

MINISTERIO DE SALUD

ANALISIS
SECTORIAL
DE SALUD

COSTA RICA

2002



CON LA COOPERACION TECNICA DE OPS/OMS



MINISTERIO DE SALUD

**ANÁLISIS SECTORIAL
COSTA RICA
2002**

SECCIÓN I

**Dra. Rocío Sáenz Madrigal
Ministra
Coordinadora General**

**Msc. Edwin Acuña Ulate
Coordinador Análisis Sectorial**

**OPS/OMS
Cooperación Técnica**

San José, Costa Rica 2002

Agradecimientos

A OPS/OMS, Washington, por la cooperación técnica brindada para la ejecución de este análisis.

A la representación OPS/OMS en Costa Rica, por acompañar este proceso desde sus inicios brindando su colaboración técnica y metodológica.

A las instituciones del sector salud que dieron amplio apoyo al proceso.

A funcionarios del sector salud que participaron en cada uno de los grupos de trabajo constituidos.

A académicos de universidades públicas y privadas que participaron en los grupos en carácter de expertos.

A representantes de organizaciones sociales y gremiales del Sector Salud que brindaron su apoyo para la consecución de los objetivos.

A profesionales del Sector Salud que dieron su apoyo en cada una de las áreas de su conocimiento.

Al personal técnico y administrativo del Ministerio de Salud que colaboró en las distintas etapas de la elaboración del análisis.

ANALISIS DEL SECTOR SALUD COSTA RICA 2002 EQUIPOS DE TRABAJOS

CONTEXTO ECONÓMICO, POLÍTICO Y SOCIAL

Msc. Eddy Castro Alpízar	Banco Central de Costa Rica
Licda. Katia Fernández	Caja Costarricense de Seguro Social
Lic. Guido Barrientos	Estado de la Nación

EPIDEMIOLOGÍA Y DEMOGRAFÍA

Dr. Willy Carrillo Angulo	Ministerio de Salud
Dra. Teresita Solano Chinchilla	Ministerio de Salud
Dr. Hugo Arguedas Jiménez	Ministerio de Salud
Dra. María Ethel Trejos	Ministerio de Salud
Alejandra Acuña Navarro	Ministerio de Salud
Dra. Leda Charpentier González	Ministerio de Salud
Rosa María Vargas	Ministerio de Salud
Héctor Pérez Brignoli	Universidad Nacional
Teresita Guzmán Duarte	Consejo de Seguridad Vial
Humberto Paredes Montiel	Organización Panamericana de la Salud

ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

Mba. Eduardo Aguilar Jiménez	Caja Costarricense de Seguro Social
Mba. Albán de la O Espinoza	Caja Costarricense de Seguro Social
Msc. Jairo Niño Organización	Panamericana de la Salud
Licda. Ana C. León Vargas	Ministerio de Salud
Dra. Marcela Vives	Ministerio de Salud
Mba. Jorge Sequeira Benavides	Caja Costarricense de Seguro Social
Msc. Ricardo Jiménez Badilla	Caja Costarricense de Seguro Social
Licda. María Rocío Martínez Hidalgo	Caja Costarricense de Seguro Social

COOPERACIÓN EXTERNA

Beatriz Bolaños	Acueductos y Alcantarillados
Bach. Karina Guardia	Ministerio de Salud
Licda. Kattia Fernández	Caja Costarricense de Seguro Social
Licda. Mercedes Méndez	Caja Costarricense de Seguro Social

RECTORÍA Y FUNCIONES ESENCIALES DE SALUD PÚBLICA

Dra. Darlyn Castañedas López	Ministerio de Salud
Dra. Rocío Sánchez	Caja Costarricense de Seguro Social
Msc. Xinia Rodríguez	Ministerio de Planificación Nacional
Msc. Marielos Benavides	Caja Costarricense de Seguro Social
Licda. Xinia Gómez Sarmiento	Ministerio de Salud
Msc. Marielos Rojas Espinoza	Ministerio de Salud

PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

Dra. María Elena López	Ministerio de Salud
Dr. Francisco Gólcher	Ministerio de Salud
Dra. Lidieth Carballo	Ministerio de Salud

GASTO Y FINANCIAMIENTO DE LA ATENCIÓN A LA SALUD

Lic. Gustavo Picado	Caja Costarricense de Seguro Social
Elizabeth Rodríguez	Caja Costarricense de Seguro Social
Msc. Rodolfo Morera	Caja Costarricense de Seguro Social
Msc. Katty Sáenz	Caja Costarricense de Seguro Social
Walter Calderón	Caja Costarricense de Seguro Social
Andrés Acuña	Caja Costarricense de Seguro Social
Shirley Quesada	Organización Panamericana de la Salud
Marcela Román	Proyecto Estado de la Nación
Desirée Castrillo	Banco Central de Costa Rica
Carlos Carrillo	Banco Central de Costa Rica
Paúl Castro	Instituto Nacional de Seguros
Patricia Phillips	Instituto Nacional de Seguros
Sergio Russell	Instituto Nacional de Seguros
Mba. Sandra Barrientos	Ministerio de Salud
Lic. Jorge Enrique Araya	Ministerio de Salud

RECURSOS TECNOLÓGICOS

Ing. Edgar Morales González	Ministerio de Salud
Dra. Jacqueline Peraza	Ministerio de Salud
Msc. Jennifer Lee	Ministerio de Salud
Ing. Marco Antonio Mora	Caja Costarricense de Seguro Social
Ing. Germán Cabrera	Caja Costarricense de Seguro Social
Dra. Ginnette Castro	Caja Costarricense de Seguro Social

RECURSOS HUMANOS

Lic. Lisímaco Guevara	Ministerio de Salud
Msc. Anargeri Solano	Ministerio de Salud
Msc. Carmen Campos	Ministerio de Salud
Lic. Mario Zúñiga	Acueductos y Alcantarillados
Licda. Mauren Vizcaíno	Hospital CIMA San José
Msc. Odette Campos	ANPE
Lic. Jorge Soto	SIPECO
Msc. Rosy Carballo	Ministerio de Salud
Dr. Guido Ulate	Universidad de Costa Rica
Msc. Rocío Rodríguez	Universidad de Costa Rica
Licda. Ingrid Behm	Universidad de Costa Rica
Lic. Guillermo Abarca	Caja Costarricense de Seguro Social
Msc. Nery Parada	Caja Costarricense de Seguro Social
Dra. Sandra Murillo	Organización Panamericana de la Salud

OFERTA Y DEMANDA DE SERVICIOS DE SALUD

Dr. Francisco Gólcher Valverde	Ministerio de Salud
Dra. Lidieth Carballo Quesada	Ministerio de Salud
Msc. Jacqueline Castillo Rivas	Caja Costarricense de Seguro Social
Msc. Norma Ayala Díaz	Caja Costarricense de Seguro Social
Msc. Elizabeth Rodríguez Jiménez	Caja Costarricense de Seguro Social
Msc. Ligia Moya de Madrigal	Caja Costarricense de Seguro Social
Msc. Katty Sáenz Vega	Caja Costarricense de Seguro Social
Msc. Marielos Benavides Alvarado	Caja Costarricense de Seguro Social
Licda. Roxana Aguilar Arguedas	Caja Costarricense de Seguro Social

VIH/SIDA

Dra. Jessica Salas	Ministerio de Salud
Dra. Marcela Vives	Ministerio de Salud
Hilda Salazar	Ministerio de Salud
Dr. Ignacio Salom	Caja Costarricense de Seguro Social
Leylin Méndez	Caja Costarricense de Seguro Social
Zeidy Mata	Caja Costarricense de Seguro Social
Luis Valerio	Defensoría de los Habitantes
Cristina Garita	Coordinadora Red Nacional ONG
Luis Bernardo Villalobos	Universidad de Costa Rica

SALUD AMBIENTAL

Licda. Xinia Alvarado Zeledón	Universidad de Costa Rica
Ing. Luis Bermúdez Jiménez	Ministerio de Salud
Licda. Rosi Carballo Picado	Ministerio de Salud
Ing. Andrés Incer Arias	Ministerio de Salud
Licda. Vilma Pacheco Urpí	Ministerio de Salud
Ing. Federico Paredes Valverde	Ministerio de Salud
Licda. Elizabeth Solórzano Jiménez	Ministerio de Salud
Dr. Gerardo Vicente Salazar	Ministerio de Salud

SALUD MENTAL

Dr. Rigoberto Castro Rojas	Asoc. Cost. de Psiquiatría
Dra. Kattia Jiménez Reyes	IAFA
Dra. Giselle Amador Muñoz	IAFA
Dra. Rosa María Villalobos	Caja Costarricense de Seguro Social
Licda. Agnes Gutiérrez	Caja Costarricense de Seguro Social
Dr. Walter Ureña Quirós	Caja Costarricense de Seguro Social
Licda. Marianela Cubero	Patronato Nacional de la Infancia
Msc. Milagro Somarriba	Ministerio de Salud
Licda. Laura Noguera Quintero	Ministerio de Salud
Licda. Patricia Poltronieri	Ministerio de Salud
Dra. Carmen Macanche Baltodano	Ministerio de Salud

