

UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA

FACULTAD DE MEDICINA Y CIRUGÍA

*Tesis para optar por el grado académico de
Licenciatura en la Carrera de Medicina y
Cirugía*

**"Origen, desarrollo y características de la
transición sanitaria en Costa Rica
1920-2016"**

Sustentante

Stephanie Paola Serrano Jiménez

Tutor

Dr. Christian Valverde Solano

2019

ÍNDICE DE CONTENIDO

ÍNDICE DE CONTENIDO	II
ÍNDICE DE TABLAS	IV
ÍNDICE DE FIGURAS	VI
ÍNDICE DE GRÁFICOS	VII
DEDICATORIA	VIII
AGRADECIMIENTO	IX
RESUMEN	X
SUMMARY	XII
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	XIV
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	15
1.1.2 Delimitación del problema.....	20
1.1.3 Justificación.....	21
1.2 PREGUNTA DE LA INVESTIGACIÓN.....	23
1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	24
1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES.....	25
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	26
2.1 Reseña Histórica.....	27
2.2 El desarrollo de la salud pública en Costa Rica.....	30
2.3 Caja Costarricense de Seguro Social.....	39
2.4 Sistema de salud.....	45
2.5 Regímenes de aseguramiento.....	49
2.6 Plan Nacional de Salud.....	51
2.7 La situación demográfica en Costa Rica.....	51
2.8 Elementos conceptuales.....	64
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO	65
3.1 Enfoque de la investigación.....	66
3.2 Tipo de investigación.....	67
3.3.1 Unidad de análisis u objetos de estudio.....	67
3.3.2 Fuentes de información.....	67

3.3 Población	68
3.3.4 Muestra.....	68
3.3.5 Criterios de inclusión y exclusión.....	68
3.4 Metodología	68
3.5 Diseño de la investigación	70
3.6 Operacionalización de variables	71
CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	73
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	117
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	138
6.1 CONCLUSIONES	139
6.2 RECOMENDACIONES.....	141
BIBLIOGRAFÍA.....	143
ANEXOS	151
DECLARACIÓN JURADA.....	152
CARTAS DE APROBACIÓN	153

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1. Tasas de mortalidad estandarizadas según causa y su contribución al descenso total de mortalidad en Costa Rica 1940-1980 _____	56
Tabla N° 2. Operacionalización de variables _____	71
Tabla N° 3. Tasa de mortalidad general por cada 100 000 habitantes en la población general de Costa Rica años 1920-1939 _____	76
Tabla N° 4. Cambios en las principales diez causas de mortalidad en Costa Rica durante los años 1920 y 1930 _____	78
Tabla N° 5. Cambios en las principales diez causas de mortalidad en Costa Rica durante los años 1930 y 1940 _____	80
Tabla N° 6. Cambios en las principales diez causas de mortalidad en Costa Rica durante los años 1940 y 1950 _____	82
Tabla N° 7. Cambios en las principales diez causas de mortalidad en Costa Rica durante los años 1950 y 1960 _____	84
Tabla N° 8. Cambios en las principales diez causas de mortalidad en Costa Rica durante los años 1960 y 1970 _____	86
Tabla N° 9. Cambios en las principales diez causas de mortalidad en Costa Rica durante los años 1970 y 1980 _____	88
Tabla N° 10. Cambios en las principales diez causas de mortalidad en Costa Rica durante los años 1980 y 1990 _____	90
Tabla N° 11. Cambios en las principales diez causas de mortalidad en Costa Rica durante los años 1990 y 2000 _____	91

Tabla N° 12. Cambios en las principales diez causas de mortalidad en Costa Rica durante los años 2000 y 2010 _____ 93

Tabla N° 13. Cambios en las principales diez causas de mortalidad en Costa Rica durante los años 2010 y 2016 _____ 95

Tabla N° 14. Comparación y características de los planes nacionales de salud correspondientes al período 1920-1940-1960-1980-2000-2016 _____ 113

Tabla N° 15. América Latina y el Caribe: primeras diez causas de muerte para el año 2001 _____ 126

Tabla N° 16. Escenarios de la transición demográfica en América Latina. _____ 132

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura N° 1. Distribución de la población de Costa Rica en el año 1979 _____	54
Figura N° 2. Cambios en la estructura poblacional _____	63
Figura N° 3. Pirámide poblacional de Costa Rica correspondiente al año 1950_	97
Figura N° 4. Pirámide poblacional de Costa Rica correspondiente al año 1960	99
Figura N° 5. Pirámide poblacional de Costa Rica correspondiente al año 1970 _____	101
Figura N° 6. Pirámide poblacional de Costa Rica correspondiente al año 1980	103
Figura N° 7. Pirámide poblacional de Costa Rica correspondiente al año 1990 _____	105
Figura N° 8. Pirámide poblacional de Costa Rica correspondiente al año 2000 _____	107
Figura N° 9. Pirámide Poblacional de Costa Rica correspondiente al año 2010 _____	109
Figura N° 10. Pirámide poblacional de Costa Rica correspondiente al año 2016 _____	111

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1. Población General de Costa Rica 1920-2016 _____	53
Gráfico N° 2. Esperanza de vida y probabilidades de morir en el primer año y de los 20 a los 59 años en Costa Rica durante el período 1912-2002 _____	58
Gráfico N° 3. Nacidos en el extranjero. Costa Rica censo 1927-2000 _____	61
Gráfico N° 4. Tasas de mortalidad general según sexo por cada 100 000 habitantes en Costa Rica durante el período 1940-2016 _____	74
Gráfico N° 5. Tasa de mortalidad general por cada 100 000 habitantes en la población general de Costa Rica año 1920-1939 _____	77
Gráfico N° 6. Riesgos de muerte en los grupos de 20 a 49 años y de 50 a 79 años en Costa Rica y Estados Unidos _____	121
Gráfico N° 7. Disminución de la tasa de mortalidad por edad y sexo en América Latina y el Caribe, 1970-2010 _____	122
Gráfico N° 8. Tasa estimada de mortalidad por enfermedades trasmisibles por cada 100 000 habitantes _____	126
Gráfico N° 9. Crecimiento y evolución de la población de Costa Rica.1950-2015 _____	128
Gráfico N° 10. Porcentaje de población de 60 años y más y de 80 años y más, 2015 _____	131

DEDICATORIA

El presente trabajo investigativo se lo dedico principalmente a Dios, por ser el inspirador y darme fuerza para continuar en este proceso de obtener uno de mis anhelos más deseados.

A mis padres Randall y Lisbeth, quienes con su amor, paciencia y esfuerzo me han permitido llegar a cumplir hoy un sueño más; gracias por inculcar en mí el ejemplo de esfuerzo y valentía, de no temer las adversidades, porque Dios está conmigo siempre.

Principalmente a mi pequeño Matthías, hijo de mi alma, mi motor y la fuerza que siempre me empujó a seguir adelante.

A Hillary, por su cariño y apoyo incondicional, durante todo este proceso, por estar conmigo en todo momento, gracias.

A toda mi familia, principalmente a mis tíos Alexis y Marlon, porque con su apoyo, consejos y palabras de aliento hicieron de mí una mejor persona y, de una u otra forma, me acompañan en todos mis sueños y metas.

Tengo la dicha de tener un padre honrado, trabajador y único en mi vida; esto nunca hubiera sido posible sin su especial amparo; gracias, papi, por entender mis ausencias y mis malos momentos. Porque a pesar de la distancia siempre estuviste a mi lado para saber cómo iba mi proceso. Las palabras nunca serán suficientes para testimoniar mi aprecio y mi agradecimiento.

A todos ustedes, mi mayor reconocimiento y gratitud...

AGRADECIMIENTO

Quiero expresar mi gratitud a Dios, quien con su bendición llena siempre mi vida, y a toda mi familia, por estar siempre presente.

De igual manera. mis agradecimientos a la Universidad Hispanoamericana, a toda la Facultad de Medicina, a mis profesores, quienes con la enseñanza de sus valiosos conocimientos hicieron que pueda crecer día a día como profesional; gracias a cada una de ustedes por su paciencia, dedicación, apoyo incondicional y amistad.

Finalmente, quiero expresar mi más grande y sincero agradecimiento al Dr. Christian Valverde Solano, principal colaborador durante todo este proceso, quien con su dirección, conocimiento, enseñanza y colaboración permitió el desarrollo de este trabajo.

RESUMEN

Introducción: En la presente investigación se analizarán el origen, desarrollo y características de la transición sanitaria en Costa Rica.

Se analizarán los cambios en los patrones de mortalidad, al igual que el cambio en la pirámide de población, así como características principales de los planes de salud del periodo de estudio.

Objetivo: Analizar el origen, desarrollo y características de la transición sanitaria en Costa Rica, 1920-2016.

Métodos: Los métodos utilizados para la realización del presente estudio incluyen desde una realización de una revisión de literatura, pasando por el análisis descriptivo de estos grupos poblacionales, hasta la realización de análisis más complejos, como lo es el cálculo de las tasas, donde se calcularon tasas por género, así como de población general.

Se extraen las diez principales causas de mortalidad en Costa Rica, las cuales se representan en cuadros comparativos que relacionan la evolución de estas. Para la elaboración de las pirámides poblacionales se utilizaron datos de la plataforma llamada *Population Pyramid*, la cual cuenta con información del país desde 1950 y hasta la actualidad.

Para la realización del cuadro con las características más relevantes de los planes de salud, se revisaron memorias institucionales.

Resultados: Tasas de mortalidad general por sexo. Cuadros comparativos que incluyen las causas de mortalidad que evidencian el patrón de mortalidad. Pirámides poblacionales desde el periodo de 1950 y por decenio hasta el año 2016. Características de planes de salud a lo largo del periodo de estudio.

Discusión: La mortalidad en hombres y mujeres se visualiza en la representación gráfica de las tasas como paralela, y con tendencia hacia la disminución progresiva, Se evidencia cómo en antaño las principales causas de muerte eran de origen infeccioso, y desde 1980 cambiaron por infarto de miocardio.

Al proceder a realizar el análisis de las pirámides de población de Costa Rica, desde 1950 y hasta el 2016, se puede mostrar más claramente que la población costarricense continúa el mencionado proceso de envejeciendo demográfico.

En la década de 1920 iniciaron los programas sistemáticos de salud pública en Costa Rica, continuando con hechos que marcaron de manera importante la evolución de la salud en el país.

Conclusiones: Es difícil encontrar una relación entre el ritmo de reducción de la mortalidad de adultos y las intervenciones de salud en Costa Rica; es claro que una de las causas de la reducción ha sido el desarrollo de la salud pública.

Palabras clave: Mortalidad- pirámide poblacional- planes de salud- transición sanitaria.

SUMMARY

Introduction

In the present investigation, the origin, development and characteristics of the health transition in Costa Rica will be analyzed.

The changes in the mortality patterns will be analyzed, as well as the change in the population pyramid as well as the main characteristics of the health plans of the study period.

Objective: Analyze the origin, development and characteristics of the Sanitary Transition in Costa Rica 1920-2016.

Methods: The methods used for the realization of the present study include from a realization of a literature review, through the descriptive analysis of this population, to the realization of more complex analyzes such as the calculation of the rates were calculated by gender, as well as the general population.

The ten main causes of mortality in Costa Rica are extracted, this are represented in comparative tables that relate the evolution of these. For the elaboration of the population pyramids data of the platform called Population Pyramid which has information about the country since 1950 and up to the present.

For the realization of the table with the most relevant characteristics of the health plans, institutional reports were reviewed.

Results: General mortality rates by sex. Comparative tables that include the causes of mortality that show the pattern of mortality. Population pyramids from the period

of 1950 and by decade until 2016. Characteristics of health plans throughout the study period.

Discussion: Mortality in men and women is visualized in the graphical representation of the rates as parallel, and with a tendency toward progressive decrease. It is evident as in the past the main causes of death are of infectious origin and since 1980 changed due to myocardial infarction.

Proceeding to perform the analysis of the population pyramids of Costa Rica from 1950 until 2016, it can be shown more clearly that the Costa Rican population continues the aforementioned process of demographic aging.

The 1920s marked the began the systematic public health programs in Costa Rica, continuing with events that marked the evolution of health in the country.

Conclusions: It is difficult to find a relationship between the rate of reduction of adult mortality and health interventions in Costa Rica, it is clear that one of the causes of the reduction has been the development of public health in the country.

Key words: Mortality-population pyramid-health plans-health transition.

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1.1 Antecedentes del problema

Los cambios en las tendencias de mortalidad y fecundidad en los siglos XIX y XX en Europa Occidental dieron lugar a la formulación de la teoría de la transición demográfica.⁽¹⁾ Aunque esta teoría se puede resumir como el proceso de transformación del comportamiento de las poblaciones en el terreno de la fecundidad y la mortalidad, que aparece ligado al crecimiento económico contemporáneo, su cuerpo doctrinal se ha centrado en sus inicios, sobre todo en el descenso de la fecundidad, prestando una menor atención al fenómeno de la mortalidad.

Posteriormente a la formulación de esta teoría, la salud pública fue construyendo conceptos relacionados con la variable mortalidad, como el de la transición epidemiológica, además de empezar a formular las primeras teorías que intentaban explicar el descenso de la mortalidad que acompañó a la transición demográfica.

Conceptos, como la transición demográfica y transición epidemiológica, han permitido describir los grandes y diversos cambios que se han producido en las dinámicas poblacionales, y en las condiciones de salud de las sociedades.

En el último siglo se ha producido, en la mayoría de las poblaciones, una transición epidemiológica, que supone un proceso de cambio del grupo de enfermedades con mayor impacto sobre la mortalidad poblacional. En 1971, Omran menciona que las diferentes etapas de la transición epidemiológica están acompañadas por cambios

profundos en la estructura de la población, que han alterado los equilibrios entre fecundidad y mortalidad y obligado, seguramente, a reajustes en los comportamientos demográficos de las poblaciones, a corto y largo plazo. ⁽²⁾

La Comisión Económica para América Latina y el Caribe ⁽³⁾ menciona, en su texto sobre temas de población y desarrollo, que en el inicio del siglo XIX la población mundial estimada era de 978 millones. Durante los cien años de ese siglo aumentó en 672 millones, alcanzando los 1.650 a comienzos del siglo XX. Durante el siglo que recién ha terminado, la población aumentó en 4.350 millones, llegando en el año 2000 a 6.000 millones de habitantes.

El vuelco más relevante para la región ha sido la caída de la fecundidad. En solo 40 años los índices reproductivos, que se contaban entre los más altos del planeta, cayeron a niveles por debajo de la media mundial. Países como Belice, Colombia, Costa Rica, Guyana, Honduras, México, Nicaragua y Perú pasaron de tasas globales de fecundidad superiores a 6,7 hijos por mujer en 1955, a menos de la mitad de ese promedio al comenzar el siglo XXI. ⁽³⁾

Bobadilla, J y Sepúlveda⁽⁴⁾, en su trabajo sobre transición epidemiológica, mencionan que la evolución de la natalidad y la mortalidad determinó totalmente el comportamiento de la tasa de crecimiento de la población, puesto que en Costa Rica la migración internacional, en líneas generales, careció hasta hace poco de importancia demográfica.

El análisis del ritmo de comportamiento de las poblaciones humanas en periodos extensos de tiempo permite modelar dinámicas repetitivas en estos grupos, con diferencias en el momento y en los espacios geográficos que ocupan.

Danilo Rayo, en su trabajo sobre evolución de mortalidad, ⁽⁵⁾ menciona que esta es uno de los principales determinantes de la dinámica demográfica y sanitaria de un país. Su importancia se evidencia en que el uso de indicadores, como la esperanza de vida al nacer y la mortalidad infantil, se utilice frecuentemente como elementos para comparar el estado de salud y el nivel de desarrollo humano de los países.

Las características más destacadas de la evolución demográfica de Costa Rica en el presente siglo son, primero. el aumento acelerado de su población, iniciado después de la Segunda Guerra Mundial, que lleva al país a tener una de las más altas tasas de crecimiento conocidas, y luego, el descenso rápido y sostenido que experimenta esta tasa en los últimos años.

El estacionamiento demográfico, que se presentaba en Costa Rica durante siglos, estaba altamente influenciado por tasas altas de mortalidad, debido en su mayoría al mal control de epidemias y enfermedades transmisibles, lo cual ocupaba las primeras causas de muertes en el siglo XIX.⁽⁶⁾ Este patrón se rompe cuando empiezan a tomarse medidas sanitarias básicas y esenciales, como el aislamiento de sanos y afectados para el control de epidemias y ciertas enfermedades transmisibles. El estudio científico de las enfermedades, especialmente relacionado con el origen microbiológico de las mismas, logra romper con siglos de altísima mortalidad, y empieza a aumentar la población considerablemente.

Luis Rosero Bixby, en el 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 un 8% y la de los adultos en un 2%, y se estima que la reforma salvó aproximadamente 120 vidas de niños y 350 vidas de adultos en el 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⁾

Además de ser componentes cruciales de la dinámica demográfica, la medición y el análisis de la mortalidad son del interés de múltiples sectores o campos de acción como, entre otros, el sector de la salud, la seguridad social y las políticas sociales en general. Este marcado interés está ligado a la vida como bien máspreciado; de ahí el consecuente esfuerzo por tratar de postergar la muerte y disminuir al máximo su incidencia individual y social. Asimismo, la mortalidad es un indicador de la situación de salud y de las condiciones de vida de la población.

En el 2005, la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁽⁹⁾ definió los sistemas de salud como el conjunto de instituciones encargadas de proporcionar adecuados programas de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, tratamientos curativos y paliativos. A nivel mundial, los sistemas de salud cuentan con características similares, las cuales están determinadas por factores sociales,

económicos y culturales, que inciden en el establecimiento de políticas públicas, a nivel gubernamental, para la organización de dichos sistemas.

Bustamante C,⁽¹⁰⁾ en su trabajo 100 años de salud en Costa Rica, menciona que tanto la salud como la enfermedad son los productos de un conjunto de elementos y factores, de origen genético (propios de los individuos), ambiental (relacionados con el ambiente físico), económico o social, que interactúan en una sociedad, conformando un proceso sistémico. En Costa Rica, la forma en que estos factores y elementos evolucionaron a lo largo del siglo XX determinó cambios sustanciales, tanto en su perfil epidemiológico como en la organización y prestación de sus servicios de salud.

Costa Rica es una nación que ha sufrido muchos cambios a través de su historia, y 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.⁽¹¹⁾

El estudio de la transición sanitaria como marco conceptual global y dinámico, puede ofrecer, no una descripción, sino una explicación de los cambios más importantes que han tenido lugar en las condiciones de salud de las poblaciones.

1.1.2 Delimitación del problema

La presente investigación incluye a toda la población costarricense desde el año 1920 al 2016, además de abarcar todo el territorio comprendido en dicho periodo.

Se analizará, además, el sistema de salud costarricense; se indagarán los cambios que ha sufrido en el tiempo, así como la variable correspondiente a la mortalidad, y cuál ha sido el impacto de esta en el cambio de las pirámides poblacionales a lo largo del tiempo.

También se abordarán las principales causas de mortalidad durante todo el lapso del estudio, con el fin de evaluar el comportamiento de esta durante el período de estudio.

1.1.3 Justificación

El aumento general de la población mundial, y específicamente en Costa Rica, precisa que las características de cómo fue establecida la transición sanitaria sean conocidas y analizadas con detenimiento, para conocer el desarrollo histórico en políticas propias de salud.

Esta investigación, al enfocarse en el análisis de variables y características epidemiológicas, tiene como finalidad arrojar datos de la evolución de la mortalidad en ambos sexos, de los cambios en la estructura poblacional durante el período de estudio, de las características de los planes nacionales de salud, al igual que su comportamiento a lo largo de los años.

El estudio de la transición sanitaria, como marco conceptual global y dinámico, puede ofrecer una explicación de los cambios más importantes que han tenido lugar en las condiciones de salud de las poblaciones, y sobre todo puede contextualizar las consecuencias de dichos cambios: el descenso de la fecundidad, mortalidad, y el envejecimiento de la población.

En el presente estudio se examinará la transición sanitaria del país como concepto conductor de análisis. Posteriormente, se realiza una investigación de los orígenes de la transición, presentando un panorama general de las condiciones de salud en el territorio.

El conocimiento de los patrones de mortalidad, de una población, es un valioso elemento para evaluar el estado de salud de los individuos y su capacidad de respuesta a determinados procesos biológicos y a las presiones del ambiente. La

mortalidad es, además, un fenómeno demográfico muy afectado por la estructura por edad de la población; de ese modo, el análisis histórico de los parámetros indicadores de mortalidad permite obtener una perspectiva evolutiva enfocada en la interacción entre la estructura poblacional y las presiones selectivas del medio.

Ante los diferentes sistemas de salud propuestos, en cada país surge la necesidad de analizar la participación de cada uno de los elementos que lo componen. Este análisis se realiza con el fin de identificar y analizar los actores que intervienen en los sistemas de salud, especialmente, el uso de incentivos y la relación intersectorial que entre estos existe.

1.2 PREGUNTA DE LA INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son el origen, desarrollo y características de la transición sanitaria en Costa Rica 1920-2016?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. Objetivo general

Analizar el origen, desarrollo y características de la transición sanitaria en Costa Rica a partir de 1920 hasta el año 2016.

1.3.2. Objetivos específicos

- ∞ Demostrar los cambios en los patrones de mortalidad general en Costa Rica de 1920-2016 por sexo, según decenios.
- ∞ Analizar el cambio de pirámide poblacional en Costa Rica de 1920 al 2016.
- ∞ Determinar las principales características de los planes de salud en Costa Rica de 1920 al 2016.

1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES

1.4.1. Alcances de la investigación

- ∞ Mediante el estudio se logró visualizar la evolución de la salud pública en Costa Rica, así como el papel de las instituciones encargadas de la prestación de servicios de salud.
- ∞ Se evidencian las fluctuaciones en la mortalidad general en Costa Rica, desde 1920 hasta 1939.

1.4.2. Limitaciones de la investigación

- ∞ No se logra calcular la tasa de mortalidad por sexo de los años 1920-1926, así como tampoco de 1928-1939, ya que en los anuarios estadísticos de dichos años solo hablan de población a nivel general, por lo que se documentará una tabla con la tasa de mortalidad general para dichos períodos.
- ∞ El programa utilizado para la realización de las pirámides poblacionales solo cuenta con información a partir de 1950, por lo que anteriormente a ello no se cuenta con observación de la estructura poblacional costarricense.
- ∞ No existe documentación digitalizada en forma ordenada de los anuarios estadísticos, así como tampoco anuarios institucionales del Ministerio de Salud, correspondientes al periodo de 1920 a 1940.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Reseña Histórica

2.1.1 Creación de la Caja Costarricense del Seguro Social

En 1923, durante la V Conferencia Panamericana en Santiago de Chile, la Organización Internacional del Trabajo, (OIT), propuso a los países miembros de la Oficina Panamericana de la Salud instituir seguros sociales, dado el éxito que estaban teniendo en los países europeos. La IV Resolución de dicha conferencia recomendó el establecimiento, en cada país, de los seguros sociales y especialmente en las ramas de accidentes de enfermedad y de invalidez.⁽¹²⁾

2.1.2 Década de los 40

El 1 de noviembre de 1941, mediante la Ley N° 17, se creó la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) como una Institución Semiautónoma, durante la administración del Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia.

El 22 de octubre de 1943, la Ley de la Creación de la Caja fue reformada, constituyéndose en una Institución Autónoma, destinada a la atención del sector de la población obrera y mediante un sistema tripartito de financiamiento.⁽¹²⁾

El Seguro de I.V.M. (Invalidez, Vejez y Muerte) se creó en 1947; incluía a los trabajadores del Estado, Instituciones Autónomas, Semiautónomas y las Municipalidades. En julio de ese mismo año se incorporaron los trabajadores administrativos de la empresa privada.⁽¹³⁾

2.1.3 Década de los 60

En 1960, el Seguro de I.V.M. amplió su cobertura a los empleados del comercio, escuelas de enseñanza particular, consultorios profesionales y trabajadores municipales pagados por planillas de jornales.

El 12 de mayo de 1961, mediante la Ley N° 2738, se aprobó la Universalización de los Seguros Sociales, a cargo de la CCSS. En 1962 se amplió a los trabajadores manuales ocasionales (construcción), a los pagados por planillas de jornales en obras públicas, ferrocarriles.⁽¹⁴⁾

2.1.4 Década de los 70

En 1970, durante la presidencia de José Figueres Ferrer, se tomó la decisión política de extender y universalizar los servicios médicos de la CCSS, comprendidos en el Régimen de Enfermedad y Maternidad.

En 1973, por medio de la Ley N° 5349, se aprobó el traspaso a la CCSS de los hospitales administrados por el Consejo Técnico de Asistencia Médico Social, y financiados con fondos provenientes de la Junta de Protección Social y del Estado. Esta tarea se cumplió en un período de tres años y medio.⁽¹⁵⁾

En 1975 se extiende el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte a los trabajadores agrícolas, y se le asigna a la CCSS la administración del Sistema de Pensiones del Régimen No Contributivo⁽¹⁵⁾, con el fin de otorgar protección económica a los ciudadanos de bajos recursos.

En 1978 ocurrió la creación del régimen voluntario de protección a los trabajadores independientes y sus familiares.

2.1.5 Década de los 80

A partir de 1982, se inició el proceso de integración de servicios entre la CCSS y el Ministerio de Salud. El 15 de febrero de 1983 fue formalmente establecido el Sector Salud en Costa Rica, mediante el Decreto Ejecutivo No. 14313 SPPS-PLAN, llamado Constitución del Sector Salud. ⁽¹⁴⁾

En 1984 se dio el Establecimiento del Régimen de Asegurados por Cuenta del Estado para la cobertura de la población indigente.

El 09 de noviembre de 1989, por Decreto Ejecutivo No. 19276-S, se creó el Sistema Nacional de Salud, y se estableció el Reglamento General del Sistema⁽¹⁴⁾, mediante el cual se responsabilizó al Ministerio de Salud de la rectoría del sistema y de la coordinación y el control técnico de los servicios, dirigidos a alcanzar salud y bienestar para toda la población.

