienda, por mencionar algunos.

Un método más directo y complejo que revela de gran manera, las diferencias entre los diversos estados de bienestar es la resultante de estimar la intensidad del proceso de *desmercantilización* dado por políticas sociales. En este rubro lo que se estudia es "... hasta qué punto los ciudadanos de un país se pueden garantizar su reproducción social y alcanzar un nivel de bienestar razonable, sin depender de su participación activa en el mercado de trabajo" ⁽¹²⁾

Moreno en 2000, citado por Blanca Rosa Gutiérrez Porras, propuso varios modelos de estado de bienestar, los cuales se aprecian a continuación, con sus diferencias, país prototipo y el actor de mayor impacto sobre el estado de bienestar ⁽¹²⁾:

- Modelo anglosajón: asume que los ciudadanos van a adquirir la mayor parte de los servicios a través del mercado. En este sistema, el actor principal es el mercado.
- Modelo escandinavo: se sostiene por medio de la recaudación de los impuestos, brindando cobertura general con ellos. El mercado posee una intervención mucho menor en este régimen. El principal actor es el Estado.
- Modelo continental: su sostenibilidad se basa en la contribución de los trabajadores afiliados al sistema de salud. La concentración social viene a ser el principal actor de este modelo.
- Modelo mediterráneo: el núcleo familiar constituye la esencia de este modelo, el cual busca cooperación a nivel micro – comunal, los servicios

privados y estatales lo complementan. El actor principal de este modelo lo constituye la familia.

Como se puede apreciar, estos modelos tienen cierto grado de influencia de los otros, compartiendo características, ejemplo de ello son los países nórdicos que se enfocan en mayor medida hacia un sistema social universal y respaldado principalmente por el Estado, con una intervención menor de los actores liberales; mientras que los países con sistema anglosajón se concentran más en que los actores liberales abarquen gran parte del servicio que se brinda mientras que la intervención estatal es muy reducida.

2.3.3 Las políticas sociales y la crisis del Estado benefactor.

Las políticas sociales se pueden definir y a la vez, distinguir de las económicas como “las formas de intervención estatal en la esfera de la reproducción de la fuerza de trabajo y la familia, mientras que la política económica es la intervención estatal en la esfera de la producción. Es decir, la política económica esa dirigida a las empresas económicas: las políticas sociales están dirigidas a los agentes de reproducción, es decir, familia y hogares.”⁽¹²⁾

Las políticas sociales, según Gough en 2003, citado por Blanca Rosa Gutiérrez Porras, son productos específicos de una actividad estatal ya sea directamente por el Gobierno o por cuerpos encomendados por este.⁽¹²⁾

Alemán y otros, en 2006, citados por Blanca Rosa Gutiérrez Porras⁽¹²⁾, indican que, en ocasiones, se puede apreciar las expresiones “política social”, “Estado de bienestar” y “régimen del bienestar” como sinónimos; sin embargo, algunos de los especialistas en el área, creen que no se refieren a las mismas realidades y los delimitan con precisión.

Alemán y otros, en 2006, citado por Blanca Rosa Gutiérrez Porras ⁽¹²⁾, explican que el bienestar social se relaciona con los valores, mientras que el estado de bienestar con las decisiones políticas, económicas y administrativas, las cuales llegan a afectar a las poblaciones y que se materializan a través de políticas sociales.

Con el aporte de las políticas sociales estatales para fomentar y aumentar las prácticas de solidaridad nacional, el control de los mercados y disminución en la brecha social, principalmente en el periodo posguerra, permitió que estas aumentarían la universalización de los servicios y que se dieran de la manera más equitativa posible.⁽¹⁷⁾

Mas el Estado benefactor no fue capaz de contener o prever la rápida y agresiva expansión que los mercados volverían a tener, luego de la Segunda Guerra Mundial, por lo que empezó a presentar grietas en su estructura, las cuales permitieron que la competencia por recursos, creara mayor diferencia social.⁽¹⁷⁾

Conforme se acerca el fin del siglo XX, las economías en los países en vías de desarrollo que poseían el modelo de Estado benefactor comenzaron a notar que el escenario mundial comenzaba a cambiar, desfavoreciendo a este sistema, ya que comenzó a incrementarse el gasto para su sostenibilidad.

Asociado con esto, la llegada de la globalización y adopción de funciones que brindaba el Estado por particulares con mejores tecnologías, acceso más rápido y mejores resultados, comenzó a agotar el modelo benefactor hasta culminar en un periodo de crisis.

2.4 PROBLEMAS FINANCIEROS DEL SECTOR SALUD EN COSTA RICA.

Gran parte de Latinoamérica, a partir de la década de los ochenta, comenzó a experimentar un periodo de recesión y de planteamientos para una reorganización de su estructura administrativa dentro de cada nación, en el caso de Costa Rica, el sistema de salud empezó a presentar problemas que eran comunes para otras naciones desarrolladas en cuanto a sus estrategias de salud: las listas de espera para pruebas de diagnóstico, cirugía y especialidades se alargaron, se presentó un deterioro de hospitales y equipo médico y un personal médico desalentado.⁽¹⁾

Varias eran las razones para estos problemas y de distintas áreas del capital destinado a la salud, como infraestructura, equipo y personal, y la incapacidad de captar fondos suficientes para cubrir dichos costos, añadido a esta problemática, se encontraba la evasión de impuestos por parte de los contribuyentes y la aparición de una masa inmigrante en busca de salud.

Para tratar de solventar esta problemática se valoraron varios modelos, mas ninguno se convirtió en un componente básico de la revisión del sistema de salud. Estos planes variaban desde un pago extraordinario por el usuario para la atención personalizada de un médico a su escogencia, hasta contratos con entidades privadas para mantener los servicios clínicos.

En los inicios de la década de los noventa se comienza a dar una reforma al sector salud de Costa Rica, la cual se ve motivada por la necesidad de una mejora sectorial, específicamente en el área de la atención primaria. En este contexto, con una imagen de la salud en su más bajo punto, autoridades de la

Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) y el Ministerio de Salud, se reúnen con el Banco Mundial para iniciar una discusión acerca de la reforma al sector salud.

El Gobierno de Costa Rica y el Banco Mundial en 1993, después de varios años de negociaciones, logró un préstamo dedicado para el sector salud por \$22 millones, a través del cual se buscaba mejorar tres componentes importantes: reestructuración del modelo de atención primaria, separación de los roles de proveedor y comprador, y actualización en los mecanismos de pago.⁽¹⁾

2.5 REFORMA DEL SECTOR SALUD.

La reforma del sector salud de Costa Rica trajo grandes cambios y avances a la Nación y su población, vino a ser el fruto de años de discusión y aplicación de diversas medidas, pero su aporte principal puede resumirse en una readecuación del modelo de atención primaria que busca enfoques geográfico – poblacionales, además de novedosos mecanismos para la asignación del recurso financiero y la descentralización de servicios de salud, flexibilizando el sistema administrativo.⁽¹⁸⁾

El reestructurar el sistema de salud del país se dio en varias etapas, afectando todos los niveles de su composición, con mayor efecto en algunos puntos, como el primer nivel de atención, a través de su sistema administrativo y otros puntos claves.

Este proceso de reorganización tuvo dos puntos destacables: la transferencia a la CCSS de todas las funciones de la atención en salud otorgados anteriormente por el Ministerio de Salud y con ello, la creación por la CCSS de la red de equipos básicos de atención integral en salud (EBAIS) y áreas de salud.⁽¹⁸⁾

En cuanto a cada institución propiamente dicho, el Ministerio de Salud tuvo pocas reformas, las cuales se han concentrado, básicamente en dos ejes: la una con carácter administrativo y la otra, una organización de los sistemas locales de salud.⁽¹⁴⁾

Para algunos autores esta institución ha perdido poder político y recursos desde la década de los setenta, disminuyendo su protagonismo en distintas políticas de salud del país.

La Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) se vio diferenciada por un mayor énfasis por parte de las reformas que se dieron, esto conllevó a una manifestación en el impulso de prácticas piloto, de diversas áreas, como fue el caso de consulta externa y en una política con mayor metodología en cuanto a la reorganización de tipo administrativa⁽¹⁴⁾.

A diferencia del Ministerio de Salud, la CCSS, a pesar de atravesar una crisis financiera severa, ha logrado consolidarse en el sector salud de gran manera.

Esta reforma se llevó de una forma escalonada, dándole prioridad a ciertos problemas de varias índoles sin distorsionar los principios con los cuales fueron creadas las diversas instituciones involucradas en la reforma.

2.5.1 Latinoamérica

No solo Costa Rica sufrió cambios en sus modelos políticos, económicos y de salud, varios países de la región también compartieron modificaciones a sus sistemas. Ya para inicio de la década de los noventa, gran parte de Latinoamérica habían iniciado o estaban considerando el inicio de una reforma en el sector salud de cada país.

La ejecución de cada reforma, indiferentemente de cómo se haya establecido, fue un proceso lento, incluso divisible por etapas de realización y en ocasiones, conducida por gobiernos de diferentes lineamientos políticos.

Debido a ello, las diversas reformas tuvieron más enfoque en algunos aspectos, englobando todo el sistema de salud, mientras que en otros momentos la reforma fue más limitada, debido principalmente, al ámbito de cada país que la ejecutó, la amplitud de su debate, las diversas estrategias de implementación y la sectorización de esquema político y funcional del país.

Aunque la intención de las reformas en Latinoamérica es dar una mejoría en los servicios brindados por el Estado, mientras redistribuye su economía para una mejor utilización de los fondos que posee, inclusive por mucho que difirieran el impacto financiero de cada uno fue muy distinto, con casos en los cuales su alteración fue mínima.

A pesar de que las reformas son muy distintas, debido a características propias de cada nación, como las políticas que se implementaron y la capacidad de acción de los mismos para su aplicación, estas tienen muchos puntos en común.

Una característica fundamental que comparten es el vínculo y la subordinación que las reformas del sector salud tuvieron con respecto a los cambios del Estado y su sociedad. El problema que presentó esto es que, muchas veces, las políticas prioritarias no se crean bajo los resultados del análisis de los problemas propios.⁽¹⁹⁾

2.5.2 Definición de EBAIS

“Los EBAIS son el equipo mínimo de atención primaria y el primer contacto que la población costarricense tiene con el sector salud. Se encuentra conformado por un médico general, un auxiliar de enfermería y un asistente técnico de atención en salud (ATAPS) y tienen una población de 3500 a 7000 habitantes.”⁽¹⁸⁾

El proceso de la reforma tampoco se realizó de manera universal, varias de sus metas requirieron, para varios sectores del país, varios años para su implementación. Según el Análisis Sectorial del Ministerio de Salud⁽⁴⁾ en 1995 se inició la transferencia a la CCSS de los servicios de atención en salud y se

observó que desde la apertura de los equipos básicos de atención integral en salud (EBAIS) en 1995, la cobertura de los servicios pasó de 25.7% de la población nacional a casi un 90% en 2002 y la meta de 800 EBAIS para 2002 tenía un avance de 81.5%.

No solo se vio un impacto a nivel de los EBAIS, también ocurrieron cambios a nivel de diversas clínicas y hospitales. Para la época entre 1998 y 2001 se logró que ciento setenta y nueve establecimientos obtuvieran un total de 3392 equipos, como parte de las renovaciones que se estaban dando.⁽⁴⁾

En un estudio realizado por Rosero Bisby⁽⁷⁾, consideró que el establecimiento de un EBAIS, especialmente si es una unidad pequeña, significaba una mejoría sustantiva de la calidad y cantidad del servicio que se brindaba.

Parte de la transición que se dio con los EBAIS y la reforma, fueron los compromisos de gestión, que, a pesar de su composición y meta, en ocasiones puede ser paradójico. "... la medición de desempeño que orienta estos compromisos da un espacio relevante a la innovación de procesos, que puede contribuir a sistematizar la prestación de servicios, a dilucidar aspectos específicos de su eficacia y a reestructurar las organizaciones prestadoras y modificar su cultura de gestión."⁽²⁰⁾

2.5.3 La reforma y los aspectos sociales

Los acontecimientos vividos en Costa Rica, desde la década de los 80 y la implementación de la reforma, no solo tuvieron impacto en el sector salud del país, sino también en otras áreas; en el ámbito económico, los cambios que se realizaron, si bien tuvieron éxito en el manejo de la inflación y en la disminución

del déficit fiscal, se dio a costo de un aumento en las tasas, las cuales se lograron colocar, incluso por encima de la inflación.⁽²¹⁾

Los cambios brindados por la reforma a la salud del país, principalmente con los reajustes de la atención primaria vino a darle un impacto positivo a la accesibilidad de la población a diversos servicios de salud.⁽²²⁾

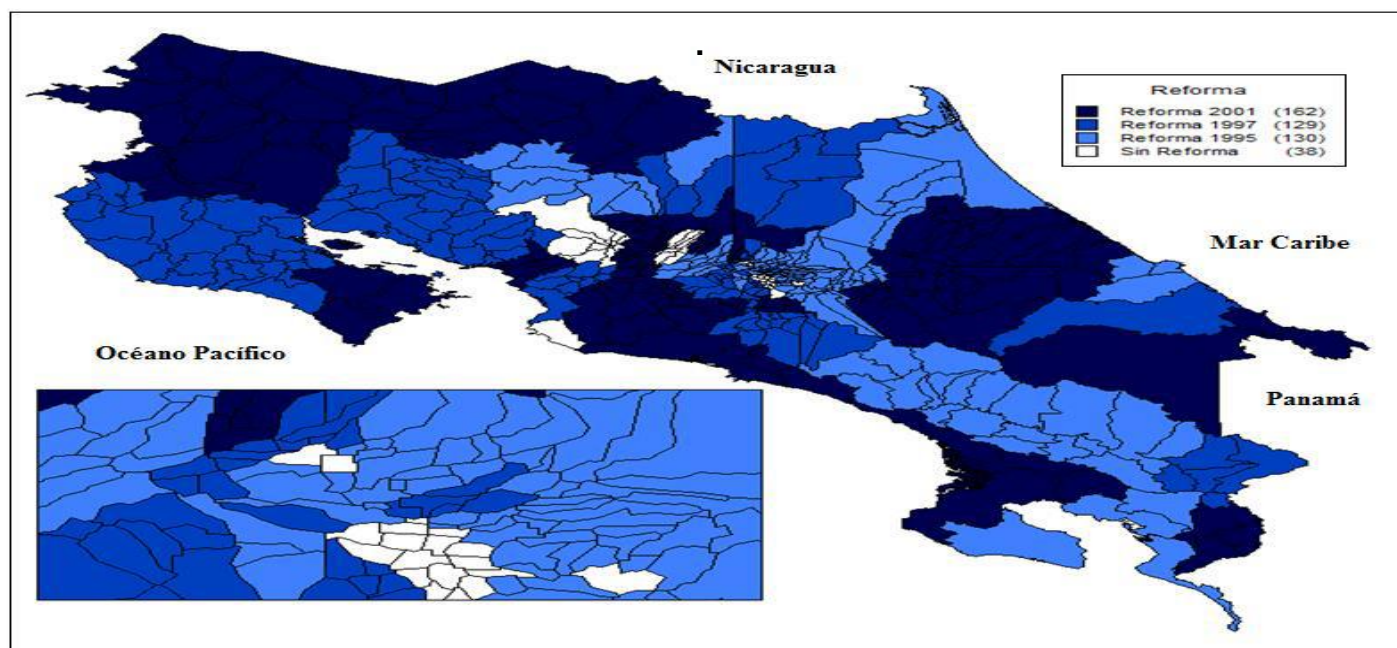
El proceso de adopción de la reforma en Costa Rica se dio de manera paulatina. Los primeros grupos o los “pioneros” en adoptar la Reforma la asumieron entre 1995 y 1996, abarcando regiones más periféricas de la Nación.^(15, 16)

Para el periodo de 1997 a 2000 se incorporó un segundo grupo o los “intermedios”, los cuales eran áreas aun distantes de la región central del país. Posterior a ello, se puede observar un tercer grupo o “tardíos” que aparece después de 2001 o que en ese momento no había acogido la reforma, las cuales eran áreas ubicadas principalmente en las áreas más centrales del territorio nacional, como se puede apreciar en el Mapa 1. ^(15, 16)

Ya para este momento fueron pocos los lugares que no habían sido alcanzados por la reforma del sector salud o la creación de los EBAIS, los cuales poco a poco fueron aumentando hasta alcanzar 1041 para el año 2016, adscritos a 104 áreas de salud alrededor del país.

Con esto, la cobertura de salud de Costa Rica creció estrepitosamente, abarcando prácticamente todo el territorio nacional y ayudando a controlar mejor los vectores productores de enfermedad y las patologías crónicas.

Mapa N° 1. Proceso de adopción de la reforma en salud en Costa Rica, 1995-2001



Fuente: Elaborado por ⁽⁸⁾

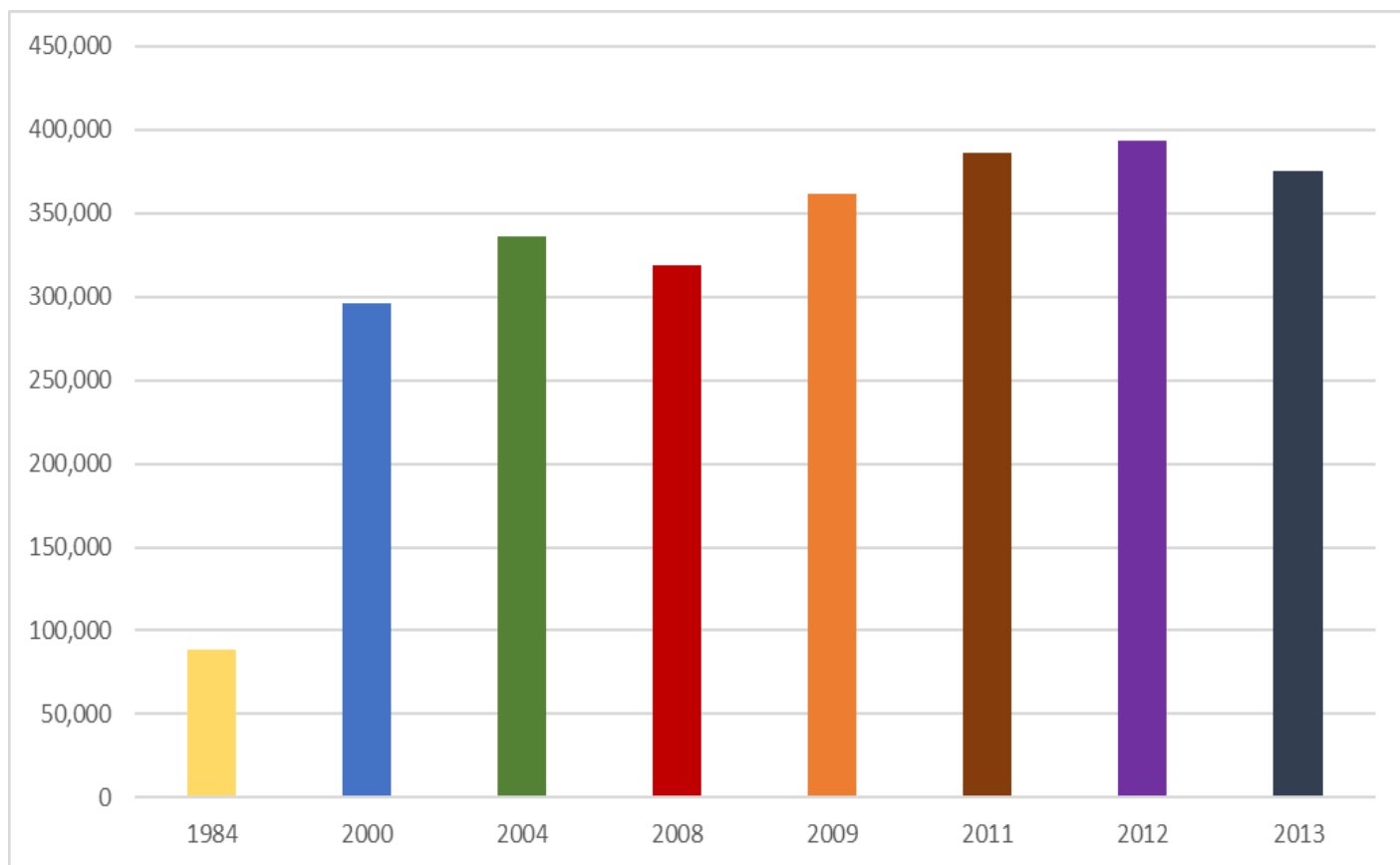
El recurso humano también tuvo su afectación con los cambios ocurridos, el empleo informal aumentó, no solo en Costa Rica, sino a nivel centroamericano, llegando hasta 85% en algunas regiones, la mayor parte de los empleos que se creaban eran labores de servicios y de baja calidad. Con esta situación también hay que tener en cuenta las reformas educacionales promovidas por varios países.⁽²⁴⁾

La reforma ha sido un componente esencial para Costa Rica, ya que marca un antes y un después en cuanto a su situación social, laboral, demográfica, junto con otros aspectos.

Costa Rica vio un gran aumento en la migración desde 1984 a 2000, en donde pasó de unos 88 954 mil inmigrantes a unos 296 371 mil inmigrantes. Posterior a este evento, la cantidad de inmigrantes en Costa Rica continuó en ascenso de una manera inconstante hasta 2013 en donde se documentó 374 929

inmigrantes en Costa Rica, lo cual representa 8% de la población total del país para la fecha. Se puede apreciar en el siguiente gráfico.

Gráfico N° 4. Población inmigrante para el periodo de 1984 – 2013.



Fuente: Elaboración propia con datos de ⁽²⁵⁾

Esto logró que la población total creciera considerablemente, a pesar de la disminución de la tasa de natalidad, afectando incluso el perfil de causas de muertes del país por ser una población, en gran medida, mayor de edad.

El principal grupo de inmigrantes que se encuentra en Costa Rica es de procedencia nicaragüense, seguido de otros países de América Latina, posiblemente por las diversas situaciones políticas y sociales que vivieron o viven actualmente todas estas naciones.

La población extranjera posee un efecto directo sobre los sistemas de salud de los países, esto debido a que estas personas pueden poseer o portar enfermedades que no son propias de la región o se encontraban bajo control.

2.6 MORTALIDAD.

La mortalidad puede ser vista como las “defunciones por lugar, intervalo de tiempo y causa”⁽²⁶⁾ los cuales son recopilados por distintas instituciones para su análisis, tanto regionales como internacionales.

La causa que lleva a una persona a su muerte puede verse como “la enfermedad o lesión que desencadenó la sucesión de eventos patológicos que condujeron directamente a la muerte, o las circunstancias del accidente o acto de violencia que produjeron la lesión mortal”⁽²⁶⁾

Debido al nivel de complejidad que conlleva el estudio de la mortalidad, se ha dividido en varios indicadores, que puede ser general o específico, para efectos prácticos del estudio se hará mención a algunos de ellos.

Una forma de medición de la mortalidad de un país o una localidad es a través de la mortalidad general, la cual es “un indicador demográfico que mide defunciones por cada mil habitantes en una determinada población, en un año”⁽²⁷⁾. Esta medida es importante ya que se ve enlazada con la supervivencia de las personas y puede otorgar datos sobre la situación de la salud pública de un poblado en determinado tiempo.

De manera más específica, está la mortalidad en menores de cinco años, la cual se define como “el número de niños menores de cinco años que mueren en un año por cada 1,000 niños en esas edades”⁽²⁸⁾. Para este indicador su uso abarca la mortalidad neonatal, infantil y la de la niñez, también una alta tasa de

moralidad de la niñez “refleja condiciones perinatales no saludables para las madres y los efectos de factores ambientales adversos en los primeros años de la niñez”⁽²⁸⁾.

2.6.1 Causas de mortalidad

Varias son las causas de muertes que sufren los poblados en el mundo, afectados por diversos factores como la situación socioeconómica, la dieta, actividad física o género.

Las principales causas de mortalidad en la actualidad son la cardiopatía isquémica y el accidente cerebrovascular, los cuales provocaron unos 15 millones de muertes en 2015 y se han colocado como las principales causas durante los últimos 15 años.⁽²⁹⁾

El cambio de los hábitos de las personas como un aumento en el sedentarismo, las mejoras tecnológicas y otros aspectos, no solo han afectado a las patológicas cardiovasculares, sino que han impactado de manera positiva o negativa en otras enfermedades, ejemplo de ello es el aumento de muertes por diabetes, la cual era inferior a un millón en 2000 y para el año 2015 alcanzó los 1.6 millones de defunciones.⁽²⁹⁾

Por otro lado, algunas enfermedades de índole infeccioso disminuyeron, como es el caso de las diarreas, las cuales se redujeron en 50% entre el año 2000 y 2015, pero las infecciones de las vías respiratorias inferiores siguen encontrándose como la enfermedad infecto – contagiosa de mayor letalidad.⁽²⁹⁾

A pesar de que varias enfermedades de origen infeccioso - transmisible han disminuido, aún hay algunas como la tuberculosis, la cual todavía se encuentra entre las diez principales causas de muerte en el mundo.

Una situación que ha venido ganando terreno en el ámbito de la mortalidad es la correspondiente a las patologías sociales, las cuales ya comienza a estar entre las principales causas de muerte a nivel global. En este grupo en particular, los accidentes de tránsito son los que cobran más vidas, teniendo una afectación mayor sobre la población masculina (76%) de los casos registrados, con una mortalidad de 18.3 defunciones por cada 100 000 habitantes para 2015.⁽²⁹⁾

En cuanto a la mortalidad en menores de cinco años, la OMS⁽³⁰⁾ refiere que las principales causas de defunción en este grupo son: las anomalías congénitas en 42% de los casos, prematuridad en 27%, asfixia al nacer en 9% de las situaciones y 14% a diversas causas, esto para 2013.

CAPÍTULO III
MARCO METODOLÓGICO

3.1 ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN

Se utilizará un enfoque de tipo cuantitativo para este proyecto de investigación, debido a la necesidad de recolectar datos numéricos junto con la realización de sus análisis y asociaciones.

3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Se utilizará un estudio de tipo correlacional con el fin de lograr identificar si existe alguna relación entre la mortalidad general de Costa Rica para el periodo 1990 – 2016, por sexo y cinco grupos etarios de menores de 5 años, de 5 a 14, de 15 a 49, de 50 a 69 y mayores de 70 y qué tan atribuible es a la Reforma del Sector Salud.

3.3 UNIDADES DE ANÁLISIS U OBJETOS DE ESTUDIO

El área de estudio corresponde al territorio nacional de manera general. La temporalidad en la que se realiza el estudio fue entre los años 1990 y 2016.

3.3.1 Población

La población en estudio es la costarricense, según los fallecimientos para cada periodo, en ambos sexos y por grupos etarios.

3.3.2 Fuentes de información

No se utilizaron fuentes de tipo primario debido al diseño del estudio. Como fuentes de información secundaria se utilizaron datos recopilados del Ministerio de Salud, Caja Costarricense de Seguro Social, el Instituto en Métricas de Salud y Evaluación, investigaciones anteriores sobre el tema, en revistas, tesis y artículos en línea.

3.3.3 Criterios de inclusión y exclusión

Debido al modelo de investigación que se realizó, no se utilizaron criterios de inclusión o de exclusión.

3.4 METODOLOGÍA

La presente investigación se basó en dos estudios previos, uno de Luis Rosero en 2004, Evaluación del Impacto de la Reforma del Sector de la Salud en Costa Rica mediante un Estudio Cuasi-experimental y uno de Emilia Cubero de 2010, La Reforma de Salud en Costa Rica, diez años después.

Se realizó una recolección de datos transversal, para observar la asociación de la reforma al sector salud de Costa Rica y sus implicaciones en la mortalidad de la población, para el periodo 1990 – 2016.

Se realizó un listado propio de la cantidad de EBAIS y Áreas de Salud existentes en Costa Rica desde 1990 hasta 2016, la cual tuvo que hacerse de diversas fuentes debido a que no existe un informe oficial o de alguna institución gubernamental con estos datos. Además, solo se logró encontrar datos de las áreas de salud a partir de 1995.

Se recolectaron los datos de las tasas de mortalidad general por género, según los tres principales grupos de fatalidad y por las primeras cinco causas de cada grupo etario, todas por 100,000 habitantes, con excepción de dos grupos debido a traslape de algunas patologías, a través del Institute for Health Metrics and Evaluation.

El análisis de los datos recolectados se llevó a cabo a través de un modelo de regresiones múltiples, debido a que la reforma no se implementó de manera universal en el territorio nacional, sino que fue un proceso que se realizó en diversas etapas.

Para evitar los posibles sesgos de la aplicación de un estudio sin aleatorización completa se utilizaron dos métodos analíticos. La inclusión de las mediciones

antes y después de la aplicación de la reforma para comparar las tendencias y la regresión múltiple para el control estadístico de los efectos de confusión.

Se utilizará como herramienta estadística la regresión de tipo lineal, cual formula es $Y = \beta_0 + \beta_1X_1 + \beta_2X_2 + \beta_3X_3 + \dots + \beta_kX_k^{(31)}$, para poder determinar si existió una relación en el incremento de las áreas de salud y los EBAIS con los cambios en la mortalidad general, femenina y masculina para las enfermedades de tipo crónicas no trasmisibles, las trasmisibles, infantiles y maternas, las causas sociales y las principales cinco o seis causas de cada uno de los grupos etarios, dependiendo de si existe un cambio entre las de mortalidad.