VULNERABILIDAD Y PREPARATIVOS PARA DESASTRES

Ing. Grettel Meneses	Ministerio de Salud
Dra. Azálea Espinoza	Ministerio de Salud
Dra. Sonia Cruz	Caja Costarricense de Seguro Social
Dra. Ileana Herrera	Ministerio de Salud

INTEGRACIÓN DE DOCUMENTOS

Msc. Carlos Fuentes Bolaños	CENDEISSS/Caja Costarricense de Seguro Social
Sr. Marvin Víquez	Ministerio de Salud

COOPERACIÓN TÉCNICA OPS/OMS

Dr. Philippe Lamy	Representante
Dr. Javier Santacruz	Consultor de Sistemas y Servicios de Salud
Dr. Humberto Montiel	Consultor de Epidemiología
Dra. Miryam Cruz	Consultora de Promoción de la Salud
Ing. Ricardo Torres	Consultor de Ambiente
Dra. Sandra Murrillo	Consultora de Nutrición

DIVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Dr. Daniel López Acuña	Organización Panamericana de la Salud
Dr. Priscilla Rivas	Organización Panamericana de la Salud
Dr. Eduardo Levcovitz	Organización Panamericana de la Salud
Dr. Fernando Lavadenz	Organización Panamericana de la Salud

EQUIPO DE APOYO

Mba. Vanesa Sánchez Carvajal	Ministerio de Salud
Sra. Natalia Solano Nájera	Ministerio de Salud

COORDINADOR ANÁLISIS SECTORIAL

Msc. Edwin Acuña Ulate	Ministerio de Salud

PROLOGO

La planificación gubernamental, es una acción necesaria e indispensable para orientar la actividad económica y social hacia el logro de metas superiores del desarrollo humano.

El punto de partida de todo proceso de planificación gubernamental, lo constituye el análisis cuidadoso de la situación que prevalece en los diferentes sectores sociales, con el fin de identificar no solo las fortalezas, sino también las debilidades, los problemas y los nudos críticos que limitan el desarrollo de las potencialidades humanas. Desde esta perspectiva de planificación, el análisis sectorial es un ejercicio necesario e indispensable al inicio de cada periodo de gobierno, y no obstante que debe ser ampliamente participativo para lograr consensos y acuerdos necesarios para la acción, es también indispensable que se realice en un tiempo relativamente corto, previo a la formulación de las políticas nacionales de cada sector y a los planes y programas sectoriales.

Al inicio del actual milenio, Costa Rica debe enfrentar nuevos retos para avanzar aún más en su desarrollo socioeconómico, sin embargo, la naturaleza de los retos en un marco caracterizado por la globalización, la pobreza en niveles preocupantes, los conflictos sociales, y una situación económica mundial fluctuante, nos obliga a ser extremadamente cautelosos en el uso de los cada vez más escasos recursos económicos y las cada vez mayores demandas y aspiraciones de la sociedad. La sociedad tiene razón en aspirar a mejores niveles de vida, de educación, de salud y de bienestar; el Gobierno por su parte, tiene la obligación de responder de la mejor manera, organizando una respuesta social coherente, para satisfacer esas genuinas aspiraciones.

Motivados por esas aspiraciones y retos de la sociedad y del Gobierno, juntos hemos formulado el Plan Nacional de Desarrollo 2002 – 2006, teniendo como marco general de actuación la lucha contra la pobreza, a partir de la cual se define una estrategia nacional sobre la base de los siguientes cinco ejes:

Estímulo y crecimiento de la producción para la generación de empleo.

Creación y desarrollo de capacidades humanas.

Armonía con el ambiente.

Seguridad ciudadana y administración de la justicia.

Transparencia en la función pública, participación ciudadana y relaciones exteriores y cooperación internacional.

El país y este Gobierno están decididos a cerrar las brechas indeseables entre pobres y ricos, entre los medios urbano y rural, entre los grupos minoritarios y los de las mayorías, entre géneros, entre regiones, entre los que gozan del bienestar y los que están excluidos, en suma, estamos decididos a construir una sociedad con mayor equidad, solidaridad y justicia social.

Además, Costa Rica se ha comprometido junto con 189 países con las “Metas del Milenio”, que traducen objetivos para avanzar en el desarrollo humano a nivel mundial, las cuales constituyen un marco de referencia para los propósitos de nuestro Plan de Gobierno y el Plan Nacional de Desarrollo.

Estas metas se resumen en los siguientes ocho puntos: erradicar la pobreza extrema y el hambre, lograr la enseñanza primaria universal, promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer, reducir la mortalidad infantil, mejorar la salud materna, combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades, garantizar la sostenibilidad del medio ambiente y fomentar una asociación mundial para el desarrollo.

Deseo hacer un público reconocimiento al personal del sector salud y en especial al Ministerio de Salud conductor de este proceso, quienes con la valiosa cooperación técnica de la centenaria Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), han hecho posible el presente análisis sectorial, el cual aporta y profundiza al diagnóstico efectuado para formular el Plan Nacional de Desarrollo y es un valioso instrumento para sustentar los objetivos y políticas de salud que en él se proponen.

Abel Pacheco de la Espriella
Presidente de la República

INTRODUCCIÓN

Este análisis del sector salud se sustenta en una revisión crítica de sus componentes, con el fin de extraer los elementos necesarios para mejorar su quehacer, de frente al acontecer social, económico y tecnológico de la época y a las demandas de la población por servicios de salud accesibles y de calidad. En el marco de este análisis se parte del principio que la salud es un bien público fundamental y por lo tanto, indispensable para lograr el desarrollo humano sostenible. El proceso salud, enfermedad y muerte es producto histórico social, condicionado y determinado por las condiciones de vida, ambientales, culturales y biológicas.

La revisión crítica, como premisa en la que se sustenta este análisis, significa no estar conforme con lo logrado hasta el momento y que se deben explorar nuevas posibilidades para el mejor uso y distribución de los recursos, dentro de un contexto que se caracteriza por una serie de restricciones, que solo son superables con el esfuerzo concatenado de la comunidad nacional.

Esta concatenación de esfuerzos, en el caso del sector salud, ha de regirse por los principios de la universalidad, la equidad, la solidaridad y la calidad de los servicios. Teniendo en consideración estos principios, uno de los objetivos del análisis sectorial es ahondar y poner al descubierto aquellos aspectos en donde el sistema de salud presenta fisuras o fallas relevantes, con el propósito de introducir las correcciones posibles con el apoyo de los actores sociales llamados a la formulación de políticas.

La modernización de los servicios de salud cuyos esfuerzos iniciales comienzan a finales de la década de los ochentas y principios de los noventas, respondió a factores críticos que replanteaban ajustes al financiamiento, la organización y la provisión de los servicios de salud dirigidos a la atención de las personas; se introdujeron medidas para flexibilizar los mecanismos de contratación y empleo, como una manera de enfrentar los retos de ese momento, pero sin que se comprometiera el sistema público de salud por caminos que no dan posibilidad de volver hacia atrás, tal como los de la privatización u otros sistemas que, desde su propia estructura, promueven la exclusión social. La irreverencia con que el país ha rechazado modelos sanitarios que se han introducido en otras latitudes y con diferentes expectativas de desarrollo social, ha hecho que se pueda mantener un sistema caracterizado por su universalidad y por un desempeño que ha permitido lograr y mantener, hasta ahora, indicadores de salud comparables a otros sistemas con mayor inversión y de países con una economía mas desarrollada.

Este análisis sectorial es el resultado del esfuerzo de catorce equipos de trabajo interinstitucionales e interdisciplinarios, quienes se dedicaron con verdadera responsabilidad y vocación a desarrollar cada uno de los temas que les fue encomendado, así como de la cooperación técnica recibida de la Organización Panamericana de la Salud. Esta cooperación se concretó en la propuesta de una metodología de trabajo así como en la asesoría técnica y acompañamiento continuos a lo largo del proceso de formulación del análisis sectorial.

Los cambios del sector salud como producto de la reforma y de los procesos de globalización, exigen una redefinición de los roles institucionales en el sistema de salud, así como de una mayor capacidad del Ministerio de Salud para ejercer su rol rector para conducir al sector, regular los bienes y servicios de salud, medir el desempeño de las funciones esenciales de la salud pública, modular el financiamiento de la atención en salud, vigilar el aseguramiento y armonizar la provisión de los servicios.