2.1.6 Década de los 90 en adelante

A principios de los años 90, se propone y aprueba la Reforma del Estado, en la Ley de Equilibrio Financiero del Sector Público No. 6955, en la que se plantea la reestructuración de las instituciones públicas, con el financiamiento de los préstamos del Banco de Desarrollo (BID), contenido en la Ley No. 7374, aprobada en 1993; esta fortalece la competencia rectora del Ministerio de Salud y le asigna a la CCSS la ejecución de las actividades para la atención integral en la salud, mediante el traspaso de recursos e infraestructura. ⁽¹⁴⁾

En 1993 se da la reforma al sector salud; los trabajadores de la CCSS y del Ministerio se dedican a retomar los diferentes diagnósticos del Sistema de Salud, y

elaboran propuestas encaminadas a resolver sus limitaciones que, una vez avaladas y aprobadas, conforman el proyecto de Reforma del Sector Salud, que fue aprobado en la Asamblea Legislativa en diciembre de 1993, por la Ley No. 7441, que se implementó con el nombre de Modernización del Sistema de Salud. ⁽¹⁶⁾

En 1998, mediante la Ley N° 7852, se aprobó la Ley de Desconcentración de Hospitales y Clínicas de la CCSS, a efecto de otorgar mayor autonomía en la gestión presupuestaria, contratación administrativa y la administración de los Recursos Humanos.⁽¹⁴⁾ Adicionalmente, se crearon las Juntas de Salud como entes auxiliares de los hospitales y clínicas para mejorar la atención de la salud, el desempeño administrativo y financiero, así como la promoción de la participación ciudadana.

En el 2000 se aprobó la Ley N° 7983 Ley de Protección al Trabajador, la cual le otorga a la CCSS la responsabilidad de recaudar las cuotas obrero-patronales⁽¹⁵⁾, relacionadas con los fondos de capitalización laboral y el fondo de pensión complementaria, con el propósito de distribuirlas a las diferentes operadoras de pensiones definidas por el trabajador.

2.2 El desarrollo de la salud pública en Costa Rica

2.2.1 Etapa I: la Medicina Asistencial Básica (1850-1900)

En esta época, se incorporaron médicos provenientes de Europa y América, como José María Montealegre, cirujano graduado en Inglaterra. También se sumaron médicos costarricenses provenientes de Guatemala, como lo fue el Dr. Pablo Alvarado, en 1843, quien siempre fue un activista de la independencia de Centroamérica.

Juntas Sanitarias y de Higiene a la creación de la Secretaría de la Salubridad Pública

Después de la independencia del Estado, en lo que respecta a la salud en Costa Rica, una forma de atender dicha área fue la de las llamadas Juntas Sanitarias y de Higiene, con el fin principal de tratar y prevenir enfermedades como la lepra y el cólera; este último produjo una epidemia que, en 1856, mato a diez mil personas, conllevando a una gran tragedia nacional.⁽¹⁷⁾ La población era muy susceptible a enfermedades, sobre todo las de tipo infeccioso, y la situación era peor aún, ya que todavía no se contaba con un hospital nacional adecuadamente estructurado.

Entre las primeras Juntas Sanitarias estuvo la Junta General de Sanidad, formada en 1836, y compuesta por varias influencias, que incluían al ministro, en ese entonces llamado secretario de la Cartera Policial, quien tenía como función velar por la salud pública en general, enfatizándose en la enfermedad del cólera. ⁽¹⁷⁾ Posteriormente, también se formaron otras Juntas Sanitarias, solo que estas funcionaban a nivel local y provincial, y tenían, como principal fin, evitar contagios entre las personas del pueblo.

Con la aparición del anquilostoma, un parásito intestinal que producía anemia y, por ende, la enfermedad denominada “cansancio” impactó seriamente a campesinos, peones y jornaleros, directamente relacionados con labores afines al café, del cual tanto su exportación como cultivo definió el desarrollo político, económico, educacional y la consolidación nacional de la época; en ese entonces el presidente era Juan Mora Porras. El anquilostoma trajo consigo acciones para su control, que produjeron una urgencia en la educación del área de salud y un saneamiento ambiental, en 1890. En los años ochenta el Dr. Carlos Durán aportó mucho al país

e incluyó la investigación de dicho parásito; además, entre sus aportes dio las técnicas de antisepsia y anestesia, organizó el Hospital San Juan de Dios, añadiéndole salas de cirugías y con instrumentación, ordenó construir drenajes para mejorar la condición ambiental de la época. Aparte de descubrir la anquilostomiasis, diagnosticó, por medio de exámenes de sangre, casos de beriberi y paludismo.⁽¹⁷⁾

Una forma de atención que también cabe destacar durante esta etapa, y que es importante mencionar, fue la de los médicos de pueblo, creados por ley en 1894, los cuales se dividieron en distritos médicos determinados por las municipalidades que estaban distribuidas en el país, y sus funciones iban dirigidas principalmente a aspectos médico-legales, calificación de la población pobre y prioridad hacia ellos, notificación de enfermedades, identificación y prohibición de artículos nocivos para la salud y atención de enfermos.⁽¹⁸⁾ De esta manera, se observaban los primeros indicios en lo que respecta al área de la salud y su organización.

Ya más tarde, por los años 1920-1922, con varios entes que se encargaban de la higiene y salubridad, el Gobierno de la República crearía la Subsecretaría de Higiene y Salud Pública.

Protomedicato de la República al Colegio de Médicos y Cirujanos

En la segunda mitad del siglo XIX aún no se contaba con un grupo colegiado que acogiera a los médicos del país. En 1857, Juan Rafael Mora, presidente en ese momento, establece el Protomedicato de la República por un decreto. Esto se dio con el fin de favorecer el desarrollo de las ciencias médicas, protección de la salud pública, y para que tantos médicos, farmacéuticos como dentistas tuvieran un organismo de guía, autoridad y regulación. Este Protomedicato poseía dos áreas: el Tribunal Médico y la Sociedad Médica.⁽¹⁹⁾ Por varias décadas dicha organización, de mucha influencia española colonial y medieval, se encargaría de todo con respecto a la práctica médica y actividades convexas.

Para 1895 se iba a dar una nueva organización, por la falta de control y adecuada estructura del Protomedicato, que no llenaba las necesidades del momento en tal área. Entonces nació la Facultad de Medicina, Cirugía y Farmacia, que tuvo ciertos objetivos como: dirigir y promover la enseñanza de estas ciencias, otorgar títulos, valorar incorporaciones, asegurarse de que se cumplieran las normativas estipuladas, y vigilar la higiene y la salubridad pública. Sin embargo, en 1902, tanto los médicos como farmacéuticos querían independizarse; por lo tanto, se dividieron, y emergió el Colegio de Farmacéuticos de Costa Rica por un lado y, por otro, la Facultad de Medicina. Esta Facultad estaría vigente de 1902-1940, y en este último año cambiaría su nombre a Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica, siendo una de las razones el decreto para la creación de la Universidad de Costa Rica, que se encargaría de la enseñanza de diversas profesiones.⁽¹⁹⁾ El Colegio se encargaría de regir varios temas de la profesión médica, como velar que se cumplan las normas

de ética en la profesión, intercambio científico entre miembros, centros y autoridades científicas, promover asociaciones médicas e impulsar o velar por mejores condiciones para ejercer la medicina en el país.

2.2.2 Etapa II: Salud Pública y Beneficencia Social

Comprende un periodo de grandes avances en programas de salubridad pública, y programas benéficos de asistencia para los pobres. Un hecho interesante durante 1902 es que arribó a Costa Rica la primera médica, Jodwia de Picado.

Esta etapa inicia en 1907, con la administración del licenciado Cleto González Víquez (1906-1910); por primera vez en la historia se asigna una parte específica del Presupuesto Nacional para financiar una campaña contra la anquilostomiasis.

(17)

En 1914 se creó el Departamento Sanitario escolar para la protección de la salud de personas con edades de 7 a 14 años, que estuvieran en escuelas públicas.

En el documento escrito por Alfaro, B, Blanco H, llamado 100 años salud en Costa Rica⁽²⁰⁾ se documenta cómo se logra realizar una legislación tanto para tratar como para prevenir, los principales problemas de salud pública de la época, como lo son:

- ∞ Creación del sanatorio antituberculoso Dr. Carlos Durán, en 1918.
- ∞ Funcionamiento de clínicas para: enfermedades venéreas, atención de leprosos de forma ambulatoria.
- ∞ Control del funcionamiento de carnicerías, panaderías, fábricas de sustancias alimenticias, cañerías, droguerías o boticas, alimentos y bebidas en general.

- ∞ Hospitalización de trabajadores de las bananeras y otorgación del 1% de la venta de banano, por ley.

Subsecretaria de Higiene y Salubridad Pública

En 1922, por Decreto Ejecutivo 1, se estableció la Subsecretaria de Higiene y Salubridad Pública, dependiente de la Secretaría de Policía, que centraliza las actividades de:

- ∞ Saneamiento y beneficencia social.
- ∞ Control preventivo y profiláctico de la anquilostomiasis.
- ∞ Dirección del departamento Sanitario Escolar y prevención y control de algunas epidemias infantiles.

Se aprobó la Ley sobre la protección de la Salubridad Pública, considerada el primer código sanitario que fortalece la Subsecretaría y aumenta su amplitud de acción, al adicionar otros servicios. ⁽²¹⁾

En 1934, el Dr. Núñez fundó la primera unidad sanitaria (luego, centro de salud), en el cantón de Turrialba, que brinda servicios médicos, de enfermería y laboratorio.

Etapa III: Programas de Salud Preventiva (1940 -1970)

La Secretaria de Salubridad Pública, adquiere autoridad política, por tanto, puede presentar proyectos a la consideración de la asamblea legislativa. Nacen departamentos que se preocupaban por las distintas situaciones de las comunidades, que engloban el sector salud como la cuantificación de problemas.

Un evento importante es la promulgación del Reglamento General de Patronatos y juntas de Protección Social, el 20 de mayo de 1941, que permitió el financiamiento para que funcionaran las unidades sanitarias.⁽¹⁷⁾

La administración de los centros de salud estaba a cargo de las Juntas de Protección Social, poseían fondos para financiar dichos centros y demás, por medio de las subvenciones del gobierno, con el Impuesto de Beneficencia y la Lotería Nacional.

Las acciones emprendidas tanto en salubridad pública como en protección social lograron su objetivo, según el documento 100 años de salud en Costa Rica descrito por Alfaro B, Blanco H:⁽²⁰⁾

- ∞ La esperanza de vida aumentó 13 años, en el periodo de 1930-1950.
- ∞ La mortalidad general (TMG), en 1950, dio una reducción de hasta el 50%.
- ∞ El gasto en la salud aumentó, lo que se vio reflejado en la mejoría de los diferentes servicios.
- ∞ Había más médicos, lo que aumentó las posibilidades de atención.
- ∞ El 8% de la población se encontraba cubierta por el Seguro de Enfermedad y Maternidad, representando el 23% de población económicamente activa.

En 1941 se creó el Servicio Nacional de Acueductos y Alcantarillados (SNAA), con el objetivo de suministrar agua potable y una adecuada eliminación de aguas negras.

Durante este mismo año se creó la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), que brindaba servicios médicos, por medio del Seguro de Enfermedad y Maternidad, para el área metropolitana de San José y cabeceras de provincia.

El 18 de diciembre de 1943 se creó el primer Código de Salud, por medio de la Ley N33, la cual iba a sustituir y desfasar la ley N52, creada en 1923, que hablaba sobre Protección de Salud Pública.

En 1950 se establece la “Ley General de Asistencia Médica Social”, y con ella se crea la Dirección General de Salubridad,⁽¹⁷⁾ un gran avance en el sistema de los servicios de salud, y que entre sus objetivos se pueden mencionar:

- ∞ Integrar servicios médico-preventivos en un solo mando.
- ∞ Coordinar y establecer promoción, prevención y educación sanitaria.
- ∞ Crear una estrategia independiente de salubridad, distinta a las acciones políticas de los ministerios.
- ∞ Implementar un nuevo concepto de salud pública: investigación, coordinación con otros sectores, capacitación, participación internacional, definición de prioridades, economía de esfuerzos y cooperación.

Durante 1950 se creó el Consejo de Asistencia Médico-Social, para planificar y coordinar la red hospitalaria, distribuir y fiscalizar recursos económicos, y supervisar instituciones privadas de servicios hospitalarios.

Algunos de los hechos importantes son los siguientes:

- ∞ En 1951: se fortaleció el Ministerio de Salubridad, porque se les asignó el control de los hospitales a las juntas de protección social y se intensificaron las acciones en el campo preventivo.
- ∞ En 1959: se creó el seguro familiar para atender a los niños menores de 12 años, la esposa o compañera y a los padres, si fueran dependientes del asegurado directo.
- ∞ En 1960: se estableció la Facultad de Medicina de la UCR.
- ∞ En 1969: se inauguró el Hospital México como el centro médico más especializado del país.

Etapa IV (1970-actualidad)

La década de los 70 fue de suma importancia para una serie de eventos en el panorama nacional, en relación con el sector salud. Se elaboró y puso en marcha un Plan Nacional de Salud, para otorgarle servicios a la totalidad de la población y controlar o erradicar las infecciones comunes y la desnutrición.⁽²⁰⁾

Tanto la salud como la enfermedad son los productos de un conjunto de elementos y factores, de origen genético (propios de los individuos), ambiental (relacionados con el ambiente físico), económico o social, que interactúan en una sociedad, conformando un proceso sistémico.⁽⁶⁾ En Costa Rica, la forma en que estos factores y elementos evolucionaron a lo largo del siglo XX determinó cambios sustanciales, tanto en su perfil epidemiológico como en la organización y prestación de sus servicios de salud. Se destaca, en especial, la forma en que al asumir el Estado una participación más activa en el desarrollo social, en los años 40, se inició una mejoría de la situación sanitaria, que logró una aceleración espectacular en los años 70, por

medio de un conjunto de políticas que aprovecharon en forma oportuna una situación de bonanza económica, y la manera en que prácticamente se estancó este progreso, bajo el embate de la crisis de los años 80.

2.3 Caja Costarricense de Seguro Social

Por tener competencias y responsabilidades en todo el territorio nacional, la Caja Costarricense de Seguro Social, al igual que las otras instituciones del Sector Salud que, como se mencionó, forman parte del Sistema Nacional de Salud, está organizada en tres niveles administrativos, a fin de facilitar la ejecución de sus actividades y la coordinación en su interior.

2.3.1 Nivel central o nacional

Este nivel tiene un carácter eminentemente político, normativo, controlador y financiero, pues en él se ubican las autoridades superiores que tienen la responsabilidad de garantizar, mediante la formulación de estrategias, planes, programas y presupuestos institucionales, el cumplimiento de los objetivos y funciones de la institución.⁽²²⁾ Para ello se toma como punto de partida la Política Nacional de Salud, oficializada por el Ministerio de Salud, en su calidad de rector del Sistema Nacional de Salud.

- ⌘ Junta Directiva.
- ⌘ Presidencia Ejecutiva.
- ⌘ Auditoría.
- ⌘ Superintendencia General de Servicios de Salud (SUGESS).
- ⌘ Asesoría en Desconcentración y Juntas de Salud.

- ∞ Gerencias: Médica, Pensiones, Financiera, Modernización y Desarrollo, Administrativa y Operaciones.

2.3.2 Nivel regional

Su función consiste en adoptar y sistematizar, en su área geográfica de atracción, las estrategias, planes, programas y presupuestos definidos por el nivel central. Asimismo, le corresponde coordinar, supervisar y capacitar al recurso humano del nivel local, y administrar los recursos físicos y financieros asignados a la región.⁽²²⁾ Este nivel representa el medio de enlace entre el nivel central y el nivel local, y está conformado por:

- ∞ Direcciones regionales médicas.
- ∞ Direcciones regionales financieras.

2.3.3 Nivel local

Le corresponde programar, ejecutar y monitorear las acciones de salud, mediante las cuales se ejecutan los planes y programas definidos por el nivel central y sistematizado por el nivel regional. Además, se formulan y ejecutan proyectos locales, que responden a particularidades del área de atracción, y se administran los recursos humanos, físicos y financieros asignados a ese nivel.

Este se encuentra conformado por todos los establecimientos en los que se realizan las actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y curación y rehabilitación de la salud de las personas, o sea por los servicios de salud, como menciona García González: ⁽²²⁾

- ↯ Hospitales nacionales especializados.
- ↯ Hospitales nacionales generales.
- ↯ Hospitales regionales.
- ↯ Hospitales periféricos.
- ↯ Áreas de salud.
- ↯ Sectores de salud con sus Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS).

2.3.4 Niveles de atención

Los establecimientos que conforman el nivel local de la CCSS atienden necesidades y problemas de salud de diferente complejidad, que van desde la baja hasta la muy especializada, por lo que se organizan también en diferentes niveles de atención:⁽²³⁾

- ↯ Primer nivel de atención: comprende los servicios básicos de salud que realizan acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación y rehabilitación de menor complejidad. Estas acciones están a cargo de los integrantes de los Equipos de Apoyo y de los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS) y que cumplen con la consulta externa, medicina general de las clínicas, centros y puestos de salud, consultorios comunales, domicilios, escuelas y centros de trabajo.⁽²⁴⁾
- ↯ Segundo nivel de atención: brinda apoyo al primer nivel de atención, y ofrece intervenciones ambulatorias y hospitalarias por especialidades básicas y algunas subespecialidades.⁽²²⁾ Los establecimientos de la CCSS, típicos de este nivel de atención, son los puestos y los centros de salud, las clínicas tipo

I, II y III, así como la consulta de medicina general de las clínicas tipo IV y de los hospitales periféricos y regionales.

- ∞ Tercer nivel de atención: provee servicios ambulatorios y de hospitalización más complejos, en las especialidades y subespecialidades del segundo nivel de atención y en todas las demás subespecialidades.⁽²²⁾ Adicionalmente, en este nivel se brindan servicios de apoyo, diagnóstico y terapéutica, que requieren de alta tecnología y especialización. Los establecimientos típicos de este nivel de atención son los hospitales regionales y los hospitales nacionales generales y especializados.

2.3.5 Características del modelo de atención

Las características del modelo de atención se sustentan en las experiencias positivas del país, logradas a partir de la década de los años 70, cuando se implementó la estrategia de atención primaria, razón por la cual la retoma y la fortalece mediante las siguientes características:

- ∞ Atención integral e integrada: el modelo de atención se caracteriza por aplicar el enfoque bio-sicosocial del proceso salud-enfermedad, según el cual la salud de la población es un producto social y no solamente el resultado del éxito o fracaso de las instituciones prestadoras de servicios de salud a las personas.
- ∞ Equipos de salud del primer nivel de atención.
- ∞ Equipos de Apoyo: constituyen el recurso humano asignado a las Áreas de Salud, para que colaboren con acciones de supervisión técnica y administrativa, educación continua y atención de referencia de casos, por

parte de los EBAIS, y deberán estar conformados, al menos, por los siguientes miembros:

- | | |
|--|---------------------------|
| -1 médico (a) especialista en medicina familiar y comunitaria. | -1 microbiólogo (a). |
| -1 odontólogo (a). | -1 enfermero (a). |
| -1 farmacéutico (a). | -1 trabajador (a) social. |
| | -1 nutricionista. |

Adicionalmente, el equipo de apoyo cuenta con recursos humanos del área administrativa.

Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS)⁽²⁵⁾: el modelo de atención de salud es nacional, lo que significa que no es exclusivamente de la CCSS, sino que, por lo menos las instituciones de salud que ofrezcan sus servicios financiados con fondos públicos deben apegarse a este. Por ser la Caja la institución que cubre a la gran mayoría de la población, en este apartado se dispone la organización de los servicios de salud en el primer nivel de atención de esta institución; está integrado, al menos por:

- ∩ 1 médico (a) general.
- ∩ 1 auxiliar de enfermería.
- ∩ 1 asistente técnico de atención primaria en salud (ATAPS).

Es importante hacer notar que la integración, tanto de los equipos de apoyo como de los EBAIS, puede ser modificada en algunas áreas y sectores de salud, de manera temporal o permanente, cuando así se requiera, para atender las

necesidades y problemas de salud particulares. Esa modificación puede ser del tipo o de la cantidad de recursos humanos.

- ∩ Otras modalidades de atención: en Costa Rica, utilizando como criterio la procedencia de los recursos que los financian, la oferta de servicios de salud puede clasificarse en tres modalidades:

Servicios del Sector Público: los servicios de salud del sector público son los que se ofrecen en la Caja Costarricense de Seguro Social y en el Instituto Nacional de Seguros. Ya han sido ampliamente descritos.

Servicios del Sector Privado: los servicios de salud del sector privado se pueden dividir en dos grupos:

- ∩ Sector privado con fines de lucro: en este grupo se ofrecen servicios, tanto ambulatorios como hospitalarios, mediante el pago directo de los (as) usuarios (as). El tipo de establecimientos en los que se ofrecen los servicios⁽¹⁴⁾ son, por ejemplo: consultorios médicos, odontológicos, farmacias, laboratorios, hospitales, centros de diagnóstico, entre otros.
- ∩ Sector privado sin fines de lucro: son los servicios brindados por organizaciones no gubernamentales; por ejemplo: Cruz Roja Costarricense y Hogares CREA.

Servicios del Sector Mixto: los servicios de salud que se brindan en el sector mixto son una modalidad en la que se conjugan el sector público con el privado. Dentro de esta modalidad se presentan iniciativas, como aquellas en que una institución pública como la CCSS entrega la infraestructura para que sea administrada por un

ente ajeno al Gobierno, o bien, cuando los (as) médicos (as), que ejercen la profesión en forma independiente o privada.⁽¹⁴⁾

Dentro de la modalidad de sector mixto se encuentran las siguientes iniciativas:

- ☞ Sistema médico de empresa.
- ☞ Sistema de medicina mixta.
- ☞ Sistema de cooperativa.
- ☞ Sistema de libre elección médica.
- ☞ Compra de servicios a terceros.

2.3.6 Financiamiento de la Caja Costarricense de Seguro Social

Por el carácter de su función o fin principal, la CCSS cuenta con el respaldo pleno del Estado, patronos y trabajadores, quienes con sus cotizaciones constituyen el fundamento económico básico sobre el cual giran sus actividades.⁽²⁶⁾

Estas son las cargas sociales recaudadas por medio de planillas:

Cotizaciones: Patrono-Trabajador-Estado-Total

- ☞ Seguro de Salud: 9.25%-5.5%-0.25%-15%
- ☞ Seguro de Pensiones: 4.75%-2.5%-0.25%-7.50%
- ☞ Total: 14%-8%-0.50%-22.50%

2.4 Sistema de salud

Los sistemas de salud se encuentran profundamente acoplados a cada país, y son piedra fundamental en el crecimiento y bienestar de estos. Se pueden definir como “la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal

consiste en mejorar la salud.”⁽²⁷⁾ Todas estas organizaciones requieren gran cantidad de personal, financiamiento, capacitación y suministros.

Los sistemas de salud son indispensables para el adecuado crecimiento de un país, por lo cual, el primordial responsable del desempeño total de los sistemas 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.⁽²⁷⁾

Las funciones de estos, no solo se encargan de mejorar la salud de sus habitantes, sino también buscan mantener el buen trato, la accesibilidad e igualdad a toda su población.

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.⁽²⁸⁾

2.4.1 Organización del Sistema de Salud

En el diseño, ejecución y evaluación de las políticas públicas de Salud existe una serie de instituciones y establecimientos que forman parte de los subsectores públicos y privados, que tienen, como finalidad específica, procurar la salud de las personas, de la familia y de la comunidad. El marco legal de la organización del

Sector Salud está definido en el Decreto Ejecutivo No. 14313-SPSSPLAN del 15 de febrero de 1983 ⁽²⁹⁾, el cual constituye el sector con las siguientes organizaciones:

3 **Ministerio de Salud**

El Ministerio de Salud asume la rectoría, la que se fundamenta en la dirección y conducción de la planificación, coordinación e integración de las actividades relacionadas con la producción social de la salud, y la promoción de la capacidad de respuesta de los actores sociales e institucionales, que participan en el proceso.

(29)

El Ministerio formula, brinda seguimiento y evalúa el cumplimiento de la política nacional de salud, de los programas sectoriales y de los planes estratégicos en salud. Igualmente, realiza la vigilancia de esta, así como la investigación y desarrollo tecnológico.

Igualmente, tiene la función de vigilar el cumplimiento de las normas, reglamentos técnicos y procedimientos jurídicos y administrativos, por parte de los actores sociales que realizan actividades relativas a la salud.

3 **Caja Costarricense de Seguro Social**

Es la institución que administra el seguro de salud y de pensiones, mediante la oferta de servicios de salud para la prevención, promoción, curación, rehabilitación, protección económica y las prestaciones sociales a la población costarricense. A partir de la reforma de modernización del Sector Salud, promulgada con la Ley No. 7374 de noviembre de 1993, los servicios de atención dejaron de ser competencia del Ministerio de Salud y se trasladaron a la Caja Costarricense de Seguro Social,

en adelante CCSS, con el fin de que el Ministerio asumiera el ejercicio de la Rectoría del Sector Salud. ⁽²⁹⁾ En la CCSS se desarrolló una estrategia con énfasis en el primer nivel de atención, mediante la conformación de las áreas de salud y los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS), que se constituyeron en el paso fundamental hacia un nuevo modelo de atención integral y universal en salud.

Como se puede observar, estas dos entidades, la Caja Costarricense de Seguro Social y el Ministerio de Salud, constituyen las entidades fundamentales en el desarrollo y ejecución de la política pública de la Salud, aunque con un nivel mayor de rectoría y planificación por parte del Ministerio de Salud.

☞ **Instituto Nacional de Seguros**

Es responsable de prevenir los riesgos laborales y de tránsito, y otorgarles a los accidentados los servicios médicos hospitalarios y rehabilitación en forma integral.