Entendiéndose causas sociales como las relacionadas con patologías traumáticas, como los accidentes de tránsito, violencia interpersonal, suicidios y ahogamiento.

A continuación, se presenta una tabla alineando los códigos del CIE-10 y del Institute for Health Metrics and Evaluation.

**Tabla N° 2. Listado de alineamiento de los códigos del CIE – 10 y del
Institute for Health Metrics and Evaluation.**

CIE – 10	Grupo
A00-B99, D50-D53, D64.9, E00-E02, E40-E46, E50, E51-E64, G00-G04, H65-H66, J00-J06, J09-J18, J20-J22, N70-N73, O00-O99, P00-P96	Enfermedades transmisibles, afecciones maternas, perinatales y nutricionales.
C00-C97, D00-D48, D55-D64 (salvo D 64.9), D65-D89, E03-E07, E10-E16, E20-E34, E65-E88, F01-F99, G06-G98, H00-H61, H68-H93, I00-I99, J30-J98, K00-K92, L00-L98, M00-M99, N00-N64, N75-N98, Q00-Q99	Enfermedades no transmisibles. (Enfermedades tipo crónicas)
V01-Y89	Causas externas de mortalidad y morbilidad. (Causas sociales)

Fuente: Elaboración propia con datos de ⁽³²⁾

La regresión se aplicará para todo el periodo de estudio (1990 – 2016) y posteriormente, se dividirá la reforma en tres. El primero será el de pre reforma que abarca desde 1990 hasta 1994, el segundo será el de la aplicación de la reforma que se encuentra entre 1995 y 2000 y, por último, uno de pos-reforma que inicia en 2001 y culmina en 2016, con la finalidad de observar en cuál punto se logró mayor impacto sobre las diferentes causas de mortalidad que se estudiarán.

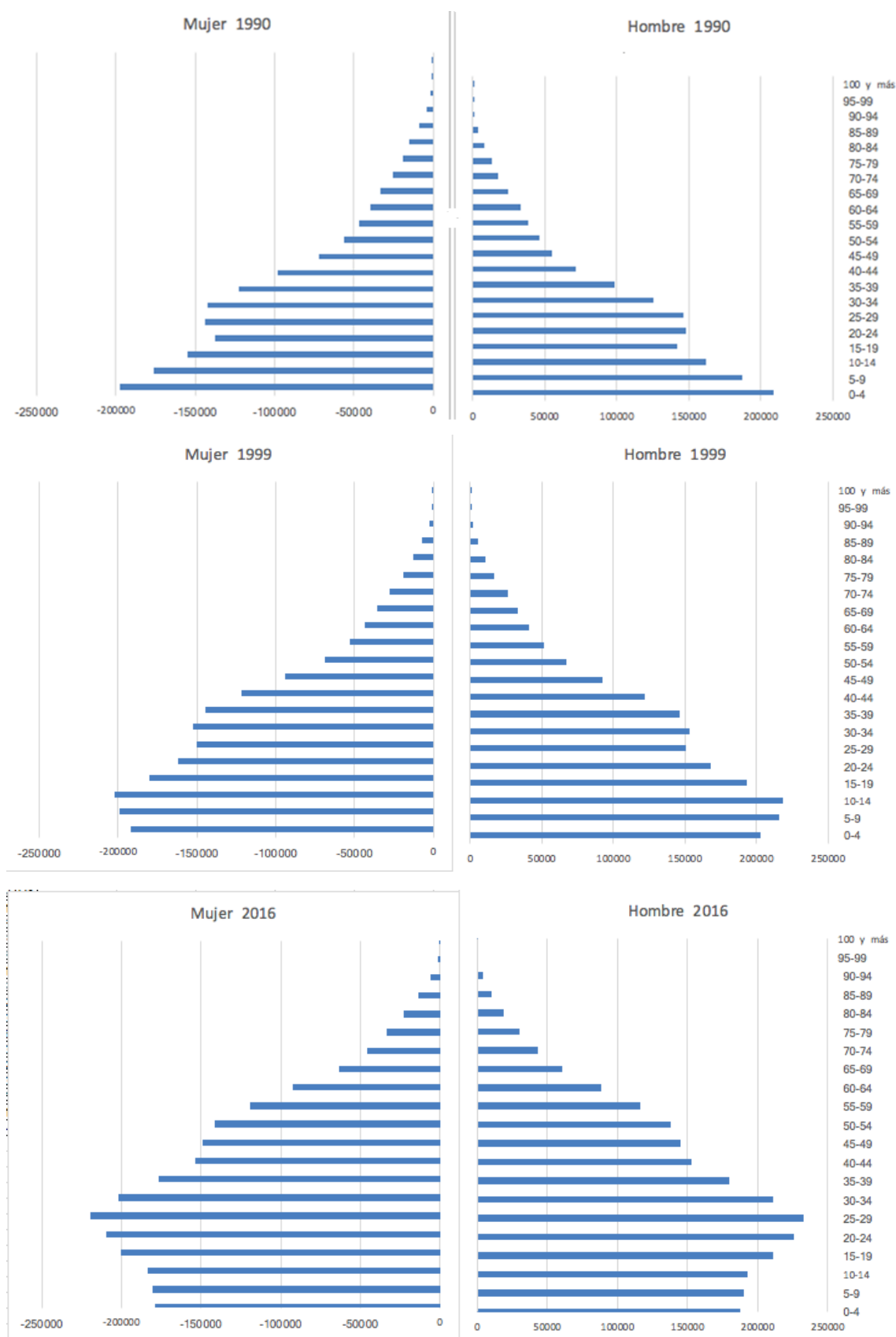
La regresión que se aplicará a cada uno de los periodos, se les realizará a todos los grupos etarios, a los tres grandes grupos de causas de muerte (enfermedades crónicas no trasmisibles, las enfermedades trasmisibles,

maternas e infantiles y las causas sociales) y a la mortalidad genera, femenina y masculina.

Los resultados que las regresiones que no se encuentren entre los valores (0.050) para poder realizar una asociación estadísticamente significativa entre las tasas de mortalidad y los cambios estudiados por la reforma no se colocarán dentro de los gráficos para evitar confusión entre los que sí obtuvieron el valor mínimo requerido y lo que se encuentran por encima de este.

Para la realización del estudio se decide utilizar tasas estándar, debido a que dentro de los objetivos se realizó una comparación de los cambios en la mortalidad del país en diferentes períodos. Ya que Costa Rica se encuentra en medio de una acelerada transición demográfica y los períodos utilizados no necesariamente comprenden la misma cantidad de años, la variabilidad poblacional es importante. Por lo anterior, se considera necesario controlar este cambio demográfico, ya que, por las condiciones del país y su transición, las comparaciones de los períodos se asemejan a comparar diferentes países y estructuras poblacionales. Esto se evidencia en la siguiente figura.

Gráfico N° 5. Cambios demográficos en Costa Rica de 1990 – 2016.



Fuente: Elaboración con datos de ⁽³³⁾

3.5 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Se realizó un estudio observacional, ya que "... el factor de estudio no es asignado por los investigadores, sino que estos se limitan a observar, medir y analizar determinadas variables, sin ejercer un control directo de la intervención".⁽³⁴⁾

Cumple con carácter descriptivo debido a que se realizará una representación sobre cómo se desarrolló y afectó la reforma al sector salud de Costa Rica sin la realización de causa-efecto.⁽³⁴⁾

El análisis de los datos recolectados se llevó a cabo a través de un diseño transversal, debido a que se observará la presencia de una serie de patologías y el alcance que poseen sobre la población en un periodo de tiempo simultáneo⁽²⁴⁾. Además, que este tipo de estudios "Proveen evidencia de asociación estadística válidas para variables inalterables en el tiempo"⁽³⁵⁾

Este trabajo cuenta con un diseño ecológico mixto que viene derivado de que el estudio abarca grupos de población y no individuos como tal y además es realizado en series de tiempo.⁽³⁶⁾

3.6 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

Objetivos específicos	Variables	Definición conceptual	Dimensión	Instrumento
1. Identificar la mortalidad general, en tres periodos y por sexo en Costa Rica, durante los años de 1990 a 2016.	Mortalidad general	Indicador que mide las defunciones por cada mil habitantes de una población en un determinado año	Cantidad de defunciones para el periodo 1990-2016 y en tres periodos, el periodo pre-reforma (1990 – 1994), periodo de la reforma (1995 – 2000) y periodo pos-reforma (2001 – 2016).	Datos del Institute for Health Metrics and Evaluation, Ministerio de Salud y CCSS.
2. Clasificar la mortalidad por grupos etarios en tres periodos y sus cinco principales causas de muerte, según cada grupo.	Mortalidad por grupos etarios (menores de 5 años, de 5 a 19, de 20 a 59 y mayores de 60)	Indicador que mide las defunciones de las personas en un grupo de edad específico por cada mil habitantes del mismo grupo de edad de una población en un determinado año	Cantidad de defunciones según grupos de edades específicos. (menores de 5 años, de 5 a 19, de 20 a 59 y mayores de 60)	Datos del Institute for Health Metrics and Evaluation, Ministerio de Salud y CCSS.

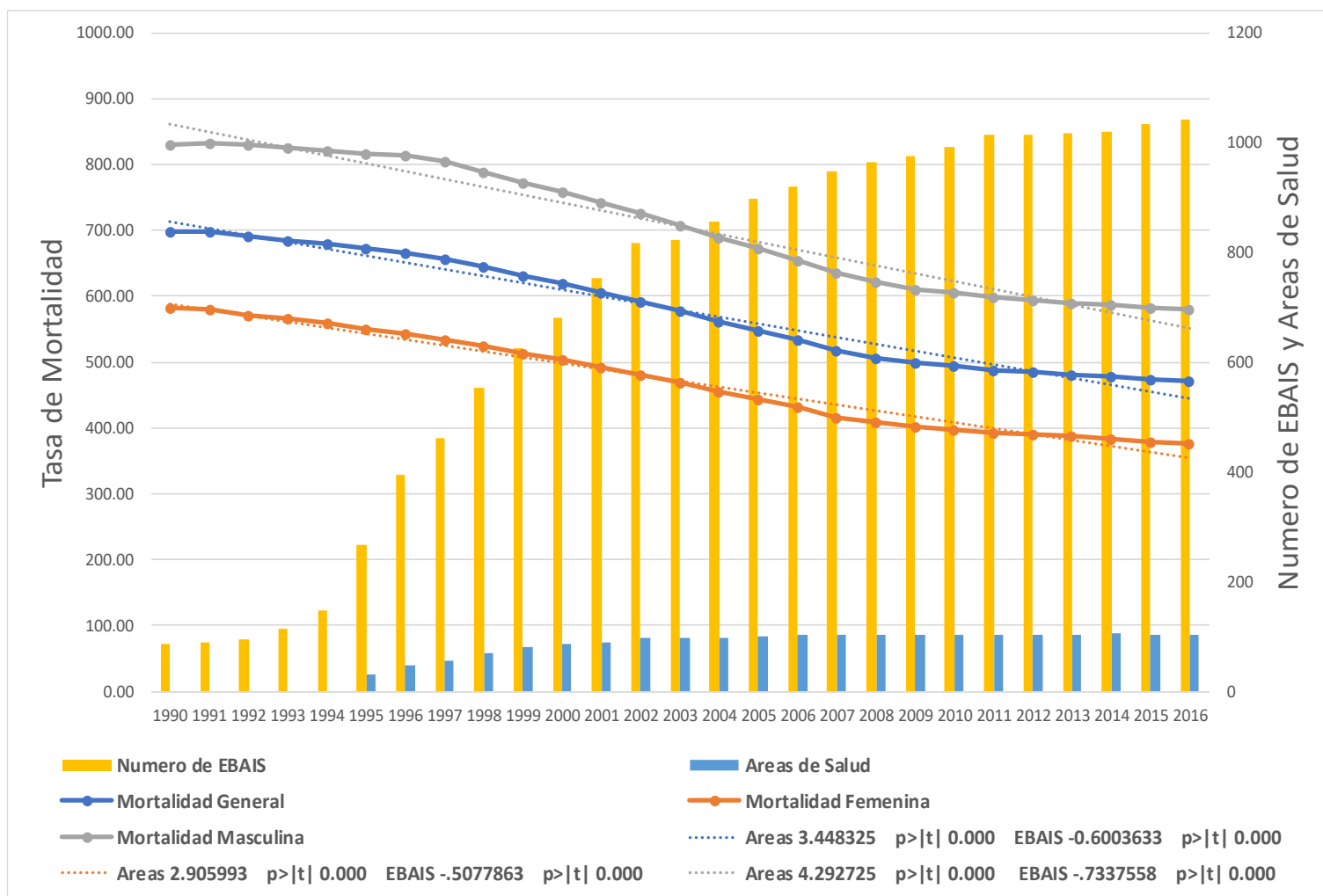
<p>3. Determinar la mortalidad según los tres grandes grupos de causas y entres periodos en Costa Rica, durante los años de 1990 a 2016.</p>	<p>Mortalidad por género</p>	<p>Indicador que mide las defunciones de un género específico por cada mil habitantes del mismo género de una población en un determinado año</p>	<p>Cantidad de defunciones según los tres grandes grupos. (Causas trasmisibles, maternas e infantiles causas crónicas no trasmisibles y causas sociales)</p>	<p>Datos del Institute for Health Metrics and Evaluation, Ministerio de Salud y CCSS.</p>
<p>4. Analizar la asociación de la mortalidad a la Reforma del Sector Salud de Costa Rica y los cambios de mortalidad, a través de medidas de asociación.</p>	<p>Reforma del Sector Salud</p>	<p>Cambios que se realizan al sector salud de Costa Rica a partir de la década de los noventa.</p>	<p>Costa Rica</p>	<p>Datos del Institute for Health Metrics and Evaluation, Ministerio de Salud y CCSS.</p>

CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

4.1 MORTALIDAD GENERAL Y POR SEXO.

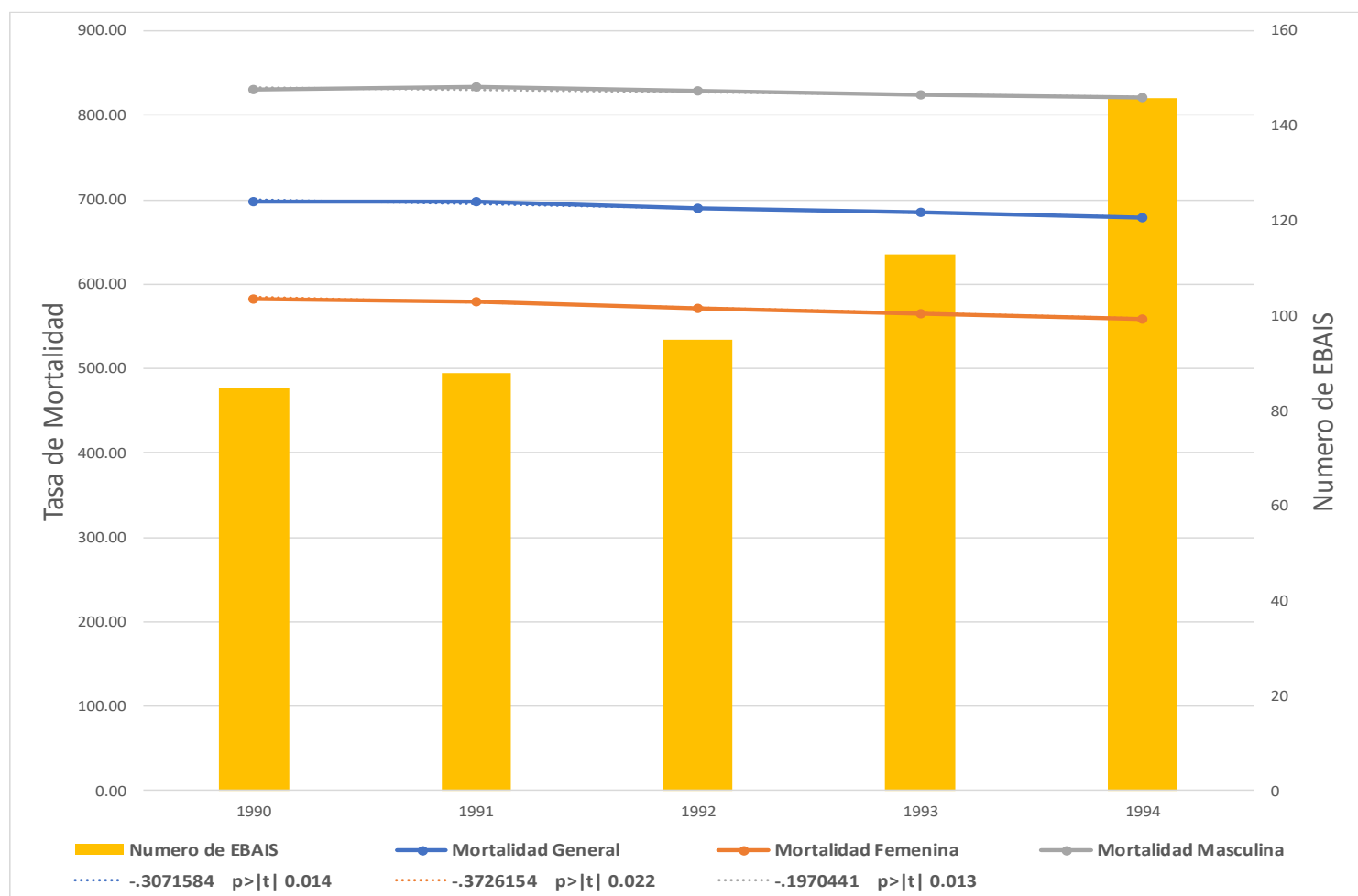
Gráfico N° 6. Tasa estandarizada de mortalidad general por 100,000 habitantes en Costa Rica por sexo, por número de EBAIS y áreas de salud para el periodo 1990 – 2016.



Fuente: Elaboración propia con datos de (37), (38), (39), (40)

La tasa de mortalidad general observó un descenso notorio para el periodo de estudio en relación con el crecimiento de la cantidad de EBAIS y áreas de salud en Costa Rica. Al estar el valor de p por debajo de 0.050, nos indica una significancia estadística que permite asimilar una asociación entre la disminución de la mortalidad y las variables del eje y secundario.

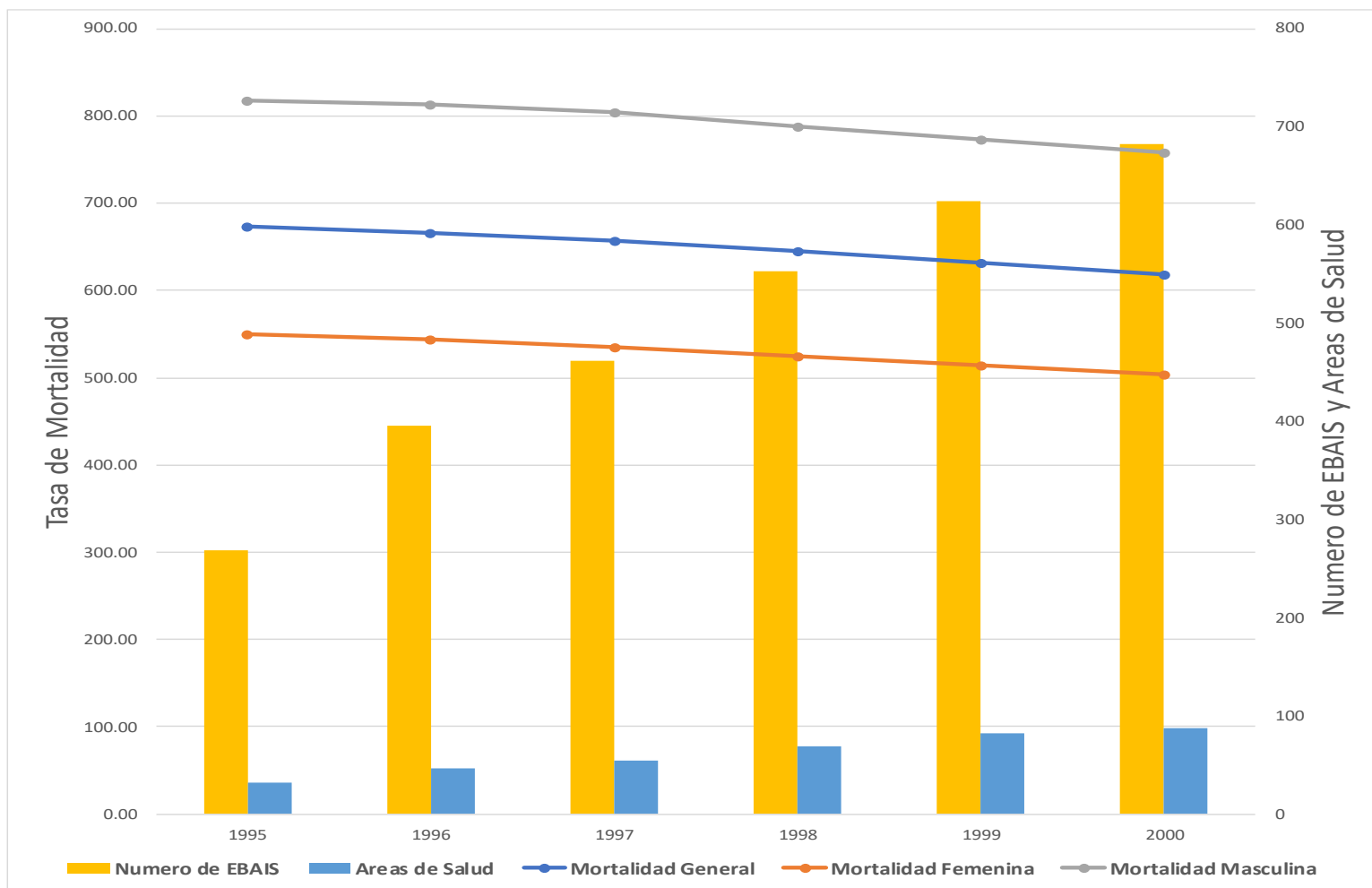
Gráfico N° 7. Tasa de mortalidad general por 100,000 habitantes en Costa Rica por sexo, número de EBAIS y áreas de salud para el periodo 1990 – 1994.



Fuente: Elaboración propia con datos de (37), (38), (39), (40)

Al dividir la mortalidad general y por género en los tres periodos de estudio, se observó que se dio una discreta disminución de la mortalidad general, femenina y masculina, y esta última es donde se dio más reducción. Al encontrarse p en un rango inferior a 0.050 muestra una significancia estadística que permite la asociación entre la disminución de la mortalidad y las variables del eje y secundario.

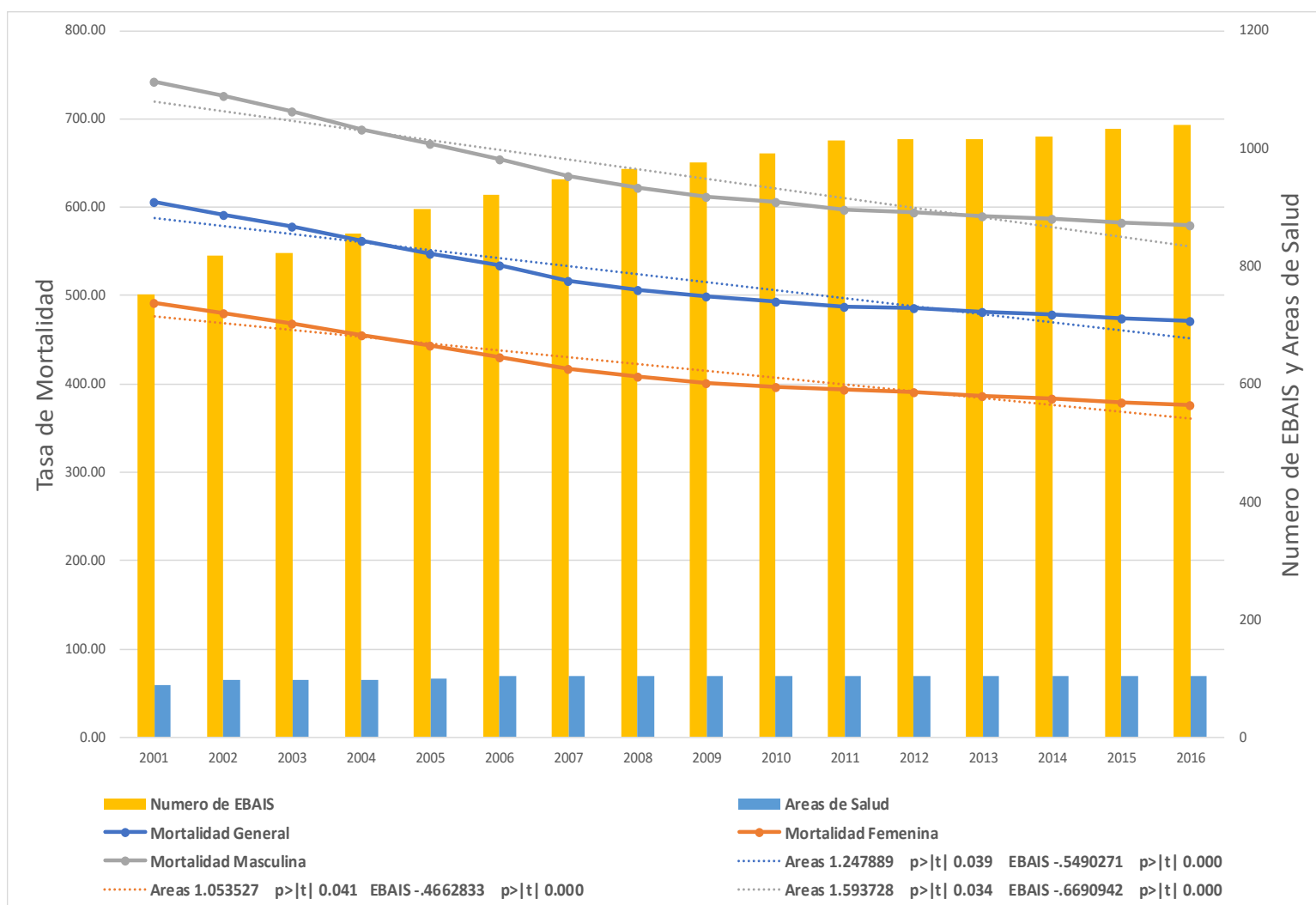
Gráfico N° 8. Tasa de mortalidad general en Costa Rica por 100,000 habitantes por sexo, número de EBAIS y áreas de salud para el periodo 1995 – 2000.



Fuente: Elaboración propia con datos de (37), (38), (39), (40)

Para el periodo de reforma se documenta un descenso mayor de la mortalidad, siguiendo con la tendencia establecida desde el periodo de 1900 – 1994. En este caso, los valores de p fueron mayores de 0.050, lo cual indica que no es posible asociar la reducción en la mortalidad con los EBAIS o las áreas de salud.

Gráfico N° 9. Tasa de mortalidad general en Costa Rica por 100,000 habitantes por sexo, número de EBAIS y áreas de salud para el periodo 2001 – 2016.

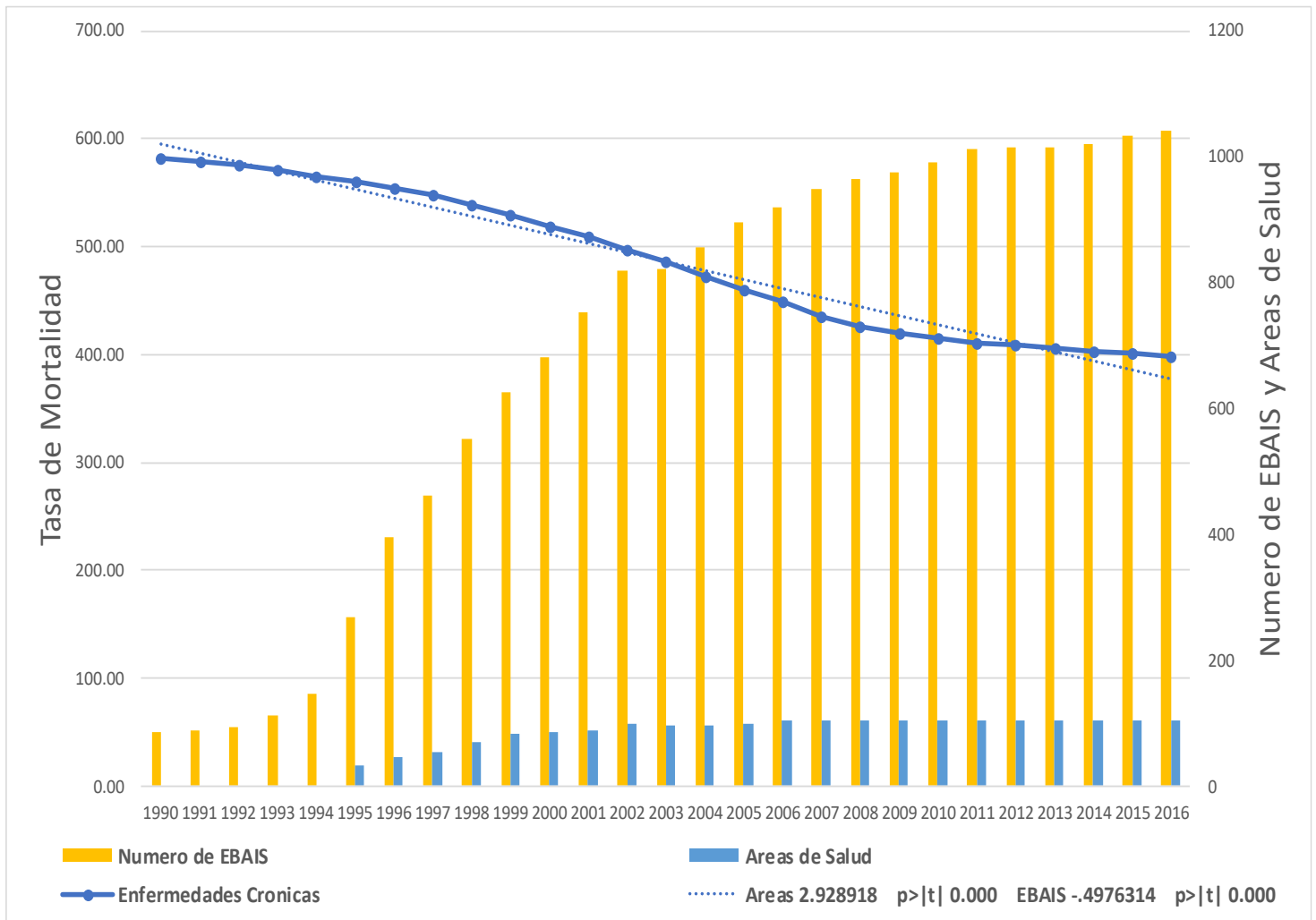


Fuente: Elaboración propia con datos de (37), (38), (39), (40)

Para el periodo pos-reforma se observó una reducción de la mortalidad más marcada que en los anteriores con un leve estancamiento hacia los últimos años, donde el incremento de EBAIS y áreas de salud se redujo sustancialmente. Al estar el valor de p por debajo de 0.050, nos indica una significancia estadística que permite asimilar una asociación entre la disminución de la mortalidad y las variables del eje y secundario.