La estructura del presente documento se realiza por secciones y dentro de ellas los capítulos elaborados por los distintos grupos de trabajo. Esta estructura es la siguiente:

Sección 1: “Contexto General”

Capítulo I: Contexto Político, Económico y Social

Capítulo II: Análisis Demográfico y Epidemiológico

Capítulo III: Estructura Organizacional

Capítulo IV: Cooperación Externa

Conclusiones y Recomendaciones

Sección 2: “Funciones”

Capítulo V: Rectoría y Funciones Esenciales en Salud

Capítulo VI: Protección Social

Capítulo VII: Gasto y Financiamiento

Capítulo VIII: Provisión de servicios

8.1 Recursos humanos

8.2 Recursos Tecnológicos

8.3 Oferta y demanda en servicios de salud

Conclusiones y Recomendaciones

Sección 3: “Temas Especiales”

Capítulo IX: VIH-SIDA

Capítulo X: Salud Ambiental

Capítulo XI: Salud Mental

Capítulo XII: Vulnerabilidad y Prevención en Desastres.

Conclusiones y Recomendaciones

Finalmente, este análisis sectorial es un paso para la formulación de políticas de salud así como de los objetivos sanitarios, dirigidos a la reducción de las inequidades en salud.

En especial deseo dejar constancia de la seriedad y dedicación de todas y cada una de las personas que han hecho posible el presente análisis, en especial a la Organización Panamericana de la Salud por su colaboración, expresada en apoyo técnico y financiero durante todo este proceso.

María del Rocío Sáenz Madrigal

Ministra de Salud

TABLA DE CONTENIDO

PROLOGO	XI
INTRODUCCIÓN.....	XIII
I. CAPITULO I CONTEXTO ECONOMICO, POLÍTICO Y SOCIAL	5
A. RESUMEN.....	5
B. CONTEXTO ECONÓMICO.....	6
C. CONTEXTO POLÍTICO.....	14
D. CONTEXTO SOCIAL	21
E. BIBLIOGRAFÍA.....	33
II. CAPÍTULO II: ANÁLISIS DEMOGRÁFICO Y EPIDEMIOLOGICO	37
A. RESUMEN EJECUTIVO.....	37
B. INTRODUCCIÓN	41
C. ANÁLISIS DEMOGRÁFICO.....	41
1. Tendencias en la estructura de la población por edad y sexo.	42
2. Grupos de Cantones según Índice de Rezago Social (IRS).	44
3. Tendencias generales de la mortalidad y la fecundidad	46
4. Tendencias generales de la migración	46
5. Acceso a los servicios de salud	46
6. Problemas específicos de las poblaciones indígenas.	46
D. ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO	47
1. Tendencia de la Mortalidad General	47
2. Tendencia de la Mortalidad Infantil.....	48
3. Tendencia de la Mortalidad Materna.....	54
4. Enfermedades transmisibles	56
5. Plaguicidas y sustancias tóxicas	70
6. Accidentes de tránsito	73
7. Enfermedades no transmisibles.....	76
E. INCAPACIDADES	86
F. BIBLIOGRAFIA.....	89
III. CAPITULO III ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DEL SECTOR SALUD	93
A. INTRODUCCION.....	93
B. ANTECEDENTES.....	93
C. MARCO LEGAL	95
D. ORGANIZACIÓN Y ESTRUCTURA	95
1. Objetivos de la Instituciones del Sector Salud.	96
2. Misión.....	97
3. Propósitos, principios filosóficos y valores compartidos de las Instituciones del Sector	98
4. Visión.....	98
5. Estructura Organizacional	98
6. Ámbito de Control	99
E. FUNCIONAMIENTO.....	100
1. MODALIDADES DE ATENCIÓN EN SALUD	100
2. FUNCIONES DE LAS INSTITUCIONES PÚBLICAS DEL SECTOR SALUD	104
3. Políticas y objetivos estratégicos	110
F. BIBLIOGRAFÍA.....	115
IV. CAPÍTULO IV: COOPERACIÓN EXTERNA.....	121
A. RESUMEN.....	121
B. INTRODUCCIÓN.....	123
C. ESTRATEGIA METODOLÓGICA.....	123
1. Objetivo General	123

2.	<i>Metodología de la investigación</i>	123
3.	<i>Alcances y Limitaciones del trabajo</i>	124
D.	MARCO LEGAL Y POLÍTICO	124
1.	<i>Marco Legal</i>	124
2.	<i>Marco Político</i>	128
E.	COOPERACIÓN EXTERNA EN COSTA RICA.....	130
F.	SECTOR SALUD EN COSTA RICA	134
G.	BIBLIOGRAFÍA	139
H.	GRAFICOS.....	140
I.	SIGLAS	169
	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	173

SECCIÓN I

“CONTEXTO GENERAL”

CAPÍTULO I

“CONTEXTO ECONÓMICO POLÍTICO Y SOCIAL”

I. CAPITULO I CONTEXTO ECONOMICO, POLÍTICO Y SOCIAL

A. RESUMEN

Este capítulo perteneciente al contexto general, presenta los factores económicos, políticos y sociales que caracterizan el desarrollo de Costa Rica. En el contexto económico se expone el factor de crisis que ha venido afectando al país, como parte del deterioro sufrido dentro de un contexto global caracterizado por un desbalance en los términos de intercambio que se ha agudizado como consecuencia de la repercusión de la crisis internacional. Ello se manifiesta, por ejemplo, en los resultados de la balanza comercial y de la cuenta corriente de la balanza de pagos los cuales han puesto de manifiesto esa pérdida de dinamismo de la actividad económica.

En la parte económica se revisan algunos indicadores que explican la situación actual y que por sus particularidades afectan el desarrollo en general y al sector salud en particular.

En el contexto político se realiza una reseña de los avances realizados por nuestro país dentro de su marco de institucionalidad, así como de los esfuerzos desplegados para propiciar una serie de procesos dirigidos a introducir variaciones en las estructuras políticas, económicas y sociales, con el objetivo de alcanzar la sostenibilidad en el campo social y político, el económico y productivo, el ambiental y el desarrollo del recurso humano.

En el contexto social se exponen algunos indicadores relacionados, entre otros aspectos, con la educación, el empleo, la salud y la vivienda, a fin de exponer como ellos muestran los índices de desarrollo y los niveles de equidad entre poblaciones. Dentro de este contexto se examina el índice de pobreza para concluir que, considerando la línea de pobreza que se basa en el ingreso necesario para cubrir las necesidades básicas, encontramos que en el país cerca del 20% de familias (23% de la población) tiene ingresos insuficientes para enfrentar sus necesidades básicas. Ello implica que esta población sea la que se vea más afectada para lograr un real acceso a los servicios lo cual deriva en mayor iniquidad.

Todo lo anterior implica enfrentar una serie de desafíos para mejorar el desempeño y la sostenibilidad del sistema de salud, medularmente mediante el fortalecimiento de algunas transformaciones que actualmente lleva adelante el Ministerio de Salud en conjunto con las otras organizaciones que conforman el Sector Salud de Costa Rica y con organizaciones vinculadas a su quehacer.

Aún cuando Costa Rica se ha caracterizado por su relativa estabilidad política y por el apego de la población al sistema democrático, algunos elementos deben ser revisados con mayor detenimiento, pues se arrastran limitaciones importantes en la participación ciudadana y en el nivel de apoyo que tiene el sistema político costarricense, así como en la conjunción de esfuerzos para lograr mayor equidad.

En el apartado de recomendaciones se incluyen algunas como las siguientes:

Asegurar la sostenibilidad financiera del sistema para mantener la cobertura de servicios y la prestación con calidad.

Fortalecer el rol de rectoría del Ministerio de Salud.

Continuar con el proceso de consolidación del primer nivel de atención y fortalecer la red de servicios de salud.

Profundizar el proceso de desconcentración y participación social.

Seguir conduciendo la modernización y del desarrollo de la CCSS y de las demás organizaciones del Sector Salud.

B. CONTEXTO ECONÓMICO

Costa Rica, al ser una economía pequeña y abierta, está altamente expuesta a los cambios externos y su evolución depende en alto grado del desenvolvimiento de la economía internacional, principalmente de los Estados Unidos de América, nuestro principal socio comercial.

Ya en el 2000 la economía costarricense había experimentado una fuerte desaceleración, debido principalmente a un deterioro importante de los términos de intercambio y una acentuada debilidad de la demanda externa, lo cual también incidió desfavorablemente en la posición de reservas internacionales en poder del Banco Central de Costa Rica (BCCR) y contribuyó a registrar una tasa de inflación levemente superior a la de 1999.

La situación para el 2001 no mejoró. La economía de Estados Unidos, luego de haber experimentado una importante desaceleración, entró en una fase de recesión en el segundo semestre del año, los acontecimientos del 11 de septiembre ocurridos en dicho país acentuaron el efecto contractivo en la economía mundial, al afectar directamente las actividades relacionadas con el sector del turismo y otras como las exportaciones de microprocesadores; las ventas externas de banano bajaron y los precios del café en los mercados internacionales mantuvieron los niveles más bajos de las últimas décadas; asimismo, el gasto en bienes finales para consumo e inversión, de manera similar al registrado en el 2000, mantuvo un perfil muy bajo. Todo lo anterior se manifestó en un crecimiento modesto del producto interno bruto en términos reales (0,9%) y en una caída, por segundo año consecutivo, del producto per cápita. Como consecuencia de la baja actividad económica, la tasa de desempleo abierto aumentó de un 5,2% a un 6,1%.