☞ **Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados**

Institución encargada de administrar y resolver todo lo relativo al suministro de agua potable para usos domiciliarios, industriales o de cualquier otra naturaleza, y disponer lo relativo a las aguas negras y pluviales en el país.

☞ **Universidades públicas y privadas**

Instituciones docentes que tienen la responsabilidad de formar y capacitar a los profesionales y técnicos en las diferentes disciplinas en salud, y desarrollar proyectos de investigación para fortalecer y mejorar la salud.

⌘ **Servicios Médicos Privados, Cooperativas y empresas de autogestión**

Entidades que otorgan servicios de salud a la población, mediante acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación.⁽²⁹⁾

Existe un mercado creciente en el país, el cual ha sido el sector privado de la salud, que ofrece una atención médica general y especializada en las áreas de consulta externa y hospitalaria, así como en servicios odontológicos, de laboratorio clínico y de radiodiagnóstico, entre otros, mediante el pago directo por parte de los usuarios; es decir, el gasto se da directamente del usuario (de los ciudadanos) sin ningún subsidio ni apoyo del Estado.

2.5 Regímenes de aseguramiento

Para cubrir a la población, la Caja Costarricense de Seguro Social cuenta con diferentes regímenes de aseguramiento: ⁽³⁰⁾

2.5.1 Asegurados (as) directos

- ⌘ Asalariados (as).
- ⌘ Trabajadores (as) independientes.
- ⌘ Voluntarios (as).
- ⌘ Por cuenta del Estado.
- ⌘ Asegurados (as) por convenios específicos.
- ⌘ Pensionados (as) por el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte.
- ⌘ Pensionados (as) por el Régimen No Contributivo.
- ⌘ Pensionados (as) por Regímenes Especiales.

2.5.2 Asegurados (as) por el seguro estudiantil

Este seguro cubre a todos (as) los niños (as) en edad preescolar y escolar, que se mantienen en el programa regular de educación.

2.5.3 Asegurados (as) por leyes especiales

Un ejemplo de este tipo de asegurados (as) es quienes están cubiertos por el Código de la Niñez.

La seguridad social le garantiza a la población el satisfacer sus necesidades básicas.

De esta forma, constituye uno de los más importantes pilares para la redistribución del ingreso nacional; así contribuye a la equidad y justicia social.

La Caja cubre, además de los (as) asegurados (as) mencionados (as), a sus familiares hasta primer grado de consanguinidad y al cónyuge o compañera (a), siempre que demuestren dependencia económica.⁽³⁰⁾ Los familiares a quienes se hace referencia son:

- ∞ Hijos (as) menores de 18 años.
- ∞ Hijos (as) hasta los 25 años, que estén estudiando.
- ∞ Hijos (as) con algún tipo de minusvalía, sin límite de edad.
- ∞ Ambos padres no asegurados que pagan directamente su seguro.

Adicionalmente, la Caja Costarricense de Seguro Social brinda atención a personas no aseguradas mediante el pago directo de estos.

2.6 Plan Nacional de Salud

El Plan de Salud es el medio cardinal de la planificación en salud de un territorio, en el cual se establecen las prioridades de intervención sanitaria, se fijan metas y se definen los programas necesarios para desarrollar mejores resultados en salud en la comunidad.

Costa Rica se ha caracterizado, en la región latinoamericana, por el reconocimiento de políticas públicas de desarrollo social de carácter universal, igualitario y equitativo. Las preferencias por el sector privado se originan de la flexibilidad, eficiencia y rapidez de atención, enfrentado a la otra cara de la moneda, la ineficiencia, lentitud y poca calidad de los establecimientos públicos de salud.⁽³¹⁾ Sin duda alguna, esta constituye la principal preocupación de la ciudadanía costarricense, donde los cuasi-mercados que se fortalecen en el campo de la salud requerirán sin duda regulación del Estado, pero ante todo mejora del sistema de esta para garantizar el derecho constitucional de universalismo.

2.7 La situación demográfica en Costa Rica

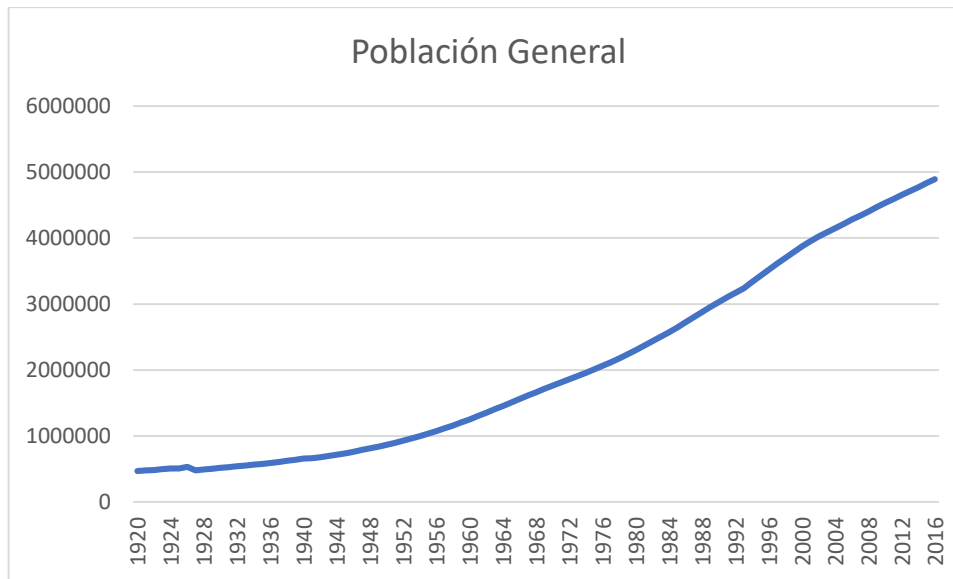
El aumento de la población es consecuencia de la acción de los tres componentes de la dinámica demográfica: mortalidad, natalidad y migración internacional. La explosión demográfica de Costa Rica en el siglo XX fue producto de una excepcional reducción de la mortalidad. La persistencia de altísimas tasas de natalidad hizo posible el rápido crecimiento poblacional, aunque esta situación cambió dramáticamente a partir de 1961, cuando los costarricenses adoptaron rápidamente la planificación familiar y desactivaron la bomba poblacional. La

migración internacional apuntaló el aumento poblacional, especialmente a principios y finales de siglo. ⁽⁶⁾

Es importante destacar que la experiencia histórica ha mostrado que la transición demográfica es un resultado inevitable del desarrollo, y que se presenta una sola vez en la historia de los pueblos.

En Costa Rica, la transición demográfica se inició probablemente a mediados del siglo pasado, momento en el que comenzó un sostenido descenso en la mortalidad, que se acentuó en torno a la década de los años 40. La natalidad, por el contrario, se mantuvo alta (e incluso aumentó en los 50) hasta 1960, año que marca el inicio de una rápida declinación en esta variable y, por ello, el ingreso a una segunda fase de la transición demográfica.⁽⁶⁾

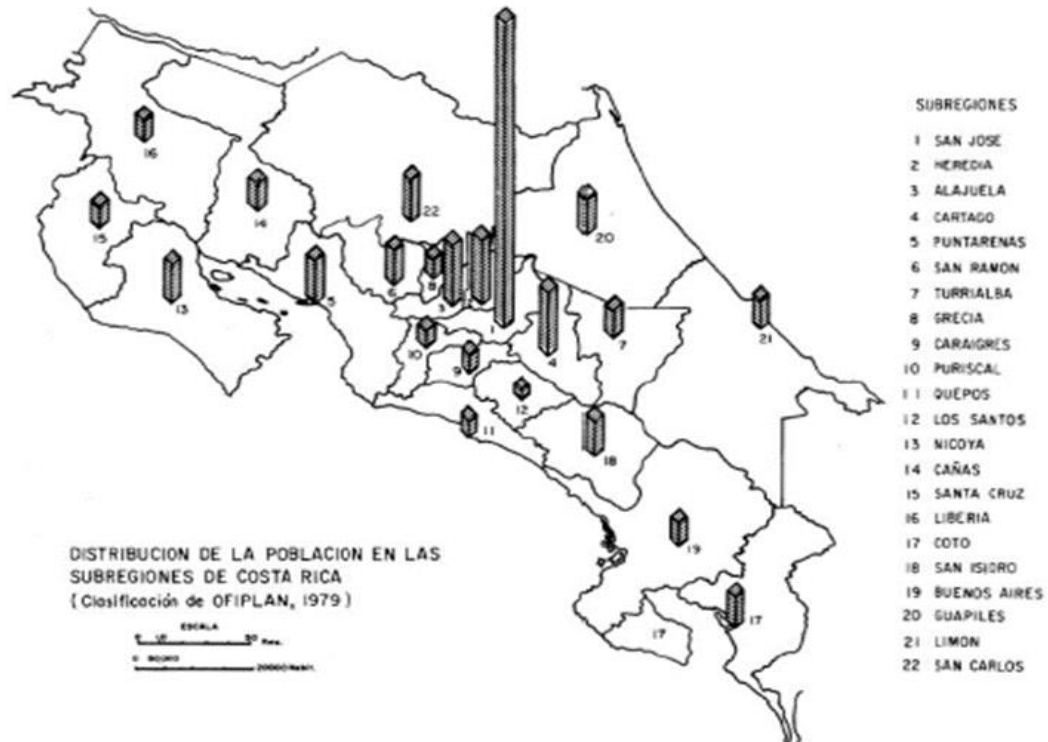
Gráfico N° 1. Población General de Costa Rica 1920-2016



Fuente: Elaboración propia, datos de ⁽³²⁾

Esta evolución de la natalidad y la mortalidad determinó totalmente el comportamiento de la tasa de crecimiento de la población, puesto que en Costa Rica la migración internacional, en líneas generales, ha carecido de importancia demográfica. Es así como, hasta alrededor de 1960, se observaron tasas de crecimiento poblacional cada vez mayores, alcanzando su punto máximo (3.8% de incremento anual) en el quinquenio 1955-60. Desde entonces, y como resultado de la declinación de la fecundidad, la tasa de crecimiento demográfico inició un movimiento descendente que le llevó al nivel de 2.4% anual, registrado en 1974.

Figura N° 1. Distribución de la población de Costa Rica en el año 1979



Fuente: (33)

Un rasgo característico de la población costarricense es su alto grado de concentración en una pequeña fracción de territorio, ubicada al centro del país.

Según Rosero⁽³³⁾, el alto grado de concentración no es un fenómeno exclusivamente demográfico, pues afecta a todos los órdenes de la vida nacional. El Valle Central, y en particular la Región Metropolitana, que incluye a la capital de la República, ha constituido el centro hegemónico indiscutido del país, y ha recibido los mayores beneficios del desarrollo social y económico.

A continuación, se describe lo ocurrido en el país, en estos tres componentes de la dinámica demográfica, y se proyecta su comportamiento para el siglo XXI.

2.7.1 Mortalidad

La mortalidad puede ser vista como las “defunciones por lugar, intervalo de tiempo y causa”⁽³⁴⁾, las cuales son recopiladas por distintas instituciones para su análisis, tanto regionales como internacionales.

Rosero ⁽³⁵⁾ resume la caracterización de la evolución de la mortalidad en cuatro etapas:

Período hasta 1856, con tasas de mortalidades altas e inestables, altamente influenciadas por el impacto de las epidemias.

El periodo 1857-1921 presentó un leve descenso con cierta estabilidad de las tasas, sin medidas de salud pública, con métodos sencillos, asistencia médica básica impartida por los hospitales de caridad; época que se caracterizó, al mismo tiempo, por un crecimiento económico considerable hasta 1913.

El intervalo de 1922 a 1970 trajo un descenso acelerado en la mortalidad, logrado a través de medidas sanitarias de bajo costo, de la mano de la introducción de nuevas tecnologías.

Para la década de los 70 se observó un paso drástico de la mortalidad, característica de un país subdesarrollado a uno desarrollado. Desde ahí existe una reorientación en políticas de salud con un nuevo enfoque integral. El Estado Benefactor permitió

una extensión de los servicios de salud, la cual favoreció a la población que no tenía anteriormente acceso a servicios médicos.

Bixby describe la evolución de las causas de mortalidad y su reducción con el paso de los años, lo cual se muestra en la siguiente tabla:

Tabla N° 1. Tasas de mortalidad estandarizadas según causa y su contribución al descenso total de mortalidad en Costa Rica 1940-1980

Grupo de causa de muerte	Tasas por 100000 Habitantes				
	1940	1960	1980	1940-1960	1960-1980
Todas las causas	1857	977	461	100	100
Microorganismos	1102	333	49	87	55
Enfermedades diarreicas	322	128	10	22	23
Influenza, neumonía, bronquitis	233	108	26	14	16
Malaria	157	2	0	18	0
HelminCIAS intestinal	103	21	1	9	4
Prevenibles con vacunación	90	35	2	6	6
Tuberculosis respiratoria	77	12	3	7	2
Otras infecciones	120	27	7	11	4
No causadas por	414	400	293	2	21

microorganismos					
Cardiovasculares	138	133	104	1	6
Neoplasias	68	94	70	-3	5
Algunas enfermedades crónicas	74	29	20	5	2
Algunas enfermedades de la infancia	56	88	44	-4	8
Mortalidad materna	25	8	1	2	1
Accidentes automovilísticos	1	7	17	-1	-2
Otras causas violentas	52	41	37	1	1
Otras no conocidas	341	244	119	11	24

Fuente: Elaboración propia con datos de ^{(36), (37)}

Los logros, en los primeros cincuenta años de salud pública en el país (de 1930 a 1980), se alcanzaron mediante el control de enfermedades transmisibles, como las diarreicas, la malaria y la tuberculosis.

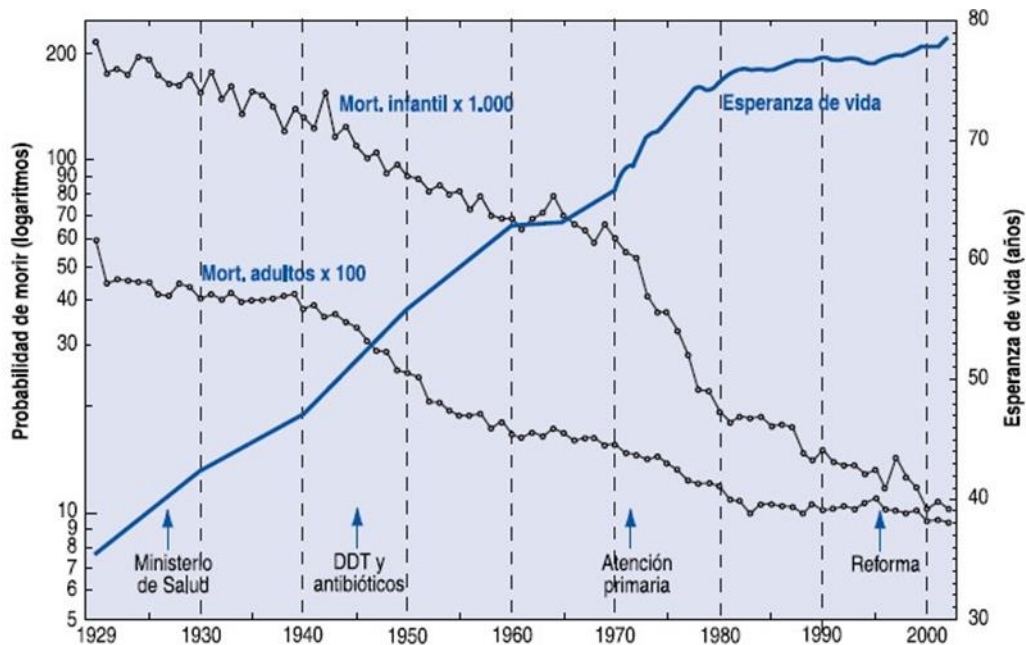
El descenso en la mortalidad estuvo altamente ligado al control de enfermedades infecciosas, parasitarias y epidemias. La disminución fue evidentemente mayor entre las décadas de 1940 y 1970 inclusive.

La reducción de la mortalidad ha significado la perspectiva de una vida más larga para los individuos de todas las edades, pero de manera muy especial para los jóvenes y los recién nacidos, entre quienes las condiciones sumamente adversas para sobrevivir del pasado han sido sustituidas por una situación muy favorable, que garantiza la sobrevivencia casi universal de los niños y los jóvenes. Por el contrario,

en las edades más avanzadas, el riesgo de morir continúa siendo alto, aunque un poco menor que en el pasado.

La esperanza de vida en Costa Rica se estimaba en 30 años para 1900, y en 45 para 1930. Esto fue cambiando a medida que se presentaron cambios en la salud pública, lo que permitió un crecimiento demográfico importante.

Gráfico N° 2. Esperanza de vida y probabilidades de morir en el primer año y de los 20 a los 59 años en Costa Rica durante el período 1912-2002



Fuente: (38)

En el gráfico anterior se refleja la disminución de la mortalidad en niños y adultos, en respuesta a los cambios en temas de salud que se fueron realizando, tales como la creación del Ministerio de Salud y la terapia antibiótica, la atención primaria y la

Reforma del Sector Salud.

Rosero Bixby⁽³⁹⁾ describe que, para el 2000, las enfermedades diarreicas y parasitarias, que con su control fueron las responsables de la disminución y el control de la mortalidad en decenios anteriores, solo representaban el 6% del total de muertes, donde en períodos anteriores se presentaban como principales causantes de estas.

2.7.2 Fecundidad

Una de las mayores transformaciones, en la Costa Rica de la segunda mitad del siglo XX, es que el país ha pasado de un tamaño promedio de familia completa de más de 7 hijos en 1960 a 2 hijos en el 2002; es decir, a una fecundidad de reemplazo, bajo la cual cada generación tiene los hijos para asegurar su sustitución -no más, no menos- por otra del mismo tamaño. La caída de la fecundidad fue vertiginosa.⁽⁶⁾

En 1969, durante la administración del presidente Trejos, el país inició la ejecución de un programa oficial de planificación familiar, cuando ya la fecundidad había caído a 5,2 hijos.

En 1978 llegó al poder el presidente Carazo con su ministro de planificación, adversarios declarados de ese programa, cuando la fecundidad ya era de 3,8 hijos, cifra en la que se estancó hasta 1985.⁽¹⁾ A partir de este año, el descenso se reanudó y posteriormente se aceleró en el 2002 (quizás como consecuencia de la Ley de Paternidad Responsable del año previo), cuando alcanzó el nivel de reemplazo.

Hay muchas explicaciones de la caída de la fecundidad en Costa Rica. Algunas privilegian factores que alteraron la demanda de hijos, como las mejoras en la educación, las transformaciones económicas en el seno de la familia, que convirtieron a los hijos en bienes de consumo, en vez de insumos de producción, la incorporación de la mujer al mercado laboral y la disminución de la mortalidad de los niños, que incrementó el tamaño de la familia, y los programas de planificación familiar, del Ministerio de Salud y de la Caja Costarricense de Seguro Social.

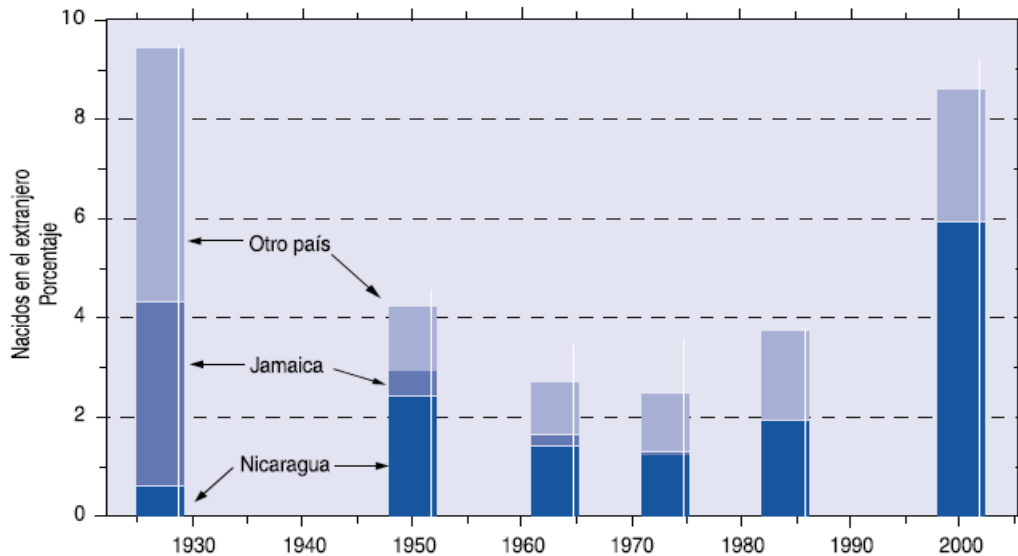
2.7.3 Migración Internacional

Costa Rica es un país de inmigrantes o descendientes de inmigrantes. Tanto es así que menos del 1% de la población censada en el 2000 se autodefinió como indígena. Paradójicamente, los flujos migratorios en sí mismos no jugaron un rol demográfico importante en la mayor parte del siglo XX. La excepción son los primeros y últimos años del siglo, en los que inmigrantes de Jamaica y Nicaragua, respectivamente, hicieron contribuciones significativas al aumento poblacional. El censo de 1927 empadronó a cerca del 10% de la población como nacida en el extranjero, con Jamaica como país de origen más importante. Esta proporción disminuyó en censos sucesivos, hasta caer por debajo de 3% en el de 1973.⁽⁶⁾ En el censo del 2000 llegan a ser casi el 8%, tres cuartas partes oriundos de Nicaragua.

Una evaluación efectuada al censo del 2000 (INEC y CCP, 2002) estima que cerca del 20% de los extranjeros quedaron sin empadronar, con lo que puede afirmarse que los inmigrantes representan el 10% de la población.⁽⁶⁾ Pero incluso esta cifra

no muestra toda la importancia que la inmigración alcanzó en años recientes. Se ha estimado que el flujo neto de inmigrantes en la última década del siglo fue del orden de los 20.000 anuales.⁽⁶⁾

Gráfico N° 3. Nacidos en el extranjero. Costa Rica Censo 1927-2000



Fuente: Elaborado por ⁽³⁹⁾

2.7.4 Cambios en la Estructura Poblacional

Los cambios demográficos ocurridos en Costa Rica en las últimas décadas han tenido, y tendrán en el futuro cercano, importantes implicaciones que se deben tomar en cuenta. El descenso del número de hijos que tienen las mujeres y el aumento en la esperanza de vida modificaron, de manera importante, la estructura por edad de la población.

Este paso, de altos a bajos niveles de mortalidad y natalidad, tiene repercusiones sobre el peso relativo de los distintos grupos de edad. Al disminuir la mortalidad,

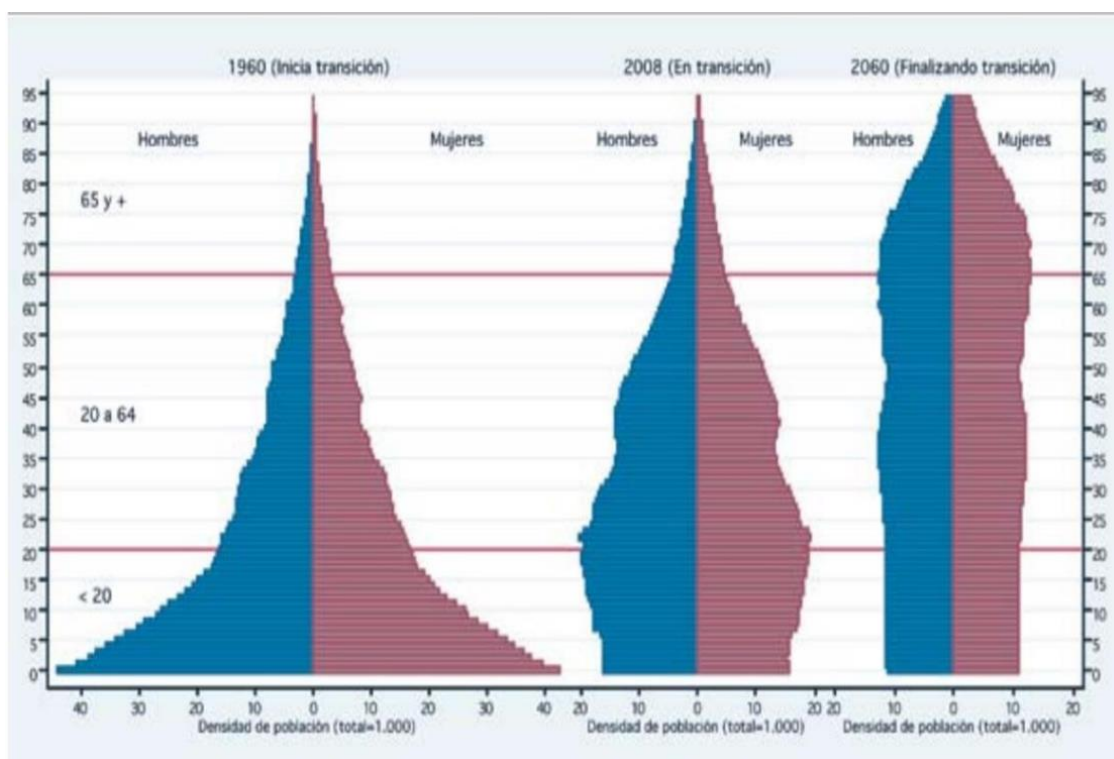
un mayor número de personas sobrevive hasta edades adultas, y un mayor número de personas sobrevive hasta edades avanzadas.

Costa Rica se encuentra en la última etapa de su proceso de transición demográfica; es decir, en la conclusión del paso de altas a bajas tasas de mortalidad y natalidad.

Si bien este hecho ya ha sido documentado por Rosero ⁽³⁹⁾, el 2002 representa un hito en esta materia, pues en ese año se registraron la mayor esperanza de vida y la menor tasa global de fecundidad (TGF) en toda la historia del país, fenómeno que volvió a darse en el 2004, y puede atribuirse a una reducción sostenida de la mortalidad y de la fecundidad, que influye notablemente en la estructura etaria de la población.