4.2 MORTALIDAD POR ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES.

Gráfico N° 10. Tasa de mortalidad por enfermedades crónicas en Costa Rica por 100,000 habitantes, por número de EBAIS y áreas de salud para el periodo 1990 – 2016.

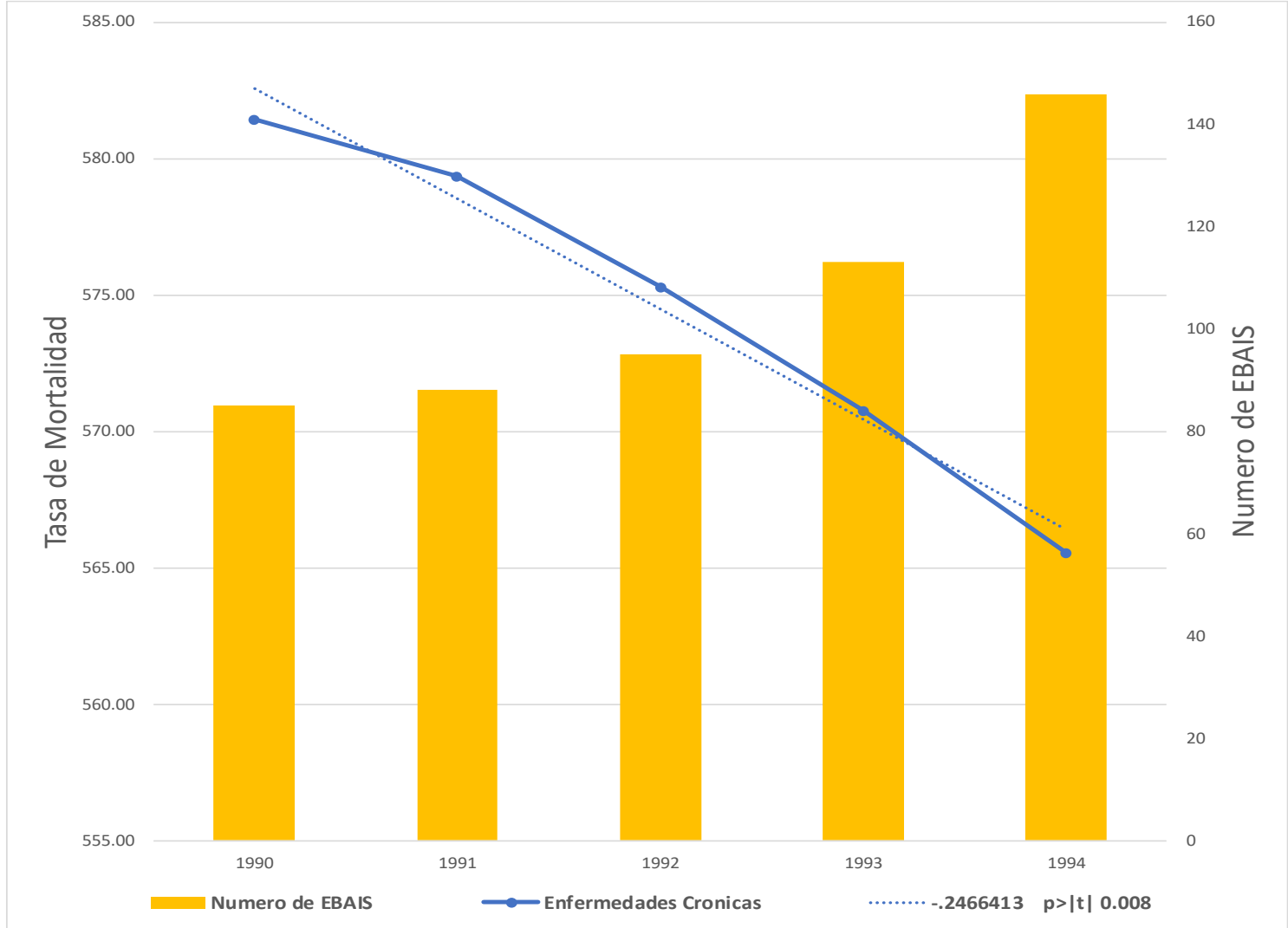


Fuente: Elaboración propia con datos de (37), (38), (39), (40)

Se puede ver como se redujo la tasa de mortalidad en el siguiente gráfico de una manera muy constante, un leve estancamiento hacia finales de los años de estudio, donde se estabiliza. Debido a que p se encuentra por debajo de 0.050

da como resultado una significancia estadística que permite una asociación entre la disminución de la mortalidad y las variables del eje y secundario.

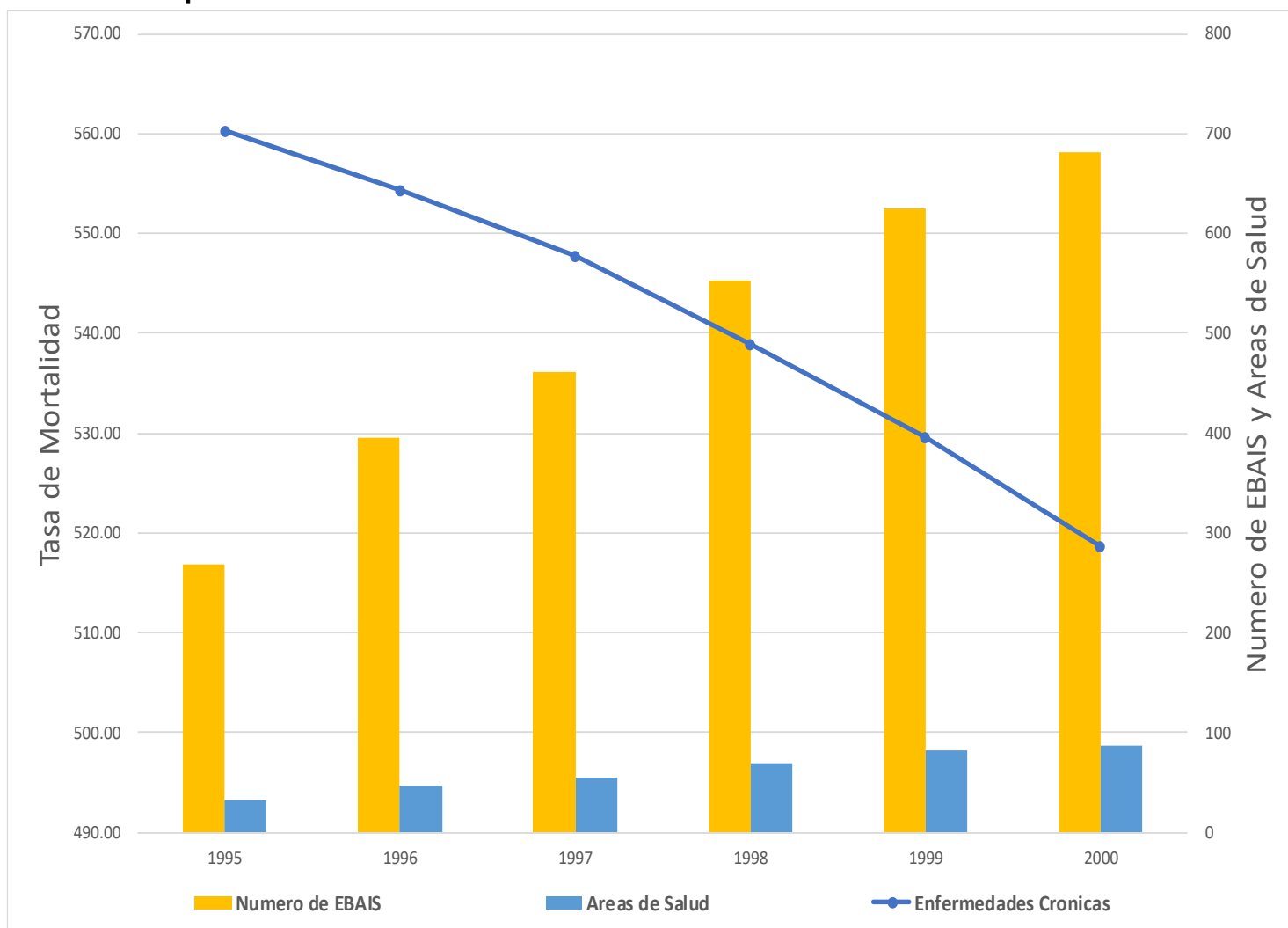
Gráfico N° 11. Tasa de mortalidad por enfermedades crónicas en Costa Rica por 100,000 habitantes, por número de EBAIS para el periodo 1990 – 1994.



Fuente: Elaboración propia con datos de (37), (38), (39), (40)

En general, para el periodo de pre reforma, ya se observó una disminución en las muertes provocadas por las enfermedades de tipo crónicas, no trasmisibles, el cual se puede observar que se da de una manera bastante brusca, en casi veinte puntos para 1994, comparado con la tasa en que presentó en 1990. Con un valor de p menor a 0.050 se da una relación estadísticamente comprobable entre los EBAIS y la tasa de mortalidad por esta causa.

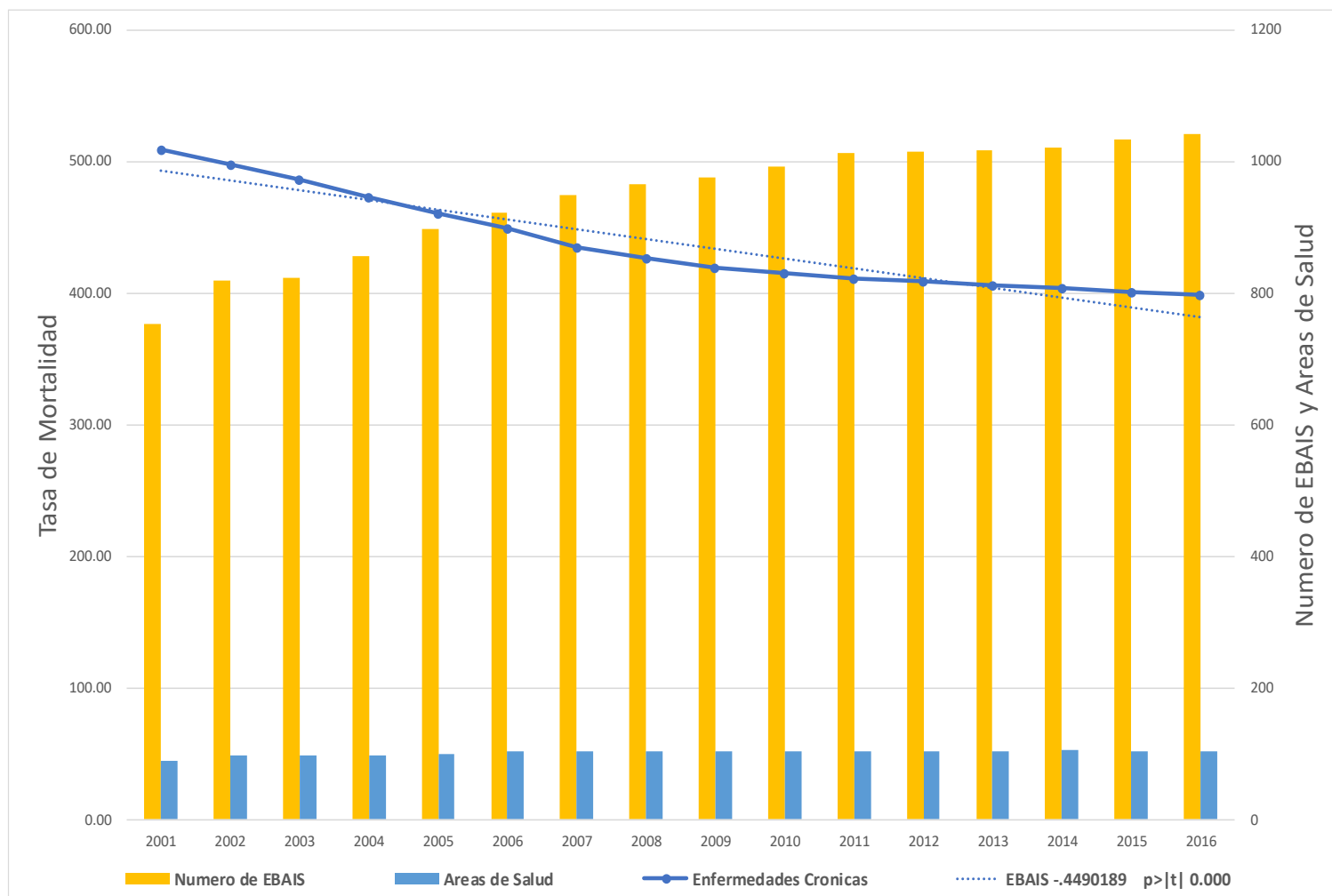
Gráfico N° 12. Tasa de mortalidad por enfermedades crónicas en Costa Rica por 100,000 habitantes, por número de EBAIS y áreas de salud para el periodo 1995 – 2000.



Fuente: Elaboración propia con datos de (37), (38), (39), (40)

Durante el periodo de implementación de la reforma se documentó una reducción de la mortalidad por causas crónicas, no trasmisibles, en mayor cantidad que en la época anterior, ya que fue mayor de cuarenta puntos sobre la tasa obtenida de 1995. Al no haber resultado de p significativo estadísticamente, no es posible realizar una asociación entre los cambios de la tasa y el eje y secundario.

Gráfico N° 13. Tasa de mortalidad por enfermedades crónicas en Costa Rica por 100,000 habitantes, por número de EBAIS y áreas de salud para el periodo 2001 – 2016.

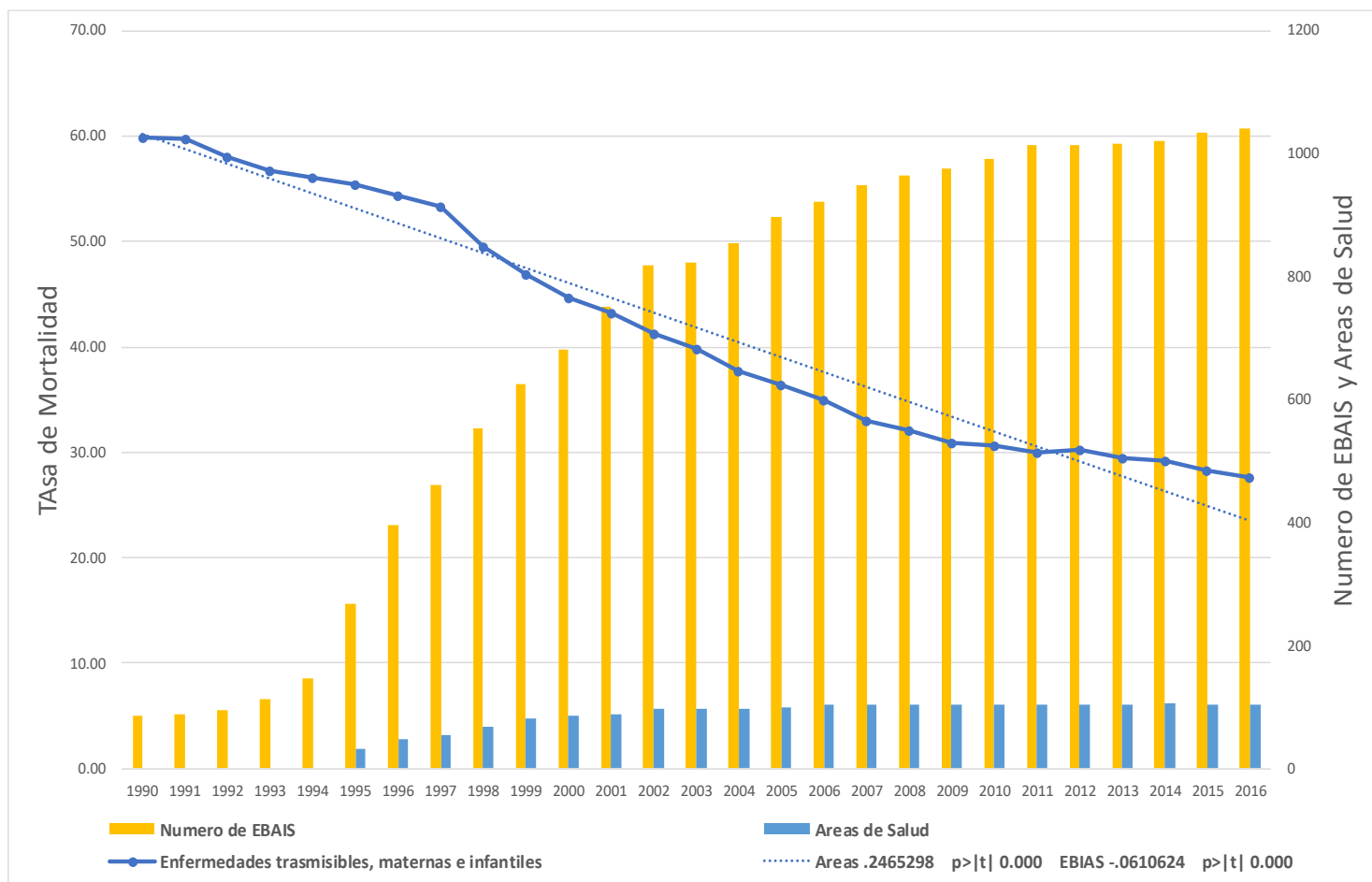


Fuente: Elaboración propia con datos de (37), (38), (39), (40)

En el periodo pos-reforma continuó el descenso de las fatalidades causadas por las enfermedades crónicas no trasmisibles. Para este momento, la reducción se dio aun mayor que en años anteriores, ya que fue cercana a los cien para finales de este periodo. Como el valor de p está por debajo de 0.050 muestra una significancia estadística que permite la asociación entre la disminución de la mortalidad y las variables del eje y secundario.

4.3 MORTALIDAD POR ENFERMEDADES TRASMISIBLES, MATERNAS E INFANTILES.

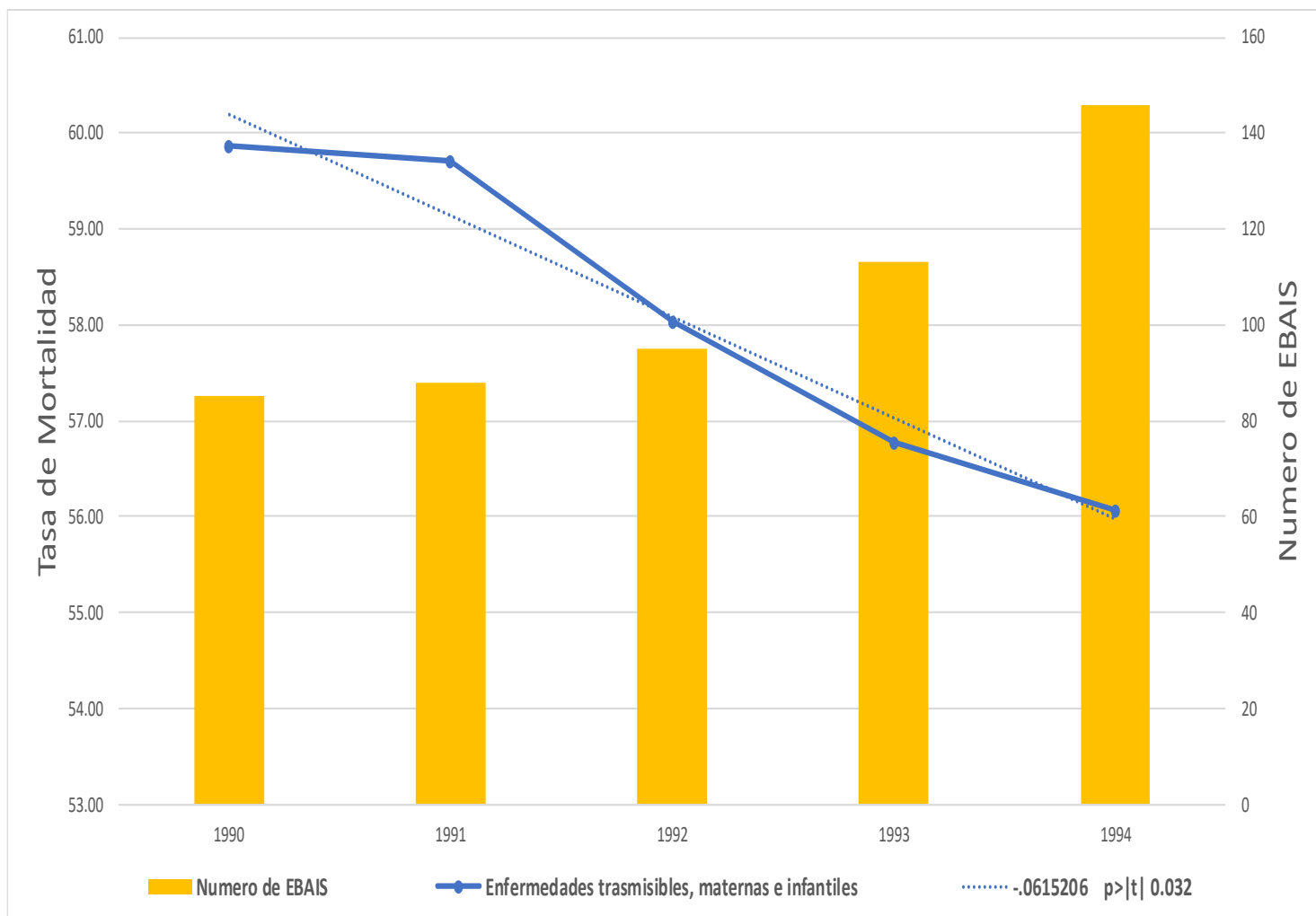
Gráfico N° 14. Tasa de mortalidad por enfermedades trasmisibles, maternas e infantiles en Costa Rica por 100,000 habitantes, por número de EBAIS y áreas de salud para el periodo 1990 – 2016.



Fuente: Elaboración propia con datos de (37), (38), (39), (40)

La aplicación de la reforma en salud en Costa Rica, mostró un descenso en las muertes por este grupo de enfermedades, las cuales se precipitaron en mayor medida que las ocurridas por las enfermedades de tipo crónicas no trasmisibles. Al obtener un valor de p dentro de un rango de significancia positivo, muestra que hay relación entre los cambios de la mortalidad y los EBAIS.

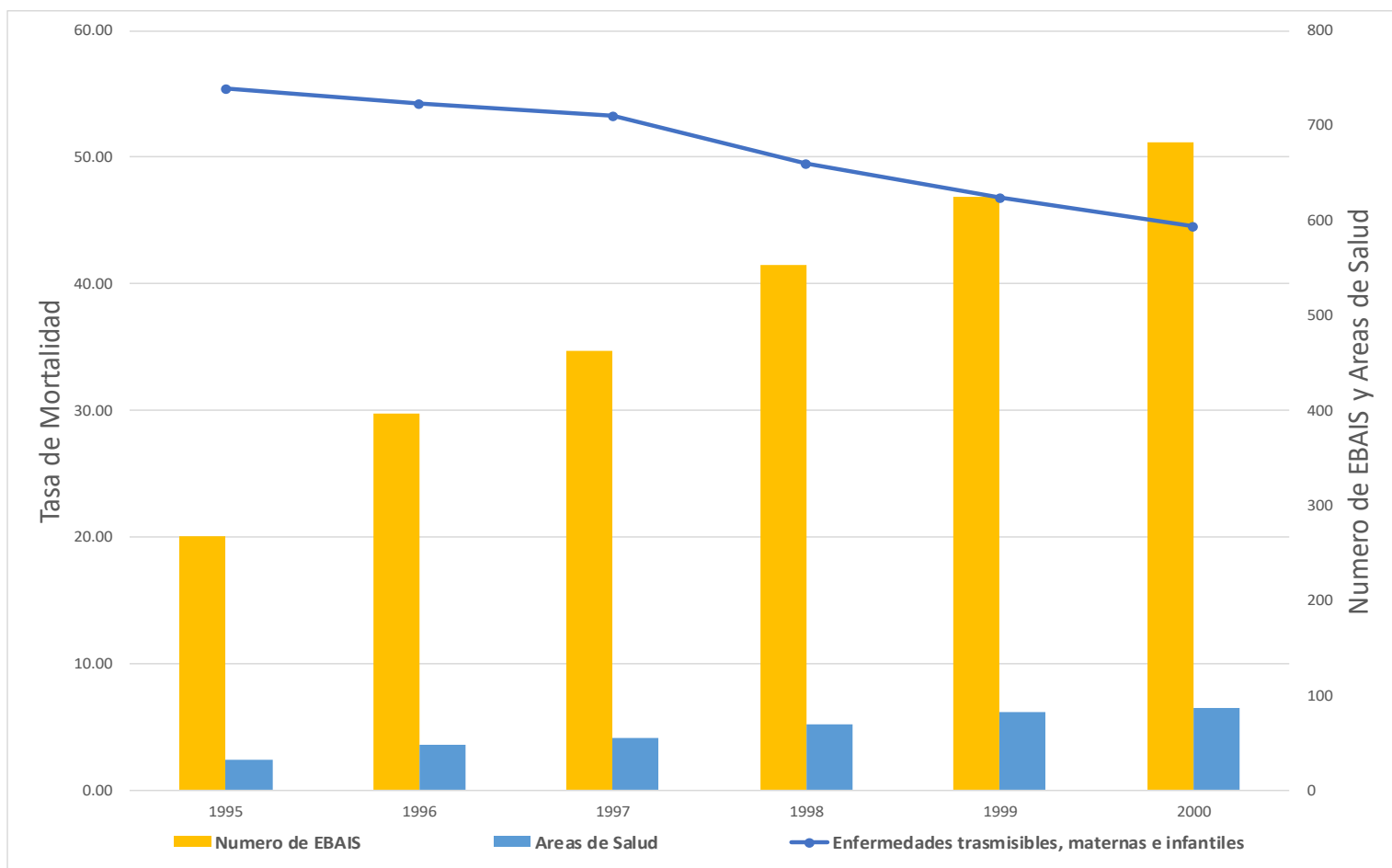
Gráfico N° 15. Tasa de mortalidad por enfermedades transmisibles, maternas e infantiles en Costa Rica por 100,000 habitantes, por número de EBAIS para el periodo 1990 – 1994.



Fuente: Elaboración propia con datos de (37), (38), (39), (40)

Desde el periodo de pre-reforma, ya se logra ver una reducción en la mortalidad por esta causa, con un gran descenso luego del año 1991. En él podemos ver como hay una asociación estadística al estar p en un rango menor a 0.050.