Los resultados de la balanza comercial y de la cuenta corriente de la balanza de pagos pusieron de manifiesto esa pérdida de dinamismo de la actividad económica. En efecto, durante el año en comentario, las exportaciones FOB cayeron un 14,2% y las importaciones crecieron solo 3%, y el déficit de la cuenta corriente, como proporción del PIB, fue similar al registrado en el 2000.

Dadas las limitaciones impuestas a la economía por el entorno externo y las cuentas externas del país, a mediados de año se hizo necesario adoptar una política monetaria y cambiaria más activa. Así, el aumento en la pauta de devaluación en el segundo semestre del año, buscó mantener el alineamiento del tipo de cambio real con su tendencia de mediano y largo plazo y el alza en las tasas de interés pasivas tuvo como norte mejorar el perfil de competitividad de las inversiones financieras en colones frente a las denominadas en moneda extranjera. En lo referente a mantener la estabilidad interna y externa de la moneda, se alcanzaron resultados en alguna medida satisfactorios.

De igual manera, a pesar de la marcada debilidad mostrada por la demanda externa, las reservas internacionales netas del país aumentaron al final de ese año en USA \$12,1 millones, resultado atribuible a las entradas de capital privado, las cuales fueron lo suficientemente dinámicas (crecieron un 76,3%) para compensar no solo el déficit de cuenta corriente sino también el flujo neto negativo del Sector Público. Lo anterior deja ver el carácter relativamente constante de los flujos de inversión hacia el país y una política monetaria y cambiaria lo suficientemente adecuada para permitir, en medio de un entorno económico caracterizado por restricciones, una mejora en la posición externa.

SECTOR REAL

La oferta de bienes y servicios de la economía costarricense en el 2001 fue superior en un 0,7% a la observada un año previo, evidenciando el relativo estancamiento del gasto en bienes finales para consumo e inversión. En términos generales la evolución del sector real en el año en comentario fue muy similar a la del 2000.

De los dos componentes de la oferta (Producto Interno Bruto –PIB- e importaciones de bienes y servicios), las situaciones de mercado, interno y externo, mencionadas anteriormente afectaron más las compras de bienes y servicios producidos en el exterior (0,2% de crecimiento en términos reales, explicado por el aumento de las importaciones de servicios de un 4,1%, ya que la importación de bienes decreció un 0,6%), mientras que la producción interna aumentó un 0,9%, gracias a la mayor producción de servicios.

Al igual que en el año 2000, la evolución del PIB obedeció particularmente al descenso del valor agregado de la Industria Electrónica de Alta Tecnología (IEAT), el cual disminuyó 30% en el período. El resto de la economía tuvo un comportamiento en su producción bastante disímil, pues los sectores primario y secundario (sin IEAT) mostraron un relativo estancamiento al crecer en promedio un 0,3%, en tanto las industrias productoras de servicios y construcción aumentaron en el 2001 su valor agregado un 3,8%, respecto

al 2000. El PIB per cápita decreció un 1,6% y el PIB, sin la Industria Electrónica de Alta tecnología, aumentó ligeramente (0,2%) per cápita.

Demanda

La demanda interna en el año 2001 registró un repunte, explicado en buena medida por el resultado en la Formación Bruta de Capital Fijo (3,1%), ello debido a la mayor inversión en nuevas construcciones al superar lo invertido en el 2000 en un 7,8% (principalmente de viviendas y locales comerciales), así como por la acumulación de existencias, especialmente de productos importados. La inversión en maquinaria y equipo disminuyó 0,3% respecto al año anterior.

Producción

La tasa de variación del 0,9% del PIB obedeció particularmente al descenso del valor agregado de la Industria Electrónica de Alta Tecnología (IEAT), el cual disminuyó 30% en el período, debido a la contracción de los mercados internacionales, principalmente del estadounidense, para este tipo de bien y la competencia que enfrenta. En promedio, el resto de las industrias tuvo un crecimiento de 2,7%, acusando una desaceleración en la tasa de variación de 1,1 puntos porcentuales respecto al año inmediato anterior (3,8%). La actividad productiva en dicho año tuvo un comportamiento bastante disímil; en efecto, mientras los sectores primario y secundario (sin IEAT) tuvieron un relativo estancamiento al crecer en promedio un 0,3%, el sector terciario aumentó en el 2001 su valor agregado un 3,8%, respecto al 2000, destacándose por su mayor aporte las industrias de Transporte, almacenamiento y comunicaciones y la industria de la Construcción.

Ingreso

En el 2001, el ingreso nacional disponible real (IND) superó en un 2,5% al del año anterior, lo cual reflejó una mejora de 0,8 puntos porcentuales al incremento observado en el 2000. No obstante la menor tasa de crecimiento de 0,9% en los ingresos primarios generados en el proceso productivo, en contraste con el 2,2% en el 2000, la tasa de crecimiento del IND en el 2001 superó la del 2000 debido al fuerte decrecimiento de los pagos netos al exterior en términos reales por concepto de ingresos primarios, principalmente por las rentas de la industria electrónica de alta tecnología. También contribuyó positivamente, aunque en menor magnitud, el relativo mejoramiento de los términos de intercambio del año en comentario respecto al 2000. Si bien el incremento en los precios de importación fue superior a los precios de las exportaciones, debe recordarse que en el 2000 hubo un fuerte deterioro de los términos de intercambio debido principalmente al incremento en los precios internacionales de los combustibles, así como las acentuadas caídas en las cotizaciones externas del café, del banano y de otros bienes de exportación, especialmente de origen agropecuario. Los precios internacionales de los combustibles en el 2001 disminuyeron, después del fuerte incremento de más de un 60% que se observó en el 2000, además de que en términos generales, por la situación de recesión de la economía estadounidense y el relativo estancamiento del resto de los mercados internacionales, los precios de los bienes importados por el país aumentaron menos que los incrementos observados en el año inmediato anterior.

Precios

El BCCR había establecido en el Programa Monetario del 2001 una meta de inflación del 10%, sin embargo, en la revisión efectuada a mediados de ese año se consideró que, dado el desenvolvimiento desfavorable de la economía y los fuertes ajustes en las tarifas de los servicios públicos y otros bienes regulados ocurridos en el primer semestre del año, era necesario elevar el pronóstico de inflación de un 10% a un 11%. Al término del 2001, el Índice de Precios al Consumidor (IPC) mostró un crecimiento acumulado de un 10,96%, con lo cual se alcanzó dicha meta¹.

Las razones por las cuales al BCCR se le dificulta reducir la tasa de inflación en el largo plazo, obedecen a ciertas características de la economía costarricense. Estas limitaciones principalmente son el elevado y persistente déficit fiscal consolidado y determinados factores que inducen cierto grado de inercia inflacionaria, como el régimen cambiario y la política de indexación salarial. Por otra parte, en el corto plazo estas limitaciones consideran también los incrementos en los precios de bienes importados (hidrocarburos entre ellos) y factores internos tales como condiciones climáticas adversas y políticas de regulación de precios.

En las actuales condiciones, establecer metas de inflación muy bajas obligaría al Banco Central a aplicar una política monetaria muy restrictiva, con el consiguiente incremento en el corto plazo, de las tasas de interés, y dado su efecto sobre los costos financieros y el nivel de inversión, todo lo anterior podría contraer de la actividad económica y repercutir negativamente sobre el nivel de empleo.

Específicamente, en el comportamiento de los precios en el año 2001, medido por medio del IPC, destacan los incrementos en las tarifas de algunos bienes y servicios y algunos elementos inerciales.