Los resultados del censo de población del 2000 confirmaron el cambio en la estructura de la población nacional, pero los cambios en la estructura por edad -también documentados en el censo- se venían gestando desde hacía varias décadas. ⁽³²⁾

Figura Nº 2. Cambios en la estructura poblacional



Fuente: Elaborado por ⁽³²⁾

Estos cambios poblacionales que experimentó el país con los años tuvieron impactos en varias áreas, como en la salud, alterando el perfil de mortalidad, al ser más las causas relacionadas con adultos mayores; esto también repercutió económicamente, al estarse aumentando 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.

2.8 Elementos conceptuales

Frenk comenta, en su trabajo sobre "Elementos de una teoría de la transición en salud", que la transición epidemiológica y transición de la salud, deben verse como el concepto más amplio, en el cual una incluye a la otra. Se considera que, en un sentido abstracto, el estudio de la salud poblacional tiene dos grandes objetos: las condiciones de salud y la respuesta a dichas condiciones; de acuerdo con esta dicotomía simplificadora, la transición de la salud puede dividirse en dos grandes componentes. El primero es la transición epidemiológica propiamente dicha, entendida como el proceso de cambio de largo plazo en las condiciones de salud de una sociedad determinada, incluyendo cambios en los patrones de enfermedad, incapacidad y muerte. El segundo componente, que puede denominarse "transición de la atención a la salud", se refiere al proceso de cambio en los patrones de la respuesta social organizada a las condiciones de salud. ⁽⁴⁰⁾

En la transición epidemiológica están involucrados tres mecanismos principales, que se refieren a cambios de largo plazo:⁽⁴⁰⁾ 1) la disminución de la fecundidad, que afecta la estructura de la población por edades; 2) el cambio en los factores de riesgo, que afecta la incidencia de las enfermedades; 3) el mejoramiento en la organización y la tecnología de la atención a la salud, que modifica las tasas de letalidad.

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

3.1 Enfoque de la investigación

El enfoque de la presente investigación es de carácter cuantitativo, debido a que la información utilizada ya está elaborada en una base de datos de diferentes instituciones del país, que recolectan datos numéricos y estadísticos.

Según lo publicado por Hernández Sampieri, ⁽⁴¹⁾ es secuencial y probatorio. Utiliza la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, con el fin de establecer pautas de comportamiento y probar teorías.

Con la presente investigación se pretende, por medio de la recolección de datos numéricos y estadísticos, identificar cambios en los patrones de mortalidad en Costa Rica, así como diversos cambios en la pirámide poblacional del país, sin dejar de lado los cambios que han ocurrido en cuanto a planes de salud se refieren.

3.2 Tipo de investigación

Esta investigación es de tipo descriptivo, ya que busca recolectar información, detallar esa información y características ya descritas en bases de datos y otras fuentes de información.

Los estudios descriptivos son aquellos que estudian situaciones que generalmente ocurren en condiciones naturales, más que aquellos que se basan en situaciones experimentales. Por definición, los estudios descriptivos conciernen y son diseñados para describir la distribución de variables, sin considerar hipótesis causales o de otra naturaleza. ⁽⁴²⁾

3.3.1 Unidad de análisis u objetos de estudio

Personas que habiten y habitaban Costa Rica entre 1920-2016.

3.3.2 Fuentes de información

Fuentes primarias: debido a las características de estudio, no se utilizan fuentes primarias.

Fuentes secundarias: Ministerio de Salud, Bases de datos del Instituto Nacional de estadísticas y Censos. Bases de datos. Artículos. Libros de salud pública. Revistas médicas.

3.3 Población

Debido a las características del estudio, no se dispone de población en estudio, sino más bien se centra en estudio de variables y características epidemiológicas de la transición sanitaria desde 1920-2016.

3.3.4 Muestra

No se cuenta con una muestra, ya que se dispone, en la investigación, trabajar con bases de datos, y no se realizarán encuestas.

3.3.5 Criterios de inclusión y exclusión

Debido a las características del estudio, no se requieren criterios de inclusión y exclusión.

3.4 Metodología

Para la presente investigación se obtuvieron datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos, del Centro Centroamericano de Población, de sus anuarios estadísticos desde 1920, así como también investigaciones de Luis Rosero y Julio Frenk, todos ellos de importancia en la labor del análisis.

A continuación, la presentación de los datos numéricos, que fueron introducidos en Microsoft Excel, en su versión 2010, contemplando datos que abarcan todo el periodo de dicho estudio.

Se recolectaron los datos de las tasas de mortalidad general por género, según decenios, desde el periodo de 1920, para evidenciar, mediante un gráfico, el comportamiento de la mortalidad en ambos sexos, y se procedió a calcular las tasas por cada mil habitantes.

Se realiza una tabla mediante la cual se representan las tasas de mortalidad en la población general de 1920 a 1939, con el fin de evidenciar la tendencia de los fallecimientos en dicho periodo, ya que no se dispone de información en anuarios estadísticos que dividan a la población por sexo.

De las tablas de mortalidad según causalidad, provenientes de anuarios estadísticos no digitalizados y digitalizados, se extraen las diez principales causas de mortalidad en Costa Rica.

Las tasas de mortalidad por causa se representan en cuadros comparativos que relacionan la evolución de estas respecto al decenio superior, para evidenciar, de manera correcta, cuáles han sido los cambios en los patrones de mortalidad; por ejemplo; se relacionan las diez principales causas del año 1920 con respecto a las diez principales de 1930, 1930-1940, 1940-1950, 1950-1960, 1960-1970, 1970-1980, 1990-2000, 2000-2016.

Para la elaboración de las pirámides poblacionales, se utilizaron datos de la plataforma llamada *Population Pyramid*, la cual cuenta con información del país desde 1950 y hasta la actualidad, razón por la cual no se presentan pirámides anteriores a este año.

Para la realización del cuadro, con las características más relevantes de los planes de salud correspondientes a los periodos de 1920-1940-1980-2000-2016, fue necesario acudir a las instalaciones del Ministerio de Salud y solicitarle, al personal, las memorias institucionales de los periodos antes mencionados, para su adecuado análisis.

3.5 Diseño de la investigación

Esta investigación es un estudio de tipo observacional, descriptivo, transversal, ecológico temporal.

Es de tipo observacional, ya que es un estudio estadístico, en el cual no hay intervención por parte del investigador, y no se va a modificar ninguna variable. El estudio no es controlado por el investigador; solo estas variables se van a observar y medir en su estado natural. Es descriptivo, porque se va a estimar la frecuencia de la enfermedad en la población estudiada, su incidencia y prevalencia, su frecuencia y sus características más importantes como un problema de salud.

Este es un estudio transversal, pues estima la magnitud y distribución de una enfermedad en un momento dado, además de medir otras características de la población, ya que los datos fueron recogidos en determinado tiempo. También es ecológico temporal, pues se analizará un grupo determinado de una población desde un punto de vista geográfico y temporal, en el cual se permiten comparar diferentes periodos de tiempo, para llegar a una conclusión sobre el problema de salud.

3.6 Operacionalización de variables

Tabla N° 2. Operacionalización de variables

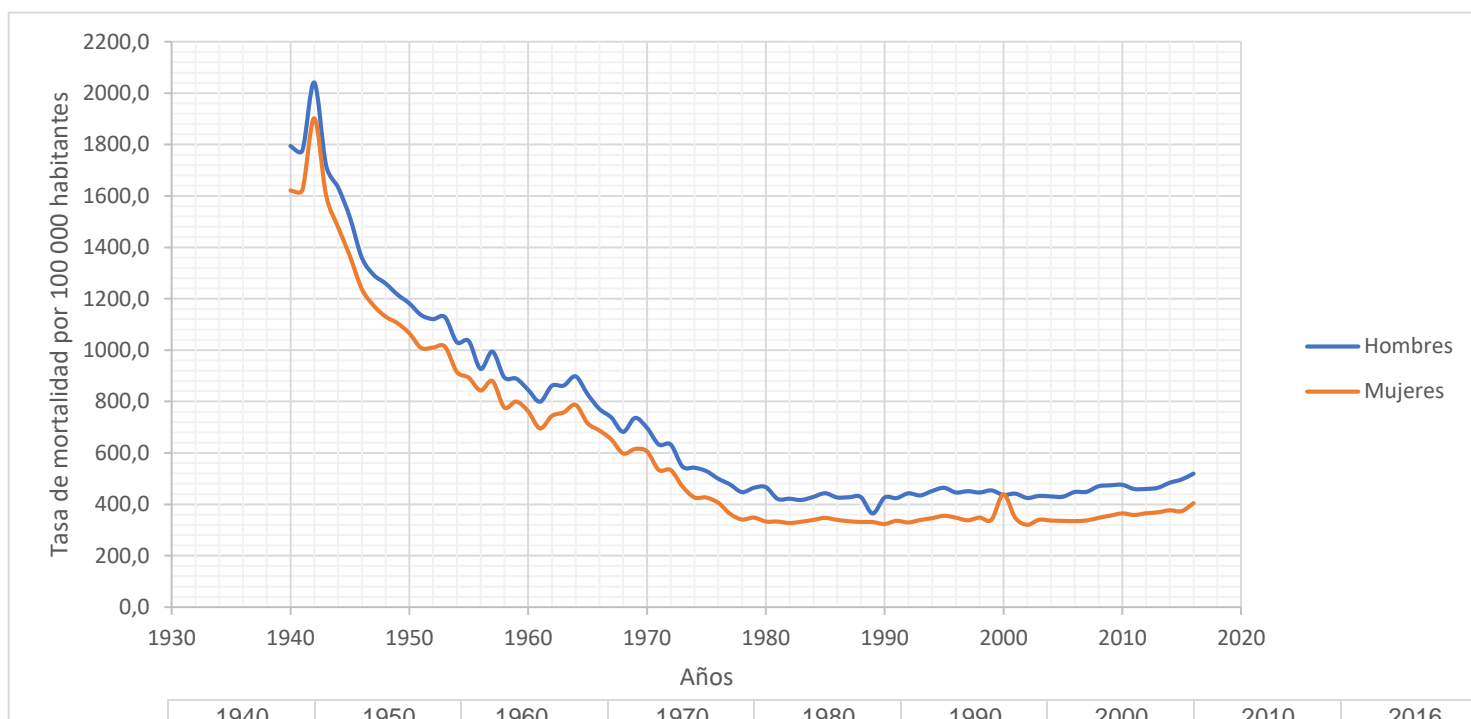
Objetivo específico	Variable	Definición conceptual	Dimensión	Fuente de Información
Identificar los cambios en los patrones de mortalidad general en Costa Rica de 1920-2016 por sexo según decenios.	Patrones Epidemiológicos de Mortalidad.	Hace énfasis en el estudio de la mortalidad y cómo esta se ha comportado, teniendo en cuenta características geográficas, población y tiempo.	Patrón epidemiológico de mortalidad por género, por decenios en estudio.	Bases de datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos.
Analizar el cambio de pirámide poblacional en Costa Rica de 1920-2016.	Pirámides Poblacionales.	Se refiere a representaciones gráficas de la distribución por edad y sexo de la población.	Cantidad de población de hombres y mujeres según edad y sexo.	Bases de datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos. Base de datos del Centro Centroamericano de Población.

Determinar las características principales de los planes de salud en Costa Rica de 1920-2016.	Planes de salud.	Es el instrumento que establece las condiciones de cobertura y acceso que se obtienen frente a distintas prestaciones de salud.	Leyes de salud.	Memorias Institucionales del Ministerio de Salud.
--	------------------	---	-----------------	---

Fuente: Elaboración propia, 2019.

CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Gráfico N° 4. Tasas de mortalidad general según sexo por cada 100 000 habitantes en Costa Rica durante el período 1940-2016



	1940	1950	1960	1970	1980	1990	2000	2010	2016
Hombre —	1794.6	1182.1	886,08	697.7	466.8	426.0	436.4	475.9	519.2
Mujer —	1621.0	1065.4	791,80	605.9	332.6	323.2	438.8	364.4	404.0

Fuente: Elaboración propia, con datos de anuarios estadísticos del INEC.

A continuación, se representan las tasas de mortalidad femenina y masculina, por cada año representativo del decenio durante el período de 1940 al 2016. El gráfico contiene dos ejes: el vertical incluye las tasas de mortalidad y el horizontal los años.

El mismo resulta en dos líneas simultáneas, en las cuales se observa un trayecto

de manera equivalente; dichas líneas representan las tasas que pertenecen a cada sexo, así como también se documentan numéricamente las mismas en la tabla inferior, que se encuentra incluida en el gráfico. Las tasas fueron realizadas por cada 100 000 habitantes.

El gráfico evidencia el comportamiento descendente de la mortalidad de manera regular hasta el 2016, donde sufre un leve incremento. Además, se demuestra cómo la población masculina siempre ha mostrado una tasa de mortalidad más elevada, en comparación con la femenina, debido a factores socioculturales.

Para evidenciar la disminución se puede observar cómo, en 1940, se contaba con una tasa de mortalidad por cada 100 000 habitantes de 1794.6 para varones y 1621.0 para mujeres, y ya para 1970 se contaba con tasas para esta misma población de 697.7 y 605.9 respectivamente.

Para el 2016 se observa un leve incremento con respecto al comportamiento que mantenían las tasas, mostrando 519.2 en hombres y 404.0 en mujeres.

Tabla N° 3. Tasa de mortalidad general por cada 100 000 habitantes en la población general de Costa Rica año 1920-1939

Año	Tasa por 100 000 habitantes
1920	2865.2
1921	2107.5
1922	2100.0
1923	2018.7
1924	2236.6
1925	2408.8
1926	2031.5
1927	2222.9
1928	2300.7
1929	2347.7
1930	2175.3
1931	2383.2
1932	2194.6
1933	2082.5
1934	1772.1
1935	2185.8
1936	1995.6
1937	1818.7
1938	1671.8
1939	1828.4

Fuente: Elaboración propia, con datos de anuarios estadísticos del INEC.

A continuación, se presenta la tabla donde se visualiza la tasa de mortalidad en la población general, por cada 100 000 habitantes, para el periodo comprendido entre los años 1920-1939. La misma se representa de manera correspondiente con el año de estudio.

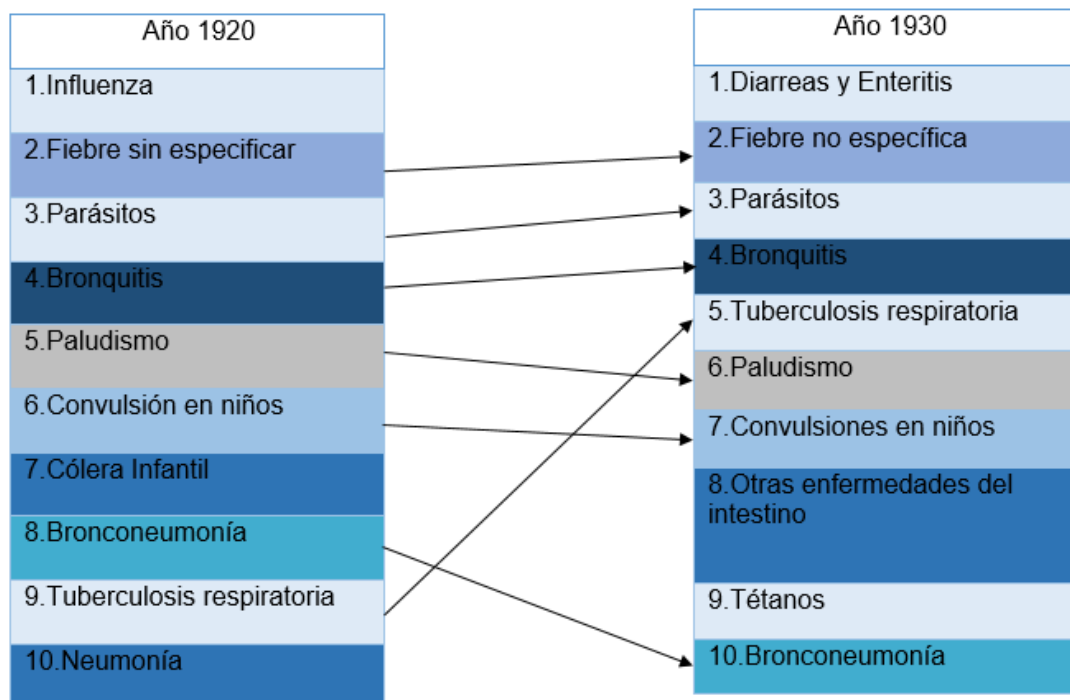
Gráfico N° 5. Tasa de mortalidad general por cada 100 000 habitantes en la población general de Costa Rica año 1920-1939



Fuente: Elaboración propia, con datos de anuarios estadísticos del INEC

Anteriormente, se presenta el gráfico que muestra el comportamiento del nivel de tasas de mortalidad en la población general de Costa Rica, desde 1920 hasta 1939, en el cual se puede observar un comportamiento fluctuante, donde destaca un alza en 1925, a causa, mayoritariamente, de enfermedades parasitarias y respiratorias. Posteriormente, en 1934, se muestra una caída notable de la tasa de mortalidad general, lo cual se justifica por una mejor adherencia al primer plan nacional de salud implementado.

Tabla N° 4. Cambios en las principales diez causas de mortalidad en Costa Rica durante los años 1920 y 1930



Fuente: Elaboración propia, con datos de anuarios estadísticos del INEC.

A continuación, se visualizan las diez principales causas de mortalidad en Costa Rica, para el período comprendido entre 1920 y 1930. Se representan, de forma comparable, las columnas, con el fin de notar los cambios en los patrones de mortalidad que ocurren durante diez años de diferencia entre un año y otro. Se unen las causas que se mantienen con el tiempo, y no se asocian las causas que cambian con los años.

Se puede observar, como principal representante causal de mortalidad en 1920, a la influenza; la misma no se mantuvo ocupando la primera posición para la siguiente década, ya que en dicho año la primera causa fue la diarrea y enteritis.

Sin embargo, se observa que las enfermedades transmisibles son los principales exponentes durante la década de estudio.

La fiebre no específica se mantiene en segundo lugar en ambas décadas; en el tercer lugar, y manteniéndose en ambas décadas, se encuentran las enfermedades parasitarias, y la bronquitis se mantiene en cuarto lugar.

El paludismo y las convulsiones en niños se mantienen en posiciones equiparables en ambos años de estudio.

También se puede observar cómo la tuberculosis, que ocupa el noveno lugar en 1920, aumenta exponencialmente para 1930, y en dicho periodo ocupa la quinta posición.

Tabla N° 5. Cambios en las principales diez causas de mortalidad en Costa Rica durante los años 1930 y 1940

Año 1930	Año 1940
1. Diarreas y Enteritis	1. Diarrea y enteritis < 2 años
2. Fiebre no específica	2. Paludismo
3. Parásitos	3. Bronquitis
4. Bronquitis	4. Bronconeumonía
5. Tuberculosis respiratoria	5. Tosferina
6. Paludismo	6. Otras enfermedades debidas a helmintos
7. Convulsiones en niños	7. Tuberculosis respiratoria
8. Otras enfermedades del intestino	8. Diarrea, enteritis y ulceración intestinal
9. Tétano	9. Tétano
10. Bronconeumonía	10. Enfermedad del miocardio incluyendo el aneurisma

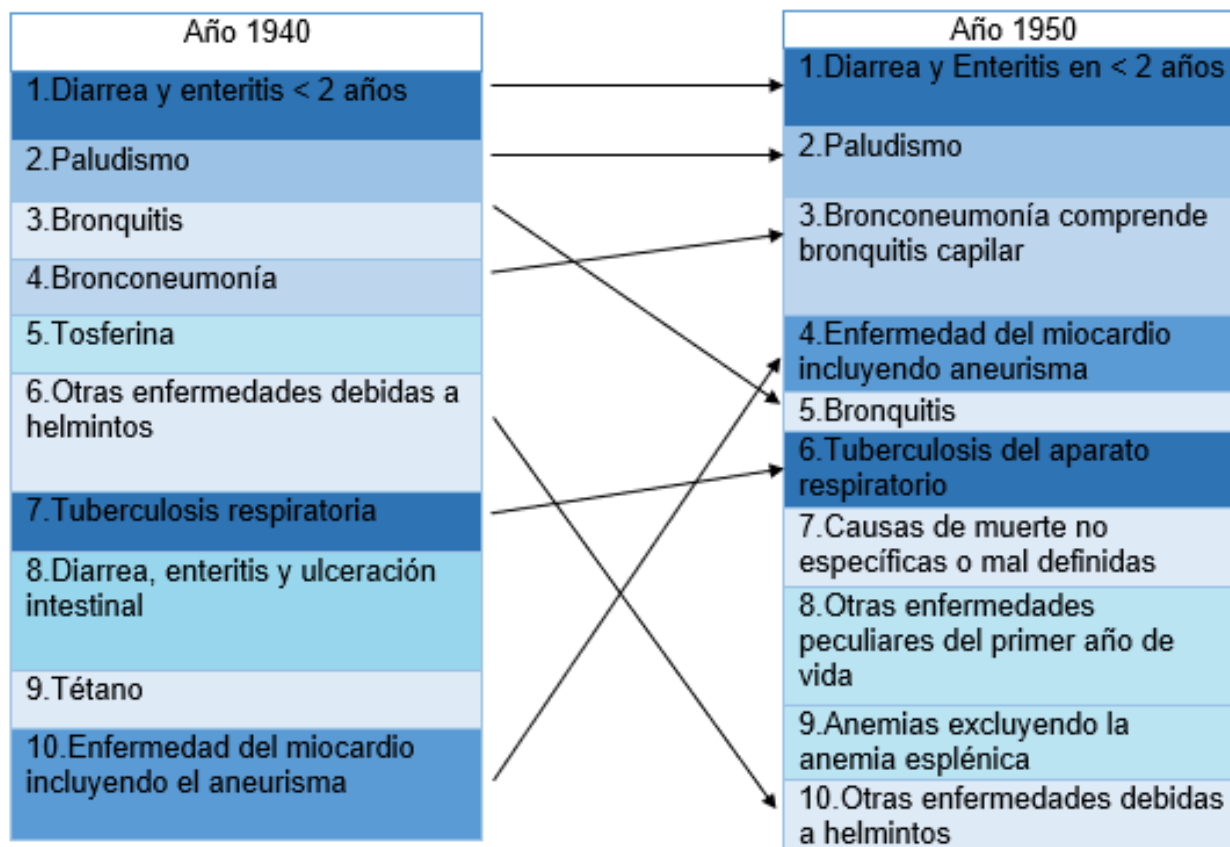
Fuente: Elaboración propia, con datos de anuarios estadísticos del INEC.

Se representan las diez principales causas de mortalidad en Costa Rica, para el período comprendido entre los años 1930 y 1940 respectivamente. Se representan, de forma comparable, las columnas, con el fin de notar los cambios en los patrones de mortalidad que ocurren durante diez años de diferencia entre un año y otro. Se unen las causas que se mantienen con el tiempo, y no se asocian las causas que cambian con los años.

Para este periodo de estudio y correspondiente a 1930, la principal causa de mortalidad era diarrea y enteritis, que se observa como una causa general en la clasificación de dicha época; mientras que para 1940 la diarrea y enteritis en menores de dos años fue la principal causa de muerte.

La bronquitis, el paludismo y la tuberculosis respiratoria muestran un comportamiento variante para la década en estudio. La enfermedad que se mantiene equiparable en el tiempo corresponde al tétano, ocupando la novena posición en ambos periodos.

Tabla N° 6. Cambios en las principales diez causas de mortalidad en Costa Rica durante los años 1940 y 1950



Fuente: Elaboración propia, con datos de anuarios estadísticos del INEC.

Se visualizan las diez principales causas de mortalidad en Costa Rica, para el período comprendido entre los años 1940 y 1950. Se presentan de forma comparable las columnas, con el fin de notar los cambios en los patrones de mortalidad que ocurrieron durante los decenios en estudio. Se unen las causas que se mantienen con el tiempo, para lograr una mejor comparación de estas. Las

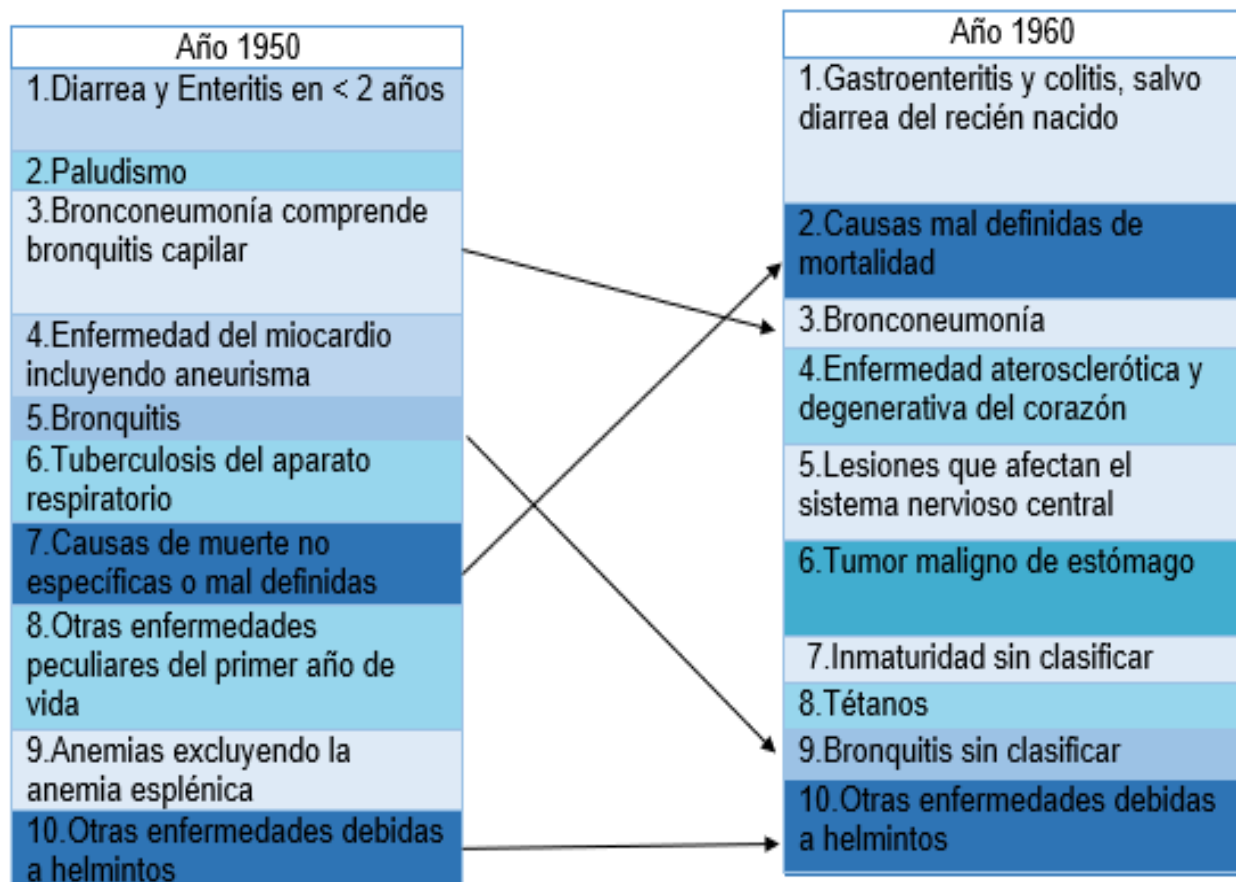
causas no asociadas no se repiten con el paso de los años dentro de las principales causas.