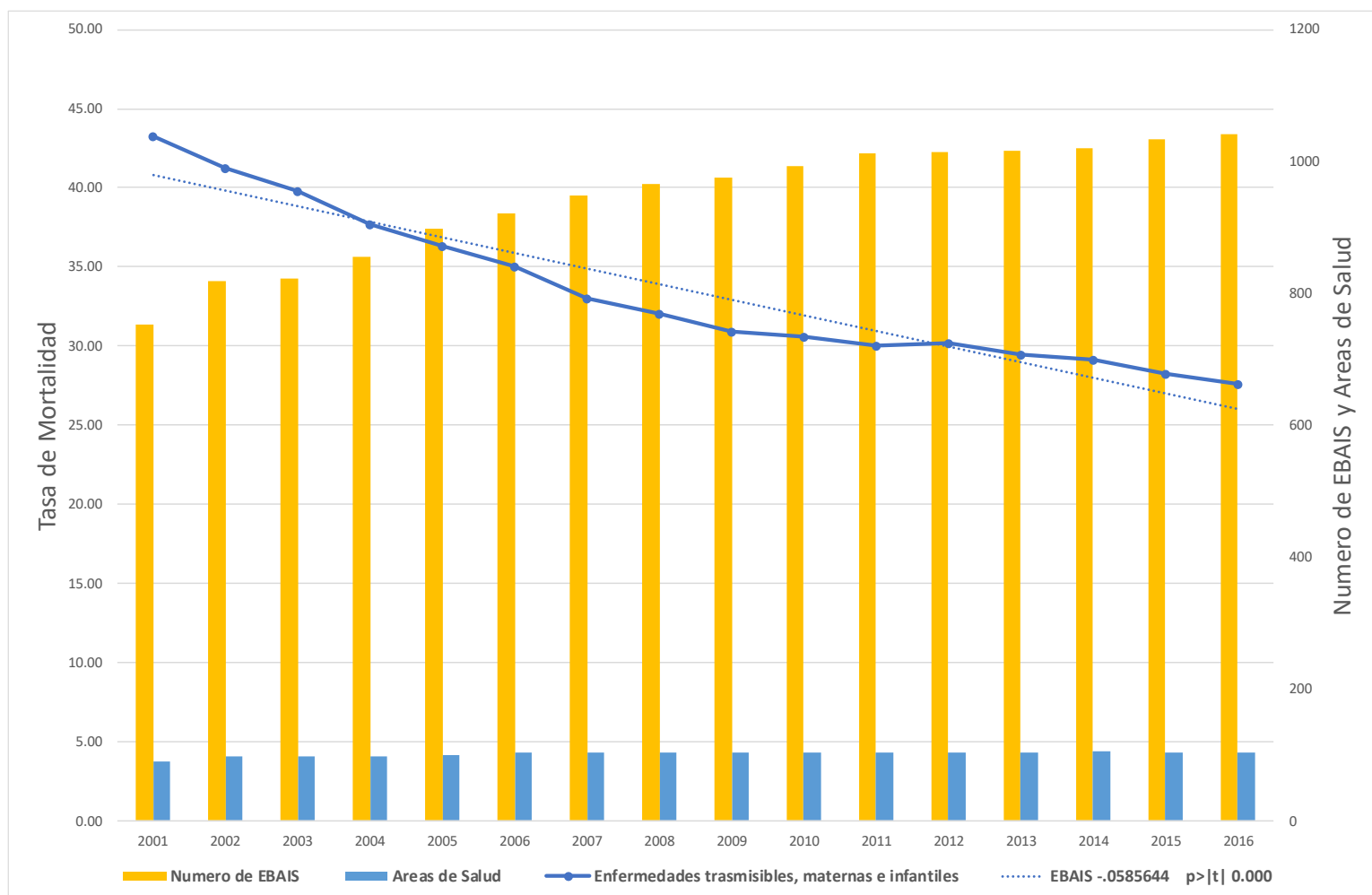
Gráfico N° 16. Tasa de mortalidad por enfermedades transmisibles, maternas e infantiles en Costa Rica por 100,000 habitantes, por número de EBAIS y áreas de salud para el periodo 1995 – 2000.



Fuente: Elaboración propia con datos de (37), (38), (39), (40)

Durante el periodo de aplicación de la reforma, se logra observar cómo, al igual que en el transcurso de 1990 – 1944 al inicio se dio una constancia en las tasas de mortalidad para este grupo de causas específico, que continuó su descenso hacia el final del mismo. Pero no se logró una asociación estadística entre los cambios de mortalidad y los EBAIS o áreas de salud.

Gráfico N° 17. Tasa de mortalidad por enfermedades transmisibles, maternas e infantiles en Costa Rica por 100,000, por número de EBAIS y áreas de salud para el periodo 2001 – 2016.

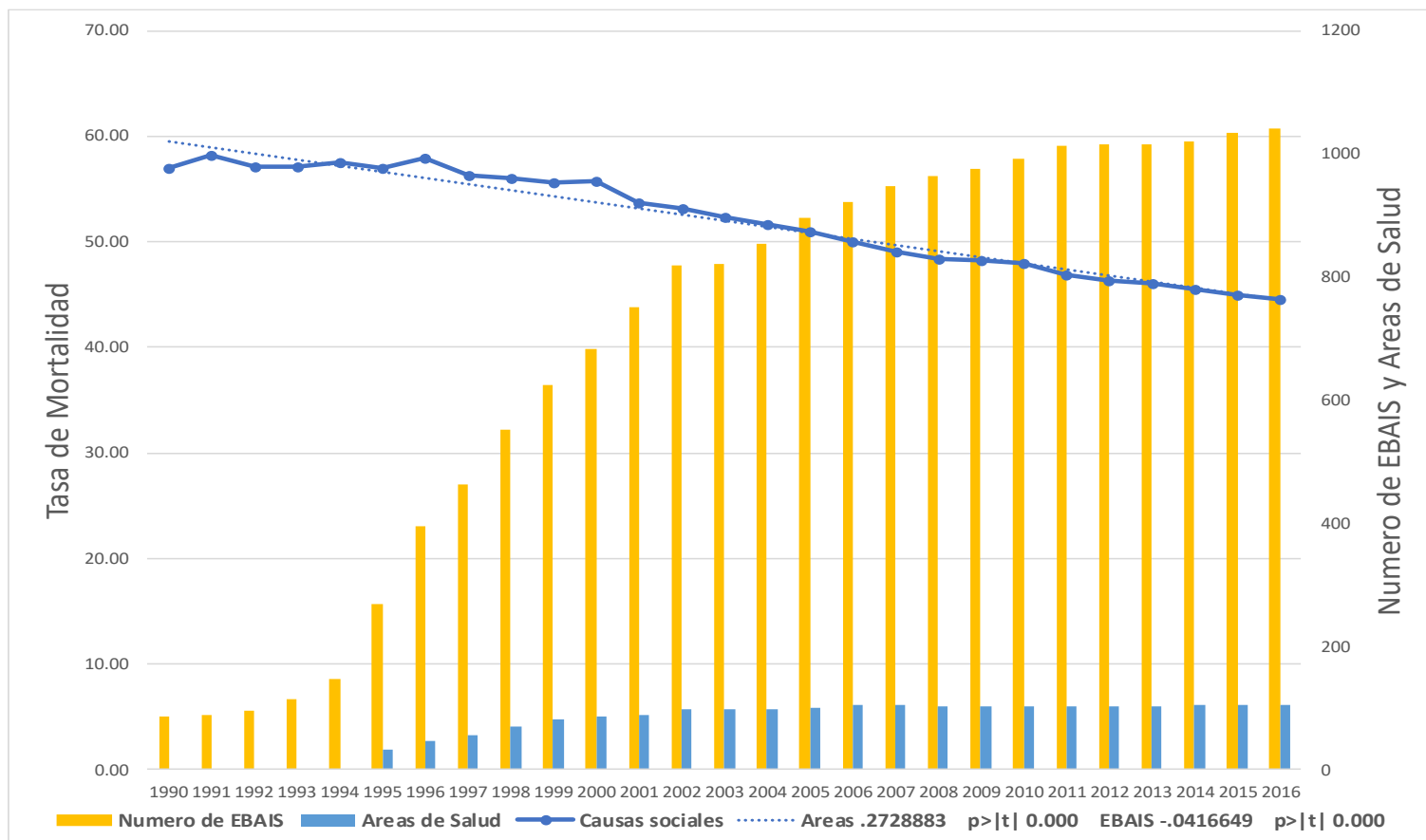


Fuente: Elaboración propia con datos de (37), (38), (39), (40)

En el periodo de pos-reforma podemos apreciar como la reducción en la tasa de mortalidad para las enfermedades trasmisibles, maternas e infantiles continuaron su descenso de una manera más marcada que los periodos anteriores y a diferencia de ello, no demostró un estancamiento para los últimos años con notoriedad, además, presentó un valor de p adecuado para poder indicar que existe una relación entre los cambios en la mortalidad y los introducidos por la reforma que fueron analizados.

4.4 MORTALIDAD POR CAUSAS SOCIALES.

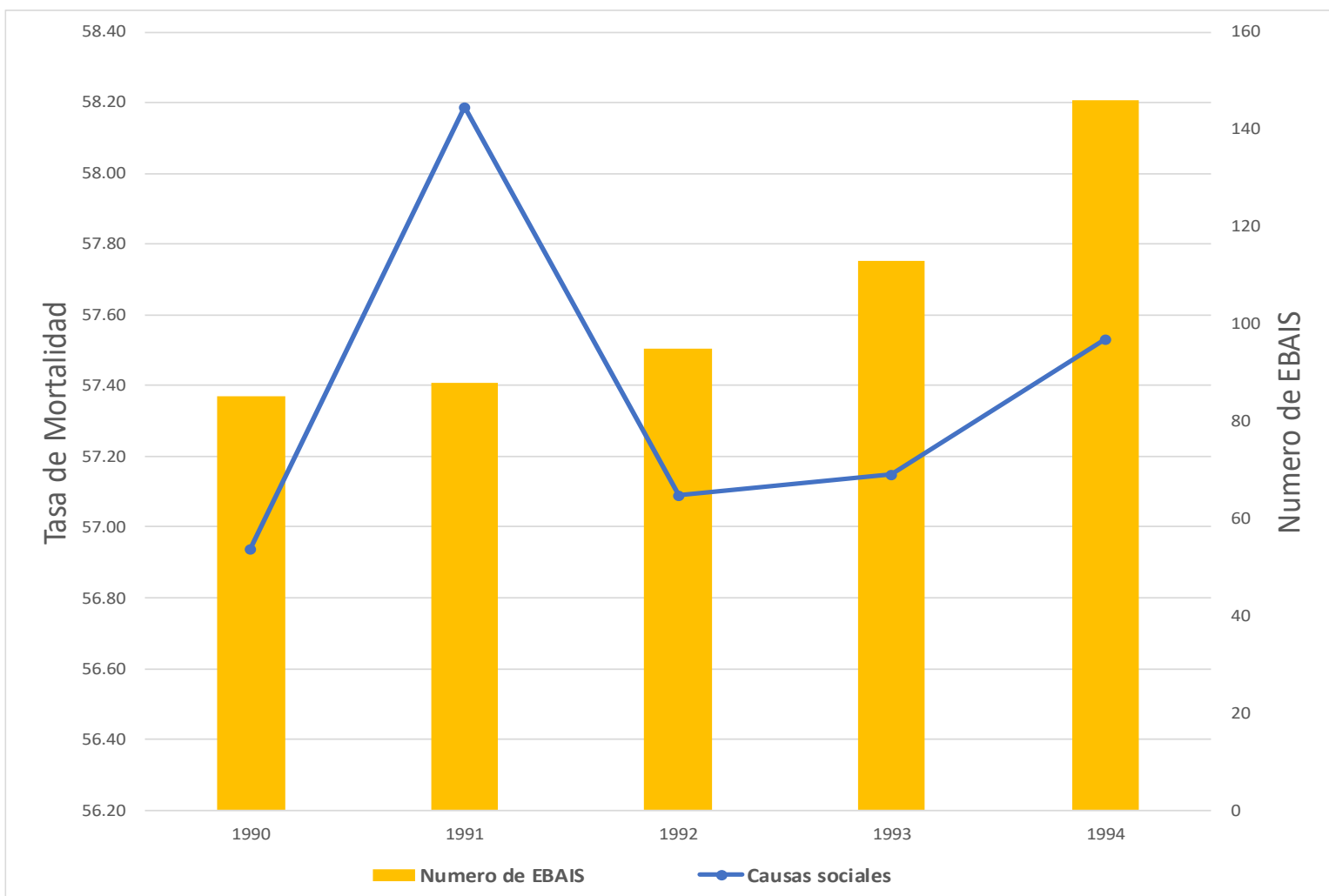
Gráfico N° 18. Tasa de mortalidad por causas sociales en Costa Rica por 100,000 habitantes, por número de EBAIS y áreas de salud para el periodo 1990 – 2016.



Fuente: Elaboración propia con datos de (37), (38), (39), (40)

Para este grupo de causas de muerte, la reducción es mucho menor en comparación con los dos grupos anteriores, pero continúa con el mismo patrón con su tendencia hacia la baja. Importante observar que este grupo de patologías es el que presenta el decrecimiento menos marcado y notorio de los tres grandes grupos de causas de muerte. Para este grupo se observa que el valor de p se encuentra en un rango adecuado, al estar por debajo de 0.050, lo cual permite inferir una relación entre los cambios de la tasa de mortalidad y los presentes en el eje y secundario.

Gráfico N° 19. Tasa de mortalidad por causas sociales en Costa Rica por 100,000 habitantes, por número de EBAIS para el periodo 1990 – 1994.

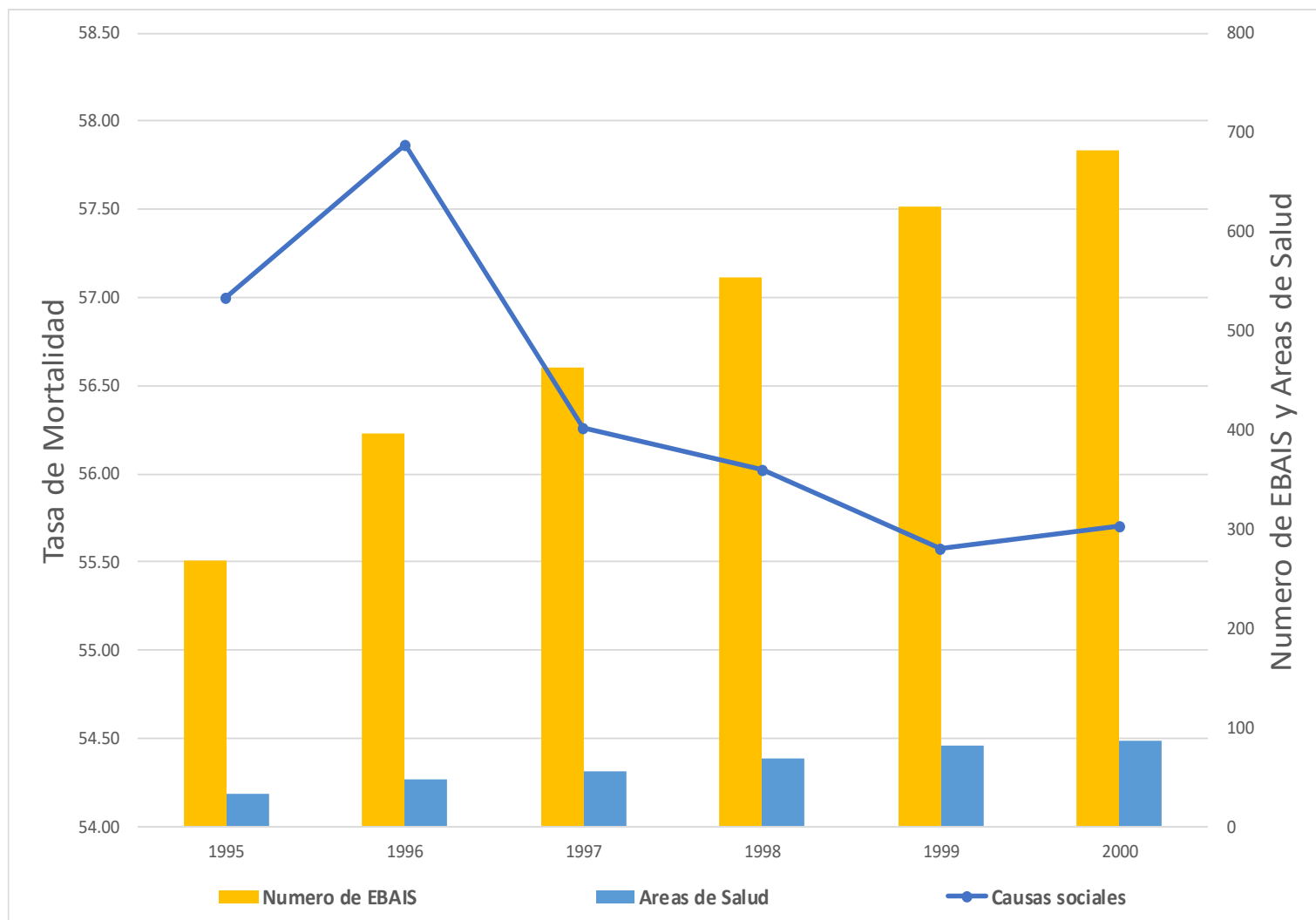


Fuente: Elaboración propia con datos de ⁽³⁷⁾, ⁽³⁸⁾, ⁽³⁹⁾, ⁽⁴⁰⁾

En cuanto a periodo pre-reforma, es altamente notorio como la línea que sigue la tasa de mortalidad por las causas sociales se presenta en alta, con una gran montaña al inicio.

Posterior a este gran levantamiento, siguió en alza hasta acabar más alta que al inicio. No se logró una p al momento de realizar la regresión que estuviera dentro del rango de 0.050 como para poder determinar una asociación, entre los cambios de la tasa de mortalidad y el eje y secundario.

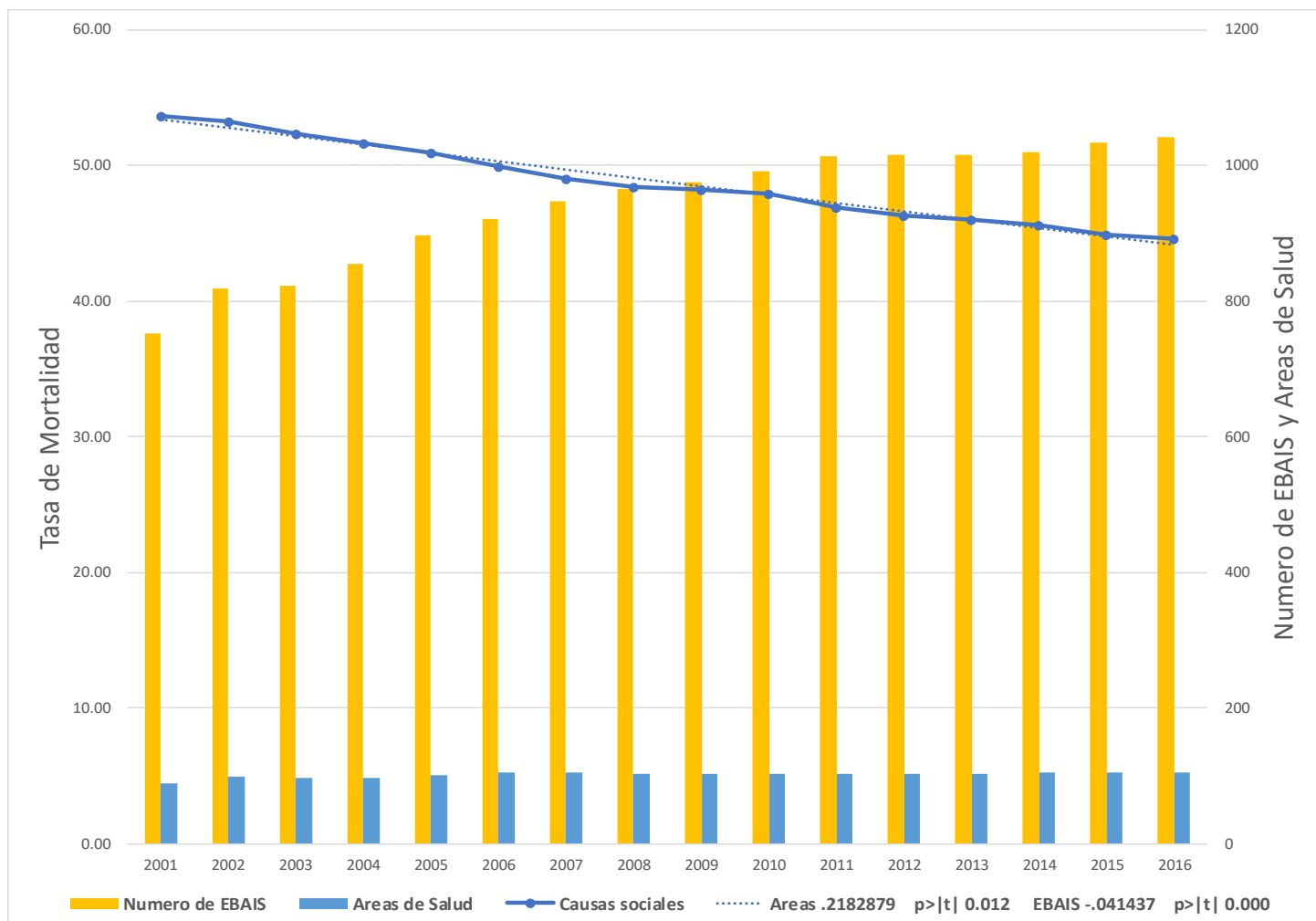
Gráfico N° 20. Tasa de mortalidad por causas sociales en Costa Rica por 100,000 habitantes, por número de EBAIS y áreas de salud para el periodo 1995 – 2000.



Fuente: Elaboración propia con datos de (37), (38), (39), (40)

Durante el periodo de aplicación de la reforma se presentó el mismo fenómeno que en el anterior, al haber una montaña al inicio del mismo, la cual presentó una gran diferencia con el de la época anterior, ya que en esta ocasión continuó con el descenso posterior al declive del levantamiento. Nuevamente no se logró una p al momento de realizar la regresión que estuviera dentro del rango de 0.050 como para poder determinar una asociación, entre los cambios de la tasa de mortalidad y el eje y secundario.

Gráfico N° 21. Tasa de mortalidad por causas sociales en Costa Rica por 100,000 habitantes, por número de EBAIS y áreas de salud para el periodo 2001 – 2016.

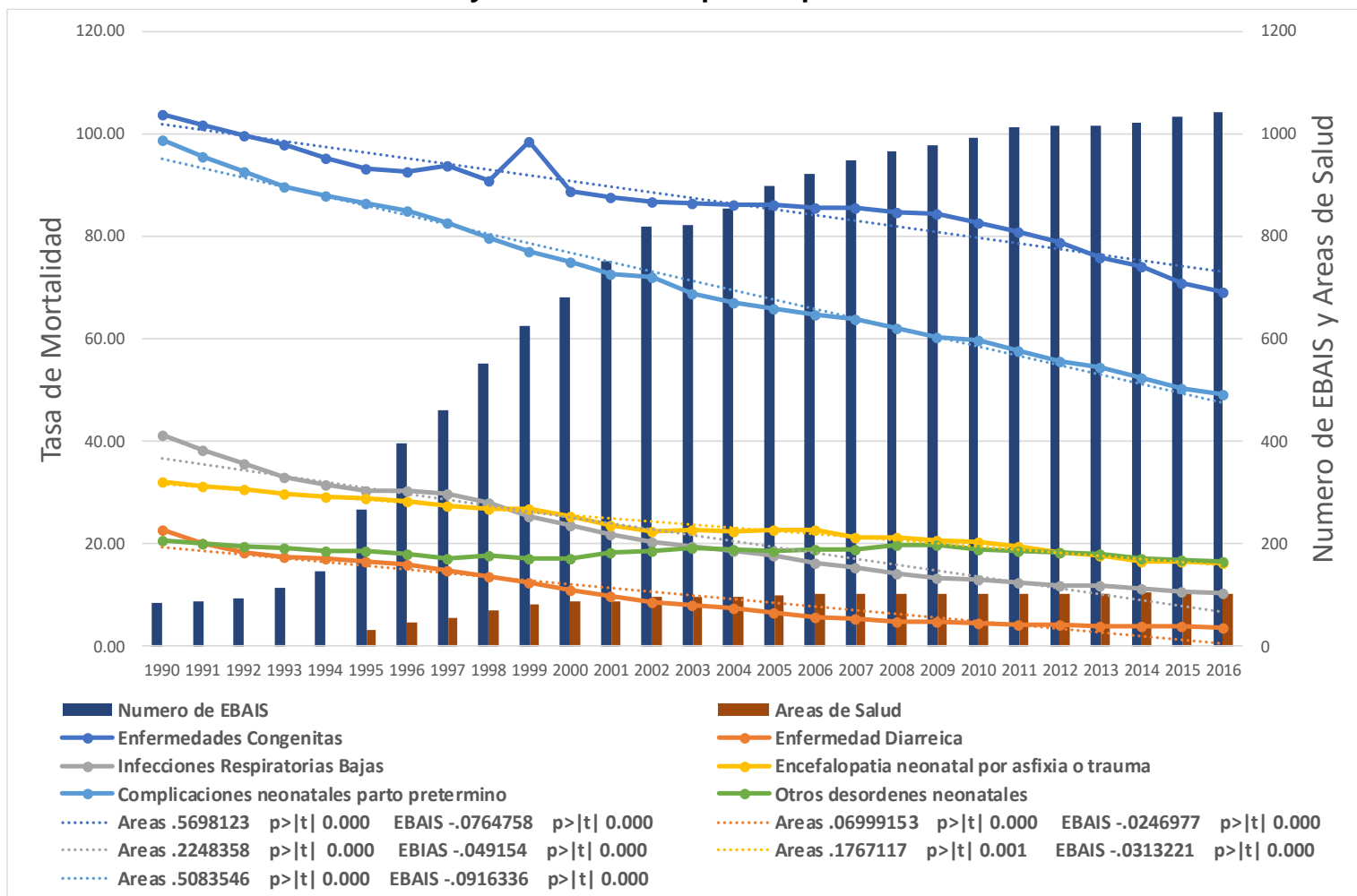


Fuente: Elaboración propia con datos de (37), (38), (39), (40)

En el periodo pos-reforma sí se logra observar una reducción más continua de estas causas de muerte y a diferencia de los periodos anteriores, no se presentó una montaña al inicio del mismo, sino que continuó con el camino marcado del periodo 1995 – 2000. Este fue el único que presentó una p por debajo de 0.050, que es el valor máximo para determinar una asociación entre los cambios en la tasa de mortalidad y el eje y secundario.

4.5 MORTALIDAD EN MENORES DE 5 AÑOS

Gráfico N° 22. Tasa de mortalidad infantil por las cinco causas que produjeron mayor defunción en Costa Rica por 100,000 habitantes, por número de EBAIS y áreas de salud para el periodo 1990 – 2016.



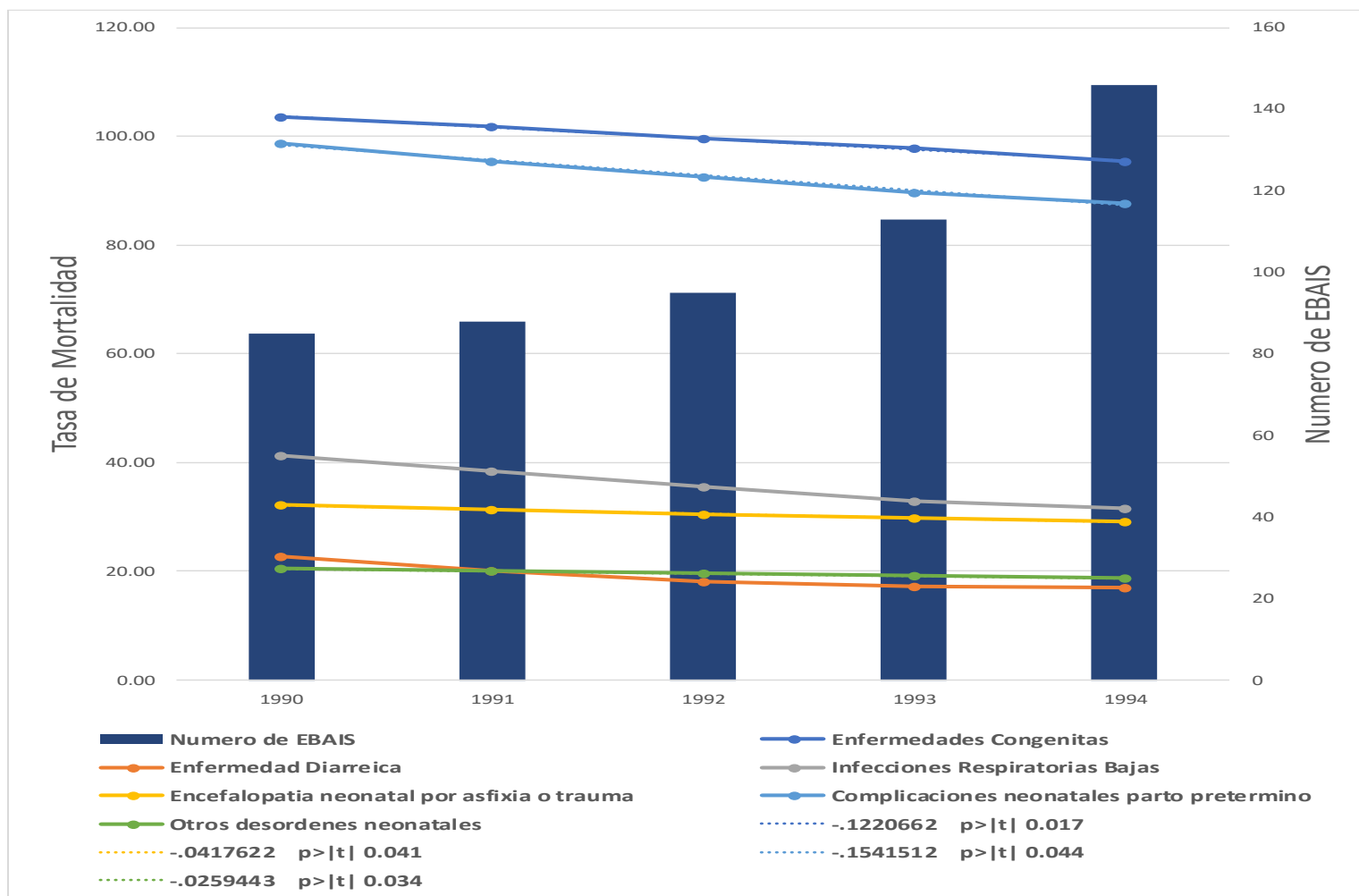
Fuente: Elaboración propia con datos de (37), (38), (39), (40)

En general y para los tres periodos en conjunto, se observó que todas las patologías tuvieron una tendencia hacia la baja, a pesar de que, en este grupo etario, las principales seis causas de muerte presentan variaciones entre el grupo al que pertenecen.