CUADRO N° 1.
INDICADORES DE PRECIOS
Variaciones acumuladas a diciembre
-en porcentajes-
1999-2001

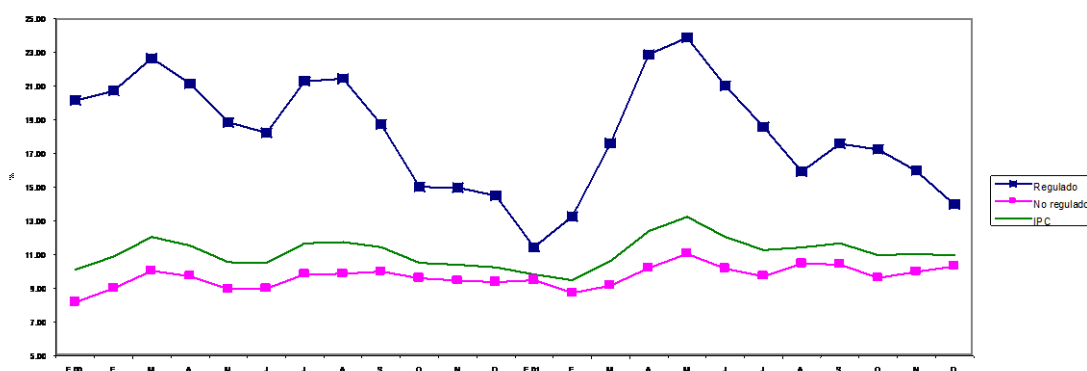
	1999	2000	2001
Índice de precios al consumidor	10,11	10,25	10,96
Regulados	16,69	14,51	13,95
No regulados	8,90	9,38	10,32
Índice de núcleo inflacionario	9,16	9,56	8,74

Los ajustes del componente regulado se dieron esencialmente a principios de año y provocaron una fuerte aceleración del IPC, como puede apreciarse en el gráfico adjunto. Los servicios regulados, especialmente energía eléctrica, agua, autobuses y teléfono, mostraron alzas que explican alrededor de un 25% del incremento acumulado del IPC durante el 2001. Sin embargo, dichos ajustes se caracterizan porque su efecto es de muy corto plazo y en consecuencia, tendió a desvanecerse en la segunda mitad del año. Así los crecimientos interanuales del IPC en el segundo semestre tendieron a ser inferiores a los del primer semestre, y ello a su vez estuvo influido por la desaceleración de los precios de los bienes transables.

Por su parte, algunos servicios no regulados (salud y domésticos, por ejemplo) mostraron en el transcurso del año crecimientos interanuales de alrededor del 15%, los cuales fueron superiores a los registrados durante el año previo. En conjunto, los servicios regulados y algunos no regulados explican aproximadamente el 43% del incremento del IPC en el período. Es pertinente indicar que los precios en estos mercados se caracterizan por un importante contenido inercial.

1 La meta de inflación la establece el BCCR sobre la base de la variación esperada del IPC en determinado período de tiempo.

GRÁFICO N° 1
IPC: General, Regulado y no Regulado
Crecimientos interanuales



Aunque se reconoce que en Costa Rica las tasas de inflación son relativamente altas en relación con algunos países del área, en los últimos tres años éstas han oscilado entre un 10,1% y un 11%, estabilidad que es esencial para que los agentes económicos realicen planes de gasto e inversión con mayor confianza en el futuro, contribuyendo a mantener el crecimiento de la actividad económica dentro de una ruta sostenible.

Sector externo

La tasa de crecimiento del Producto Interno Bruto mundial decayó de 4,7% en el 2000 a 2,4% en el 2001, con una tendencia desfavorable conforme avanzó el año. La desaceleración económica, por primera vez en los últimos veinte años, afectó los tres principales centros de actividad industrial, Estados Unidos, la Unión Europea y Japón.

CUADRO N° 2

ALGUNOS INDICADORES DE LA ECONOMIA MUNDIAL							
	Porcentajes						
	Producto Interno Bruto				Partic. en PIB Mundial	Partic. en export. bienes y serv. Mundo	Porcent. Poblac. mundial
	1999	2000	2001	2002			
Mundial	3,6	4,7	2,4	2,4	100	100	100
Economías Desarrolladas	3,3	3,9	1,1	0,8	57,1	75,7	15,4
Estados Unidos	4,1	4,1	1,0	0,7	22,0	14,2	4,6
Unión Monet. Eur.	2,6	3,4	1,5	1,2	16,0	28,7	5,0
Japón	0,7	2,2	-0,4	-1,0	7,3	7,0	2,1
Países en desarrollo	3,9	5,8	4,0	4,4	37,0	20,0	77,9
América Latina	0,1	4,1	1,0	1,7	8,4	4,5	8,5
Países en Transición	3,6	6,3	4,9	3,6	5,9	4,3	6,7

Fuente: World Economic Outlook, Dic. 2001
 Área de Análisis Cambiario y Otros Asuntos del Sector Externo

Los factores determinantes en la desaceleración mundial estuvieron relacionados con el alza de los precios del petróleo, la des-inflación de la burbuja en el mercado de valores tecnológicos y el incremento de las tasas de interés en los Estados Unidos y en los países de la Zona del Euro en el 2000. En las economías desarrolladas se sumaron factores internos asociados con la disminución de la confianza de los consumidores e inversores que impactaron el consumo privado, la inversión y las tasas de desempleo. Estos resultados afectaron negativamente las actividades económicas del resto de los países a través del menor dinamismo del comercio mundial, de la disminución de los precios de las exportaciones de bienes primarios y de los menores flujos de

capital. En efecto, el volumen del comercio mundial de bienes y servicios creció apenas un 1% en el 2001 en contraste con el 12,4% de un año antes. Los acontecimientos del 11 de Setiembre en los Estados Unidos también contribuyeron al debilitamiento de la economía mundial.

La economía de los Estados Unidos registró una brusca caída en la actividad económica al aumentar la producción en 1% en el 2001, muy inferior al 4,1% del año precedente. Para revertir la fuerte desaceleración económica las autoridades de la Reserva Federal de los Estados Unidos aplicaron una serie de rebajas en las tasas de interés llevando el rendimiento de los bonos del tesoro a seis meses desde 5,5% el último día del 2000 a 1,7% doce meses después. Paralelamente, el Gobierno apoyó esas medidas mediante un plan de gastos y la reducción de impuestos para estimular el consumo y la inversión.

La tasa de crecimiento económico de la Unión Europea fue estimada en un 1,5% en el 2001, prácticamente la mitad de la registrada en el año anterior. El Banco Central Europeo, al igual que otros bancos centrales de países desarrollados, implementó una política monetaria expansiva a fin de estimular la actividad económica. Si bien lo anterior fue favorecido por una disminución de los precios del petróleo y un relajamiento de las presiones inflacionarias, la recuperación del ritmo de crecimiento no se alcanzó conforme a lo planeado pues al terminar el año los indicadores económicos mostraban resultados aún confusos.

La economía de Japón entró en recesión en el 2001 al registrar una caída de 0,4% en el PIB, originada en la debilidad de la demanda interna y en la incertidumbre sobre el futuro de las reformas estructurales de las corporaciones y del sector bancario. El resto de los países asiáticos recién industrializados crecieron solo 0,4% en el 2001, muy inferior al promedio de 8% de finales de la década anterior. El menor ritmo de crecimiento en estos países obedeció al impacto negativo de la demanda externa de productos de alta tecnología en el mercado internacional y a la caída en la demanda doméstica.

El crecimiento económico de la región latinoamericana cayó de 4,1% en el 2000 hasta 1% en el año en comentario. Dicho desempeño está asociado con el menor dinamismo del comercio internacional, los precios relativamente bajos de los bienes básicos y las materias primas, los menores ingresos por turismo y los mayores “spreads” para acceder a los mercados internacionales de capitales. El impacto de esos factores externos adversos fueron parcialmente atenuados por las mejores condiciones estructurales que mostraron las economías de la región.

La región centroamericana, según cifras preliminares, registró un crecimiento económico para el 2001 de 2,3%, lo que en términos per cápita significa un empobrecimiento de la población. Lo anterior se atribuye a los efectos negativos de los terremotos que devastaron gran parte de la infraestructura de El Salvador, la sequía que impactó el sector agrícola principalmente de Honduras, El Salvador y Nicaragua y a finales de octubre, los efectos del Huracán Michelle el cual destruyó plantaciones agrícolas en Nicaragua y Honduras. A estos factores se sumaron los bajos precios de los principales productos de exportación y ello afectó los ingresos de divisas y en alguna medida influyó en los resultados de la región, los actos registrados en los Estados Unidos.

Al finalizar el año, la economía mundial dio algunos indicios de recuperación que aunque muy tenues, fueron importantes. En el último trimestre del 2001, la economía norteamericana creció 0,2% en contraste con los pronósticos de disminución. La confianza de los consumidores mostró un mejoramiento en el mes de diciembre y aumentó la demanda de bienes duraderos.

En el ámbito nacional, las políticas relativas al sector externo en el 2001 fueron orientadas a mantener una posición de balanza de pagos estable en un entorno externo caracterizado por la desaceleración de la economía mundial, deterioro en los términos internacionales de intercambio y ocurrencia de factores externos que mermaron el flujo de divisas al país, a partir de menores ventas externas de bienes y la desaceleración en la actividad del turismo receptivo. Dentro de ese marco, las autoridades responsables de ese sector económico continuaron impulsando la atracción de inversión extranjera, el mantenimiento de la competitividad internacional y el acceso a los mercados financieros internacionales.

En materia comercial, el país continuó implementando acciones para promover un acceso más amplio y seguro de los productos costarricenses en los mercados externos como medio de generación de oportunidades de expansión y desarrollo de las actividades comerciales con el resto del mundo. Con ese propósito a inicios del 2001 fueron ratificados acuerdos de promoción y protección recíproca de inversiones con la República Checa, Argentina, Paraguay, los Países Bajos y Venezuela. Paralelamente, en febrero del 2001 fue publicada la Ley No. 8055 “Ley para la Aprobación del Tratado de Libre Comercio entre Centroamérica y Chile”, la cual finiquitó los procedimientos jurídicos requeridos para la aprobación de ese acuerdo comercial. De igual forma, se concretó la negociación del tratado de libre comercio con Canadá y hubo avances significativos en una iniciativa similar con República Dominicana y Panamá.