La primera causa de mortalidad, para 1940 y 1950, corresponde a diarrea y enteritis en menores de dos años.

El paludismo en el periodo de estudio se mantiene ocupando la segunda posición, mientras que la bronquitis, bronconeumonía y tuberculosis muestran un comportamiento fluctuante.

La tosferina, que correspondía a la quinta causa de mortalidad en el periodo de 1940, desaparece de las diez principales un decenio más tarde. Es representativo que la enfermedad del miocardio es la última causa de mortalidad incluida en los años 40, y diez años más tarde pasa a ser la cuarta causa de mortalidad.

Tabla N° 7. Cambios en las principales diez causas de mortalidad en Costa Rica durante los años 1950 y 1960



Fuente: Elaboración propia, con datos de anuarios estadísticos del INEC.

Se visualizan las principales diez causas específicas de mortalidad general en la población de Costa Rica para el año 1950, ubicado en la columna izquierda, paralelo a las principales diez causas de 1960. Se asocian las causas que se mantienen a lo largo del decenio de estudio. Las causas no asociadas no se repiten con el paso de los años dentro de las principales causas.

Para 1950, la principal causa de muerte era la diarrea en menores de 2 años; diez años más tarde las gastroenteritis y colitis, excepto la colitis, que ocupaba la primera posición.

La bronconeumonía continúa siendo la tercera causa de mortalidad para ambos años, y la bronquitis pasa de la quinta a la séptima causa de defunción en 1960; las enfermedades debidas a helmintos ocupan la décima posición.

Las causas mal definidas pasaron de ocupar la séptima posición a ocupar un puesto de importancia, llegando al segundo puesto.

Tabla N° 8. Cambios en las principales diez causas de mortalidad en Costa Rica durante los años 1960 y 1970

Año 1960		Año 1970
1. Gastroenteritis y colitis, salvo diarrea del recién nacido		1. Enfermedad diarreica, gastroenteritis y colitis
2. Causas mal definidas de Mortalidad	→	2. Bronconeumonía no especificada
3. Bronconeumonía	→	3. Otras causas desconocidas y no específicas
4. Enfermedad aterosclerótica y degenerativa del corazón		4. Otras formas de insuficiencia miocárdica
5. Lesiones que afectan el sistema nervioso central		5. Inmaturidad no clasificada
6. Tumor maligno de estómago	→	6. Tumor maligno de estómago no especificado
7. Inmaturidad sin clasificar	→	7. Enfermedad diarreica
8. Tétanos		8. Infarto agudo de miocardio sin mención de enfermedad hipertensiva
9. Bronquitis sin clasificar		9. Septicemia no específica
10. Otras enfermedades debidas a helmintos		10. Fiebre amarilla no específica

Fuente: Elaboración propia, con datos de anuarios estadísticos del INEC.

Se representan las diez principales causas de mortalidad en Costa Rica para 1960, ubicadas en la columna izquierda, y las causas para 1970 están incluidas en la columna de la derecha. Se juntan las causas que se repiten diez años después, a

pesar de los cambios en el orden de importancia. Las causas no agrupadas son aquellas que no corresponden a las principales causas.

La primera causa de mortalidad, para las décadas del sesenta y setenta, continúa siendo una enfermedad de origen gastrointestinal. El tumor maligno de estómago ocupa la segunda posición en ambos periodos.

Tabla N° 9. Cambios en las principales diez causas de mortalidad en Costa Rica durante los años 1970 y 1980

Año 1970	Año 1980
1. Enfermedad diarreica, gastroenteritis y colitis	1. Infarto agudo de miocardio
2. Bronconeumonía no especificada	2. Otras enfermedades isquémicas crónicas
3. Otras causas desconocidas y no específicas	3. Tumor maligno de estómago
4. Otras formas de insuficiencia miocárdica	4. Bronconeumonía
5. Inmaturidad no clasificada	5. Enfermedad cerebro vascular aguda
6. Tumor maligno de estómago no especificado	6. Diabetes Mellitus
7. Enfermedad diarreica	7. Obstrucción crónica de la vía respiratoria
8. Infarto agudo de miocardio sin mención de enfermedad hipertensiva	8. Insuficiencia cardíaca
9. Septisemia no específica	9. Accidente de tránsito colisión-peatón
10. Fiebre amarilla no específica	10. Infección intestinal mal definida

Fuente: Elaboración propia, con datos de anuarios estadísticos del INEC

Se observan las variaciones en las principales causas de mortalidad en Costa Rica para el año 1970, ubicado en la columna izquierda, y 1980, situado en la columna derecha. Las causas que se reiteran diez años después se juntan para observar los cambios en el patrón. Las causas no asociadas son aquellas que se excluyeron de las principales, así como también aquellas que aparecieron de manera reciente para 1980.

El infarto de miocardio, que correspondía a la octava causa de mortalidad en 1970, pasa a ser la primera causa de defunción en 1980; la bronconeumonía pierde terreno durante este periodo, pasando del segundo al cuarto puesto, así como también el tumor maligno de estómago, que asciende de la sexta causa en 1970 a la tercera causa diez años más tarde.

Las enfermedades isquémicas crónicas y la enfermedad cerebrovascular aparecen con fuerza, ocupando posiciones del octavo al primer lugar durante este periodo respectivo.

Este hecho es particularmente importante, ya que desde 1980 y hasta la actualidad el infarto agudo de miocardio es el que ocupa el primer lugar.

Tabla N° 10. Cambios en las principales diez causas de mortalidad en Costa Rica durante los años 1980 y 1990

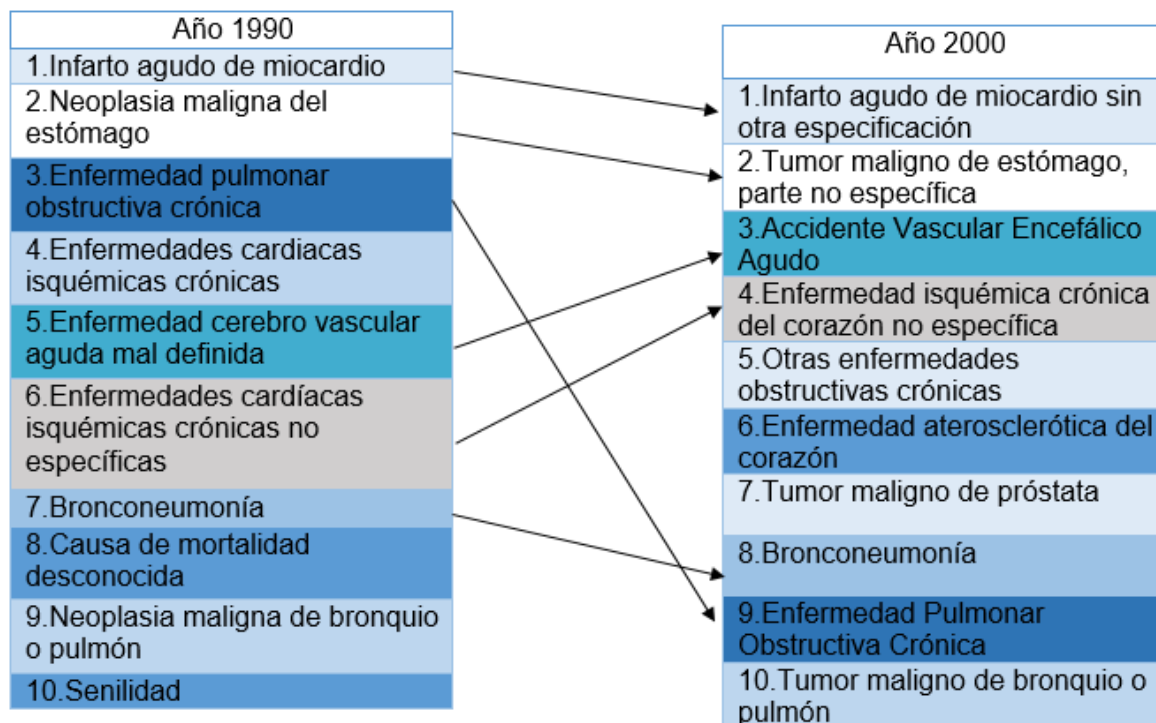
Año 1980	Año 1990
1. Infarto agudo de miocardio	1. Infarto agudo de miocardio
2. Otras enfermedades isquémicas crónicas	2. Neoplasia maligna del estómago
3. Tumor maligno de estómago	3. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
4. Bronconeumonía	4. Enfermedades cardíacas isquémicas crónicas
5. Enfermedad cerebro vascular aguda	5. Enfermedad cerebro vascular aguda mal definida
6. Diabetes Mellitus	6. Enfermedades cardíacas isquémicas crónicas no específicas
7. Obstrucción crónica de la vía respiratoria	7. Bronconeumonía
8. Insuficiencia cardíaca	8. Causa de mortalidad desconocida
9. Accidente de tránsito colisión-peatón	9. Neoplasia maligna de bronquio o pulmón
10. Infección intestinal mal definida	10. Senilidad

Fuente: Elaboración propia, con datos de anuarios estadísticos del INEC.

Se visualizan las diez principales causas de mortalidad en Costa Rica para los periodos 1980 y 1990 respectivamente. Las causas que se vinculan mediante flechas indican que se reiteran dentro de las principales causas. Las causas que no se unen son aquellas que salen o entran, de manera nueva, de las diez principales.

La primera causa se mantiene sin cambios entre 1980 y 1990, siendo el infarto de miocardio el que se mantiene ocupando una posición muy importante, y la neoplasia de estómago ocupa el tercer y segundo lugar de dicho periodo. Aparece en 1990 como causa importante el EPOC, ocupando el tercer puesto.

Tabla N° 11. Cambios en las principales diez causas de mortalidad en Costa Rica durante los años 1990 y 2000



Fuente: Elaboración propia, con datos de anuarios estadísticos del INEC.

Se representan las diez principales causas de mortalidad en Costa Rica para los 1990 y 2000 correspondientemente. Las causas agrupadas mediante flechas indican que se reiteran dentro de las principales causas. Las causas no unidas son aquellas que se representan de manera nueva.

La primera y segunda causa de mortalidad continuaron siendo las mismas para el 2000, siendo estas el infarto agudo de miocardio y el tumor maligno de estómago, respectivamente.

El EPOC pasó de ser la tercera causa de mortalidad a ser la novena causa diez años más tarde. La enfermedad cerebrovascular pasó de la quinta a la tercera causa, con el nombre de accidente vascular encefálico agudo. La enfermedad cardíaca isquémica crónica ascendió de la sexta a la cuarta causa para el 2000. El tumor maligno de bronquio o pulmón descendió en una posición. El tumor maligno de próstata apareció en las principales causas del 2000, ocupando la octava causa de defunción.

Tabla N° 12. Cambios en las principales diez causas de mortalidad en Costa Rica durante los años 2000 y 2010

Año 2000	Año 2010
1. Infarto agudo de miocardio sin otra especificación	1. Infarto agudo de miocardio sin otra especificación
2. Tumor maligno de estómago, parte no específica	2. Tumor maligno de estómago, parte no específica
3. Accidente Vascular Encefálico Agudo	3. Enfermedades isquémicas del corazón no especificada
4. Enfermedad isquémica crónica del corazón no específica	4. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica con infección de vías aéreas inferiores
5. Otras enfermedades obstructivas crónicas	5. Tumor maligno de próstata
6. Enfermedad aterosclerótica del corazón	6. Persona lesionada en accidente de tránsito, de vehículo de motor
7. Tumor maligno de próstata	7. Bronconeumonía no específica
8. Bronconeumonía	8. Accidente cerebro vascular aguda no específica
9. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	9. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, no específico
10. Tumor maligno de bronquio o pulmón	10. Tumor maligno de la mama, parte no específica

Fuente: Elaboración propia, con datos de anuarios estadísticos del INEC.

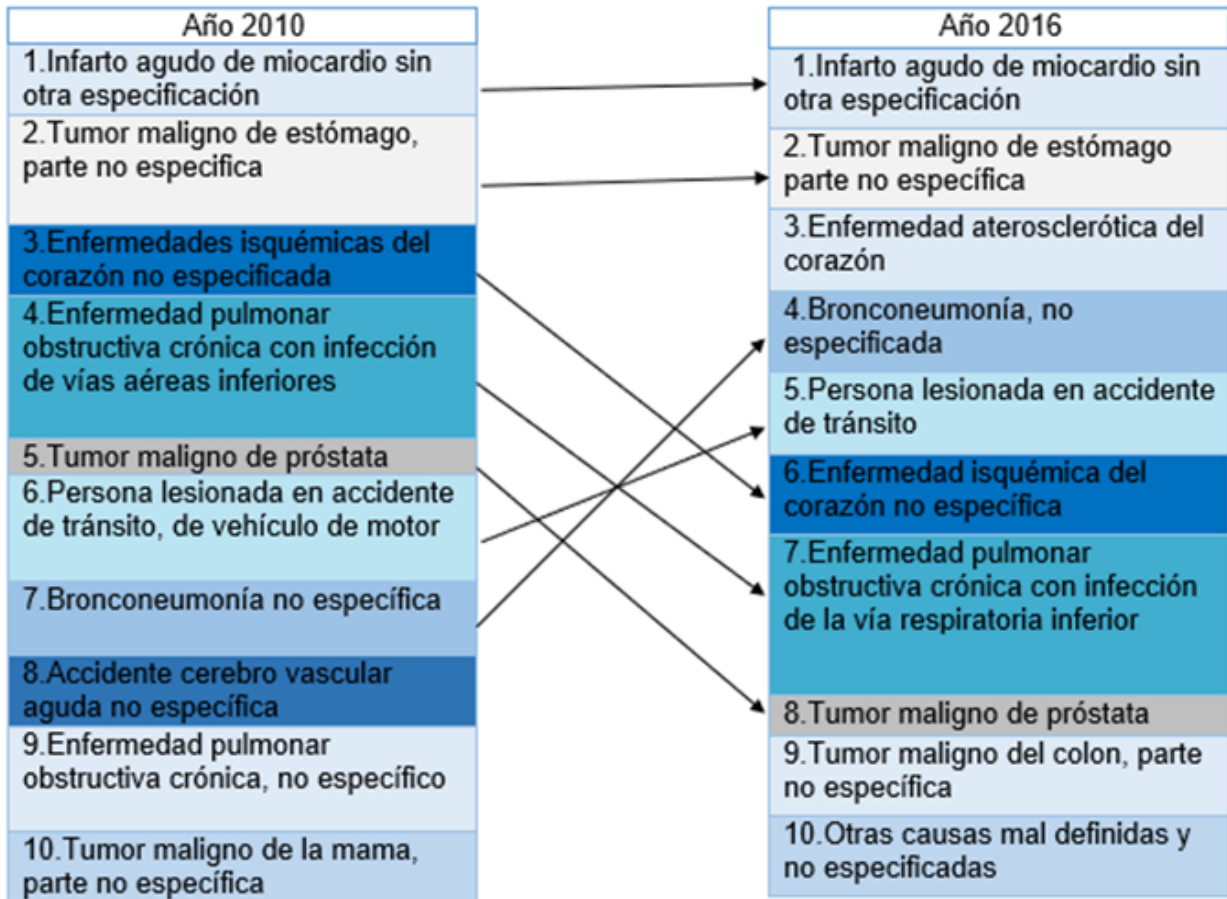
Se representan las diez principales causas de mortalidad en Costa Rica para el 2000, ubicadas en la columna izquierda y las causas para el 2010 incluidas en la columna de la derecha. Se juntan las causas que se repiten diez años después, a pesar de los cambios en el orden de importancia. Las causas no agrupadas son aquellas que no corresponden a las principales causas.

La primera y segunda causa se mantuvo igual que en los decenios anteriores. El accidente cerebro vascular pasó de ocupar el tercer puesto al octavo para el periodo 2010.

El tumor maligno de próstata y la bronconeumonía aumentan, ubicándose en posiciones más importantes para el 2010; mientras que la enfermedad isquémica del corazón no específica se mantiene fluctuante, pero ocupando posiciones de importancia.

Tabla N° 13. Cambios en las principales diez causas de mortalidad en Costa Rica

durante los años 2010 y 2016



Fuente: Elaboración propia, con datos de anuarios estadísticos del INEC.

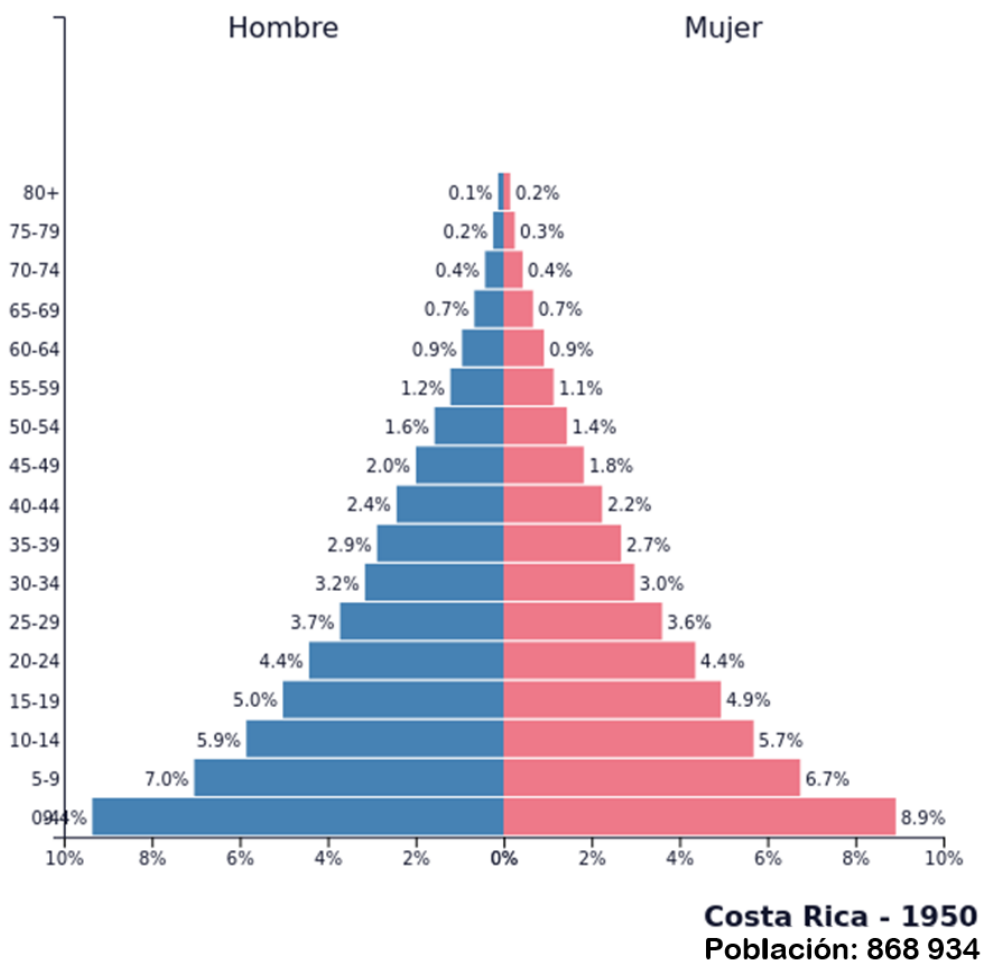
Se representan las diez principales causas de mortalidad en Costa Rica para los años 2010 y 2016 respectivamente. Las causas vinculadas con las flechas indican que se repiten dentro de las principales causas diez años más tarde. Las causas no asociadas son aquellas que salen o entran de manera nueva dentro de las principales.

Las primeras dos causas de mortalidad continúan siendo las mismas desde que se posicionaron en 1980.

Aparece un aumento en las causas de mortalidad en las personas lesionadas por accidentes de tránsito, ocupando del sexto al quinto puesto para el 2016.

Cabe señalar, como aspecto positivo, que las enfermedades isquémicas del corazón no específicas, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el cáncer de próstata disminuyen su posición en la tabla comparada entre el 2010 y el 2016.

Figura N° 3. Pirámide poblacional de Costa Rica correspondiente al año 1950



Fuente: Elaboración propia, con datos de *Population Pyramid*.

A continuación, se visualiza la pirámide poblacional de Costa Rica para 1950. La misma corresponde a la representación gráfica de la distribución por edad y sexo de la población. Para este momento la población costarricense rondaba las 868 934 personas, según el Instituto Nacional de Estadística y Censos. Gráficamente se trata de un doble histograma de frecuencias. La pirámide de edades es un histograma

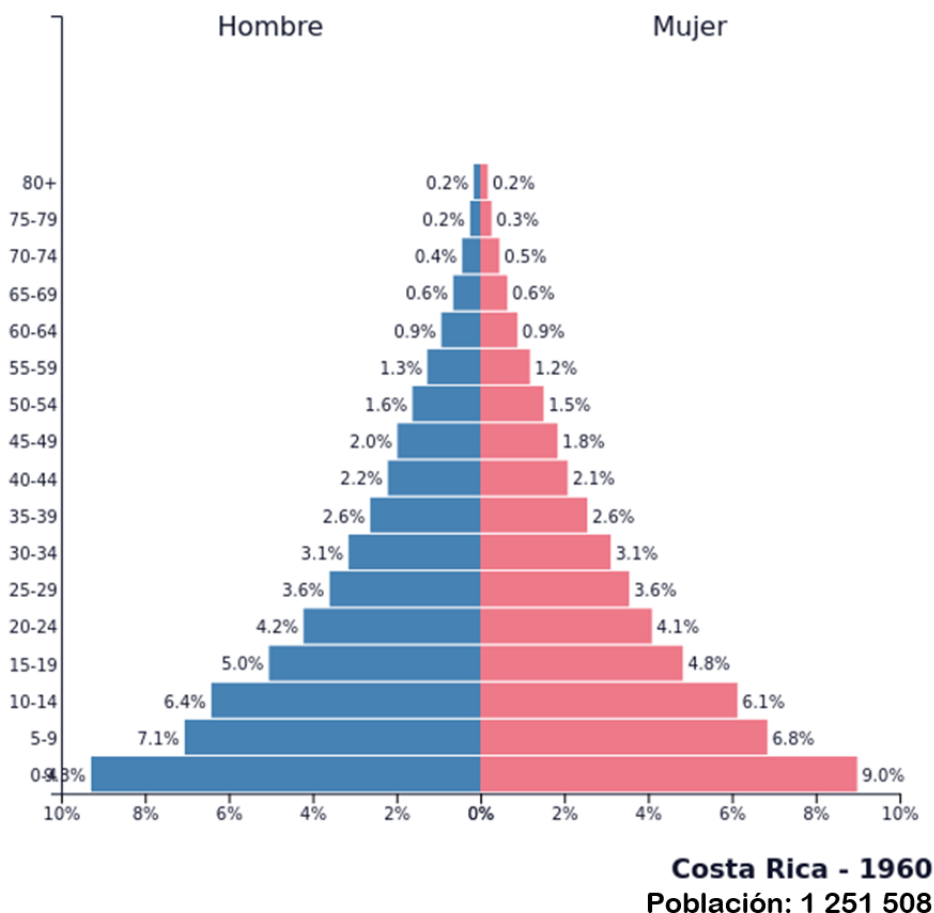
doble, en el que se representa en la derecha la población femenina con color rosa y en la izquierda la población masculina con color azul.

En la representación observada para 1950 se puede observar cómo la base de la pirámide de la población es ancha.

Al dividir a la población en tres grupos de 0 a 15, de 15 a 65, y de 65 y más, se puede observar el siguiente comportamiento: el 22.3% correspondía a varones menores de 15 años, mientras que el 21.3% era para mujeres en esta misma edad.

La población de 15 a 65 años, correspondiente a hombres, era del 27.3% y para mujeres este correspondía al 26%. La población correspondiente a adultos mayores era de 1.4% para hombres y de 1.6% para mujeres en este mismo rango de edad.