De igual manera, la única patología de este grupo que presentó un ligero aumento a lo largo del estudio fue la de otros desórdenes neonatales. Para este grupo todas presentaron un valor de p adecuado para la relación, con la

excepción de los otros desórdenes neonatales, los cuales obtuvieron un valor mayor de 0.050, según los datos de la regresión.

Gráfico N° 23. Tasa de mortalidad infantil por las cinco causas que produjeron mayor defunción en Costa Rica por 100,000 habitantes, por número de EBAIS para el periodo 1990 – 1994.



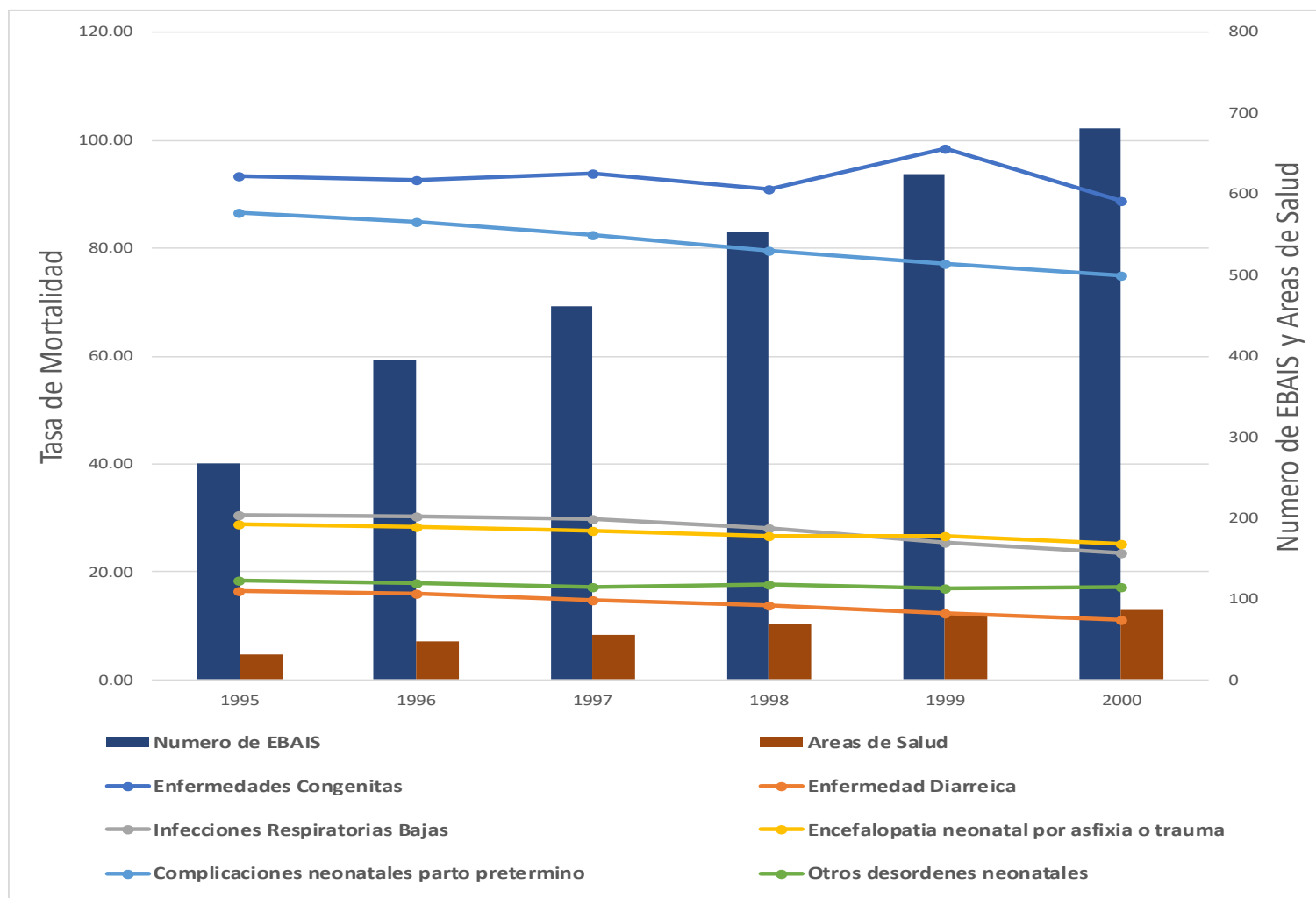
Fuente: Elaboración propia con datos de (37), (38), (39), (40)

El estudio del primer periodo reveló que la mayoría de las enfermedades tuvieron un descenso muy constante, las tasas de mortalidad permanecieron muy estables entre ellas con una ligera cercanía hacia finales del periodo.

Se da un intercambio entre los espacios ocupados por las patologías en cuanto al puesto en que se encontraban en cuanto a la mayor tasa presente, al pasar la enfermedad diarreica del quinto puesto al sexto con los otros desórdenes neonatales. Solo cuatro patologías de este grupo lograron un valor

estadísticamente significativo para poder determinar una relación entre los cambios de mortalidad y el eje y secundario, al estar por debajo de 0.050.

Gráfico N° 24. Tasa de mortalidad infantil por las cinco causas que produjeron mayor defunción en Costa Rica por 100,000 habitantes, por número de EBAIS y áreas de salud para el periodo 1995 – 2000.



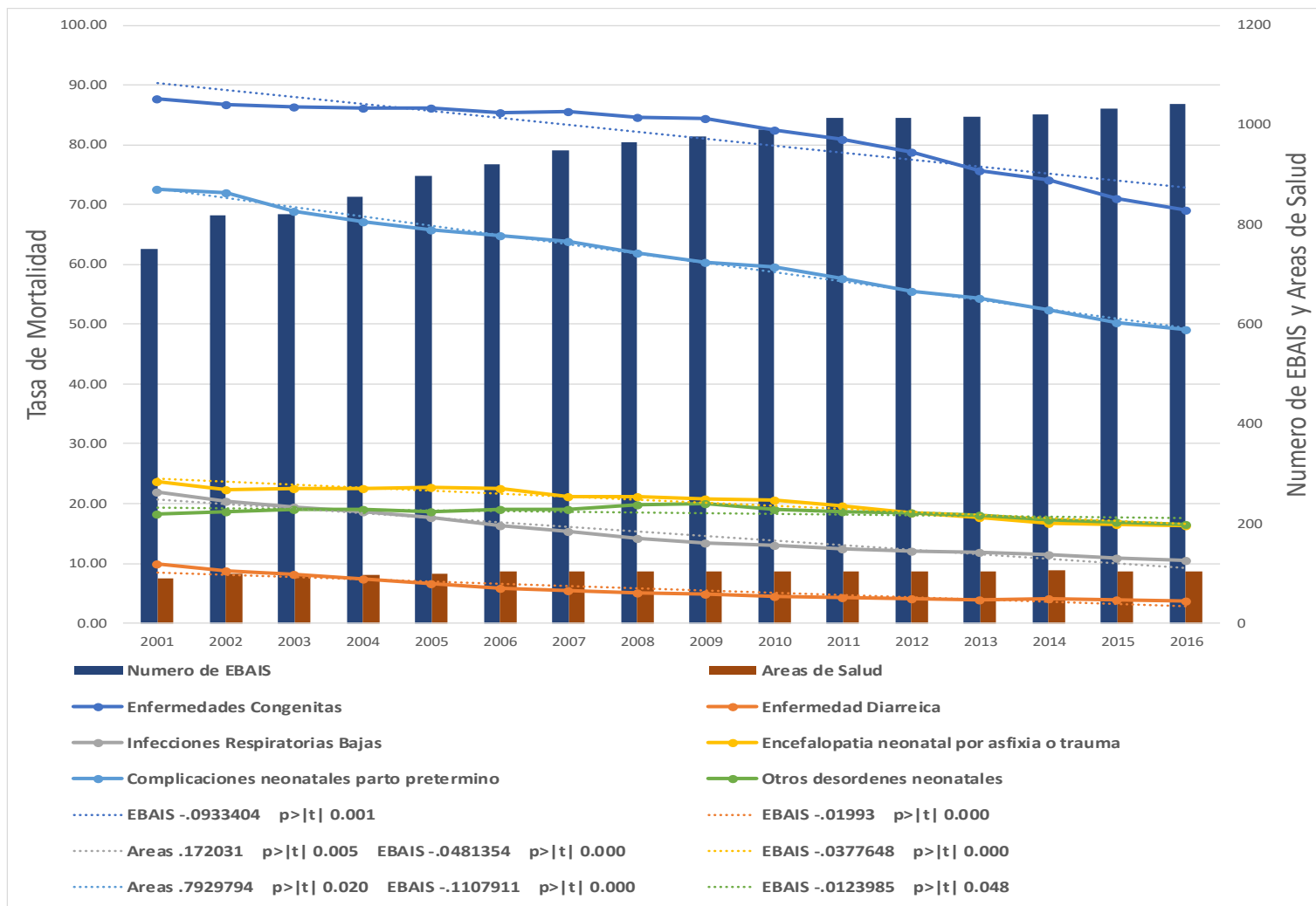
Fuente: Elaboración propia con datos de (37), (38), (39), (40)

Para el periodo de aplicación de la reforma en salud, se vio que continuó el descenso de las principales enfermedades para este grupo etario, con una elevación hacia finales del periodo por las enfermedades congénitas.

Es importante ver como otra enfermedad subió en los escalones de producir mayor mortalidad que fue el caso de la encefalopatía neonatal por asfixia o trauma sobre las infecciones respiratorias. Durante este periodo ninguna

patología logró un valor adecuado para inferir una relación estadística entre los cambios de mortalidad y el eje y secundario.

Gráfico N° 25. Tasa de mortalidad Infantil por las cinco causas que produjeron mayor defunción en Costa Rica por 100,000 habitantes número de EBAIS y áreas de salud para el periodo 2001 – 2016.



Fuente: Elaboración propia con datos de (37), (38), (39), (40)

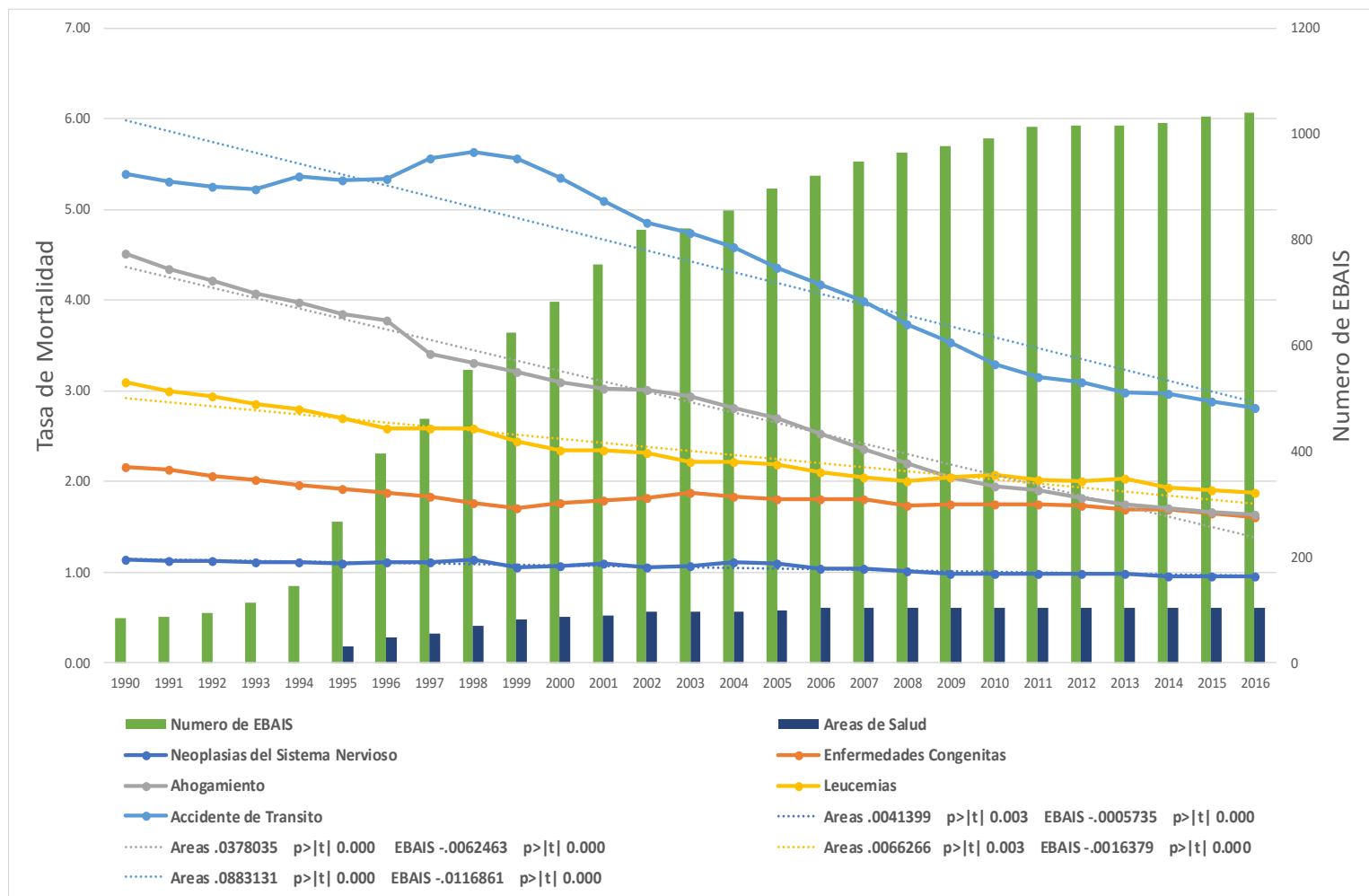
Para el periodo pos-reforma se observa como los otros desórdenes neonatales aumentan hasta llegar al mismo nivel que la encefalopatía neonatal y por encima de la enfermedad diarreica y las infecciones de vías respiratorias bajas.

Las complicaciones neonatales y las enfermedades congénitas continuaron su descenso sin ninguna elevación significativa durante este periodo. Todas las enfermedades obtuvieron un valor de p que muestra una relación

estadísticamente significativa entre los cambios de mortalidad y los estudiados de la reforma, al estar por debajo de 0.050.

4.6 MORTALIDAD EN PERSONAS DE 5 A 14 AÑOS.

Gráfico N° 26. Tasa de mortalidad para personas de 5 – 14 años por las cinco causas que produjeron mayor defunción en Costa Rica por 100,000 habitantes, por número de EBAIS y áreas de salud para el periodo 1990 – 2016.

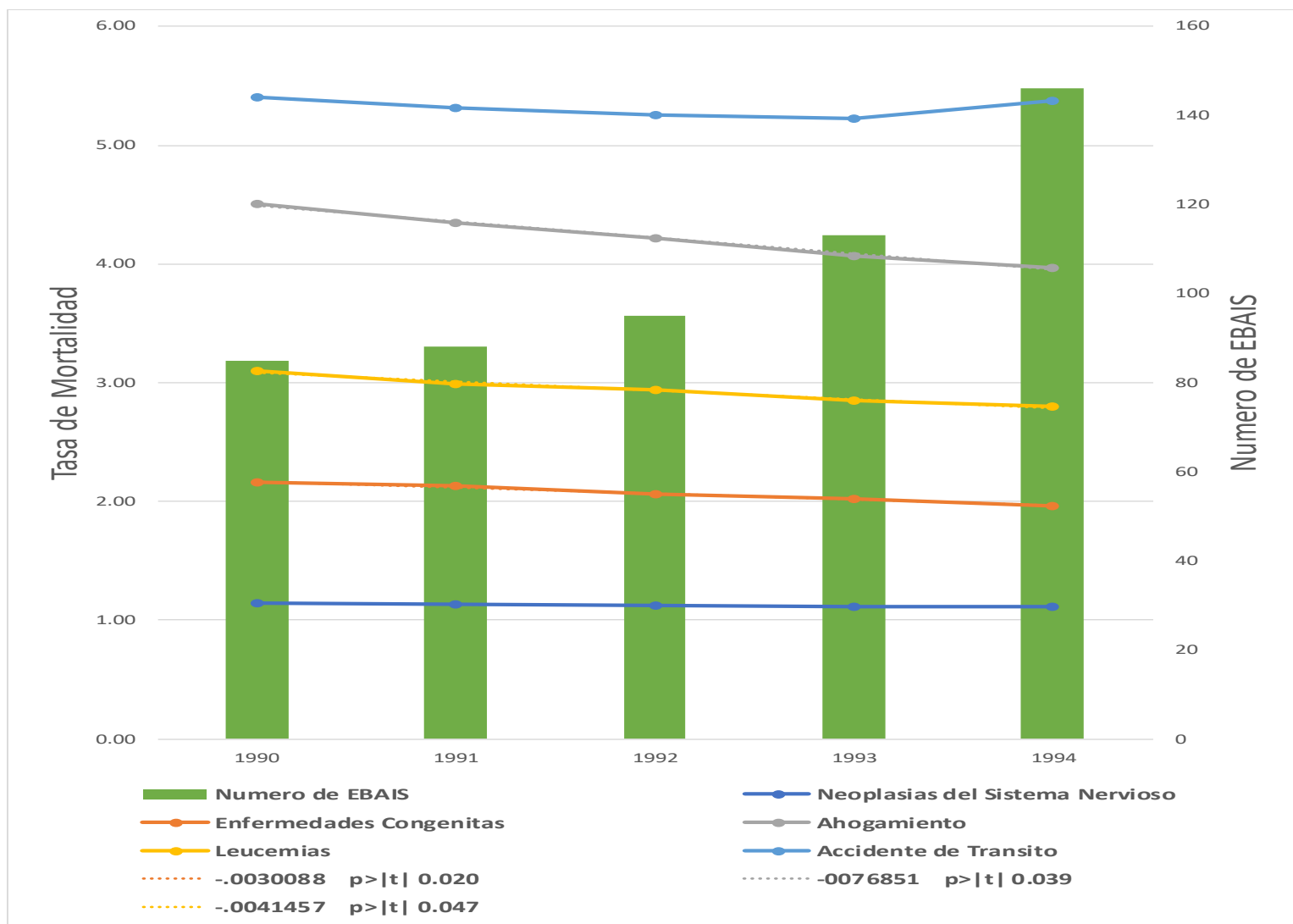


Fuente: Elaboración propia con datos de (37), (38), (39), (40)

Para las cinco principales causas de mortalidad para este grupo, se puede ver como el ahogamiento desciende, pasa de ser la segunda mayor causa de muerte en este grupo a ser la tercera, cediendo su campo a las leucemias.

Importante es que, en general, todas las patologías de este grupo presentaron una tendencia a la baja. De estas enfermedades solo las congénitas no obtuvieron un valor de p por debajo de 0.050, lo cual no permite la asociación de esta con los cambios introducidos por la reforma.

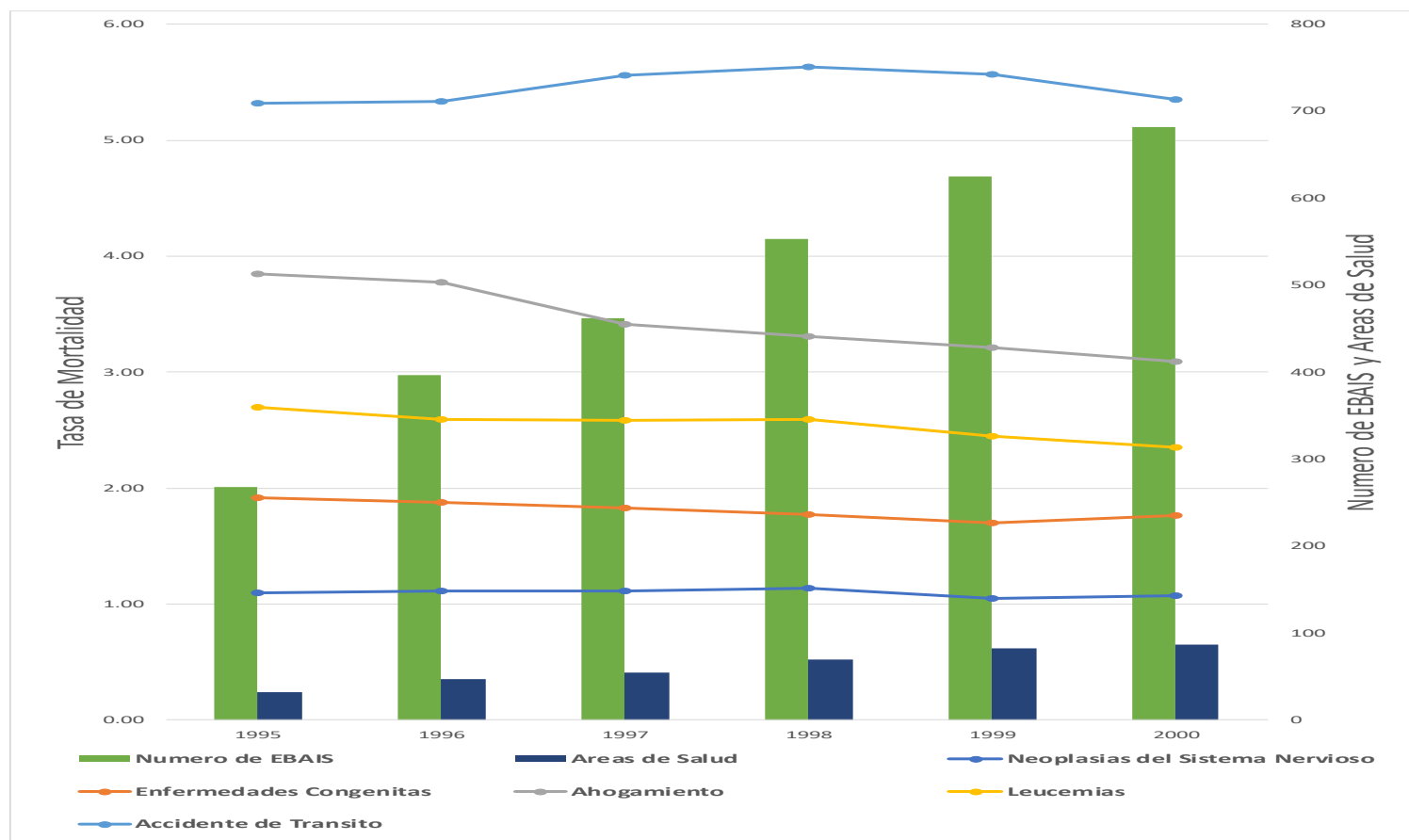
Gráfico N° 27. Tasa de mortalidad para personas de 5 – 14 años por las cinco causas que produjeron mayor defunción en Costa Rica por 100,000 habitantes, por número de EBAIS para el periodo 1990 – 1994.



Fuente: Elaboración propia con datos de (37), (38), (39), (40)

Para el periodo de 1990-1994, las patologías estudiadas presentaron pocas variaciones a lo largo del tiempo de estudio, con una elevación hacia el final del mismo de los accidentes de tránsito. El descenso más marcado para esta época lo presentó el ahornagamiento. Ni las neoplasias de sistema nervioso ni los accidentes de tránsito obtuvieron valores de p que fueran significativamente a nivel estadístico, relacionar sus cambios con los de la reforma.

Gráfico N° 28. Tasa de mortalidad para personas de 5 – 14 años por las cinco causas que produjeron mayor defunción en Costa Rica por 100,000 habitantes, por número de EBAIS y áreas de salud para el periodo 1995 – 2000.

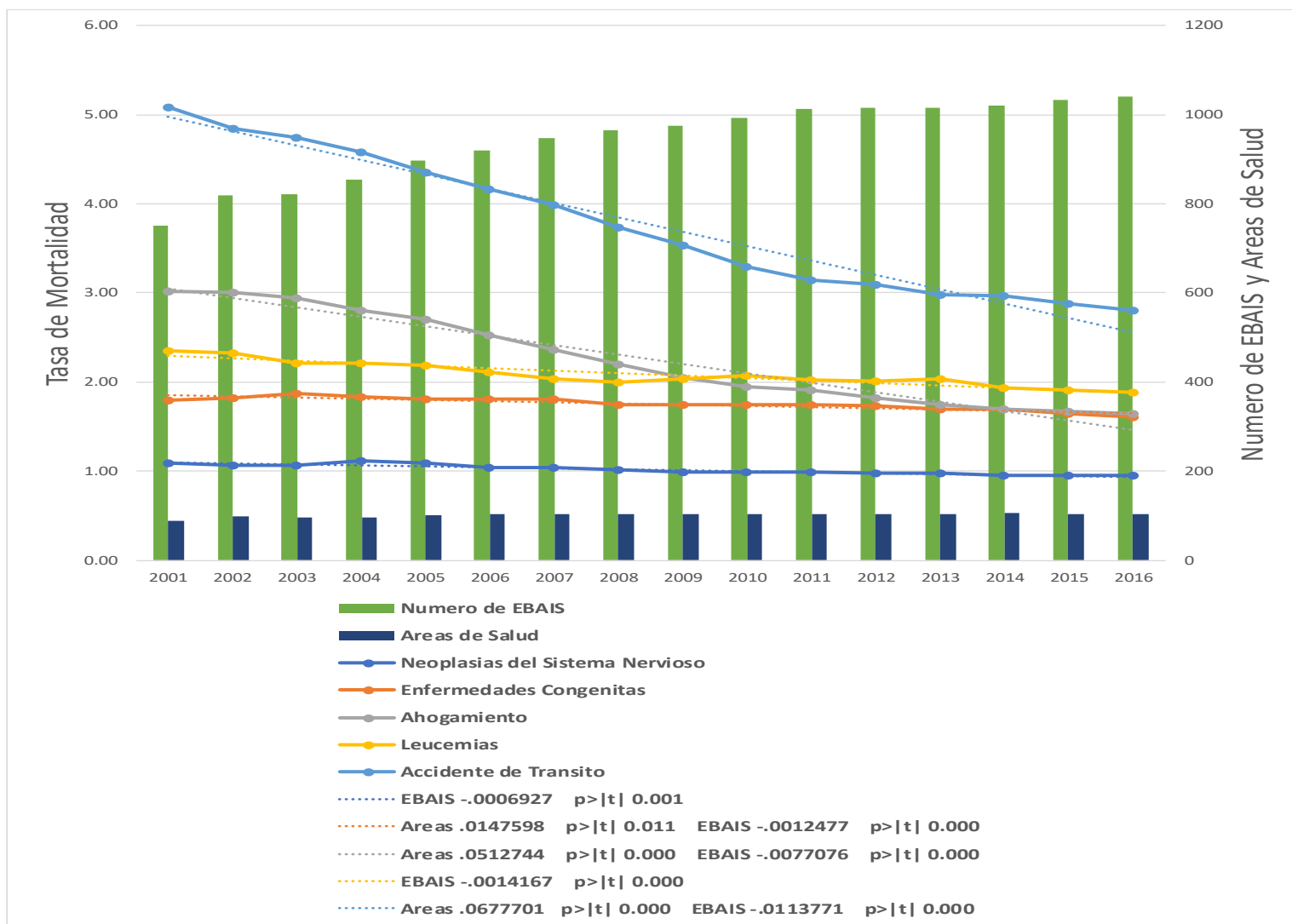


Fuente: Elaboración propia con datos de ⁽³⁷⁾, ⁽³⁸⁾, ⁽³⁹⁾, ⁽⁴⁰⁾

En el periodo de aplicación de la reforma se vio que los accidentes de tránsito aumentaron su tasa de mortalidad, continuando con la tendencia que se venía observando; sin embargo, para 2000 comenzó a descender.

El resto de las principales causas de muerte de este grupo etario presentó una tendencia completamente contraria al estar decreciendo a través del todo el periodo de estudio. Ninguna enfermedad logró un resultado de p que permitiera un ligamiento entre los cambios introducidos y estudiados por la reforma y los de la tasa de mortalidad.

Gráfico N° 29. Tasa de mortalidad para personas de 5 – 14 años por las cinco causas que produjeron mayor defunción en Costa Rica por 100,000 habitantes, por número de EBAIS y áreas de salud para el periodo 2001 – 2016.