Los resultados de la balanza de pagos indican que la economía nacional absorbió en gran medida el efecto desestabilizador de los eventos externos negativos ocurridos en el 2001. En efecto, el déficit en el sector real de la balanza de pagos como proporción del producto interno bruto fue similar al del 2000 y los flujos netos

de capital alcanzaron a financiar dicho desbalance y generar un incremento en los activos externos netos del país. Buena parte de los recursos fueron canalizados al sector privado y bajo la modalidad de inversión extranjera directa, de manera que no hubo presiones sobre la capacidad de pagos del país.

En el 2001 la balanza de pagos reflejó un déficit en cuenta corriente de \$749,8 millones, lo que significó un 4,6% como proporción del producto interno bruto, porcentaje similar al del año previo. Este resultado fue en parte consecuencia del deterioro en los precios de los productos de exportación, especialmente café, y la prevalencia de precios altos de los hidrocarburos. Influyó además, la reducción en las ventas externas de banano y la contracción observada en las exportaciones de las empresas que operan en regímenes especiales de comercio exterior. El ingreso de capitales de mediano y largo plazo permitió financiar esta brecha.

La balanza comercial valuada sobre base FOB (Free on Board) y con ajustes de balanza de pagos registró un déficit de \$1.223,8 millones equivalente a un 7,6% del PIB, cifra superior a la observada en el 2000 de \$211,3 millones (1,3% del PIB). Este resultado tuvo sustento en la contracción de las exportaciones de 14,2% y el aumento de las importaciones FOB de 3%.

La contracción en las exportaciones obedeció principalmente a la caída en las ventas externas de las empresas amparadas a los regímenes especiales y en menor medida a la disminución en los valores exportados de las empresas no asociadas a regímenes especiales de comercio exterior. En efecto, las exportaciones de zonas francas y perfeccionamiento activo cayeron un 20% en tanto las exportaciones de mercancías generales un 6,8%, rubros que explicaron un 80% y 20% de la caída en las exportaciones totales, respectivamente.

El valor de las exportaciones tradicionales cayó 15,6% (\$135,6 millones) con respecto al 2000. En este resultado influyó la caída en el valor exportado de café por \$110 millones, producto del bajo precio internacional y los menores envíos de banano y azúcar. La industria de alta tecnología mantuvo la tendencia decreciente iniciada en el 2000 y fue el sector que más contribuyó a la caída en las exportaciones totales (un 88,7% de la reducción en las exportaciones totales fue explicada por la menor actividad de la industria de alta tecnología).

Entre los factores más relevantes en la evolución poco favorable de las exportaciones destacó la contracción de la demanda externa y el deterioro en los precios internacionales en especial de los bienes tradicionales y agroindustriales. En el caso de la industria de alta tecnología, la menor actividad ocurrió por la prevalencia de una mayor competencia en el mercado que generó una reducción importante en el precio final del producto.

En cuanto a las importaciones de bienes, las cifras preliminares por grupos económicos evidenciaron que las importaciones de consumo y materiales de construcción, aumentaron en 10,5% y 9,4%, respectivamente. Igual comportamiento mostró el grupo de materias primas que incrementó el valor importado en 4,9%. En contraste, el monto internado por concepto de compras externas de bienes de capital cayó 5% y 13% los combustibles y lubricantes. En esta última categoría influyó la reducción en el precio del cóctel que pasó de \$31,76 por barril en el 2000 a \$29,05 en 2001.

Finanzas públicas

Según cifras preliminares a diciembre de 2001, el déficit financiero del Sector Público Global Reducido² (SPG) fue de un 2,9% del PIB, porcentaje inferior en 0,9 puntos porcentuales al observado en diciembre de 2000. Este resultado obedeció tanto al mayor superávit generado por el resto del sector público no financiero reducido como a los menores déficit del Banco Central y el Gobierno Central.

La reducción del déficit financiero del Gobierno Central estuvo asociada a la mayor tasa de crecimiento de sus ingresos (18,1%) con respecto a la de sus gastos (15,4%), lo cual se reflejó en una disminución de la brecha entre estos dos rubros de un 3% del PIB, un año antes, a un 2,9% en 2001.

² Conformado por el Banco Central, el Gobierno Central y una muestra de instituciones públicas (Caja Costarricense de Seguro Social, Instituto Costarricense de Electricidad, Refinadora Costarricense de Petróleo y Consejo Nacional de Producción).

El comportamiento de los ingresos del Gobierno fue determinado por varios factores:

La aprobación de la Ley de Simplificación y Eficiencia Tributaria, Ley No. 8114, del 9 de julio de 2001, que entre otras modificaciones incluyó la reducción del plazo para la transferencia a Hacienda de los impuestos recaudados por concepto de ventas y consumo, lo cual favoreció la recaudación de estos gravámenes.

Las modificaciones introducidas a la ley del impuesto sobre la renta redundaron en una mayor recaudación de este tributo, pues entre otros aspectos incluyeron: el establecimiento de un impuesto único y definitivo de US \$125.000 anuales, para los bancos e instituciones financieras no domiciliadas en Costa Rica que posean vinculación con nuestro país; la disminución del gasto deducible que los contribuyentes pueden realizar para compensar el deterioro u obsolescencia de los activos generadores de renta; el incremento de la tarifa del impuesto sobre la renta de un 10% a un 15%, aplicable a dietas, gratificaciones y participaciones que reciban ejecutivos, directores y consejeros de sociedades u otro tipo de entes, así como sobre los salarios en especie u otros pagos de similar naturaleza; también se incluyó a las universidades privadas como contribuyentes de este gravamen e introdujo un impuesto del 8% sobre las operaciones de recompras y reporto de valores.

En 2001 ingresaron cerca de ₡8.000 millones por concepto de impuestos de ventas, consumo y renta que correspondían al año 2000, producto de la amnistía decretada por el Gobierno para el pago de estos tributos.

La reducción de casi un 50% de los Certificados de Abono Tributario (CAT) presentados al Gobierno para su redención, incrementó la renta gravable de las empresas.

La aplicación del Código de Normas y Procedimientos Tributarios le permitió al Ministerio de Hacienda cerrar los negocios que retuvieran el traspaso de los impuestos de ventas y consumo.

Por otra parte, los sueldos y salarios y el pago de intereses de la deuda pública continúan siendo los principales disparadores del gasto gubernamental, pues tuvieron un incremento del 18,2% y 21,8%, en su orden, con respecto al 2000. En el caso del servicio de intereses, a pesar de la caída experimentada por la tasa media de interés durante este período, el gobierno colocó una mayor cantidad de bonos para atender, entre otros rubros, la cancelación anticipada de sus obligaciones con el Banco Central de Costa Rica, según lo dispuesto en el artículo 175 de la Ley 7558. Además, con la colocación adicional de US \$ 250 millones de bonos en el exterior se elevó a US \$1.000 millones el saldo de los títulos colocados entre 1998 y 2001 a tasas fijas. Ahora bien, a pesar que una proporción de estos US \$1.000 millones fueron utilizados para cancelar también otras deudas externas, el servicio de los intereses de la deuda externa aumentó su importancia relativa dentro del pago total de intereses de la deuda pública (18,6% en 2001 frente a 13,2% en 2000).

Por el contrario, el total de gastos netos de intereses más bien redujo su tasa de crecimiento en 4,0 puntos porcentuales con respecto a igual período de un año antes, debido básicamente, al menor crecimiento de las transferencias corrientes al sector público y a la caída de 5,7 por ciento de los gastos de capital.

Como consecuencia del comportamiento apuntado para los ingresos y los gastos del Gobierno Central, el superávit primario se incrementó en 0,5 puntos porcentuales del PIB (₡32.249 millones) mientras los desembolsos por intereses aumentaron en 0,4 puntos porcentuales del PIB, según se ilustra en el siguiente cuadro.

CUADRO N° 3
SITUACIÓN FINANCIERA DEL GOBIERNO CENTRAL
 Cifras en términos del PIB

	2000	2001 1/
Déficit financiero total	-3,0%	-2,9%
Superávit primario	0,6%	1,1%
Déficit por intereses	-3,6%	-4,0%

1/ Cifras preliminares.

Fuente: Ministerio de Hacienda.

Durante el 2001, el Gobierno financió su déficit principalmente, mediante la colocación de títulos de propiedad en el mercado interno, cuyo saldo neto se incrementó en ¢163.429 millones. El financiamiento externo neto alcanzó los ¢82.065 millones lo que implicó un incremento de ¢7.937 millones con respecto al 2000 (¢74.128 millones).