Figura N° 4. Pirámide poblacional de Costa Rica correspondiente al año 1960

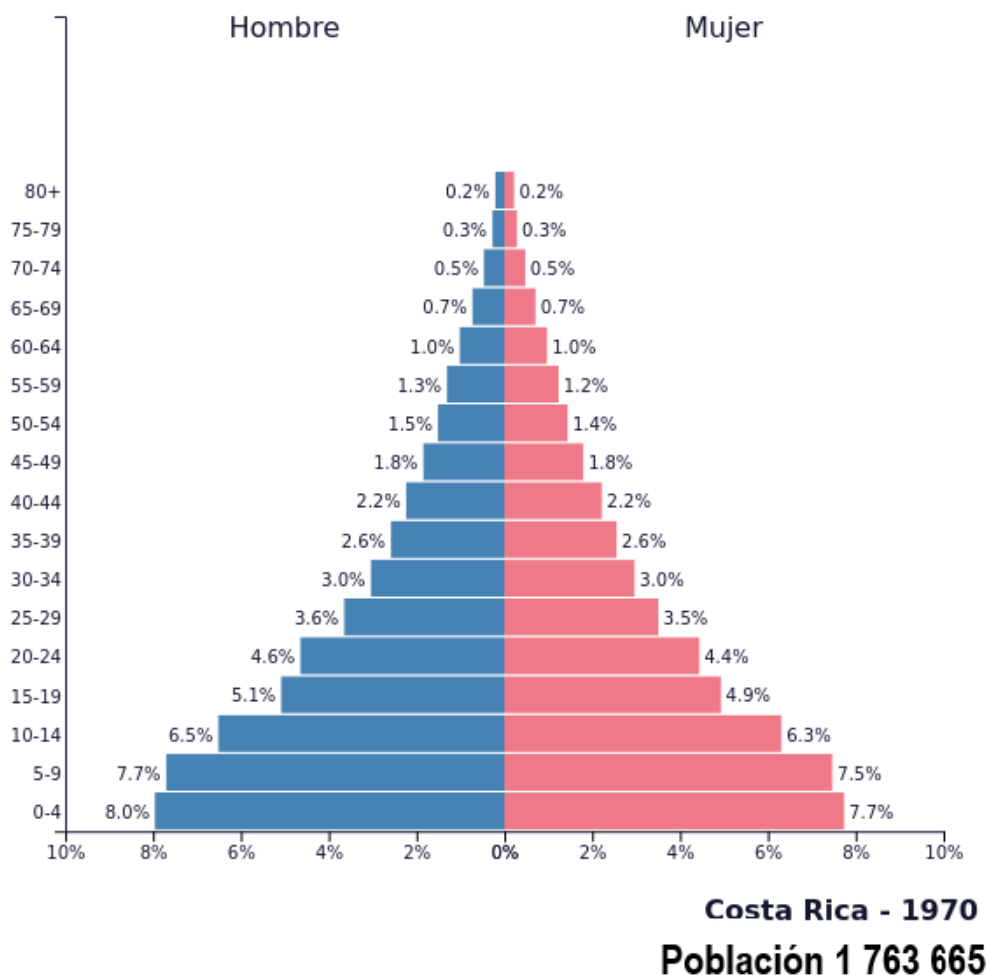


Fuente: Elaboración propia, con datos de *Population Pyramid*.

Se representa la pirámide poblacional de Costa Rica para 1960, con una población costarricense de 1 251 508 habitantes, según el INEC. La misma corresponde a la representación gráfica de la distribución por edad y sexo. Gráficamente se trata de un doble histograma de frecuencias. La pirámide de edades es un histograma doble, en el que se representa en la derecha la población femenina, y en la izquierda a la población masculina.

Como se puede observar para este año, prosigue el patrón continuo de crecimiento de la pirámide, mostrando los siguientes datos: el 22.8% de la población correspondía a varones menores de 15 años, mientras que el 21.9% era para la población femenina de dichos años. Se observa un 26.5% de población masculina ubicada entre 15 y 65 años y un 25.7% para la femenina; mientras que la población adulta mayor correspondía a un 1.4% para hombres, y para mujeres era de un 1.6%.

Figura N° 5. Pirámide poblacional de Costa Rica correspondiente al año 1970



Fuente: Elaboración propia, con datos de *Population Pyramid*.

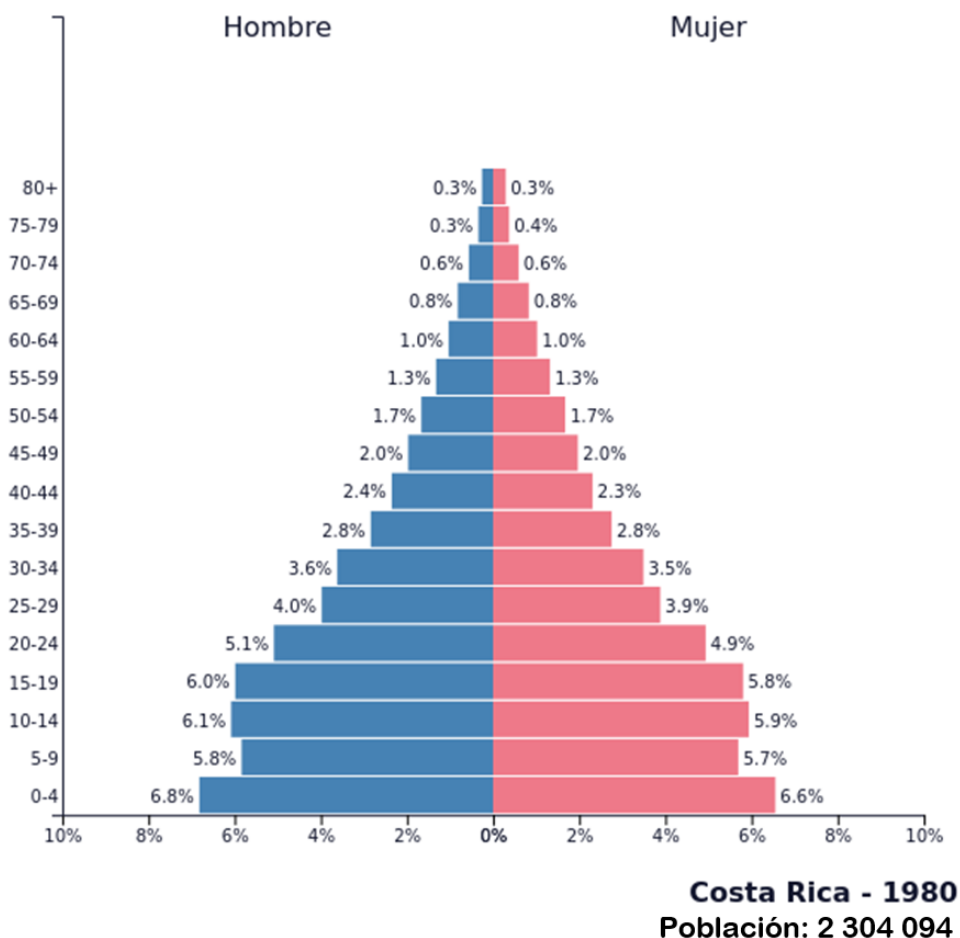
Se visualiza la pirámide poblacional para 1970. La misma corresponde a la representación gráfica de la distribución por edad y sexo de la población, que para ese momento era de 1 763 665 personas, según el INEC. Gráficamente se trata de un doble histograma de frecuencias. La pirámide de edades es un histograma doble,

en el que se representa en la derecha la población femenina y en la izquierda a la masculina.

Es a partir de 1970 cuando en el país comienza a darse un pequeño cambio en la pirámide de población, ya que se observa una disminución leve en la base, así como un aumento en las poblaciones intermedias y adultas mayores.

Se muestran los siguientes resultados: el 22.2% de la población corresponde a la masculina, con menores de 15 años, y el 21.5% para la femenina en el mismo período, mientras que, para la población de edades intermedias de entre 15 y 65 años, un 26.7% era de varones y 26% de mujeres. La población adulta mayor en ese momento era de 1.7% para hombres y 1.7% mujeres en edad avanzada.

Figura N° 6. Pirámide poblacional de Costa Rica correspondiente al año 1980



Fuente: Elaboración propia, con datos de *Population Pyramid*.

Se representa la pirámide poblacional de Costa Rica para 1980. La misma corresponde a la representación gráfica de la distribución por edad y sexo de la población. En ese momento se contaba con una población de 2 304 094 habitantes, según el INEC. Gráficamente se trata de un doble histograma de frecuencias. La

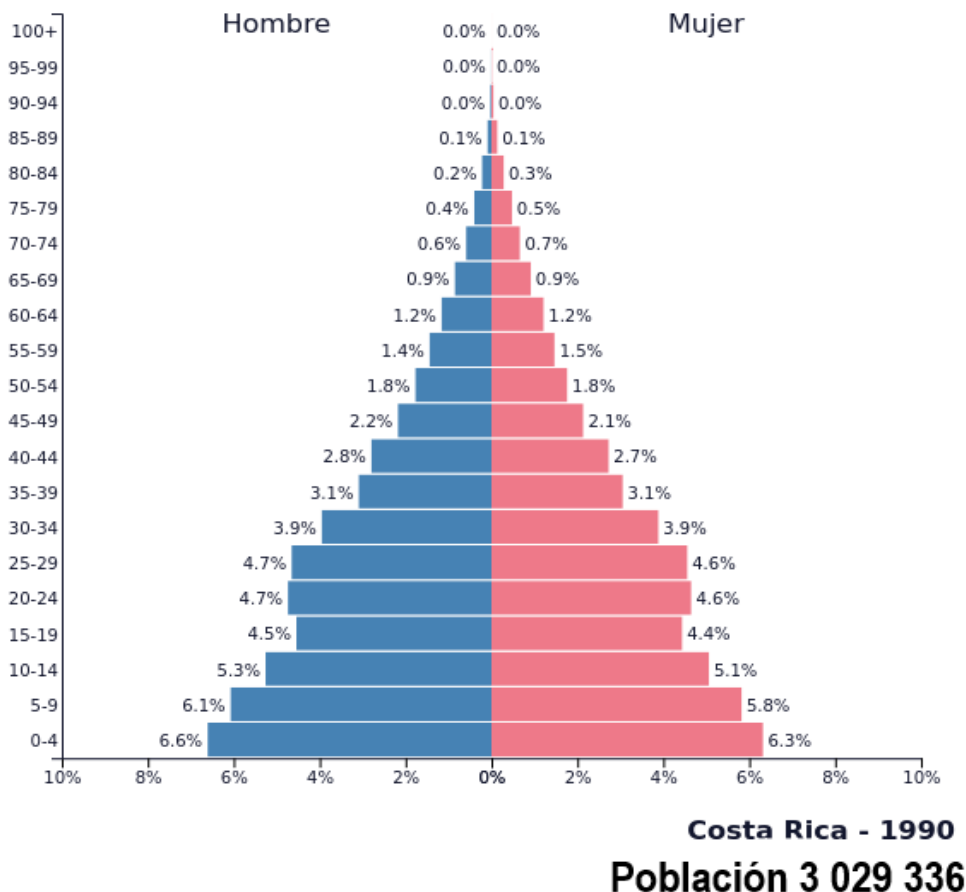
pirámide de edades es un histograma doble, en el que se representa en la derecha la población femenina y en la izquierda la masculina.

Como se puede observar, se evidencia un cambio significativo para la pirámide poblacional, mostrando una base piramidal mucho más baja con respecto al decenio anterior y cada vez más amplia en edades intermedias, así como también en adultos mayores.

Para este año se logra observar que 18.7% de la población correspondía a varones menores de 15 años y 18.2% eran mujeres durante dicho período de estudio. Un 29.9% de hombres en edades intermedias eran hombres y 29.2% eran mujeres en los años ochenta.

Mientras que la población adulta mayor correspondía a un 2% de varones y 2.1% de mujeres adultas mayores.

Figura N° 7. Pirámide poblacional de Costa Rica correspondiente al año 1990



Fuente: Elaboración propia, con datos de *Population Pyramid*.

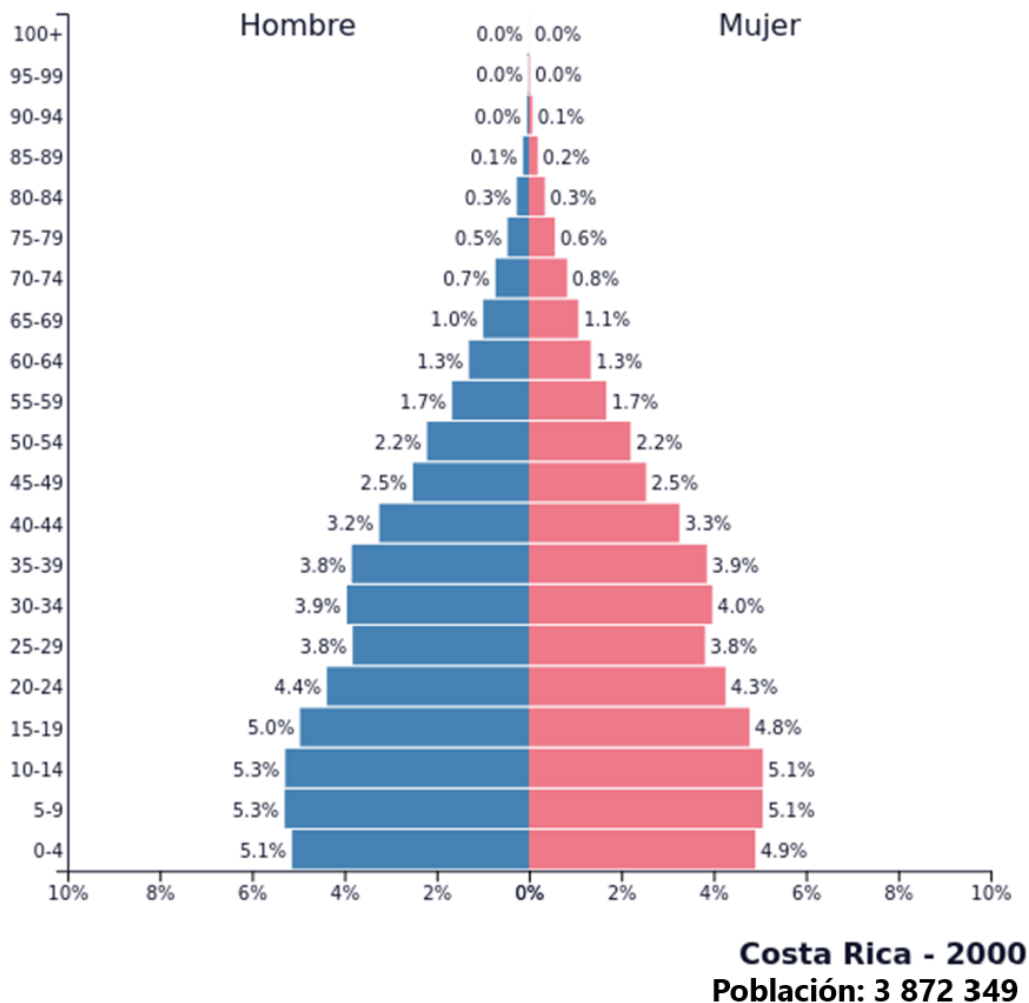
Se visualiza la pirámide poblacional de Costa Rica para 1990. La misma corresponde a la representación gráfica de la distribución por edad y sexo de la población. La población costarricense en ese momento era de 3 029 336 personas. Gráficamente se trata de un doble histograma de frecuencias. La pirámide de edades es un histograma doble en el que se representa en la derecha la población femenina y en la izquierda la población masculina.

Como se puede observar, continúa aún más el cambio significativo para la pirámide poblacional, mostrando una base piramidal mucho más baja con respecto al decenio anterior; se continúan ampliando las edades intermedias, así como también en adultos mayores.

Para ese año se puede observar que el 18% de la población correspondía a varones menores de 15 años, y el 17.2% eran mujeres durante dicho periodo de estudio. Un 30.3% era de hombres en edades intermedias y el 29.9% era de mujeres en los años 90.

Mientras, la población adulta mayor era del 2.2% en varones y del 2.5% en mujeres adultas mayores.

Figura N° 8. Pirámide poblacional de Costa Rica correspondiente al año 2000



Fuente: Elaboración propia, con datos de *Population Pyramid*.

Se representa la pirámide poblacional de Costa Rica para el 2000. La misma corresponde a la representación gráfica de la distribución por edad y sexo de la población. Para este momento había una población estimada de 3 872 349 personas, según el INEC. Gráficamente se trata de un doble histograma de

frecuencias. La pirámide de edades es un histograma doble, en el que se representa en la derecha la población femenina y en la izquierda la población masculina.

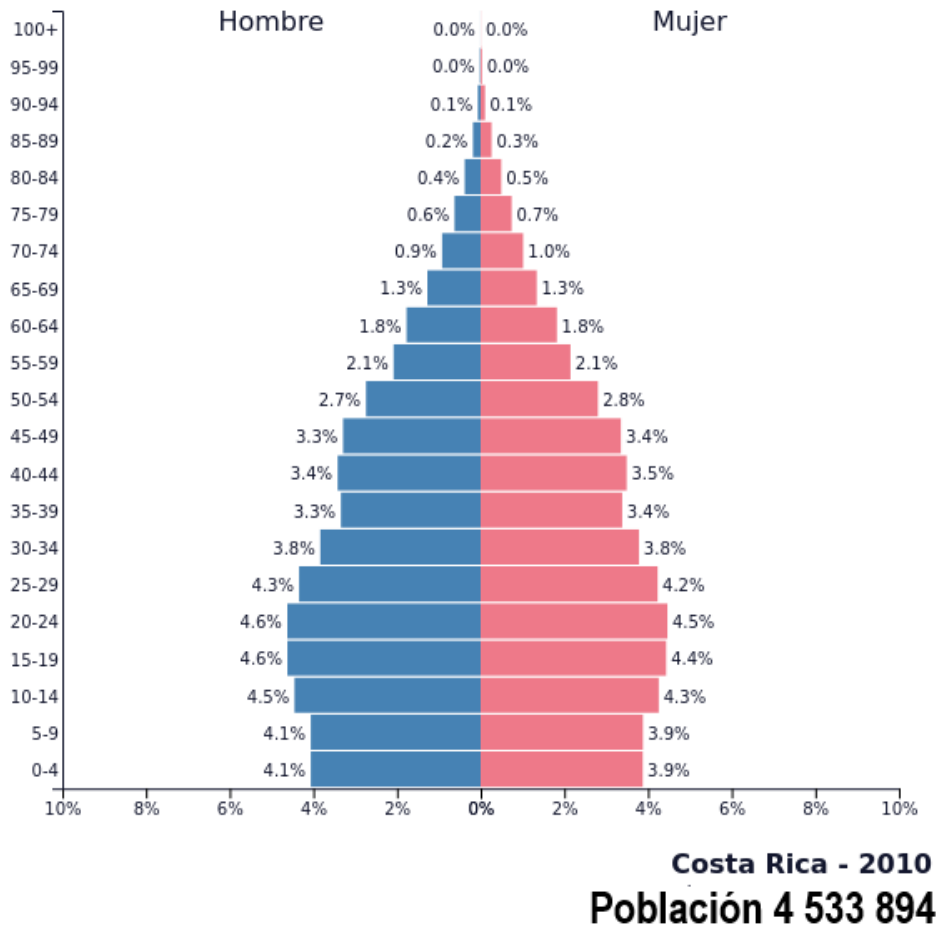
Las características de esta pirámide siguen mostrando tendencias a reducciones en las bases de la pirámide. mientras que conforme avanzan los años continúa aumentando la población.

De esta manera. para el 2000 se mostraban los siguientes porcentajes: el 15.7% de la población correspondía a varones menores de 15 años, mientras que dicho porcentaje para mujeres era de un 15.1%.

La población en edades intermedias para hombres era del 31.8%, mismo porcentaje para mujeres en dicha época.

La población adulta mayor era del 2.6% en varones y del 3.1% en mujeres adultas mayores.

Figura N° 9. Pirámide Poblacional de Costa Rica correspondiente al año 2010



Fuente: Elaboración propia, con datos de *Population Pyramid*.

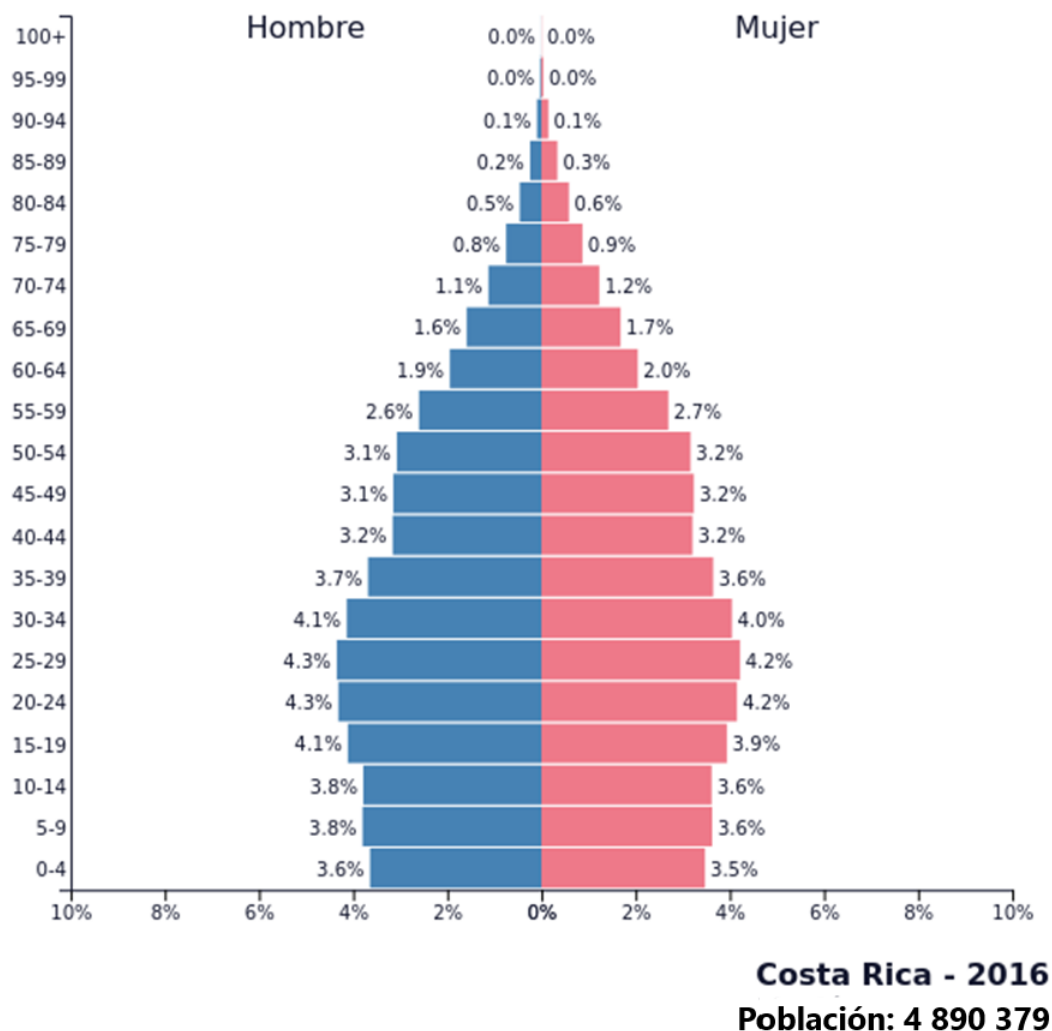
Se visualiza la pirámide poblacional de Costa Rica para el 2010. La misma corresponde a la representación gráfica de la distribución por edad y sexo de la población. Para este año se contaba con una población de 4 533 894 habitantes, según el INEC. Gráficamente se trata de un doble histograma de frecuencias. La pirámide de edades es un histograma doble, en el que se representa en la derecha la población femenina y en la izquierda la población masculina.

Como se puede observar, cada vez más la pirámide continúa la tendencia, mostrando una base piramidal mucho más baja con respecto al decenio anterior, y cada vez más amplia en edades intermedias, así como también en adultos mayores.

Para este año se puede observar que el 12.7% de la población correspondía a varones menores de 15 años, y el 12.1% eran mujeres durante dicho periodo de estudio. Un 33.9% de hombres en edades intermedias eran hombres; de igual manera se mantiene el mismo porcentaje para mujeres.

Mientras, la población adulta mayor era del 3.5% en varones, y del 3.9% en mujeres adultas mayores.

Figura N° 10. Pirámide poblacional de Costa Rica correspondiente al año 2016



Fuente: Elaboración propia, con datos de *Population Pyramid*.

Se visualiza la pirámide poblacional de Costa Rica para el 2016. La misma corresponde a la representación gráfica de la distribución por edad y sexo de la población. Para este año se contaba con una población de 4 890 379 personas,

según el INEC. Gráficamente se trata de un doble histograma de frecuencias. La pirámide de edades es un histograma doble, en el que se representa en la derecha la población femenina y en la izquierda la población masculina.

Para este periodo en que finaliza el estudio, Costa Rica continúa manteniendo la tendencia a ser cada vez más una población envejecida, y cada vez más angosta en la base, que se refleja en menos nacimientos.

Para el 2016, un 11.2% de población correspondía a varones menores de 15 años, mientras que para las mujeres dicho porcentaje era del 10.7%. La población en edades intermedias; es decir, la de entre 15 y 65 años, correspondía a un 34.4% para hombres y un 34.2% mujeres.

La población adulta mayor, para esta época, era de un 4.3% para hombres y un 4.8% para mujeres adultas mayores.

Tabla N° 14. Comparación y características de los planes nacionales de salud correspondientes al período 1920-1940-1960-1980-2000-2016

PLANES NACIONALES DE SALUD							
1920	1940	1960	1980	2000	2016		
Creación del Departamento de Higiene Escolar Pública para proteger la salud de los niños entre los 7 y 14 años.	Aprobación, en 1941, de la ley que establece la Caja Costarricense de Seguro Social.	Se creó el Servicio Nacional de Acueductos y Alcantarillados en 1961, hoy Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados.	Consolidación del traspaso de hospitales a la CCSS.	Continúa el fortalecimiento y consolidación de la reforma en el sector salud, la cual da inicio en el año 1994.	Fortalecimiento del Sector Salud, Nutrición y Deporte para la planificación, seguimiento y evaluación para el abordaje de los determinantes del proceso salud-enfermedad.		
Creación de la oficina de la Subsecretaría para la Higiene y Salud Pública que luego se llamó Ministerio de Salud (1922).	Se establece el Programa de Enfermedad y Maternidad y seguro familiar.	Inauguración del Hospital Nacional de Niños en 1964. Inauguración del Hospital México en 1969.	Mejoría de la cobertura de servicios de salud (CCSS), de salud ambiental (MS, AyA), inmunizaciones, nutrición escolar.	EBAIS” (sigla de “Equipo Básico de Atención Integral de la Salud”) son la pieza clave de la reforma para la prestación de servicios en el primer nivel de atención y el logro de objetivos de “efectividad”.	Fuentes alternativas de financiamiento para garantizar la sostenibilidad del modelo de atención en salud.		