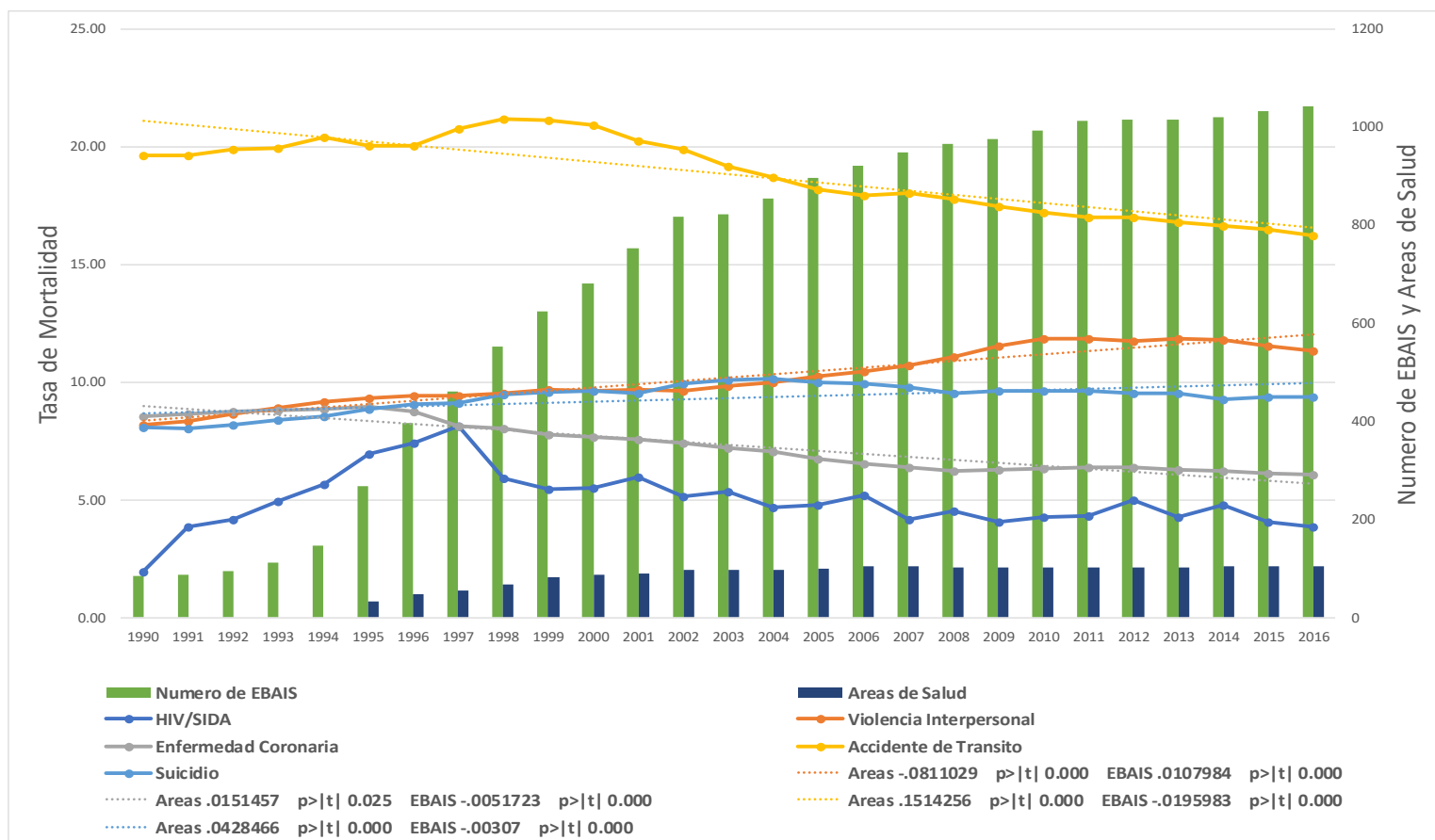
Fuente: Elaboración propia con datos de (37), (38), (39), (40)

El comportamiento para el periodo pos-reforma mostró un descenso muy marcado de la tasa de mortalidad por accidente de tránsito, situación muy distinta a lo que aconteció en las dos épocas anteriores. Otra patología que presentó un decremento bastante marcado, incluso a través de los tres periodos fue el ahogamiento.

Todas las enfermedades lograron un valor de p adecuado, al estar por debajo de 0.050, lo que permite asociar sus cambios con los del eje y secundario.

4.7 MORTALIDAD EN PERSONAS DE 15 A 49 AÑOS.

Gráfico N° 30. Tasa de mortalidad para personas de 15 – 49 años por las cinco causas que produjeron mayor defunción en Costa Rica por 100,000 habitantes, por número de EBAIS y áreas de salud para el periodo 1990 – 2016.



Fuente: Elaboración propia con datos de (37), (38), (39), (40)

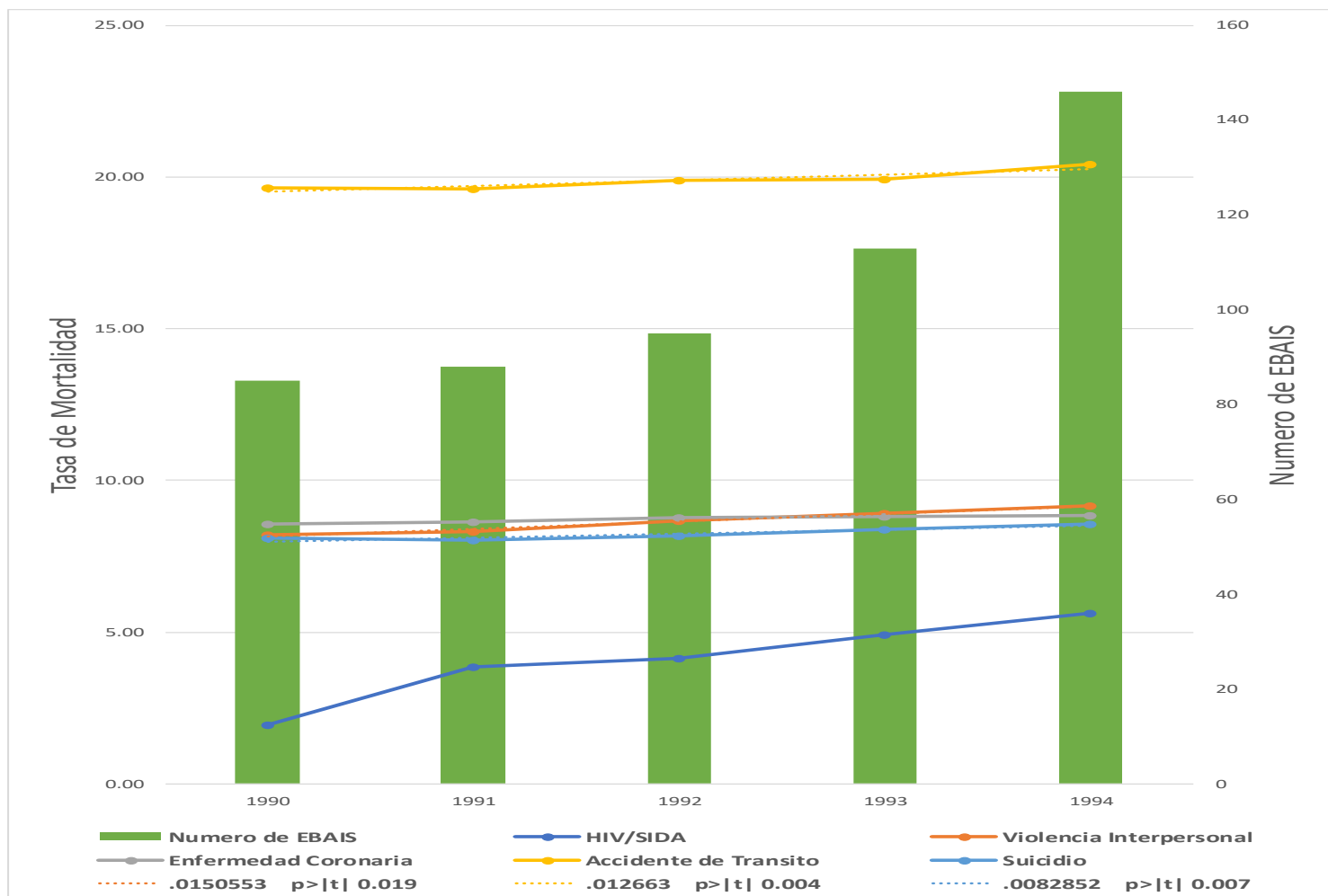
La mortalidad para este grupo mostró verse afectada en varios sectores, ya que las variaciones entre las diversas tasas y el grupo al que pertenece cada patología son muy diversas.

Podemos ver como las causas sociales que integran este grupo (violencia interpersonal, suicidio y accidente de tránsito) se encuentran como las tres

principales tasas de mortalidad de este grupo etario para la mayoría del tiempo de estudio.

HIV/SIDA es la única patología que no presentó una p significativa a lo largo de todo el periodo de estudio, ya que se encontró por encima de 0.050

Gráfico N° 31. Tasa de mortalidad para personas de 15 – 49 años por las cinco causas que produjeron mayor defunción en Costa Rica por 100,000 habitantes, por número de EBAIS para el periodo 1990 – 1994.

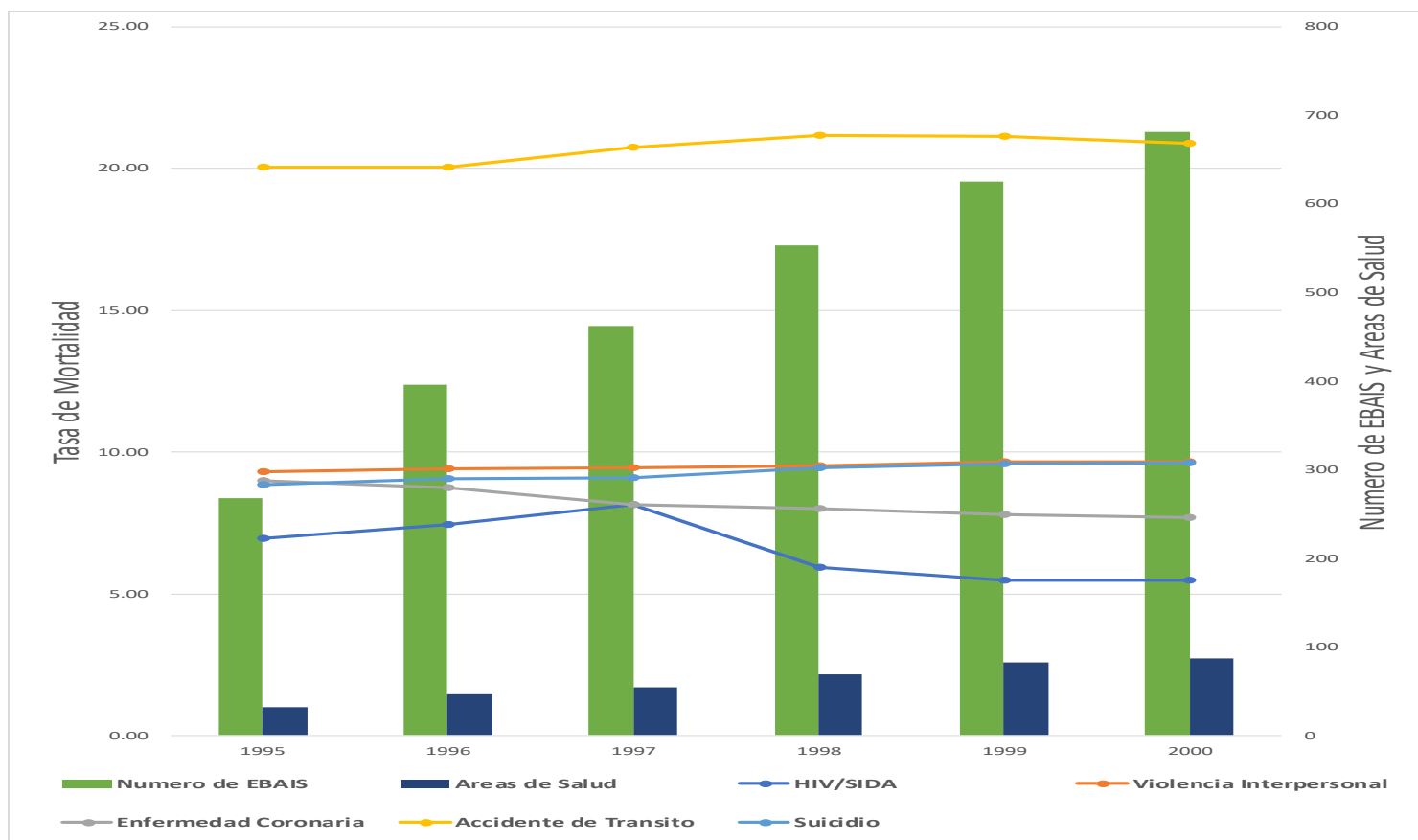


Fuente: Elaboración propia con datos de (37), (38), (39), (40)

Para el periodo pre-reforma se puede ver que la mortalidad causada por el VIH/SIDA es la que presentó mayor aumento de todas las patologías de este grupo etario. También se aprecia como la violencia gana mayor mortalidad y sube de posición sobre el suicidio y la enfermedad coronaria.

Solo las causas violentas o traumáticas de muerte lograron un valor de p significativo para asociar sus cambios con los del eje y secundario, los cuales no se dieron de manera positiva, al poseer coeficientes positivos.

Gráfico N° 32. Tasa de mortalidad para personas de 15 – 49 años por las cinco causas que produjeron mayor defunción en Costa Rica por 100,000 habitantes, por número de EBAIS y áreas de salud para el periodo 1995 – 2000.



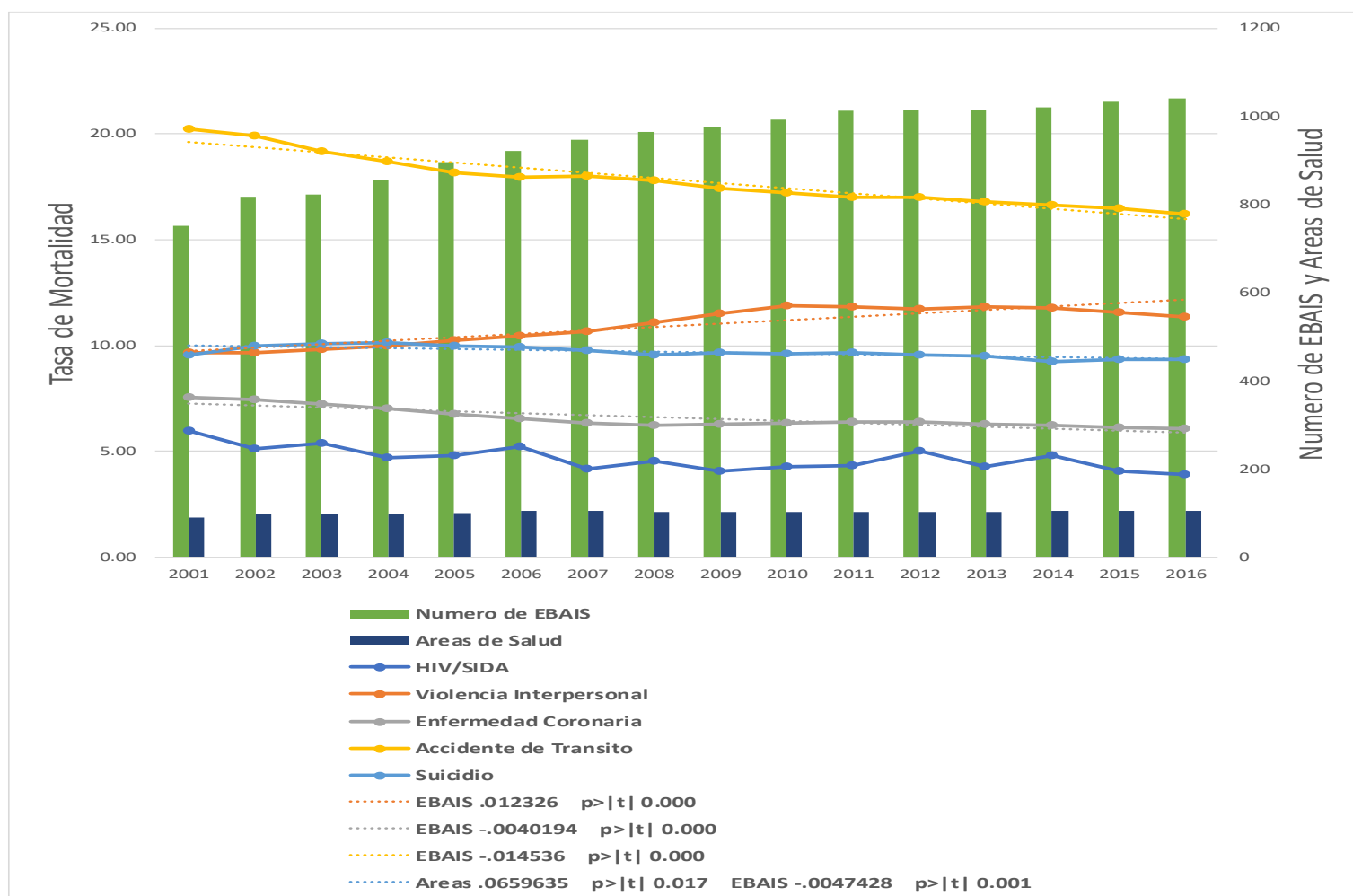
Fuente: Elaboración propia con datos de (37), (38), (39), (40)

Con el periodo de 1995 – 2000 observamos como los accidentes de tránsito aumentan ligeramente más que los años anteriores, mientras que la violencia interpersonal y el suicidio se aproximan mucho la una con la otra.

Para esta etapa de la reforma, la enfermedad coronaria y el VIH/SIDA comenzaron a mostrar una tendencia hacia la baja, en comparación con la situación que se presentó anteriormente.

Ninguna patología logró un valor adecuado de p para determinar una asociación entre las variables estudiadas.

Gráfico N° 33. Tasa de mortalidad para personas de 15 – 49 años por las cinco causas que produjeron mayor defunción en Costa Rica por 100,000 habitantes, por número de EBAIS y áreas de salud para el periodo 2001 – 2016.



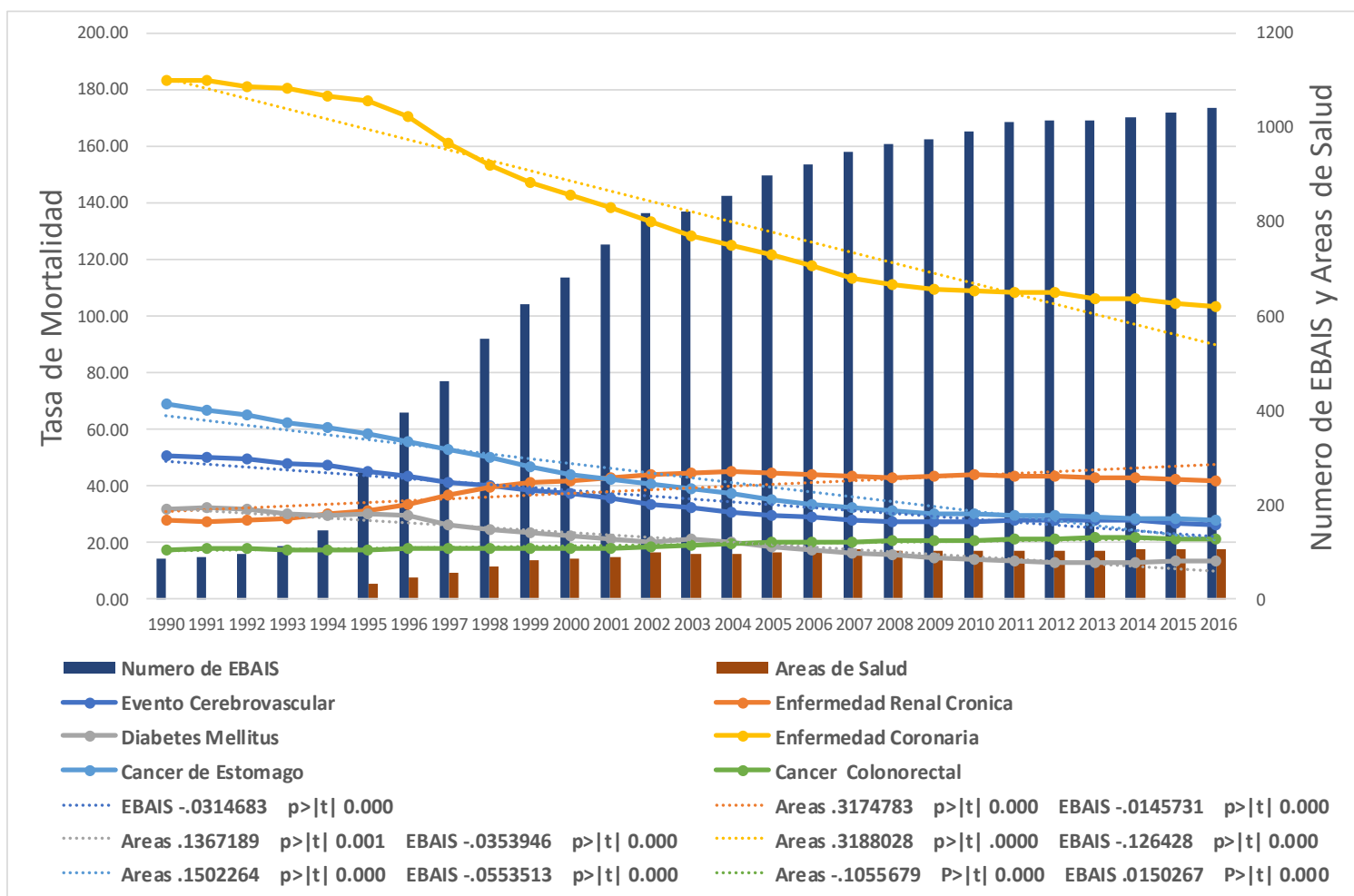
Fuente: Elaboración propia con datos de (37), (38), (39), (40)

Para 2001 – 2016 se vio un decremento de la tasa de mortalidad de los accidentes de tránsito, mientras que la violencia interpersonal continuó con su ascenso y el suicidio permaneció estático a través de estos años de estudio. Por otro lado, la enfermedad coronaria y el HIV/SIDA se encontraron constantes durante el periodo, a pesar de haber iniciado una disminución en la época anterior.

HIV/SIDA es la única causa de mortalidad que obtuvo un valor de p mayor a 0.050, por lo que es la que no logró una asociación con los cambios planteados y estudiados por la reforma.

4.8 MORTALIDAD EN PERSONAS DE 50 A 69 AÑOS.

Gráfico N° 34. Tasa de mortalidad para personas de 50 – 69 años por las cinco causas que produjeron mayor defunción en Costa Rica por 100,000 habitantes, por número de EBAIS y áreas de salud para el periodo 1990 – 2016.

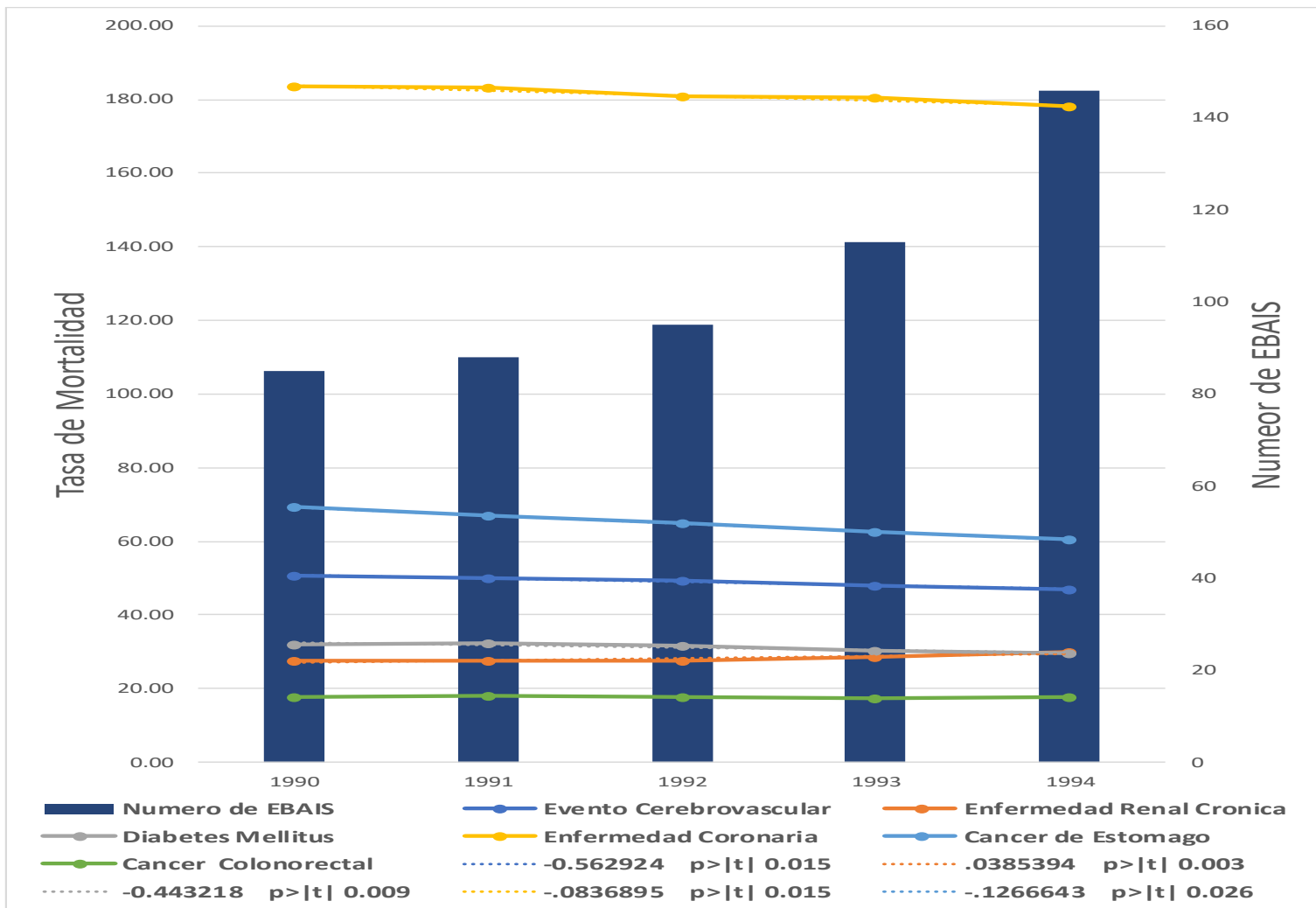


Fuente: Elaboración propia con datos de (37), (38), (39), (40)

Para las seis primeras causas de muerte de esta población, se puede ver como la enfermedad coronaria descendió drásticamente para el final de los años de estudio, mientras que la enfermedad renal crónica pasó de la cuarta a la segunda mayor tasa de mortalidad de esta población.

El resto de las patologías mantuvo un desarrollo muy constante a lo largo del periodo de estudio en este grupo etario. Todas las enfermedades se encontraban dentro de los valores de p para realizar una asociación entre las tasas de mortalidad y el eje y secundario.

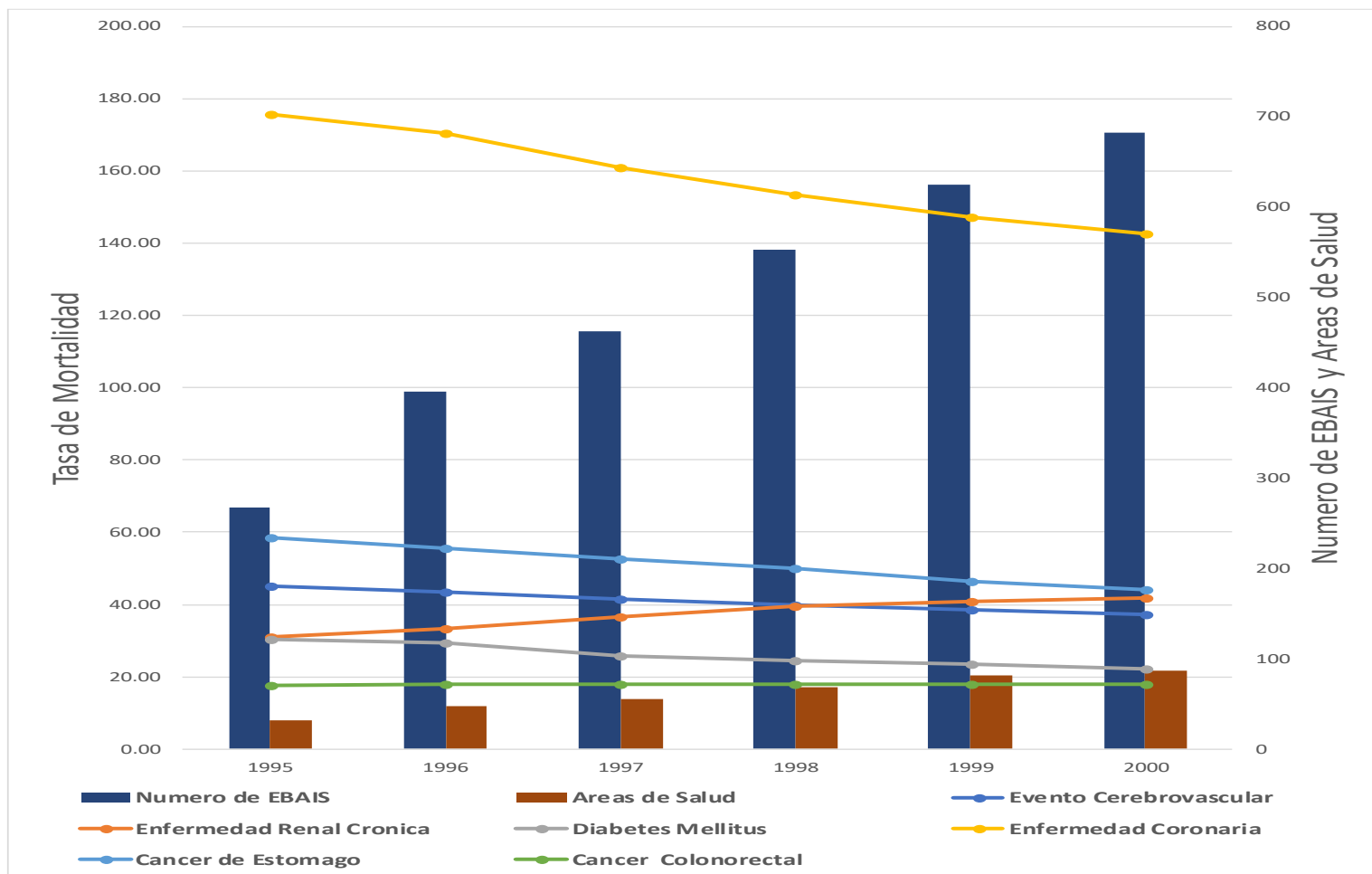
Gráfico N° 35. Tasa de mortalidad para personas de 50 – 69 años por las cinco causas que produjeron mayor defunción en Costa Rica por 100,000 habitantes, por número de EBAIS para el periodo 1990 – 1994.