El resto del sector público no financiero reducido registró un superávit superior en 0,2 puntos porcentuales del PIB al de un año antes y en ello influyó fundamentalmente, el mayor superávit generado por el ICE producto de los aumentos aprobados al inicio de este año por la Autoridad Reguladora de los Servicios Públicos.

Por otra parte, el menor déficit del Banco Central obedeció principalmente, a la disminución de la tasa media de interés³ durante este período con respecto al mismo lapso del año anterior y a la cancelación anticipada por parte del Gobierno Central de las obligaciones cuasifiscales estipuladas en el artículo 175 de la Ley 7558, lo cual permitió disminuir sus desembolsos por intereses y sus necesidades de absorción de liquidez.

Deuda pública

Según cifras preliminares, el saldo de la deuda pública total⁴ (¢2,81 billones en el 2000 y ¢3,04 billones en el 2001), en términos del PIB, se mantuvo invariable en un 57,3%, entre diciembre del 2000 y 2001; aunque su composición según origen interno y externo mostró variaciones equivalentes pero con signo contrario. En efecto, la deuda pública externa incrementó su participación relativa con respecto a la deuda total y al PIB, en su orden, de 34,4% a 34,5% y de 19,7% a 19,8%, principalmente por el mayor financiamiento externo neto requerido por el Gobierno Central, y la deuda interna se redujo en 0,1 puntos porcentuales en ambas relaciones.

En la composición de la deuda, según el ente emisor, destaca el incremento en la participación relativa de las deudas del Gobierno, que pasaron de representar un 63,2% en el 2000 a un 67,7% en el 2001, producto en parte de la mayor colocación de títulos de propiedad que realizó la Tesorería en el mercado doméstico para atender la cancelación adelantada de las deudas cuasifiscales del Banco Central y otras obligaciones financieras y de caja; en el caso del Banco Central su participación se redujo de 28% a 24,5%, durante ese lapso

³ El promedio ponderado de la tasa básica pasó de 17,1% en el 2000 a 15,1% en el 2001.

⁴ Incluye el saldo de la deuda pública externa; el valor de mercado de la deuda interna bonificada del Gobierno Central, el saldo de BEM en moneda nacional, Certificados de Depósitos en dólares del Banco Central (CERTD\$), los depósitos a plazo en moneda extranjera constituidos por los bancos comerciales del Estado, otras emisiones de bonos en moneda extranjera asociadas a programas de conversión deuda externa realizadas a inicios de la década de los noventa y, otros bonos deuda interna del resto del sector público.

C. CONTEXTO POLÍTICO

Costa Rica fundamenta su institucionalidad jurídica, económica y social en la Constitución Política de la República que data de 1949, año cuando fue promulgada por la Asamblea Nacional Constituyente al final de uno de los procesos más turbulentos y germinales de la historia costarricense, el cual incluyó además la abolición del ejército.

División de poderes

El gobierno de la República, tal y como lo establece el Artículo 9 de nuestra Carta Magna, “... es popular y representativo, alternativo y responsable. Lo ejercen tres Poderes distintos e independientes entre sí: Legislativo, Ejecutivo y Judicial.”

El Poder Legislativo es ejercido por la Asamblea Legislativa, un órgano parlamentario que consta de una sola cámara o plenario conformada por 57 diputados.

El Poder Ejecutivo, como su nombre lo indica, es el órgano ejecutor del Estado y lo ejercen en representación del pueblo el presidente de la República, que no puede ser reelegido, y sus Ministros. Las atribuciones de este poder de la República engloban prácticamente toda la actividad político-administrativa.

El Poder Judicial lo ejercen la Corte Suprema de Justicia y los tribunales que establezca la ley. Entre sus atribuciones están las de velar porque las leyes se cumplan y la jurisdicción contencioso-administrativa que tiene como objeto garantizar la legalidad de la función administrativa del Estado, de sus instituciones y de toda otra entidad de derecho público.

Además de las instituciones descritas hasta aquí, es necesario mencionar otras cuya misión no es menos importante tales como:

El Tribunal Supremo de Elecciones entre otras funciones están las de garantizar la pureza del sufragio, tutelar las garantías políticas y convocar a elecciones populares nacionales o de otro tipo.

La Defensoría de los Habitantes de la República, que es la encargada de proteger los derechos e intereses de los habitantes ante acciones u omisiones del sector público que les afecten.

La Contraloría General de la República, cuya misión es la de ejercer el control superior de la Hacienda Pública.

Gobernabilidad

El sistema democrático costarricense garantiza la participación ciudadana, lo cual permite al Estado establecer acciones más certeras dirigidas a la búsqueda de la igualdad, de la equidad y de la justicia social, además de crear el espacio para sentar las bases de una nueva ética en la sociedad. Los ciudadanos costarricenses tienen derecho a asociarse para fines lícitos, a reunirse pacíficamente y sin armas, ya sea para negocios privados, o para discutir asuntos políticos y examinar la conducta pública de los funcionarios, así como se garantiza la libertad de petición ante cualquier funcionario público o entidad oficial y el derecho a obtener pronta solución (Constitución Política art.25, art.26, art.27).

Por su parte, los ciudadanos extranjeros tienen los mismos deberes y derechos individuales y sociales que los costarricenses, con las excepciones y limitaciones que la Constitución y leyes establecen. No pueden intervenir en los asuntos políticos del país, y están sometidos a la jurisdicción de los tribunales de justicia y de las autoridades de la República, sin que puedan recurrir a la vía diplomática, salvo lo que dispongan convenios internacionales (Constitución Política art.19).

En Costa Rica cada cuatro años se realizan elecciones de Presidente y Vicepresidentes de la República, Diputados a la Asamblea Legislativa, miembros de las Municipalidades. Por mandato constitucional, los ciudadanos tienen el derecho de agruparse en partidos para intervenir en la política nacional, siempre que los partidos se comprometan en sus programas a respetar el orden constitucional del país. Los partidos políticos se constituyen en instrumentos fundamentales para la participación política y su estructura interna y funcionamiento deben ser democráticos (Constitución Política, art. 98).

“Históricamente, la simultaneidad de los tres procesos electorales provocaba que las elecciones legislativas y municipales siguieran la tendencia dictada por las elecciones presidenciales; sin embargo las

elecciones de 1994 y 1998, principalmente, marcaron una diferencia por el comportamiento del electorado que empezó a quebrar su voto a favor de otros partidos no tradicionales y en el ámbito municipal, por el surgimiento de partidos locales, que le imprimieron una dinámica distinta al proceso político, en varios cantones del país.” (Guzmán, J. pág.38).

En el año 2002, este proceso se caracterizó por el surgimiento de nuevas opciones electorales, lo que trajo como consecuencia que en la primera convocatoria a elecciones ninguno de los partidos políticos participantes en dicha contienda, alcanzara la mayoría de votos que excediera el 40% del número total de sufragios válidamente emitidos. La segunda elección popular de Presidente de la República, era una situación prevista en el artículo 138 de la Constitución Política de Costa Rica, razón por la cual el primer domingo de abril del 2002, el Tribunal Supremo de Elecciones convoca a participar en dicho proceso a los dos partidos políticos que obtuvieron el mayor número de sufragios, resultando vencedor el Partido Unidad Social Cristiana. Esta segunda ronda de votación y la conformación de una Asamblea Legislativa multipartidaria, deja en evidencia el debilitamiento del bipartidismo y la necesidad del Poder Ejecutivo de asumir nuevos retos, pues el panorama actual con tres fracciones parlamentarias mayoritarias, Partido Unidad Social Cristiana, Liberación Nacional y Partido Acción Ciudadana y una mayor representación de la fracción minoritaria del Movimiento Libertario, obliga necesariamente, en un sistema democrático, a alcanzar acuerdos políticos, que legitimen el proceso de toma de decisiones del Poder Ejecutivo.

Este nuevo ámbito político, a partir de las elecciones del 2002, evidenció cambios en el sistema de partidos políticos vigente, pasando de “un bipartidismo fuerte hacia un mayor pluralismo partidario”. El proceso electoral dejó de manifiesto que la sociedad costarricense, por medio de las herramientas de la democracia, exigió a “los partidos políticos tradicionales mayor compromiso con el bienestar de la población, con la transparencia en la gestión pública y con el desarrollo nacional con equidad.” (Guzmán, J. pág.38),

Ahora bien, aún cuando Costa Rica se ha caracterizado por su relativa estabilidad política y el apego de la población al sistema democrático, algunos elementos deben ser revisados con mayor detenimiento, pues se arrastran limitaciones importantes en la participación ciudadana y en el nivel de apoyo que tiene el sistema político costarricense.