Creación de la Secretaría de Estado en el Despacho de Salubridad Pública y Protección Social. (1927).	Ley No. 24, incorpora el seguro obligatorio en la sección III "En las Garantías Sociales" de la Constitución Política.	Desarrollo efectivo del Programa de Unidades Móviles en el Área Rural (PUMAR).	Reducción del gasto público en salud, como consecuencia de la crisis financiera que afectó la economía nacional y las condiciones de vida de la población.	Reglamento para la afiliación de los trabajadores independientes y reglamento de salud.	Fortalecimiento e innovación en los servicios de nutrición y desarrollo infantil dirigidos a niños desde su gestación hasta los 12 años de edad y en adolescentes.
Desarrollo de investigaciones en salud con énfasis en bocio endémico, enfoques inmunológicos, obtención de sueros antiofídicos (Clodomiro Picado).	Entra en vigencia el régimen de invalidez, vejez y muerte, para brindar a los asalariados la protección obligatoria.	Control y prevención de enfermedades inmunoprevenibles mediante programas de vacunación a nivel nacional.	Creación del Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA) (1986).	Incremento de hospitales, clínicas y centros de atención medica privada.	Promoción de la actividad física, la práctica del deporte y la recreación en todos los grupos etarios, con participación intersectorial.
Participación de profesionales costarricenses en el estudio de los sistemas de protección sanitaria de los trabajadores, que dieron origen	Se publica el primer Código de Salud, 1943.		Integración los programas de salud rural y salud comunitaria con el nombre de Programa de Atención Primaria de Salud.	Fortificación de alimentos con yodo, flúor, vitamina A, hierro y ácido fólico.	Fortalecer el tema de alimentación y nutrición con enfoque de prevención de la malnutrición y promoción de la salud.

a la Seguridad Social.

La Secretaría de Salud
pasa a llamarse
Ministerio de Salud
Pública.

Fortificación de la sal
con flúor.

Se crean los Centros
de Nutrición, que
atienden
menores de seis años,
mujeres
embarazadas y
en lactancia.

Creación de la
Escuela de Medicina
de la
Universidad de Costa
Rica. en 1947.

Fuente: Elaboración propia, con datos de Memorias Institucionales del Ministerio de Salud.

Anteriormente, se presentó una tabla con las características de los planes nacionales de salud correspondientes al período de estudio.

Dichas características se reflejan, de manera retrospectiva, con los principales acontecimientos ocurridos en Costa Rica de manera evolutiva y con un periodo de estudio de cada veinte años, describiendo, de esta manera, los atributos más relevantes de cada período.

Las instituciones que actualmente forman el sector salud fueron constituyéndose poco a poco a partir de la segunda mitad del siglo XIX. Conforme el país fue desarrollándose y organizándose mejor, se crearon centros de salud y programas dirigidos a combatir las mayores calamidades públicas, y posteriormente nacieron las instituciones especializadas en los diversos aspectos de la atención de la salud, por medio de un lento proceso de modernización.

Las principales instituciones que surgieron, como producto de este largo proceso, fueron: el Ministerio de Salud, la Caja Costarricense de Seguro Social, el Instituto Nacional de Seguros y el Servicio Nacional de Acueductos y Alcantarillados. Estas instituciones son algunas de las principales creadas con el fin de apoyar la salud de la población.

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Al proceder al análisis de la mortalidad por sexo en Costa Rica, se muestra el gráfico N° 4; en él se puede visualizar que la caída más importante en ambos géneros ocurre en la década de los 40 a los 50, pasando de tasas de mortalidad de 1794.6 a 1182.1 en la población masculina, y de 1621.0 a 1065.4 en la población femenina, por cada 100 000 habitantes. Posteriormente, las tasas muestran un comportamiento hacia la baja, sin experimentar grandes fluctuaciones. Esa tendencia decreciente de la mortalidad es resultado de la creación de la CCSS en el 1941.

Ya para el 2000 se contaba con una tasa para hombres y mujeres de 436.4 y 438.8 respectivamente. Esta caída se debe a la adopción de medidas sanitarias desarrolladas en el país, como el uso de antibioticoterapia, la construcción de nuevos centros hospitalarios, el desarrollo y políticas de salud en general.

Este gráfico muestra la brecha que ha existido en la tasa de mortalidad entre ambos sexos, desde la década de 1940 hasta el 2016; se puede observar cómo estas demuestran tendencias paralelas hacia la disminución; sin embargo, la población masculina siempre ha mostrado una tasa de mortalidad más elevada, en comparación con la femenina. Este fenómeno puede ser explicado por factores socioculturales de antaño, donde los hombres salían más a laborar, lo que les generaba mayor exposición a enfermedades y accidentes en general, mientras que las mujeres eran jefas de hogar, comportamiento que ha cambiado a lo largo del tiempo.

Es importante destacar que el país sufrió un aumento en las tasas de mortalidad de ambos sexos en el 2000, como consecuencia de que se dispararon las

enfermedades cardiovasculares, específicamente infarto agudo de miocardio; además, ya para el 2016 se alcanzaron los niveles más altos de mortalidad general de los últimos veinte años.

Esta situación, mencionada anteriormente, se debe al proceso de envejecimiento, pues al haber más personas en edades avanzadas, también aumentan las personas que fallecen. Además, el aumento de la mortalidad también se relaciona con la transición epidemiológica, puesto que incrementan las causas de muerte de tipo no transmisible, que se presentan más comúnmente en personas adultas.

En la tabla N° 3 se muestra la tasa de mortalidad a nivel general de la población, correspondiente desde 1920 hasta 1939, ya que no es posible evidenciar por género en estos periodos.

En el gráfico N° 5 se puede observar el comportamiento de los datos presentados en la tabla N° 3, los cuales evidencian que la mortalidad general de la población en dicho período ha sido bastante fluctuante.

Se cuenta con el registro censal, realizado en 1927, en el territorio nacional, donde se muestra una tasa de mortalidad femenina de 2137.5 y masculina de 2388,7 por cada 100 000 habitantes.

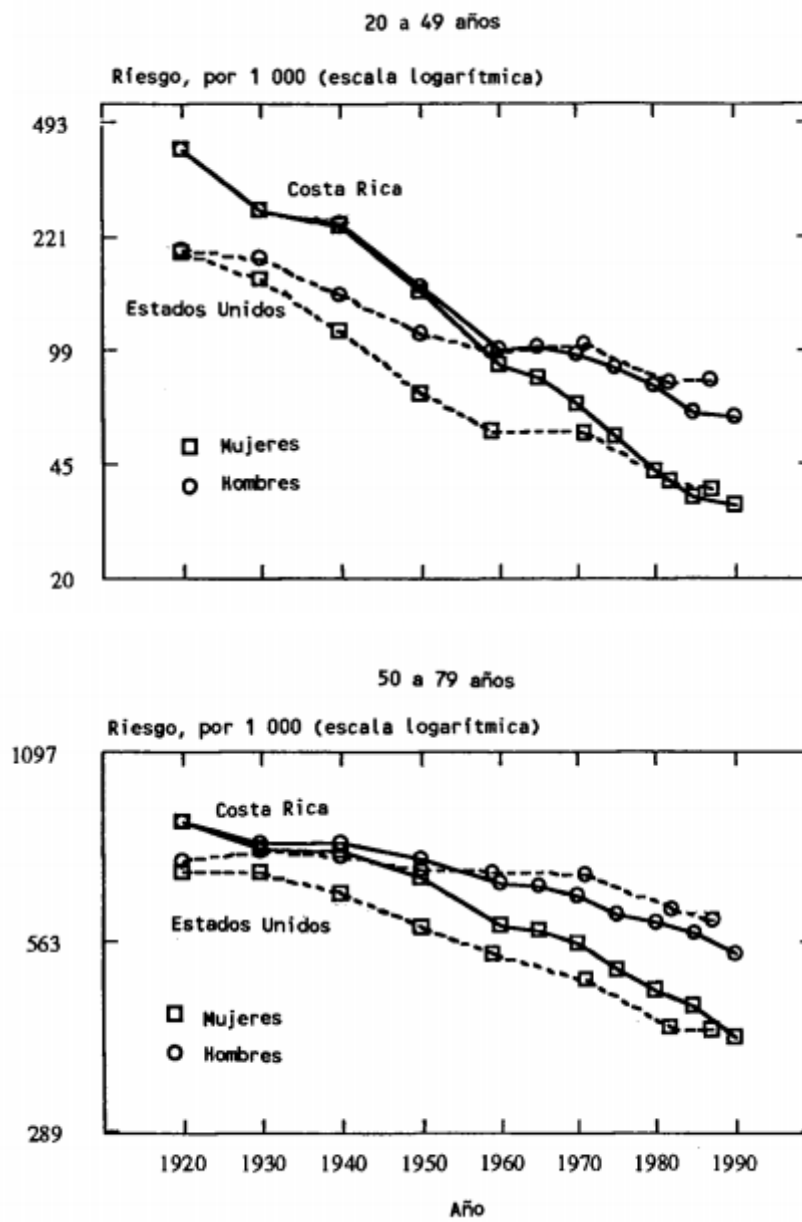
Es probable que la mortalidad comenzara a disminuir antes de fines del siglo, después de la epidemia de cólera, ocurrida en 1856.

Luis Rosero-Bixby,⁽⁴³⁾ en su trabajo sobre el análisis de la disminución de la mortalidad en adultos en Costa Rica, estudia cómo ha evolucionado esta, en comparación con la de otros países.

Como se evidencia más adelante, en el gráfico N° 5, si se compara con Estados Unidos, la reducción en Costa Rica ha sido extraordinaria, sobre todo en el caso de los varones. En 1920, el riesgo de muerte de los adultos jóvenes costarricenses (varones y mujeres) era el doble del de los estadounidenses, y en el caso de los adultos mayores, era un 16% más alto. Los varones costarricenses cerraron esta brecha en 1960, y actualmente tienen un riesgo de muerte 21% menor en los adultos jóvenes y 7% menor en las edades más avanzadas que los estadounidenses. ⁽⁴³⁾

Rosero también menciona en su estudio que, aunque la reducción de la mortalidad de varones adultos costarricenses ha sido más lenta que la de las mujeres, fue notablemente más rápida que la registrada en los países industrializados.⁽⁴³⁾ Por otra parte, la disminución de la mortalidad de las mujeres ha sido mucho más rápida que la de los varones, pero no lo suficiente como para alcanzar el nivel que caracteriza a los países industrializados.

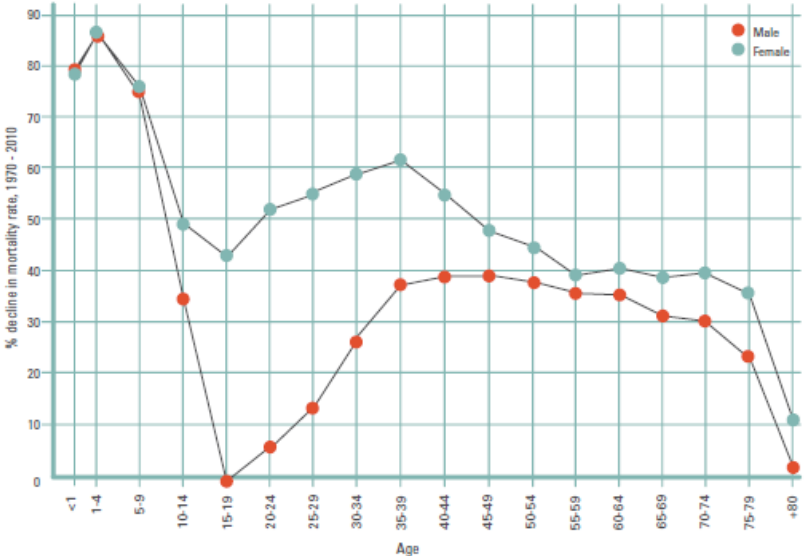
Gráfico N° 6. Riesgos de muerte en los grupos de 20 a 49 años y de 50 a 79 años en Costa Rica y Estados Unidos



Fuente: (43)

Al realizar la comparación en lo que respecta a cómo es el comportamiento en general de las tasas de mortalidad por sexos, el Instituto de Métricas en Salud analiza, en un documento sobre la carga global de la enfermedad, la disminución global en América Latina y el Caribe, mostrando el siguiente gráfico:

Gráfico N° 7. Disminución de la tasa de mortalidad por edad y sexo en América Latina y el Caribe, 1970-2010



Fuente: Instituto de Métricas de Salud y Evaluación⁽⁴⁴⁾

Otra forma de entender los cambios, en las tendencias demográficas globales, es explorar las reducciones en las tasas de mortalidad por sexo y grupo de edad.

El gráfico N° 7 muestra disminuciones en las tasas de mortalidad en América Latina y el Caribe, donde las tasas de mortalidad disminuyeron en más del 80% en hombres y mujeres de 1 a 4 años, entre 1970 y 2010. Al igual que con los resultados globales, las mujeres en casi todas las edades del grupo en la región

experimentaron mayores descensos en las tasas de mortalidad que los hombres. Las diferencias dramáticas entre hombres y mujeres aparecieron en los grupos de edad entre 15 y 35. La tasa de mortalidad aumentó en un 1% entre los varones de 15 a 19 años, en gran parte debido a las muertes por lesiones en la carretera y el aumento de la violencia.

El análisis de las causas de muerte da una idea de los factores que incidieron en la reducción de la mortalidad de adultos, pero también plantea interrogantes respecto de los posibles determinantes de las tendencias de la mortalidad; así como también el estudio de la variación por áreas de la mortalidad de adultos y su correlación proporcional, además, información sobre la influencia del desarrollo socioeconómico y las intervenciones de salud.

Es importante aclarar que, debido a la evolución y cambio de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), las causas presentan variaciones en su determinación y clasificación, por lo que las enfermedades que se unen son aquellas que a pesar de los años se mantuvieron con el tiempo.

Los cambios, en el nivel y estructura de la mortalidad por sexo y edad, están estrechamente vinculados con las variaciones en la mortalidad por causas específicas.

Las variaciones en los patrones de mortalidad se analizan a partir de la tabla N° 4, los cuales se presentan desde 1920, y por los restantes decenios en estudio, dejando en evidencia que el patrón de causas de muerte se ha modificado, ya que

a partir de 1980 se tiene en Costa Rica como primera causa de muerte el infarto agudo de miocardio.

Un aspecto sobresaliente de la evolución de las causas de mortalidad es la sustitución de las infecciones y enfermedades parasitarias, las cuales se mostraban como principales causas de muerte en el período comprendido de 1920 a 1950, por enfermedades del corazón que comenzaron a ganar terreno a partir de 1960, así como otras provocadas por el hombre, como las personas lesionadas en accidentes de tránsito, las cuales figuran hoy en día como las principales.

La contribución de la tuberculosis y el paludismo a la evolución inicial de la mortalidad fue extraordinaria; tanto así que para 1920 ocurrieron 337 y 431 muertes respectivamente, manteniendo esta tendencia creciente de la mortalidad hasta 1950.

El riesgo de muerte por enfermedades diarreicas y dolencias nutricionales registra una disminución sostenida durante el período; sin embargo, se presentan como principales causas de muerte en el período comprendido de 1930 a 1970, ocasionando un alto número de defunciones. Ejemplo de ello fueron los 1479 casos que fueron registrados durante 1940, de diarrea y enteritis en menores de 2 años.

A su vez, se evidencia la incidencia extraordinariamente alta del cáncer del aparato digestivo, sobre todo de estómago; reviste particular importancia apareciendo este como una de las principales causas de muerte a partir de la década de 1960 y hasta el 2016, registrando, por ejemplo, para este último año mencionado, un total de 654 muertes por tal padecimiento.

Las intervenciones terapéuticas, como el tratamiento de la tuberculosis pulmonar con antifímicos, de las infecciones respiratorias agudas con antibióticos o de la diarrea aguda con sales de rehidratación oral, no modifican el riesgo de enfermarse, sino solo en tanto el tratamiento temprano reduce el riesgo de contagio a otros miembros de la población.

Como comenta Frenk,⁽⁴⁰⁾ el efecto más importante de las intervenciones terapéuticas es el de disminuir la probabilidad de morir de los que ya han enfermado. La introducción de este tipo de intervenciones en poblaciones da lugar al efecto paradójico de incrementar el nivel absoluto de la morbilidad, al alargar la duración promedio de la enfermedad. En cambio, intervenciones preventivas primarias, como las vacunas, sí actúan sobre la probabilidad de enfermar. En todo caso, el principal efecto ha sido reducir el peso proporcional de las muertes por enfermedades infecciosas y parasitarias.

En un estudio sobre el perfil epidemiológico de América Latina y el Caribe, presentado por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), se detallan las primeras diez causas de muerte en la región, donde se puede apreciar que las enfermedades del sistema circulatorio representan la categoría que inesperadamente ha cambiado la dirección de su tendencia (de positivo a negativo) a lo largo de las últimas décadas como efecto de los descubrimientos médicos y tecnológicos, como se observa, por ejemplo, en Costa Rica, que representan la principal causa de muerte desde la década de 1980.

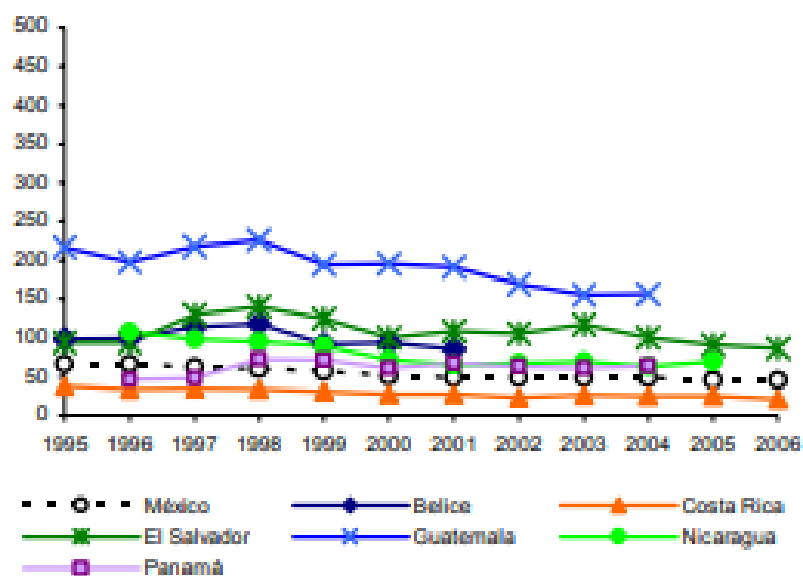
Al mismo tiempo enfermedades infecciosas modernas, como el VIH/Sida entran a ser parte del grupo de las diez causas principales de muerte en la región.

Tabla N° 15 América Latina y el Caribe: Primeras diez causas de muerte para el año 2001

Causas de muerte	Porcentaje del total de defunciones
Enfermedades isquémicas del corazón	10,9
Enfermedades cerebro vasculares	8,2
Condiciones perinatales	5,0
Diabetes mellitus	5,0
Infecciones respiratorias	4,8
Violencia	4,0
Enfermedades respiratorias crónicas	3,0
Accidentes automovilísticos	2,7
Hipertensión del corazón	2,7
VHI/Sida	2,5

Fuente: (45)

Gráfico N° 8. Tasa estimada de mortalidad por enfermedades trasmisibles por cada 100 000 habitantes



Fuente: (45)

El gráfico anterior muestra el alto nivel de heterogeneidad que caracteriza la región. Por ejemplo, en el caso entre Guatemala y Costa Rica, en la representación de las enfermedades transmisibles, se logra apreciar la superioridad que posee Guatemala, ya que se caracteriza por tener tasas superiores a 200 por 100.000 habitantes; mientras que Costa Rica posee tasas inferiores a 50 por 100.000 en todo el período de observación.

En el grupo de las enfermedades transmisibles, las causas de defunción más importantes son las infecciones intestinales (diarreas), seguidas por las enfermedades respiratorias agudas y las enfermedades evitables por inmunización. Como un grupo de causas específicas, la mortalidad por enfermedades diarreicas ha disminuido con mayor rapidez que la mortalidad, por todas las otras causas en conjunto. Sin embargo, las diarreas persisten como un problema de enfermedad y defunción para grandes segmentos de la población, lo que evidencia una nutrición y saneamiento ambiental deficiente.

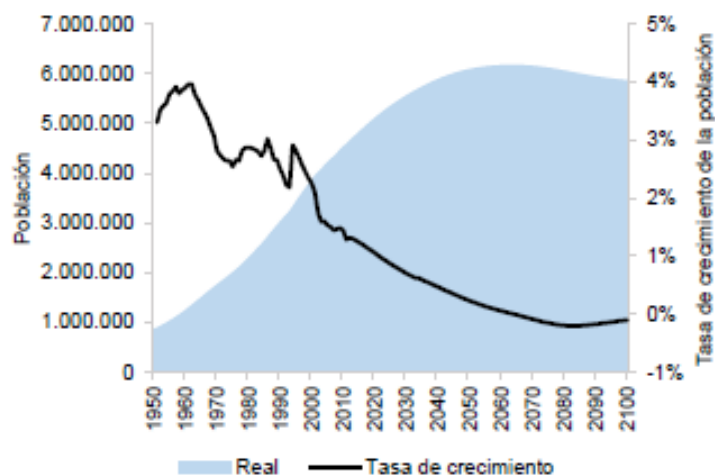
El concepto de transición demográfica resulta práctico para analizar las tendencias poblacionales recientes, y la proyección del tamaño futuro de la población. Aunque todos los países del mundo protagonizan este proceso, lo hacen a diferentes ritmos. En una formulación clásica, las etapas principales de la transición demográfica son cuatro: 1. incipiente (natalidad y mortalidad elevadas y relativamente estables, con crecimiento poblacional bajo); 2. moderada (mortalidad descendente, con natalidad estable o en aumento por la mejora en las condiciones de vida, con alto crecimiento poblacional); 3. plena (natalidad baja y mortalidad estable, con crecimiento

poblacional bajo), y 4. avanzada o muy avanzada (cifras bajas de natalidad y mortalidad, con crecimiento poblacional bajo o nulo).⁽⁴⁶⁾

Al proceder a realizar el análisis de las pirámides de población de Costa Rica desde 1950 y hasta el 2016, se deja en evidencia que, en la mitad del siglo XX, el país inició un rápido proceso de transición demográfica. Las mejoras en las políticas de salud pública entre 1930 y 1980 lograron controlar y reducir gran parte de las enfermedades infecciosas y la desnutrición, condiciones que explicaban la mayor parte de las muertes en esas décadas.

En 1950, la población costarricense no superaba las 900.000 personas; diez años después el número de habitantes había crecido a más de 1200 000 personas (gráfico N° 9). La mayor supervivencia de los recién nacidos y el crecimiento de la fecundidad generó una explosión poblacional.

Gráfico N° 9. Crecimiento y evolución de la población de Costa Rica.1950-2015



Fuente: ⁽⁴⁷⁾

Al iniciar con el análisis de lo que corresponde a personas dependientes, o lo que también se conoce como población menor de 15 años, se logra observar que para 1950 correspondía a 213 343 varones y 204 862 mujeres, representando dichas cifras un 22.3% y un 21.3% respectivamente.

Para la década de 1960 se continúa manteniendo esta tendencia creciente en la base de las pirámides, debido a que la población menor de 15 años correspondía al 22.3% para varones y de 21.9% para mujeres. Es entre la década del 60 y 70 cuando se empieza a registrar una pequeña disminución en la base de la pirámide poblacional. Para el 1970 se va a registrar un 22.2% y 21.5%, correspondiente a la población masculina y femenina respectivamente.

Se puede observar un fenómeno importante en el período comprendido entre el 1960 y 1970, ya que producto de la disminución de la tasa de natalidad y mortalidad, comienza el proceso de envejecimiento demográfico.

Ya para la siguiente década, correspondiente a 1980, la población menor de 15 años disminuyó extraordinariamente, mostrando un porcentaje menor en 4 puntos porcentuales.

Para las siguientes décadas, a pesar del aumento sostenido de la población, se continúa la tendencia a la baja para las personas menores de 15 años, también conocidas como dependientes.

Para el 2016, en el cual se concluye el estudio, se muestran tendencias aún más bajas, ya que ahora la población masculina y femenina menor de 15 años

representan tan solo el 11.2% y 10.7% respectivamente, del total de población costarricense, correspondiendo a 545 194 hombres y 520 588 mujeres.

El motivo de estas disminuciones es que, en el período comprendido desde 1980 hasta el 2016, las políticas de educación y control prenatal condujeron a una estabilización de la tasa de natalidad, mientras que el servicio médico universal brindado por la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) ha contribuido a la disminución de la tasa de mortalidad, y al aumento de la longevidad de la población.

El número promedio de hijos por mujer se redujo, por la oferta de los anticonceptivos en el mercado, los programas de planificación familiar y por cambios sociales y culturales, como las mejoras en el nivel educativo y la incorporación de las mujeres al mercado laboral.⁽⁴⁶⁾

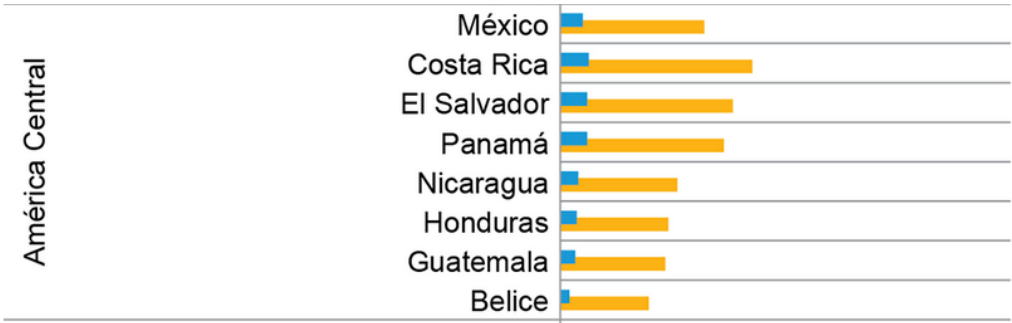
Al continuar con el análisis, se puede observar que la población, de edades intermedias entre 15 y 64, ha presentado aumentos a partir de 1950 hasta el 2016, situación que se considera potencialmente favorable para la sostenibilidad económica y social del resto de la población, posibilitando la mayor transferencia de recursos públicos y privados hacia la población en edades más bajas y más altas.