Fuente: Elaboración propia con datos de (37), (38), (39), (40)

Para el periodo pre-reforma la única patología que mostró un ascenso fue la enfermedad renal crónica, pasando a ocupar el cuarto lugar, por encima de la diabetes mellitus, el resto de patologías mostró un leve descenso o se mantuvieron constantes. De todas las patologías, solo el cáncer colorrectal no logró un valor de p satisfactorio, por lo que no es posible realizar una asociación estadísticamente significativa con el eje y secundario.

Gráfico N° 36. Tasa de mortalidad para personas de 50 – 69 años por las cinco causas que produjeron mayor defunción en Costa Rica por 100,000 habitantes, por número de EBAIS y áreas de salud para el periodo 1995 – 2000.

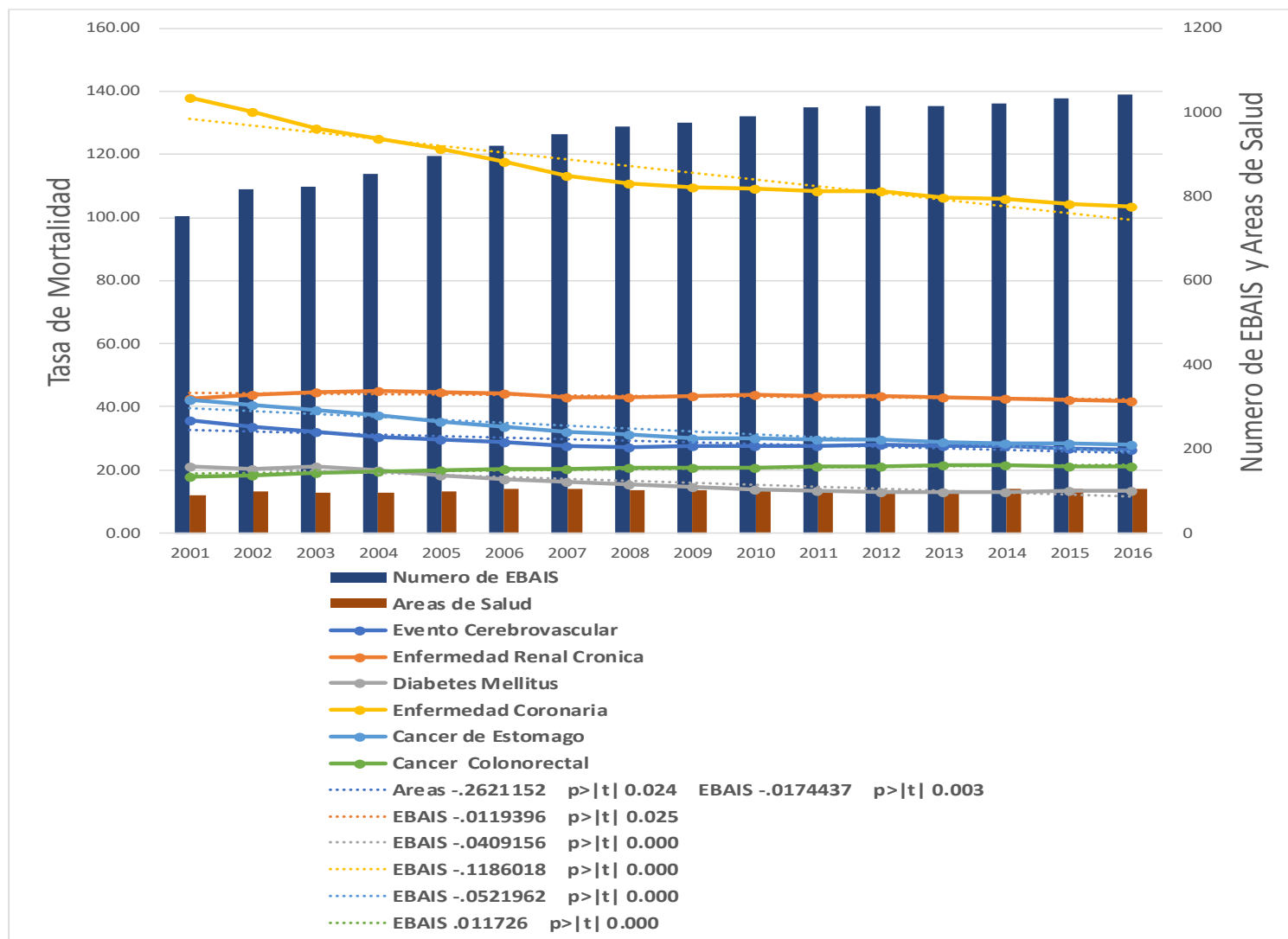


Fuente: Elaboración propia con datos de (37), (38), (39), (40)

Para el periodo de reforma vemos como la enfermedad coronaria tuvo un descenso bastante marcado y la enfermedad renal crónica continuó con su incremento en su tasa de mortalidad, superando a la diabetes mellitus y al evento cerebro vascular.

En el resto de las patologías de este periodo se mostró un descenso muy ligero; ninguna de ellas logró un valor de p significativo para determinar un ligamen entre ellas y los cambios estudiados de la reforma.

Gráfico N° 37. Tasa de mortalidad para personas de 50 – 69 años por las cinco causas que produjeron mayor defunción en Costa Rica por 100,000 habitantes, por número de EBAIS y áreas de salud para el periodo 2001 – 2016.



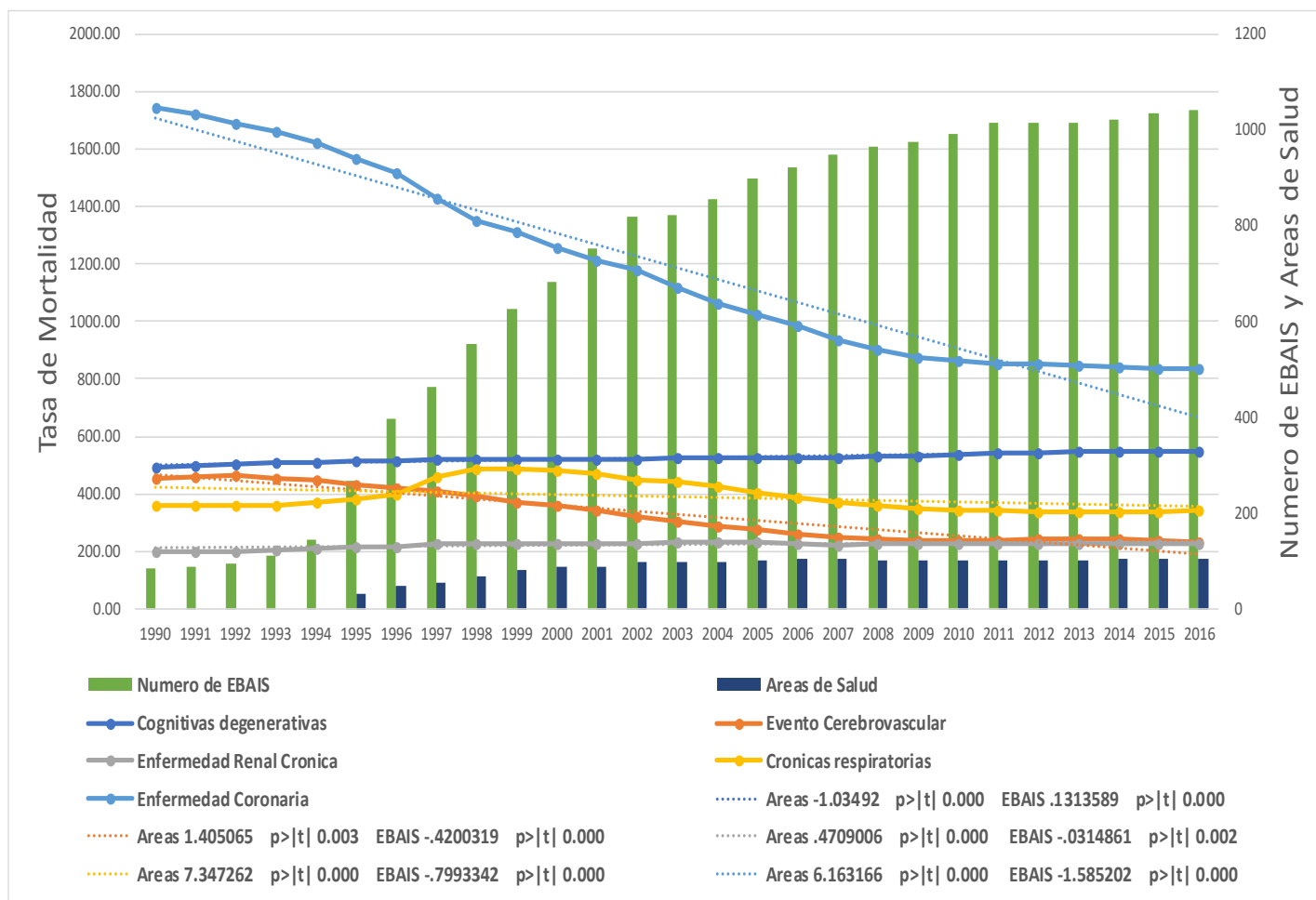
Fuente: Elaboración propia con datos de (37), (38), (39), (40)

Para el periodo 2001 – 2016, la única patología que mostró un aumento es el cáncer colorrectal; el evento cerebro vascular y el cáncer de estómago finalizaron con una tasa de mortalidad muy similar y la enfermedad coronaria continuó siendo la principal causa con un gran margen sobre las demás.

Todas las patologías obtuvieron un valor p que permite una significancia estadística entre ellas y los cambios que se estudiaron de la reforma.

4.9 MORTALIDAD EN PERSONAS MAYORES DE 70 AÑOS

Gráfico N° 38. Tasa de mortalidad para personas de 70 años y ascendentes por las cinco causas que produjeron mayor defunción en Costa Rica por 100,000 habitantes, por número de EBAIS y áreas de salud Rica para el periodo 1990 – 2016.



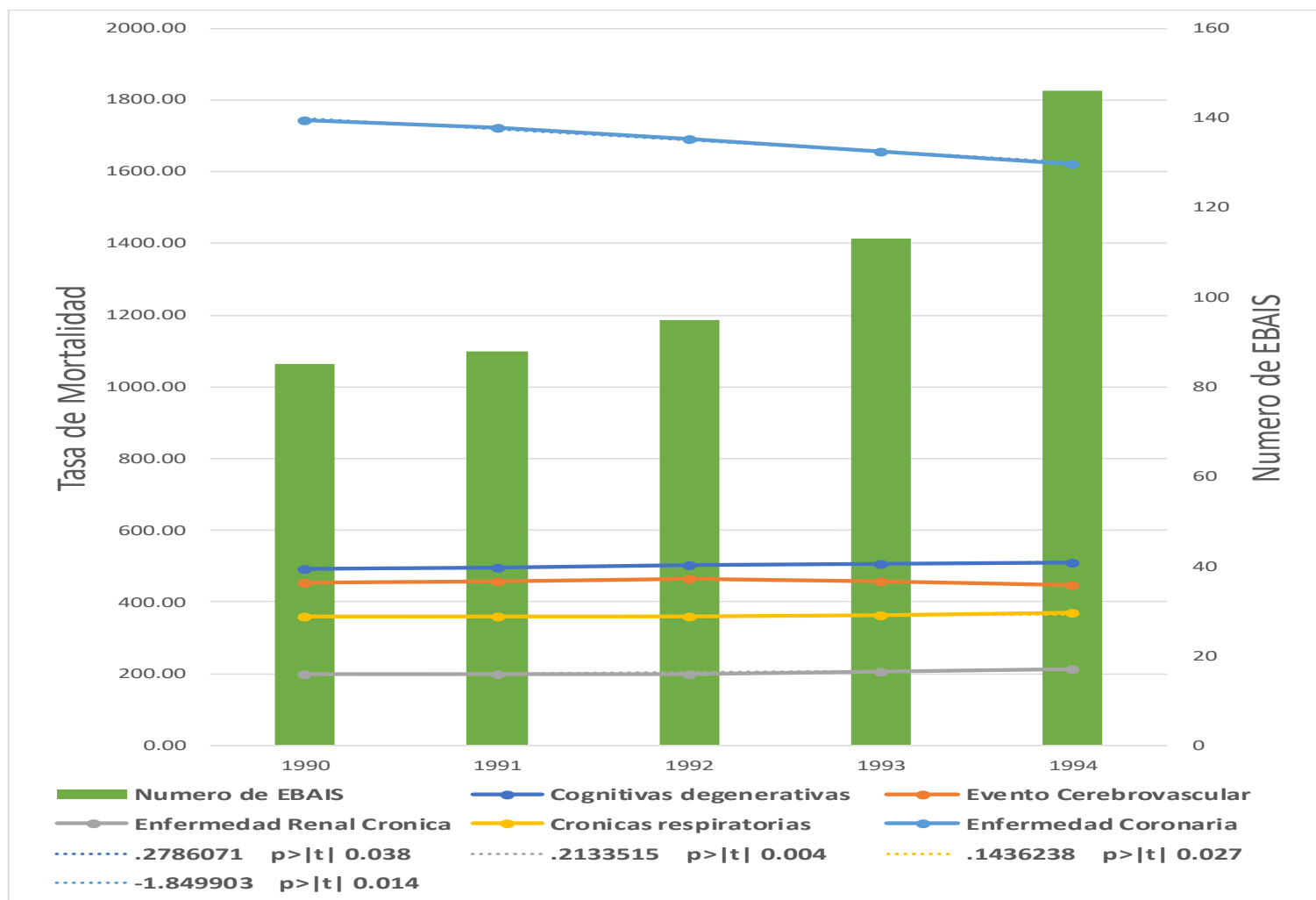
Fuente: Elaboración propia con datos de (37), (38), (39), (40)

Para las cinco primeras causas de muerte de este grupo poblacional, solo las enfermedades neurodegenerativas mostraron un leve aumento hacia los últimos años de estudio. La enfermedad coronaria disminuyó considerablemente y se acercó de gran manera al resto de las tasas de mortalidad de las principales patologías de este grupo etario.

La mayoría de las enfermedades de esta población tuvo un desarrollo bastante constante a través del tiempo de estudio. Solamente las enfermedades neurodegenerativas vieron una reducción abrupta.

Para este grupo etario se ve como todas las principales patologías que causan mayor cantidad de defunciones tuvieron relación estadística entre sus cambios en la tasa de mortalidad y el eje y secundario, al presentar valores de p por debajo de 0.050, lo que le confiere una relación estadísticamente significativa entre ambos.

Gráfico N° 39. Tasa de mortalidad para personas de 70 años y ascendentes por las cinco causas que produjeron mayor defunción en Costa Rica por 100,000 habitantes, por número de EBAIS para el periodo 1990 – 1994.

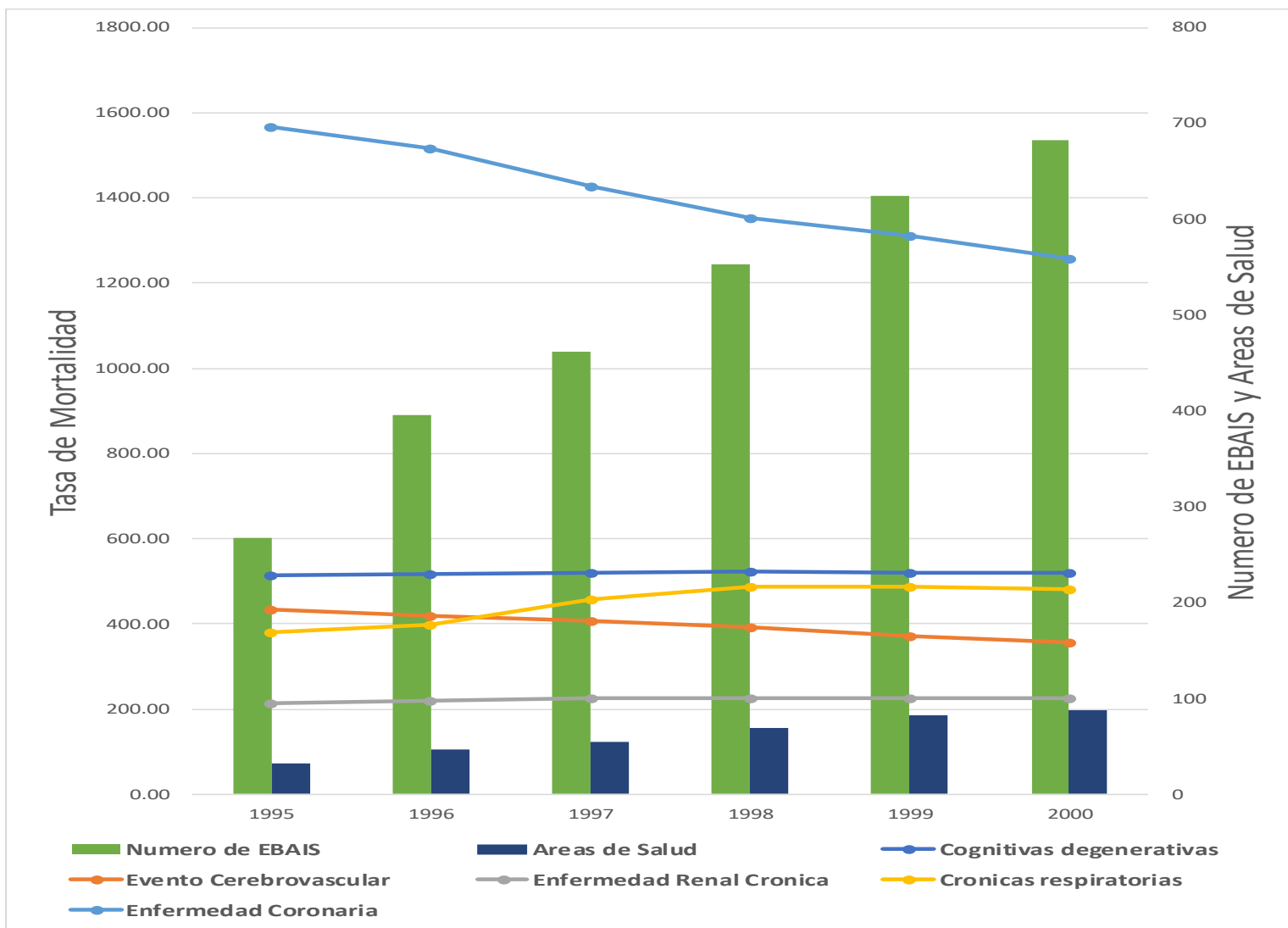


Fuente: Elaboración propia con datos de (37), (38), (39), (40)

Para el periodo 1990 – 1994, tanto las enfermedades neurodegenerativas, los trastornos respiratorios crónicos y la enfermedad renal crónica presentaron un leve aumento de su tasa de mortalidad, mientras que la enfermedad coronaria y los eventos cerebro-vasculares presentaron una tendencia contraria al ir en descenso. Durante estos años la única enfermedad que no presentó una

asociación estadística con el eje y secundario fue el evento cerebro vascular, al tener un valor de p mayor a 0.050.

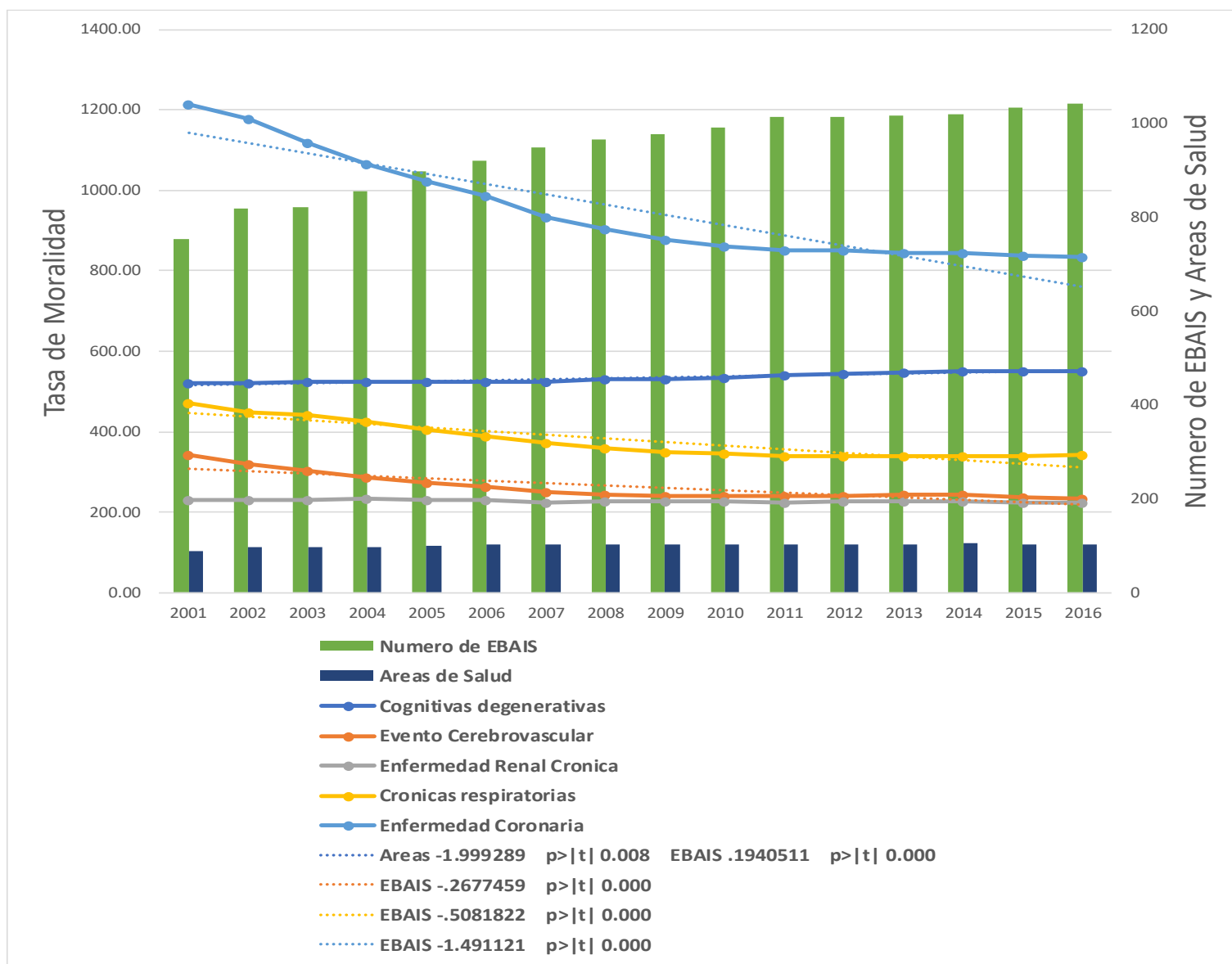
Gráfico N° 40. Tasa de mortalidad para personas de 70 años y ascendentes por las cinco causas que produjeron mayor defunción en Costa Rica por 100,000 habitantes, por número de EBAIS y áreas de salud para el periodo 1995 – 2000.



Fuente: Elaboración propia con datos de (37), (38), (39), (40)

Para el periodo de reforma, se observó el mismo fenómeno que se dio durante 1990 – 1994, pero con mayor impacto en algunas patologías como fue el caso de los trastornos crónicos respiratorios y la enfermedad coronaria. En este grupo ninguna patología logró una relación estadísticamente significativa con el eje y secundario, al tener los valores de p mayores a 0.050.

Gráfico N° 41. Tasa de mortalidad para personas de 70 años y ascendentes por las cinco causas más que produjeron mayor defunción en Costa Rica por 100,000 habitantes, por número de EBAIS y áreas de salud para el periodo 2001 – 2016.



Fuente: Elaboración propia con datos de (37), (38), (39), (40)

Para el periodo pos-reforma la única patología que mostró un incremento, aunque de manera discreta fue la enfermedad neurodegenerativa, el resto de ellas expusieron una reducción o un movimiento muy estático a través de estos años de estudio.

El último periodo de estudio para esta población mostró que la enfermedad renal crónica no obtuvo un resultado estadísticamente satisfactorio, con lo cual para este caso no es posible determinar una relación entre el eje y secundario y esta patología.

CAPÍTULO V
DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Se pudo apreciar en el análisis de la mortalidad general y por sexo, de los tres periodos en conjunto y su asociación con las áreas de salud y los EBAIS, que tanto para la mortalidad general como para la femenina y masculina, los EBAIS sí tuvieron un grado de relación en su descenso.

Esto es compatible con los resultados obtenidos por Rosero en su investigación, donde él logra ver que la reforma redujo la mortalidad tanto en adultos como en niños, además, como parte del análisis que realizó, probó que, por cada cinco años de reforma, la mortalidad continuaría su descenso.⁽⁷⁾

Solo el periodo 1995 – 2000 no mostró un resultado estadísticamente satisfactorio como para poder determinar una asociación entre los cambios estudiados por la reforma y los de la tasa de mortalidad general o por género.

Para la mortalidad por enfermedades crónicas no trasmisibles, al momento de realizar la regresión de los tres periodos en conjunto, observamos cómo se logró una asociación entre los EBAIS y la reducción de la mortalidad por estas causas sin que las áreas de salud logren un impacto desde el punto estadístico.

Este resultado es similar al que logro hallar Rosero al momento de estudiar la reforma, donde a pesar de que este grupo de mortalidad fue y sigue siendo la principal causa de muerte en el país, se logró un grado de reducción desde los inicios de la reforma.⁽⁷⁾

Este escenario donde las enfermedades de tipo crónico son el principal grupo de fatalidades es compartido por varios países de América Latina, que también sufrieron reformas, ya estas son causantes de hasta 80% de las muertes en algunos de estos países.⁽⁴¹⁾

Al momento del análisis por periodos, se ve que el único que no logró dar una relación estadísticamente satisfactoria entre los cambios de mortalidad y el aumento de EBAIS o áreas de salud, fue el de 1995 – 2000.

La mortalidad por enfermedades transmisibles, maternas e infantiles se vio reducida a lo largo de los tres periodos de la reforma, con una asociación estadística significativa, en relación con los EBAIS, contrariamente, las áreas de salud no lograron este cometido.

Para este grupo de causas de muerte, se vio que nuevamente solo el periodo 1995 – 2000 no logró un resultado estadístico para determinar una asociación entre los cambios de mortalidad y la reforma.

Este grupo de patologías fue el que presentó mayor descenso de los tres grandes grupos de enfermedades, lo cual se puede considerar como un logro de la reforma.

Lo anterior es compartido por Rosero y Cubero en sus trabajos de investigación sobre el impacto de la reforma en Costa Rica y por Santa María y su investigación en cuanto lo que es referente a las fatalidades infantiles.^(7, 8, 42)

Es recalable que este grupo de enfermedades es el que presenta la menor tasa de mortalidad, esto se asemeja con los efectos y resultados de análisis de la reforma en otros países de Latinoamérica.⁽⁴¹⁾

Las causas sociales mostraron un patrón en descenso para el análisis de los periodos en conjunto. El número de EBAIS presentó una relación positiva en cuanto a esta reducción; sin embargo, las áreas de salud no lograron un impacto sobre esta mortalidad desde los estudios estadísticos.

A diferencia de la investigación de Rosero y Cubero, en este caso se logró ver que existe algún grado de asociación entre la reforma y los cambios de este grupo de causas de muerte. ^(7, 8)

Sin embargo, es importante mencionar que este grupo de causas de muerte posee un grado de relación muy limitado con lo que a sistemas de salud se refiere y presenta más enlace con las normativas y situaciones comunales.

Desde 1990 hasta 2001, no se logró ninguna determinación entre las fatalidades por este grupo de causas y los cambios estudiados que trajo la reforma al sector salud.

Para el periodo de pos-reforma y contrario a lo ocurrido con los dos periodos anteriores, el análisis estadístico mostró una asociación entre el incremento en el número de EBAIS y la reducción en la mortalidad por estas causas; sin embargo, las áreas de salud no lograron esa asociación.

Se observó que, para la mortalidad en menores de cinco años, al realizar una regresión lineal en conjunto con los tres periodos de estudio, las áreas de salud no tuvieron ningún impacto sobre la reducción en la mortalidad las principales enfermedades que causaron la mayor mortalidad. En cuanto a los EBAIS, se identificó que, para prácticamente todas, contribuyó a reducir su mortalidad, principalmente para las enfermedades congénitas y las complicaciones neonatales por parto pre-término.

Solamente para los otros desórdenes neonatales no se logró una asociación estadística entre su descenso y el incremento en los EBAIS o las áreas de salud, siendo la única patología cuya reducción se debe a otros factores en este grupo.