El análisis deja en evidencia cómo la población de 65 años o más ha aumentado con respecto a décadas de antaño. Por ejemplo, para el 2016 se contabiliza que el 4.3% de la población corresponde a personas mayores de 65 años; si se compara con la década de 1950, donde la población correspondía a 1.4%, se puede concluir que hay un aumento hasta de 3 puntos porcentuales a lo largo de las décadas,

permitiendo mostrar claramente que la población de Costa Rica continúa el mencionado proceso de envejeciendo demográfico.

La atención que tradicionalmente se prestaba a la salud infantil y las enfermedades contagiosas debe continuar, pero al mismo tiempo habrá que prestar mayor atención a las necesidades de salud de los adultos y las personas de edad avanzada. Es de vital importancia determinar las necesidades de salud más importantes de cada grupo, y hasta qué punto son eficaces las intervenciones disponibles.

Gráfico N° 10. Porcentaje de población de 60 años y más y de 80 años y más, 2015



Fuente: (48)

Como se puede observar, el proceso de envejecimiento demográfico no es propio de la población costarricense, sino más bien un proceso que se presenta a nivel mundial, pero cada país tiene su propio ritmo en el proceso de transición; por ejemplo, como se mostró en el gráfico N°10, Costa Rica y México muestran el porcentaje de personas con población más envejecida. Como se puede observar, la transición demográfica es un proceso complejo, donde los momentos de los cambios difieren de una sociedad a otra.

Tabla N° 16. Escenarios de la Transición Demográfica en América Latina

Escenario	Descripción	Crecimiento	Tipo de población	Países
Transición incipiente.	Alta natalidad y alta mortalidad.	2,5% anual.	Joven.	Bolivia, Haití
Transición moderada.	Alta natalidad y moderada mortalidad.	Cercano 3%.	Joven.	El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Paraguay
En plena transición.	Moderadas natalidad y mortalidad.	Moderado cercano al 2%.	En transición.	Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, México, Panamá, Perú, Rep. Dominicana y Venezuela
Transición avanzada.	Bajas natalidad y mortalidad.	Bajo el 1%.	Madura.	Argentina, Cuba, Uruguay y Chile.

Fuente: ⁽⁴⁹⁾

La tabla anterior, elaborada por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CELADE), muestra que Costa Rica se encuentra en plena transición, posicionándose al cambio hacia una transición avanzada.

Al analizar el escenario de los países que se encuentran en plena transición, misma posición que donde se ubica Costa Rica, se puede encontrar también a Brasil, Colombia, Ecuador, México, Panamá, Perú, República Dominicana y Venezuela. Se puede observar que estos países se caracterizan por poseer una fecundidad moderada y una mortalidad baja y moderada, caracterizándose también por tener tasas de crecimiento medio anual del 2%.

Este grupo cuenta con la mayoría de la población latinoamericana, dado que está compuesto por la mitad de los países de la región, y entre estos se ubican aquellos países con la población más numerosa. Este mismo hecho significa que hay comportamientos heterogéneos dentro del grupo.

En las Américas, la evolución de la transición demográfica se caracteriza por una clara expresión geográfica. En este sentido, históricamente, ha sido notorio el diferente grado de avance entre los países de América del Norte, respecto a la mayoría de los países de América Latina y el Caribe (ALC). En 1950, la gran mayoría de los países del centro y sur del continente estaban por iniciar la transición demográfica, mientras que Canadá y Estados Unidos ya se encontraban en la etapa plena de dicho proceso. Sin embargo, en tan solo cuatro décadas la mitad de ALC alcanzó dicho estadio, y la mitad restante llegó a la etapa avanzada. En ese momento, eran pocos los países que no habían iniciado la transición (Bolivia y Haití), o que la comenzaban (Belice, Guatemala, Honduras y Nicaragua). En el 2010 estos mismos países estaban en la etapa plena de su transición moderada, y el resto en una fase plena o muy avanzada. ⁽⁴⁶⁾

Al continuar con el análisis de los planes de salud, es importante conocer al respecto de su evolución, ya que las instituciones que actualmente forman el sector salud fueron constituyéndose poco a poco, a partir de la segunda mitad del siglo XIX. Conforme el país fue desarrollándose y organizándose mejor, se crearon centros de salud y programas dirigidos a enfermedades y, posteriormente, nacieron las instituciones especializadas en los diversos aspectos de la atención de la salud, por medio de un lento proceso de modernización.

Pueden reconocerse cuatro grandes etapas en la evolución institucional de la medicina en Costa Rica:

La primera se puede ubicar a mediados del siglo pasado, y se distingue por brindar una atención básica, particularmente a los más necesitados.

La segunda abarca fundamentalmente el período de 1900 a 1940, y se caracteriza por la introducción de programas de salud pública o salubridad, y la extensión del concepto de beneficencia para asistir a los pobres. Se creó lo que llegaría a ser el Ministerio de Salud.

La tercera se extiende de 1940 a 1970, y se caracteriza por un marcado interés en la medicina preventiva, el intento de formar un Sistema Hospitalario Nacional y la creación de la Caja Costarricense de Seguro Social.

La cuarta etapa se inició en 1970, con la elaboración y puesta en marcha de un Plan Nacional de Salud que tuvo, como principales objetivos, desarrollar un Sistema Nacional de Salud, abarcar a toda la población y controlar las infecciones comunes y la desnutrición.

Además, como se evidencia en la tabla N°14 de la investigación, se analiza que la década de 1920 marca el inicio de los programas sistemáticos de salud pública, gracias a la creación de la Subsecretaría de Higiene y Salud Pública en 1922, a la que se otorgó rango ministerio en 1929, cuyo principal objetivo era crear un programa para la atención de salud del costarricense, cuyos objetivos se basarían en el control de las enfermedades transmisibles como las diarreicas, la malaria y la tuberculosis.

Medidas básicas de saneamiento, higiene y aislamiento para evitar los contagios fueron probablemente los factores cruciales para los primeros avances.

Se da la creación del Departamento de Higiene Escolar Pública, cuya finalidad es proteger la salud de los niños entre los 7 y 14 años.

Para la década de los 20 ocurre una participación de profesionales costarricenses en el estudio de los sistemas de protección sanitaria de los trabajadores, que dieron origen a la Seguridad Social.

Se aprueba, en 1941, la ley que establece la creación de la Caja Costarricense de Seguro Social. Se crea con el fin de prestar atención médica y hospitalaria a los trabajadores del sector formal, y en 1955 se extenderían los beneficios a sus familiares. Este hecho importantísimo ocurre bajo el mandato de presidente Calderón Guardia.

Se establece el Programa de Enfermedad y Maternidad y el seguro familiar. Entra en vigencia el régimen de invalidez, vejez y muerte, para brindar a los asalariados la protección obligatoria.

Además, un hecho importante es que se publica el primer Código de Salud, en 1943. Se dio, además, la creación de la Escuela de Medicina de la Universidad de Costa Rica, en 1947, cuya finalidad obvia era educar a profesionales médicos para luego integrarlos al medio.

Durante la década de 1960 se crearon instituciones de carácter trascendental en pro de la salud; entre ellas están: el Servicio Nacional de Acueductos y Alcantarillados en 1961, hoy Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados, y la inauguración del Hospital Nacional de Niños en 1964, institución dedicada exclusivamente en pro de la salud de los niños costarricenses. Nace también la necesidad de crear y expandir instalaciones, y es por ello por lo que se crea e inaugura el Hospital México en 1969.

A principios de los años 70 se reorganizó el sector de la salud. Todos los hospitales pasaron a formar parte del sistema de seguridad social, lo que llevó a mejoría de la cobertura de servicios de salud.

Ocurrió, además, en el periodo entre 1978-1982, una reducción del gasto público en salud, como consecuencia de la crisis financiera que afectó la economía nacional y las condiciones de vida de la población.

Se integraron posteriormente los programas de salud rural y salud comunitaria, con el nombre de Programa de Atención Primaria de Salud.

Para el 2000 continuó el fortalecimiento y consolidación de la reforma en el sector salud, la cual dio inicio en 1994, cuyo 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.

Se da la creación de los EBAIS (sigla de “Equipo Básico de Atención Integral de la Salud”), los cuales son la pieza clave de la reforma para la prestación de servicios en el primer nivel de atención y el logro de objetivos de efectividad.

Para el 2016, el propósito del plan nacional de salud está enfocado en el fortalecimiento del sector salud, nutrición y deporte para la planificación, seguimiento y evaluación para el abordaje de los determinantes del proceso salud-enfermedad.

Se hace necesaria la creación de fuentes alternativas de financiamiento, para garantizar la sostenibilidad del modelo de atención en salud.

Se promueve, además, la actividad física, la práctica del deporte y la recreación en todos los grupos etarios, cuyo enfoque y propósito es prevención y promoción de la salud.

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES

- ∞ Las tasas de mortalidad por género han mostrado una disminución de manera paralela, aunque aún se mantienen tasas más elevadas en varones que en mujeres.
- ∞ La disminución de las tasas de mortalidad está principalmente ligadas a la adopción de tecnologías de salud pública de bajo costo y alta eficacia, como los antibióticos y las vacunas, además de la adopción de medidas generales por parte del Gobierno, como el establecimiento del sistema de seguridad social en 1941.
- ∞ La prosperidad y estilos de vida modernos podrían ser responsables de tendencias adversas en la mortalidad.
- ∞ Costa Rica actualmente presenta una profunda transición epidemiológica. La disminución de las enfermedades infecciosas y parasitarias ha sido sustancial, pero es aún insuficiente y ha ido acompañada de un incremento rápido de los procesos crónicos.
- ∞ La prevención de las enfermedades es hoy aún más importante que en el pasado en Costa Rica, porque los recursos que se requieren para atender adecuadamente los problemas crónicos son tan grandes que, si no se hace un esfuerzo en esa línea de acción, el país no va a poder costear lo que significa atender enfermos crónicos. Además, que los pacientes de tercera edad van a ser cada vez mayores y ellos tienen necesidades muy especiales, y su atención eleva mucho el costo del sistema de salud.

- ∞ El envejecimiento demográfico plantea retos importantes para el sostenimiento económico adecuado del sistema de salud costarricense.
- ∞ La CCSS es una institución que asumió el máximo de obligaciones conocido, y que infortunadamente todavía no aclara sus fuentes de financiamiento en forma nítida, ni en sus orígenes ni en su magnitud.
- ∞ Aunque es difícil encontrar una relación entre el ritmo de reducción de la mortalidad de adultos y las intervenciones de salud en Costa Rica, es claro que una de las causas de la reducción ha sido el desarrollo de la salud en el país.

6.2 RECOMENDACIONES

- ∞ Aumentar la base de datos digitalizada de INEC, con el fin de incluir la información de los anuarios estadísticos que anteceden a 1950, ya que estos no se encuentran digitalizados de manera apropiada para su adecuado estudio.
- ∞ Digitalizar la información de las memorias institucionales del Ministerio de Salud, con el fin de darle a conocer a la población los avances en el sector salud.
- ∞ Estudiar los datos faltantes sobre mortalidad por género del periodo de 1920 a 1926, así como de 1928 a 1939, para poder evidenciar, de forma certera, la disminución de las tasas por sexo.
- ∞ Promover estilos de vida saludable en la población costarricense, para que con ello se logre una disminución en su principal causa de muerte.
- ∞ Es necesario idear un modelo de prevención primaria, a fin de contener la amenaza creciente de las enfermedades crónicas y degenerativas. Los sistemas de salud están sometidos a una formidable presión, debida a la alta incidencia de enfermedades cardiovasculares y malignas.
- ∞ Se debe realizar un esfuerzo para reducir, a niveles mínimos, la incidencia de enfermedades infecciosas, promoviendo, por ejemplo, campañas de vacunación en la población.

- 3 Es necesario promover concientización, en la población costarricense, de que el uso en de los servicios sea proporcional a las necesidades de salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. E. Robles González, J. Bernabeu Mestre, F.G. Benavides. La transición sanitaria: Una revisión conceptual. 1996.
2. García-Moro C, Hernández M, Esparza M. Patrones de mortalidad y supervivencia en la población colonizadora de Magallanes (1885-1920). *Magallania (Punta Arenas)*. 2015; 43(2):45-56.
3. Temas de Poblacion_1_es.pdf [Internet]. [citado 30 de septiembre de 2018]. Disponible en:
https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/37301/Temas%20de%20Poblacion_1_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y
4. Bobadilla J, Sepúlveda J. L A TRANSICIÓN EPIDEMIOLÓGICA EN AMÉRICA LATINA 3. : 12.
5. Danilo Rayo Benavides. Costa Rica: Evolución de la mortalidad y los días de estancia por egresos hospitalarios. octubre de 2013; Disponible en:
http://estadonacion.or.cr/files/biblioteca_virtual/019/rayo_d_2013.pdf
6. Grettel López, Reinaldo Herrera, editores. Evolución Demográfica de Costa Rica y su impacto en los sistemas de salud y pensiones. Primer Edición. San José, Costa Rica; 2004.

7. Bixby LR. Assessing the impact of health sector reform in Costa Rica through a quasi-experimental study. 2004.
8. Cubero Dudisnkaya, E. LA REFORMA DE SALUD EN COSTA RICA, DIEZ AÑOS DESPUÉS. San José, Costa Rica: Universidad de Costa Rica; 2010.
9. Camargo-García SC, Cortés-Bermeo AM, Abreu-Flechas AK, Suárez-Rativa ME, Jiménez-Barbosa WG. Incentives and actors of Health Systems in Costa Rica, The United States of America, Canada, Chile and Ecuador-2015. *Universidad y Salud*. agosto de 2016; 18(2):385-406.
10. Bustamante C, Xinia, Alfaro B. Pan American Health Organization, Costa Rica, Ministerio de Salud. 100 años de salud: Costa Rica, Siglo XX. 2003;
11. Ortega Bolaños JA, García Ubaque JC. Planes De Salud En Sistemas De Aseguramiento: Realidades Y Prospectivas, Estudio De Evaluación. *Archivos de Medicina (1657-320X)*. enero de 2016; 16(1):124-32.
12. Guido Miranda Gutiérrez. La Seguridad Social y el Desarrollo en Costa Rica. Tercera edición. San José, Costa Rica: EUNED; 2003.
13. Reseña histórica de la Caja Costarricense de Seguro Social -El Espíritu del 48 [Internet]. [citado 18 de marzo de 2019]. Disponible en: <https://elespiritudel48.org/resena-historica-de-la-caja-costarricense-de-seguro-social/>
14. Salas Chávez, Castillo Martínez. Fundamentos conceptuales y operativos del Sistema Nacional de Salud y del modelo de atención de la salud. Curso

Especial de Posgrado en Gestión Local de Salud. Caja Costarricense de Seguro Social Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social. 2003.

15. Caja Costarricense de Seguro Social | Blog [Internet]. [citado 6 de noviembre de 2018]. Disponible en: <https://www.ccss.sa.cr/noticia?costa-rica-destaca-en-el-mundo-por-su-sistema-de-salud>
16. Caja Costarricense del Seguro Social. 2009 de 2006; Disponible en: http://www.ccss.sa.cr/html/organizacion/c_organizacion/c_org_06.html
17. Salud pública y políticas nacionales de salud en Costa Rica. Universidad Estatal a Distancia; 2003.
18. Sáenz RG. Desarrollo de la atención médica en Costa Rica. 31 de enero de 2017; Disponible en: <http://www.inif.ucr.ac.cr/recursos/docs/Revista%20de%20Filosof%C3%ADa%20UCR/Vol.%20XXIV/No.59/Desarrollo%20De%20La%20Atencion%20Medica%20En%20Costa%20Rica.pdf>
19. Salud A de SI. NUEVE. 31 de enero de 2017; Disponible en: [Saluwww.cendeisss.sa.cr/cursos/nueve.pdf](http://www.cendeisss.sa.cr/cursos/nueve.pdf)
20. Alfaro B., Blanco H. 100 años de salud en Costa Rica. San José: Organización Panamericana de la Salud. 2003.

21. Evolución Histórica [Internet]. [citado 18 de marzo de 2019]. Disponible en:
<https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/sobre-ministerio/evolucion-historica>
22. García González. El Sistema Nacional de Salud en Costa Rica. Generalidades, Primera Unidad Modular Colección Curso de Gestión Local de Salud. 2003.
23. Costa Rica, Ministerio de Salud, Pan American Health Organization. Perfil del sistema de servicios de salud de Costa Rica. San José, Costa Rica: Organización Panamericana de la Salud; 2004.
24. Vargas González W. Atención primaria de salud en acción: su contexto histórico, naturaleza y organización en Costa Rica. San José, C.R.: EDNASS, CCSS; 2006.
25. CCSS. CCSS tiene en funcionamiento 1 014 Ebais en todo el territorio nacional [Internet]. 2019 [citado 15 de octubre de 2018]. Disponible en:
<file:///C:/Users/Usuario/Downloads/ccss-tiene-en-funcionamiento-1-014-ebais-en-todo-el-territorio-nacional.pdf>
26. Caja Costarricense del Seguro Social. Financiamiento. mayo de 2011; Disponible en:
http://es.wikipedia.org/wiki/Caja_Costarricense_de_Seguro_Social
27. OMS | ¿Qué es un sistema de salud? [Internet]. WHO. [Internet]. 2017. Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/28/es/>

28. Instituto Nacional de Estadística y Censos de Costa Rica. (INEC). Panorama Demográfico [Internet]. 2013. [Internet]. Disponible en:
<http://www.inec.go.cr/sites/default/files/documentos/poblacion/publicaciones/repoblacion2013-04.pdf>
29. Porras BRG. ESTADO DE BIENESTAR Y CAMBIO: LA TRANSFORMACIÓN DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD EN COSTA RICA (1990-2014). : 416.
30. reglamento del seguro de salud.pdf [Internet]. [citado 21 de marzo de 2019]. Disponible en:
<https://costarica.eregulations.org/media/reglamento%20del%20seguro%20de%20salud.pdf>
31. Méndez LMR, Tovar DCR. COMPARACION DE LOS SISTEMAS DE SALUD DE CANADÁ, COSTA RICA, CHILE Y COLOMBIA: ORIGEN, EVOLUCIÓN Y FUTURO. 2012; 97.
32. Instituto Nacional de Estadística y Censos de Costa Rica. (INEC). Estimaciones y proyecciones de Población por sexo y edad 1950-2100.
33. Rosero - 1. SITUACIÓN DEMOGRÁFICA GENERAL DE COSTA RICA.pdf.
34. OMS | Mortalidad. WHO. [Internet]. 2017. Disponible en:
www.who.int/topics/mortality/es/
35. 122.pdf [Internet]. 2016. Disponible en:
http://roserobixby.com/Publicaciones_files/122.pdf

36. 85.pdf [Internet]. 2016. Disponible en:
http://roserobixby.com/Publicaciones_files/85.pdf
37. Karla Montero. CAMBIOS EN EL PERFIL DE MORTALIDAD EN COSTA RICA DURANTE EL PERÍODO 1940-2014. [San José, Costa Rica]: Hispanoamericana; 2018.
38. Rosero-demografica-2003.pdf [Internet]. 2016. Disponible en:
http://ccp.ucr.ac.cr/documentos/portal/publicaciones/Articulos_cientificos/Rosero-demografica-2003.pdf
39. Rosero-Bixby L. Situación demográfica general de Costa Rica. Evolución Demográfica de Costa Rica y su Impacto en los Sistemas de Salud y de Pensiones [Internet]. 2004 [citado 30 de septiembre de 2018]; Disponible en:
<http://biblioteca.ccp.ucr.ac.cr/handle/123456789/1254>
40. Frenk J, Bobadilla JL, Stern C, Frejka T, Lozano R. Elementos para una teoría de la transición en salud. Salud Pública de México. 10 de septiembre de 1991; 33(5):448-62.
41. Metodología de la Investigación -Sampieri- 6ta EDICION.pdf.
42. El internista en la práctica clínica habitual problemas y soluciones el enfoque descriptivo.pdf [Internet]. [citado 15 de octubre de 2018]. Disponible en:
<http://www.smschile.cl/documentos/cursos2008/medicinainternaavanzada/El%20internista%20en%20la%20practica%20clinica%20habitual%20problemas%20y%20soluciones%20el%20enfoque%20descriptivo.pdf>


43. Luis Rosero-Bixby. LA DISMINUCIÓN DE LA MORTALIDAD DE ADULTOS EN COSTA RICA [Internet]. Disponible en:
https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/12497/NP60-04_es.pdf;sequence=1
44. IHME_GBD_WorldBank_LatinAmericaCaribbean_FullReport.pdf.
45. Mariachiara Di Cesare. El perfil epidemiológico de América Latina y el Caribe: desafíos, límites y acciones. 2011.
46. Juan Chackiea, Renate Plaut. AMERICA LATINA: TENDENCIAS DEMOGRÁFICAS CON ÉNFASIS EN LA MORTALIDAD [Internet]. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/12495/NP60-01_es.pdf?sequence=1
47. Jiménez-Fontana P, Rosero-Bixby L. Cambio demográfico y transferencias generacionales en Costa Rica. 2017;(2017):21.
48. Mitchell C, <https://www.facebook.com/pahowho>. OPS/OMS | Once países de América Latina y el Caribe registraron avances en la reducción de la mortalidad materna, según nuevo informe de la ONU [Internet]. Pan American Health Organization / World Health Organization. 2014 [citado 20 de mayo de 2019]. Disponible en:
https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9552:2014-11-countries-latin-america-caribbean-reduced-maternal-mortality-new-data-show&Itemid=1926&lang=es

49. Rica C. Costa Rica: Prospectiva en el cambio demográfico al 2045. : 14.

ANEXOS

DECLARACIÓN JURADA

Yo Stephanie Paola Serrano Jiménez, mayor de edad, portadora de la cédula de identidad número 1-11447-0904 egresada de la carrera de Medicina y Cirugía de la Universidad Hispanoamericana, hago constar por medio de este acto y debidamente apercibida y entendida de las penas y consecuencias con las que se castiga en el Código Penal el delito de perjurio, ante quienes se constituyen en el Tribunal Examinador de mi trabajo de tesis para optar por el título de Licenciatura, juro solemnemente que mi trabajo de investigación titulado: “Origen, desarrollo y características de la transición sanitaria en Costa Rica 1920-2016”, es una obra original que ha respetado todo lo preceptuado por las Leyes Penales, así como la Ley de Derecho 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; incluyendo el numeral 70 de dicha ley que advierte; artículo 70. Es permitido citar a un autor, transcribiendo los pasajes pertinentes siempre que estos 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, quedo advertida que la Universidad se reserva el derecho de protocolizar este documento ante Notario Público. En fe de lo anterior, firmo en la ciudad de San José, a los veintisiete días del mes de mayo del año dos mil diecinueve.



Firma del estudiante

Cédula: 1-1447-0904

CARTAS DE APROBACIÓN

San José, 10 Abril 2019.

Dirección de registro
Universidad Hispanoamericana
Presente

La estudiante Stephanie Paola Serrano Jiménez, cédula de identidad número **1-1447-0904**, me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado: "**Origen, desarrollo y características de la Transición sanitaria en Costa Rica 1920-2016**" 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%	15%
c)	COHERENCIA ENTRE LOS OBJETIVOS, LOS INSTRUMENTOS APLICADOS Y LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACION	30%	25%
d)	RELEVANCIA DE LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	20%	20%
e)	CALIDAD, DETALLE DEL MARCO TEORICO	20%	20%
	TOTAL	100%	90%

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



Dr Christian Valverde Solano
Ced. 1-1375-0845
Cod. 13482

San José, 24 de mayo del 2019


Srs.
Departamento de Registro
Universidad Hispanoamericana
Presente

Estimados señores: La estudiante Stephanie Serrano Jimenez; cédula de identidad número:14470904, me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado: **"ORIGEN, DESARROLLO Y CARACTERÍSTICAS DE LA TRANSICIÓN SANITARIA EN COSTA RICA 1920-2016"**. 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 correspondientes a las observaciones indicadas.

Por consiguiente, este trabajo cuenta con mi aval para ser presentado en la defensa pública.

Atentamente,


Dra. Mariana Fallas Picado
Céd. 114880490
Cód. 14058

Licda. Zayda Ureña Araya
Filóloga U.C.R.
San Luis, Santo Domingo, Heredia Costa Rica. Teléfono 87526130
Carné 0163849, Colegio de Licenciados y Profesores. E-mail zaylaud1717@gmail.com

CONSTANCIA DE REVISION FILOLÓGICA DE TESIS

La suscrita, licenciada en Filología Española, Zayda Ureña Araya, hace constar que efectuó la revisión filológica del documento denominado **ORIGEN, DESARROLLO Y CARACTERÍSTICAS DE LA TRANSICIÓN SANITARIA EN COSTA RICA 1920-2016**. Este consiste en una TESIS PARA OPTAR POR EL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIATURA EN LA CARRERA DE MEDICINA Y CIRUGÍA, de la UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA. La postulante es STEPHANIE PAOLA SERRANO JIMÉNEZ.

Al respecto, indica que luego de efectuadas las correcciones necesarias, el documento se encuentra listo para su presentación y disertación, pues se ajusta a las normas gramaticales y ortográficas establecidas por la Ortografía RAE (2010) y a la modalidad de discurso, correspondiente a su especialidad.

Dado en San Luis, Santo Domingo, Heredia, Costa Rica, el 26 de mayo del dos mil diecinueve, a solicitud de la persona interesada, y para los efectos administrativos pertinentes.


Licda. Zayda Ureña Araya