El análisis por periodos de este grupo etario muestra que solo el periodo de 1995 – 2000 no mostró asociación estadísticamente comprobable entre los cambios de mortalidad y el aumento de los EBAIS o áreas de salud.

La disminución en la tasa de mortalidad de este grupo etario es similar a lo ocurrido en Colombia con la aplicación de la reforma al sector salud en ese país, debido a las mejoras que se dieron con las consultas pre y pos natales.⁽⁴²⁾

Podemos observar como para este grupo etario, solamente existieron dos enfermedades de tipo infeccioso (infecciones respiratorias bajas y enfermedades diarreicas), las cuales mostraron un descenso bastante significativo, colocándose como las dos patologías que produjeron la menor tasa de mortalidad en esta población.

Para la mortalidad de las personas de 5 a 14 años, casi todas sus causas de muerte tuvieron una relación estadística con el aumento de los EBAIS de manera positiva, contrariamente, las áreas de salud lograron no impacto, con la excepción de las enfermedades congénitas, que persisten desde el grupo anterior, esta no logró ningún tipo de asociación estadística, al momento de hacer el análisis de todos los periodos de la reforma en conjunto.

El análisis individual de los tres periodos mostró que solo el de 1995 – 2000 no fue capaz de alcanzar los valores necesarios para determinar un ligamen entre los cambios de las tasas de mortalidad y el aumento de los EBAIS o áreas de salud.

Solamente tres patologías tuvieron una relación con las áreas de salud, aunque de manera negativa al no impactar estas sobre su mortalidad, estas fueron: las enfermedades congénitas, el ahogamiento y los accidentes de tránsito.

Esta población presentó una mezcla de patologías de dos de los tres grandes grupos de causas de muerte, (crónicas no transmisibles y causas sociales), colocándose en primer lugar los accidentes de tránsito, la cual posee poca relación con el alcance que brindan los sistemas de salud y sus objetivos.

La mortalidad en el grupo de 15 a 49 años presentó variaciones en comparación con los analizados anteriormente, ya que, de sus cinco principales, una de ellas no tuvo una relación estadística entre los cambios que sufrió, en su mortalidad, para los tres periodos de estudio y el aumento del EBAIS y áreas de salud, el cual fue el caso de HIV/SIDA.

Importante es que, como parte de los resultados, solo una enfermedad logró una asociación positiva con las áreas de salud y negativa con los EBAIS, tal fue la situación de la violencia interpersonal.

Para todas las demás patologías estudiadas en los tres periodos en conjunto, sí mostraron relación positiva entre el aumento del número de EBAIS y sus cambios en la mortalidad.

Individualmente, el único periodo que no logró ningún tipo de asociación entre el aumento de los EBAIS o las áreas de salud y los cambios en las tasas de mortalidad fue el de 1995 – 2000.

Podemos observar como en esta población vuelven las enfermedades transmisibles con el HIV/SIDA; sin embargo, es la que presentó menor tasa de mortalidad para todo el periodo de estudio. Además, nuevamente se colocan las causas sociales que obtienen los primeros lugares en cuanto a tener la mayor tasa de mortalidad, donde nuevamente el accionar de los sistemas de salud se ve limitado por el tipo fatalidad que representa.

La mortalidad en personas de 50 a 69 años, al momento de analizar el conjunto de los tres periodos de la reforma mostró que las áreas de salud solo lograron impactar de manera positiva en una de las seis principales patologías de este grupo etario, el cáncer colorrectal, la cual también fue la única con no impactó por parte de los EBAIS. El resto de las enfermedades no mostró mejoría con el aumento de las áreas de salud o relación estadística alguna.

En el caso de los EBAIS, estos surtieron efectos positivos sobre el descenso de la mortalidad por estas causas, con la excepción mencionada anteriormente.

Siguiendo la tendencia de los grupos anteriores, solo el periodo 1995 – 2000 no presentó ninguna clase de relación estadística entre los cambios en las tasas de mortalidad y el aumento de los EBAIS y las áreas de salud.

Es importante mencionar que en este grupo existe una gran diferencia entre la tasa de mortalidad por enfermedad coronaria y el resto de ellas, situación que no se dio tan notoria para otros grupos etarios.

Este grupo etario varía con respecto a los anteriores ya que, en él, las principales causas de muertes son enfermedades crónicas no trasmisibles y colocándose en primer lugar la enfermedad coronaria muy por encima de las demás

La mortalidad en personas de 70 años o mayores, al momento de analizar el conjunto de los tres periodos de la reforma mostró que solo una patología vio un aporte beneficioso por parte de las áreas de salud y negativo con los EBAIS, que fue el caso de las enfermedades neurodegenerativas, caso contrario para el resto de las principales patologías de este grupo etario.

Al igual que todos los grupos etarios, el periodo 1995 – 2000 no logró una significancia estadística lo suficientemente fuerte como para indicar que existe una relación entre el aumento en el número de EBAIS o áreas de salud con los cambios en las tasas de mortalidad.

A manera general, podemos ver como la gran mayoría de las enfermedades presentó una relación entre sus cambios en la mortalidad y el aumento de número de EBAIS y solamente tres de todas las patologías analizadas tuvieron relación con las áreas de salud. Importante es descartar que las áreas de salud cumplen funciones más administrativas, de vigilancia y control que de intervenciones médicas directas en la población costarricense.

Llama la atención que para el periodo 1995 – 2000, en el cual se aplicó con mayor medida la reforma al sector salud, no se logró una correlación estadística con los cambios de la mortalidad, lo cual podría deberse a que en esta época el número de EBAIS era mucho menor al inicio que el final de estos años de estudio y que la mayor cantidad de ellos se encontraban en las zonas periféricas. Además, el enfoque inicial que pretendía la reforma, era mejor la cobertura en las poblaciones más vulnerables como la infantil y la materna.

Las enfermedades de tipo infecciosas se presentaron poco, en general, con solo tres representantes (infecciones de vías respiratorias bajas, enfermedades diarreicas y HIV/SIDA), las cuales siempre fueron las que presentaron la menor tasa de mortalidad en cada grupo etario en las que se encontraron, dando a entender que las enfermedades de tipo trasmisibles juegan actualmente un rol muy limitado en cuanto a causa directa de mortalidad en la población costarricense, esto coincide con lo hallado anteriormente con Rosero y Cubero.^(7, 8)

Las enfermedades de tipo crónicas no trasmisibles se presentaron con mayor fuerza a partir de la población mayor de 50 años, con la enfermedad cardiovascular como su principal representante, lo cual asemeja mucho a los países de tipo industrializados en ese aspecto, esto también se puede ver en los hallazgos de Rosero y Cubero en sus trabajos de investigación ^(7, 8). También, es importante señalar que la enfermedad renal crónica, el cáncer colorrectal y la enfermedad neuro degenerativa, presentaron un leve aumento, a través de los años, lo cual llama la atención al ser enfermedades que se captan inicialmente a nivel de EBAIS.

Las causas de tipo social se dieron en mayor medida en la población menor de 50 años y mayor de 15 años, con su principal causa, el accidente de tránsito, el cual, a pesar de ello, mostró un leve descenso hacia el periodo 2001 – 2016. Cabe destacar que la violencia interpersonal aumentó a través de todo el tiempo de estudio notoria y constantemente, y que el suicidio, si bien, también se incrementó, no fue tan evidente. Esto indica que la población joven y el grueso de la trabajadora activa, fallece principalmente por este tipo de causas. Este grupo se diferencia con lo encontrado por Rosero y Cubero debido que en el trabajo de él no se encontró una relación entre la reforma y este grupo en particular. ^(7, 8)

CAPÍTULO VI
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES

- La reforma del sector salud en Costa Rica contribuyó al descenso en la tasa de mortalidad de varias enfermedades, principalmente en cuanto a los que pertenecen al grupo de trasmisibles, maternas e infantiles, principalmente relacionado con el aumento de los EBAIS más que con los de las áreas de salud.
- En cuanto a los tres periodos en los cuales fue dividida la reforma, se puede observar claramente que la época de pos-reforma fue donde ocurrió la mayoría de los descensos en las tasas de mortalidad de las enfermedades analizadas.
- Durante el periodo de aplicación de la reforma, los cambios que ocurrieron en las tasas de mortalidad se debieron a factores ajenos a los implicados con los EBAIS o con las áreas de salud.
- La tasa de mortalidad general y por género vio enlazado su descenso con el aumento de los EBAIS. Además, las tres tasas se movieron de manera equitativa.
- La gran mayoría de las principales causas de muerte de cada grupo etario disminuyó su tasa de mortalidad con relación con el aumento de los EBAIS. Contrario a esto, las áreas de salud tuvieron un rol poco significativo en cuanto a ello.
- El grueso de estas enfermedades es de tipo crónico no trasmisible, principalmente a más avanzada la edad y causas sociales en la población joven y trabajadora activa.

6.2 RECOMENDACIONES

- Estudiar los datos faltantes de la época anterior a la reforma para un estudio más certero.
- Realizar un análisis con un énfasis mayor en cuanto a regiones para comprender mejor la problemática de cada área del país.
- Dar las herramientas necesarias para mejorar la contribución de los servicios de salud en la reducción de las enfermedades crónicas no transmisibles.
- Fomentar métodos para una mejor aproximación hacia las causas de tipo social y la intensificación en los aportes que los sistemas de salud podrían brindar para limitarlas.
- Realizar un estudio en el que se adecue de mejor manera diversas variables que permitan explicar los cambios que brindó la reforma al sistema de salud de Costa Rica, tales como las guías.
- Estudiar los lineamientos de manejo de los EBAIS y áreas de salud para determinar si requieren actualización o una reestructuración más profunda y de esta manera, abarcar mejor las posibles carencias que tienen.

BIBLIOGRAFÍA

1. Clark M. HEALTH SECTOR REFORM IN COSTA RICA: REINFORCING A PUBLIC SYSTEM. En Washington D. C.; 2002.
2. Análisis de las Reformas del Sector Salud en la Subregión de Centroamérica y la República Dominicana. [Internet]. [Citado el 8 de febrero de 2018]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Analisis_Reforma_Sector_Salud-SubRegion_Centroamerica_Rep_Dom_2002.pdf?ua=1
3. IMPLEMENTATION COMPLETION REPORT (CPL-36540; SCPD-3654S) ON A LOAN IN THE AMOUNT OF US\$22 MILLION TO THE REPUBLIC OF COSTA RICA FOR A HEALTH SECTOR REFORM PROJECT [Internet]. [Citado el 25 de enero de 2018]. Disponible en: <http://documents.worldbank.org/curated/en/228471468771867247/pdf/257130CR0ICR.pdf>
4. Sáenz Madrigal R., editor. Análisis sectorial de salud Costa Rica. San José, Costa Rica: Ministerio de Salud [u. a.]; 2002. 578 p.
5. Román Forastelli, M. Reforma del sector salud en Costa Rica. Antecedentes, lo que sabemos de resultados, y algunas interrogantes.
6. Arce Ramírez CA, Sánchez Arguedas J. C. Avances del proceso de reforma de la Caja Costarricense de Seguro Social. Rev. Cienc. Adm. Financ. Secur. Soc. 2001; 9(2):13–21.
7. Bixby LR. Assessing the impact of health sector reform in Costa Rica through a quasi-experimental study. Rev Panam Salud Pública. Febrero de 2004; 15(2):94–103.

8. Cubero Dudisnkaya, E. LA REFORMA DE SALUD EN COSTA RICA, DIEZ AÑOS DESPUÉS [Magister]. [San José]: Universidad de Costa Rica; 2010.
9. Instituto Nacional de Estadística y Censos de Costa Rica. (INEC). Principales indicadores demográficos.
10. Instituto Nacional de Estadística y Censos de Costa Rica. (INEC). Estimaciones y proyecciones de Población por sexo y edad 1950 – 2100.
11. Centro Centroamericano de Población. Defunciones [Internet]. Disponible en: <http://geocr.ccp.ucr.ac.cr:8080/mondrian/STPivot?query=def>
12. Instituto Nacional de Estadística y Censos de Costa Rica. (INEC). Panorama Demográfico [Internet]. 2013. Disponible en: <http://www.inec.go.cr/sites/default/files/documentos/poblacion/publicaciones/repoblancev2013-04.pdf>
13. Reseña Histórica de las Instituciones del Sector Salud [Internet]. [Citado el 6 de diciembre de 2016]. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/hospitales/art84.pdf>
14. REFORMAS RECIENTES EN EL SECTOR SALUD DE COSTA RICA [Internet]. [Citado el 22 de septiembre de 2016]. Disponible en: <http://archivo.cepal.org/pdfs/1992/S9200608.pdf>
15. OMS | ¿Qué es un sistema de salud? [Internet]. WHO. [Citado el 30 de abril de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/28/es/>

16. Gutiérrez Porras, Blanca R. Estado de bienestar y cambio: la transformación de las políticas públicas de salud en Costa Rica (1990-2014). [Madrid]: UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID; 2016.
17. Crichigno, P. SURGIMIENTO DEL ESTADO DE BIENESTAR Y LAS POLÍTICAS PÚBLICAS EN AMÉRICA LATINA [Internet]. [Citado el 20 de junio de 2018]. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/32709/1/D-16834.00_es.pdf
18. La Reforma de Salud en Costa Rica [Internet]. [Citado el 22 de septiembre de 2016]. Disponible en: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/3672/1/S2005093_es.pdf
19. Puig-Junoy J, Jane E, Castells X, de la Mata I. Cambios recientes en los sistemas de salud en América Latina y perspectivas de futuro. Disponible en: <http://www.gacetasanitaria.org>
20. Reformas de gestión en salud en América Latina: los cuasi mercados de Colombia, Argentina, Chile y Costa Rica [Internet]. [Citado el 16 de abril de 2017]. Disponible en: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5970/1/S0007589_es.pdf
21. Almeida C. Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90. Cad Saúde Pública. Agosto de 2002; 18(4):905–25.
22. Acceso y disponibilidad de servicios de salud en Costa Rica 2000 [Internet]. [Citado el 11 de noviembre de 2016]. Disponible en: <http://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/salud/Rosero-Acceso-2004.pdf>

23. Benavides Alvarado María de los Ángeles, De Sarraga Berrocal Wendy. INVENTARIO DE SECTORES DE EBAIS ABIERTOS Y FUNCIONANDO EN EL ÁMBITO NACIONAL CON CORTE A DICIEMBRE 2005. Caja Costarricense de Seguro Social; p. 121.
24. Impacto de las reformas del sector de la salud sobre los recursos humanos y la gestión laboral [Internet]. [Citado el 11 de noviembre de 2016]. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v8n1-2/3003.pdf>
25. Migración y Extranjería Costa Rica. Migración e Integración en Costa Rica Informe 2012 [Internet]. Disponible en: <http://www.migracion.go.cr/institucion/informes/varios/Migracion%20e%20Integracion%20en%20Costa%20Rica%20Informe%202012.pdf>
26. OMS | Mortalidad [Internet]. WHO. [Citado el 9 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/mortality/es/>
27. Tasa de mortalidad general [Internet]. [Citado el 3 de abril de 2017]. Disponible en: <http://ougam.ucr.ac.cr/index.php/informacion/indicadores/tasa-mortalidad-general>
28. Tasa de Mortalidad Infantil (menores de 5) [Internet]. [Citado el 3 de abril de 2017]. Disponible en: <http://ccp.ucr.ac.cr/cursoweb/3412mm5.htm>
29. OMS | Las 10 principales causas de defunción [Internet]. WHO. [Citado el 7 de abril de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/es/>
30. Costa Rica: WHO statistical profile [Internet]. [Citado el 24 de abril de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/gho/countries/cr.pdf?ua=1>

31. Novales, Alfonso. Análisis de Regresión. Universidad Complutense. El 20 de septiembre de 2010;
32. WHO. Lista del Estudio de Carga Mundial de la Enfermedad (Global Burden of Disease) [Internet]. Disponible en: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/cod_2008_sources_methods.pdf
33. INEC. Costa Rica: Población por años calendario, según sexo y grupos quinquenales de edades. 1950 - 2011 [Internet]. Disponible en: <http://www.inec.go.cr/poblacion/estimaciones-y-proyecciones-de-poblacion>
34. Diseño tipos estudio [Internet]. Disponible en: <http://www.uv.es/invsalud/invsalud/disenyo-tipo-estudio.htm>
35. Manterola C., Otzen T. Estudios Observacionales: Los Diseños Utilizados con Mayor Frecuencia en Investigación Clínica. Int J Morphol; 2014.
36. Borja-Aburto V.H. Estudios ecológicos. Salud Pública México. Noviembre de 2000; 42:533–8.
37. Institute for Health Metrics and Evaluation [Internet]. [Citado el 27 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.healthdata.org/>
38. EBAIS funcionando 2000 - 2001. CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL;
39. Blandón Otárola T. Inauguración de EBAIS en Costa Rica. 2010.
40. Dirección Proyección de Servicios de Salud. Memoria de áreas de salud, sectores, EBAIS, sedes de área y de EBAIS y puestos de visita periódica (PVP) en el ámbito nacional al 31 de diciembre de 2017. CCSS; 2017.

41. Montenegro and Romero - 2014 - Las reformas de salud en América Latina Health ref.pdf [Internet]. [Citado el 25 de junio de 2018]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/4576/457645126003.pdf>
42. El sector salud en Colombia: impacto del sgsss después de más de una década de la reforma [Internet]. [Citado el 25 de junio de 2018]. Disponible en: http://www.repository.fedesarrollo.org.co/bitstream/handle/11445/968/Co_So_Diciembre_2008_Santa_Maria_et_al.pdf?sequence=2&isAllowed=y
43. Blandón Otárola T. INVENTARIO DE EBAIS ABIERTOS Y FUNCIONANDO Y PUESTOS DE VISITA PERIÓDICA EN EL ÁMBITO NACIONAL CON CORTE AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2007. CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL; 2008.
44. Blandón Otárola T. INVENTARIO DE ÁREAS DE SALUD, SECTORES, EBAIS, SEDE Y PUESTOS DE VISITA PERIÓDICA EN EL ÁMBITO NACIONAL CON CORTE AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2009. CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL; 2009.
45. Segura Meneses D. INVENTARIO DE SECTORES DE EBAIS ABIERTOS Y FUNCIONANDO EN EL ÁMBITO NACIONAL CON CORTE AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2006. CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL; 2007.
46. Blandón Otárola T. INVENTARIO DE ÁREAS DE SALUD, SECTORES, EBAIS, SEDES Y PUESTOS DE VISITA PERIÓDICA EN EL ÁMBITO NACIONAL CON CORTE AL 30 DE JUNIO DEL 2008. CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL; 2008.

47. Arias Ocampo G., Segura Meneses D., Vargas Vásquez L. INVENTARIO DE SECTORES DE EBAIS ABIERTOS Y FUNCIONANDO EN EL ÁMBITO NACIONAL CON CORTE AL 30 DE JUNIO 2006. CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL; 2006.

48. Área Análisis y Proyección de Servicios de Salud. Lista de EBAIS, año de apertura y distrito. CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL; 2009 diciembre.

49. Banco de Costa Rica. Aspectos Socioeconómicos de las Remesas Familiares 2014 [Internet]. Disponible en: http://www.bccr.fi.cr/publicaciones/politica_cambiaria_sector_externo/Aspectos_Socioeconomicos_de_las_Remesas_Familiares_2014.pdf

ANEXOS

DECLARACIÓN JURADA

Yo Maxin Cubero Doudinskei, cédula de identidad número 1-1455-0923, en condición de egresado de la carrera de Medicina y Cirugía de la Universidad Hispanoamericana, y advertido de las penas con las que la ley castiga el falso testimonio y el perjurio, declaro bajo la fe del juramento que dejo rendido en este acto que mi trabajo de graduación, para optar por el título de Licenciatura titulado LA REFORMA DEL SECTOR SALUD EN COSTA RICA Y SU IMPACTO SOBRE LA MORTALIDAD POR GRUPOS DE EDADES Y SEGÚN GRUPOS DE CAUSAS, EN EL PERIODO DE 1990 -2016 es una obra original y para su realización he respetado todo lo preceptuado por las Leyes Penales, así como la Ley de Derechos de Autor y Derecho Conexos, número 6683 del 14 de octubre de 1982 y sus reformas, publicada en la Gaceta número 226 del 25 de noviembre de 1982; especialmente el numeral 70 de dicha ley en el que se establece: "Es permitido citar a un autor, transcribiendo los pasajes pertinentes siempre que éstos no sean tantos y seguidos, que puedan considerarse como una producción simulada y sustancial, que redunde en perjuicio del autor de la obra original". Asimismo, que conozco y acepto que la Universidad se reserva el derecho de protocolizar este documento ante Notario Público. Firmo en fe de lo anterior, en la Ciudad de San José, el 03 de julio del 2018.

Firma 

Cédula 1-1455-0923

San José, 03 de julio del 2018

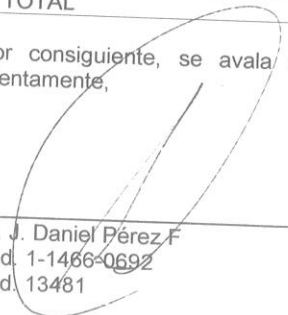
Dirección de registro
Universidad Hispanoamericana
Presente

El estudiante Maxim Cubero Doudinskei, cédula de identidad número 1 1455 0923, me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado "**La reforma del sector salud en Costa Rica y su impacto sobre la mortalidad por grupos de edades y según grupos de causas en el periodo de 1990-2016**", el cual ha elaborado para optar por el grado académico de Licenciatura en Medicina y Cirugía. He verificado que se han incluido las observaciones y hecho las correcciones indicadas, durante el proceso de tutoría y he evaluado los aspectos relativos a la elaboración del problema, objetivos, justificación; antecedentes, marco teórico, marco metodológico, tabulación, análisis de datos; conclusiones y recomendaciones.

Los resultados obtenidos por el postulante implican la siguiente calificación:

a)	ORIGINAL DEL TEMA	10%	10%
b)	CUMPLIMIENTO DE ENTREGA DE AVANCES	20%	20%
c)	COHERENCIA ENTRE LOS OBJETIVOS, LOS INSTRUMENTOS APLICADOS Y LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACION	30%	28%
d)	RELEVANCIA DE LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	20%	20%
e)	CALIDAD, DETALLE DEL MARCO TEORICO	20%	20%
	TOTAL	100%	98%

Por consiguiente, se avala el traslado de la tesis al proceso de lectura.
Atentamente,


Dr. J. Daniel Pérez F.
Ced. 1-1466-0692
Cod. 13481

DECLARACIÓN JURADA

Yo Maxin Cubero Doudinskei, cédula de identidad número 1-1455-0923, en condición de egresado de la carrera de Medicina y Cirugía de la Universidad Hispanoamericana, y advertido de las penas con las que la ley castiga el falso testimonio y el perjurio, declaro bajo la fe del juramento que dejo rendido en este acto que mi trabajo de graduación, para optar por el título de Licenciatura titulado LA REFORMA DEL SECTOR SALUD EN COSTA RICA Y SU IMPACTO SOBRE LA MORTALIDAD POR GRUPOS DE EDADES Y SEGÚN GRUPOS DE CAUSAS, EN EL PERIODO DE 1990 -2016 es una obra original y para su realización he respetado todo lo preceptuado por las Leyes Penales, así como la Ley de Derechos de Autor y Derecho Conexo, número 6683 del 14 de octubre de 1982 y sus reformas, publicada en la Gaceta número 226 del 25 de noviembre de 1982; especialmente el numeral 70 de dicha ley en el que se establece: "Es permitido citar a un autor, transcribiendo los pasajes pertinentes siempre que éstos no sean tantos y seguidos, que puedan considerarse como una producción simulada y sustancial, que redunde en perjuicio del autor de la obra original". Asimismo, que conozco y acepto que la Universidad se reserva el derecho de protocolizar este documento ante Notario Público. Firmo en fe de lo anterior, en la Ciudad de San José, el 03 de julio del 2018.

Firma



Cédula

1-1455-0923

San José, 03 de julio del 2018

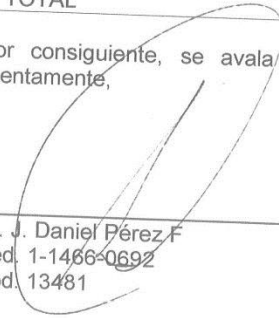
Dirección de registro
Universidad Hispanoamericana
Presente

El estudiante Maxim Cubero Doudinskei, cédula de identidad número 1 1455 0923, me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado "**La reforma del sector salud en Costa Rica y su impacto sobre la mortalidad por grupos de edades y según grupos de causas en el periodo de 1990-2016**", el cual ha elaborado para optar por el grado académico de Licenciatura en Medicina y Cirugía. He verificado que se han incluido las observaciones y hecho las correcciones indicadas, durante el proceso de tutoría y he evaluado los aspectos relativos a la elaboración del problema, objetivos, justificación; antecedentes, marco teórico, marco metodológico, tabulación, análisis de datos; conclusiones y recomendaciones.

Los resultados obtenidos por el postulante implican la siguiente calificación:

a)	ORIGINAL DEL TEMA	10%	10%
b)	CUMPLIMIENTO DE ENTREGA DE AVANCES	20%	20%
c)	COHERENCIA ENTRE LOS OBJETIVOS, LOS INSTRUMENTOS APLICADOS Y LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACION	30%	28%
d)	RELEVANCIA DE LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	20%	20%
e)	CALIDAD, DETALLE DEL MARCO TEORICO	20%	20%
	TOTAL	100%	98%

Por consiguiente, se avala el traslado de la tesis al proceso de lectura.
Atentamente,

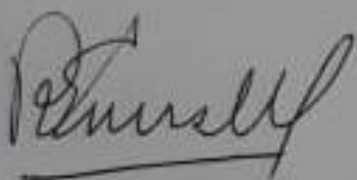

Dr. J. Daniel Pérez F
Ced. 1-1466-0692
Cod. 13481

San José, 03 de Julio 2018

CONSTANCIA

Hago constar que he discutido y aprobado como **cambio** de tema para tesis: "La Reforma del Sector Salud en Costa Rica y su impacto sobre la Mortalidad por grupos de Edades y según grupos de causas en el Período 1990-2016". Presentado por el alumno **Maxin Cubero Doudinskei**, para el seminario de tesis.

Atentamente,



Dr. Ronald Evans Meza

Coordinador

**Unidad de Investigación e Innovación en Ciencias de la Salud
Universidad Hispanoamericana**



M. L. Vilma Isabel Sánchez Castro
Bachiller y Licenciada en Filología Española. U. C. R.

A QUIEN INTERESE

Yo, Vilma Isabel Sánchez Castro, Máster en Literatura Latinoamericana, Bachiller y Licenciada en Filología Española, de la Universidad de Costa Rica; con cédula de identidad 6-054-080; inscrita en el Colegio de Licenciados y Profesores, con el carné N° 003671, hago constar que he revisado el documento autorizado por el tutor Y se han corregido en él los errores encontrados en ortografía, redacción, gramática y sintaxis. El cual se intitula:

LA REFORMA DEL SECTOR SALUD EN COSTA RICA Y SU IMPACTO SOBRE LA MORTALIDAD POR GRUPOS DE EDADES Y SEGÚN GRUPOS DE CAUSAS EN EL PERIODO DE 1990-2016

MAXIN CUBERO DOUDINSKEI

**LICENCIATURA EN LA CARRERA DE MEDICINA Y CIRUGÍA
UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA**

Se extiende la presente certificación a solicitud del interesado, en la ciudad de San José a los veintiún días del mes julio de dos mil dieciocho. La filóloga no se hace responsable de los cambios que se le introduzcan al trabajo posterior a su revisión.

Vilma Isabel Sánchez

CARTA DEL LECTOR

San José, 20 de julio de 2018

Departamento de Registro
Universidad Hispanoamericana
Presente

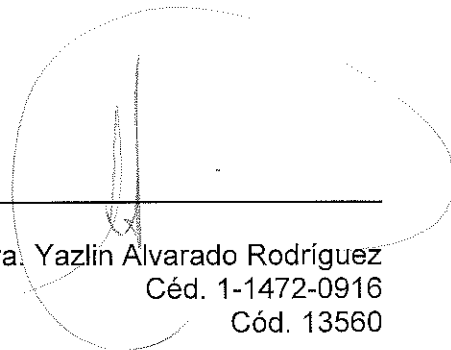
Estimados señores:

La estudiante **Maxín Cubero Doudinskei**, cédula de identidad número **1-1455-0923**, me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado: **“LA REFORMA DEL SECTOR SALUD EN COSTA RICA Y SU IMPACTO SOBRE LA MORTALIDAD POR GRUPOS DE EDADES Y SEGÚN GRUPOS DE CAUSAS, EN EL PERIODO DE 1990-2016”**. El cual ha elaborado para optar por el grado de Licenciatura en Medicina y Cirugía.

He revisado y he hecho las observaciones relativas al contenido analizado, particularmente, lo relativo a la coherencia entre el marco teórico y el análisis de datos; la consistencia de los datos recopilados y, la coherencia entre estos y las conclusiones; asimismo, la aplicabilidad y originalidad de las recomendaciones, en términos de aporte de la investigación. He verificado que se han hecho las modificaciones esenciales correspondientes a las observaciones indicadas.

Por consiguiente, este trabajo cuenta con los requisitos para ser presentado en la defensa pública.

Atentamente,



Dra. Yazlin Alvarado Rodríguez
Céd. 1-1472-0916
Cód. 13560