En este contexto, las elecciones a regidores y síndicos se enmarcan dentro de un nuevo orden jurídico con las reformas del Código Municipal, las cuales tienen como objetivo fortalecer los distintos gobiernos locales del país, con el fin de dar una mayor y mejor respuesta a las principales demandas de las comunidades. Los alcaldes fueron electos el día 1 de diciembre del 2002, por primera vez, por medio de una elección popular propia, lo que les compromete aún más en fomentar espacios de participación de los ciudadanos en la toma de decisiones de su cantón y los ciudadanos, por su parte, deben comprometerse en ser vigilantes y actores del cumplimiento de las prioridades a nivel local y nacional a favor del desarrollo del país.

Una encuesta de UNIMER realizada en 1999, muestra que únicamente el 15,7% de las personas participa en una organización comunal, y quienes participan en estos grupos tienden a ser las personas de mayor edad, menor escolaridad y las que habitan en las zonas rurales. Pese a esta resistencia a incorporarse a las organizaciones, la participación es un derecho altamente estimado por la población (VI Informe Estado de la Nación).

Por otra parte, estudios recientes han encontrado evidencia de un creciente desencanto de la ciudadanía hacia el sistema institucional y político en el país (Seligson⁵) y que, de continuar esa tendencia, la gobernabilidad del país podría verse afectada. Si bien estos resultados son más favorables que los obtenidos en el resto de países de América Latina; las autoridades gubernamentales enfrentan el reto de recuperar la confianza de los ciudadanos en la políticas y sus instituciones, y de este modo detener dicha caída en el apoyo al sistema político costarricense.

También el Informe de la Auditoría Ciudadana de la Calidad de la Democracia, del Proyecto Estado de la Nación en el 2001, plantea que “las y los ciudadanos costarricenses están descontentos con su democracia... para ellos los partidos políticos son responsables de los problemas del país, la Asamblea Legislativa no funciona y los diputados no representan al pueblo, el Poder Judicial no garantiza justicia pronta, igual y cumplida; la administración del Estado esta trabada, la corrupción se enseñoorea impunemente, las municipalidades no rinden cuentas y las cámaras empresariales y los sindicatos merecen poca confianza”.

El abstencionismo en las elecciones de 1998 de 30% y del 2002 de 40%, es muestra de este alejamiento del ciudadano de la vida política del país, pero también se debe ver como generado porque las personas esperan de su democracia ciertas cosas que, por diversas razones, no están ocurriendo. Y es que la democracia no es percibida sólo como el acto de las elecciones, el cual se reconoce como un logro importante del país, pero que ya no suficiente para lograr una democracia de calidad. Ahora la ciudadanía pide de su democracia participar en las

⁵ Citado en el VI Informe Estado de la Nación.

decisiones, rendición de cuentas (reforma art.11 Constitución Política), transparencia en la administración, en fin, elementos que le dan nuevos atributos a la democracia.

El Informe de la Auditoría Ciudadana de la Calidad de la Democracia señala sobre esto que el 70,2% de las y los costarricenses no esperan que su democracia se limite a cumplir con los requisitos mínimos (elecciones), para ellos “una mejor democracia supone una convivencia política capaz de incursionar por nuevos rumbos, fuera del corsé de la democracia tradicional”. Y en este aspecto es fundamental que las instituciones del Estado respondan a esas aspiraciones de forma ágil, creativa y con amplia participación de la ciudadanía, para recuperar la confianza de las personas en el modelo político del país.

Según registros de la Unidad Técnica de Listas de Espera (UTLE) de la CCSS, entre septiembre y diciembre de 2001, 14.268 personas estaban en lista de espera para cirugías, con plazos mayores a los tres meses, en ocho de las especialidades críticas y 39.046 para procedimientos diagnósticos (gastroscopías, mamografías, ultrasonido ginecológico, TAC, colposcopías). Sin embargo, el número de personas que esperan por esos servicios no se conoce realmente, debido a que algunos hospitales o clínicas invisibilizan esta situación por medio de procesos que, sin ser ilegales, son poco transparentes en la asignación de fechas y esconden los retrasos en los servicios; por ejemplo, a la persona que presenta la referencia para el servicio, se le pide que regrese en dos o tres meses para asignarle la fecha de la nueva cita.

Trato ciudadano en las instituciones públicas

En el contexto de protección de los derechos de los ciudadanos y garantizar la transparencia en los trámites gubernamentales, surge el tema del trato que recibe el costarricense en las gestiones que realiza en las oficinas públicas y del derecho que tiene a la información. En este sentido, el maltrato al ciudadano surge cuando se dan situaciones que afectan negativamente los derechos o la dignidad de las personas durante el curso de una gestión en una oficina pública.

En el Informe de la Auditoría Ciudadana de la Calidad de la Democracia, se señala que el maltrato “es una práctica extendida en la administración pública”, para ello toman como referencia una encuesta nacional realizada en donde el 60% manifestó haber recibido información incompleta, el 44% no había logrado obtener la información que requería, el 35% manifestó que se le ha negado información y a un 16% le han pedido “mordida” para realizar un trámite. Además una de tres personas reporta haber sido discriminada cuando ha realizado gestiones ante instituciones públicas.

Asimismo, la Defensoría de los Habitantes señala que solo un 37,4% de las denuncias por maltrato al ciudadano se origina en la falta de capacidad institucional (infraestructura inadecuada). La mayoría de las denuncias se relacionan con el comportamiento de la funcionaria pública o el funcionario público (falta de respuesta, agresión verbal o física, abuso de autoridad).

Como atención a este problema se promulga la Ley No.8220, de Protección al Ciudadano del Exceso de Requisitos y Trámites Administrativos, de fecha 11 de marzo del 2002.

Datos referidos a la CCSS revelan que se han venido acumulando situaciones de malestar en los usuarios de los servicios de la CCSS, por cuanto la eficiencia y la calidad de los servicios prestados no merecen calificaciones positivas. A pesar de que la CCSS tiene una red considerable de establecimientos para brindar los servicios preventivos y de atención a la enfermedad, lo cual brinda a la población una cobertura bastante amplia, se requiere hacer esfuerzos para superar los factores antes señalados.

Sector Salud en Costa Rica

Durante la administración Luis A. Monge Álvarez (1982-1986), se elaboró el Plan Nacional de Desarrollo “Volvamos a la Tierra”. Este contempló una serie de direcciones políticas orientadas al fortalecimiento del sistema Nacional de Planificación, las cuales promovieron, entre otros, la emisión de los decretos ejecutivos que crearon los subsistemas de Dirección y Planificación Sectorial (DE14184- PLAN) y Dirección y Planificación del Sector Salud (DE-14313-SPPS PLAN).

Como complemento a lo antes expuesto, mediante Decreto Ejecutivo No.27446-S, se establece el Consejo Nacional del Sector Salud, como un órgano asesor, de consulta y de coordinación del Sector Salud, integrado por: Ministra de Salud, Viceministro de Salud, Presidente Ejecutivo y Gerente Médico de la Caja Costarricense de Seguro Social, Presidente Ejecutivo y Gerente del Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados.

Reforma del sector salud

La crisis económica del país caracterizada a lo largo de dos décadas por problemas de déficit fiscal, de deuda externa e interna, por la excesiva centralización, la ineficiencia y el crecimiento burocrático del aparato estatal, así como por las duplicidades, trajeron como consecuencia una reducción de los aportes del Estado al financiamiento del Sector Salud. Esta reducción repercutió en la ampliación de la cobertura y en el avance en el desarrollo de infraestructura, sin dejar de mencionar la limitada inversión en equipamiento y tecnología. En forma paralela a lo anterior, se inicia el debate nacional sobre el posible agotamiento del modelo de atención en salud vigente hasta ese momento.

En este contexto se toman decisiones políticas que afectaron el sector salud, en especial a la Caja Costarricense de Seguro Social y al Ministerio de Salud.

Así, en la década de los 90, como parte del proceso de reforma del sector salud y en virtud de los efectos de la Ley de Equilibrio Financiero del Sector Público N° 6955 del 24 de febrero de 1984, del tercer Programa de Ajuste Estructural (PAE III) y de las obligaciones de la Ley 7374 del 19 de enero de 1994, el Ministerio de Salud asume el ejercicio efectivo de la rectoría de la salud y traslada a la CCSS las actividades relacionadas con la atención directa de las personas. En 1992, el Proyecto de Rectoría y Fortalecimiento del Ministerio de Salud establece que:

“El Ministerio de Salud deberá asumir la rectoría de la salud, y la CCSS deberá asumir la prestación de los servicios integrales de la salud a las personas”.

En este marco, todos los programas que implican actividades de atención directa a las personas, incluyendo los servicios de apoyo clínico (laboratorio, farmacia y rayos X), además de la consulta prenatal, postnatal, planificación familiar, crecimiento y desarrollo, y otras, son transferidos a la CCSS.

A principios de 1995, el Ministerio de Salud comenzó la transferencia a la CCSS de los servicios de atención a las personas, tales como el Programa de Atención Primaria, el Programa Ampliado de Inmunizaciones, el Programa de Cáncer, el Programa de Tuberculosis, el Programa de Dermatología Sanitaria (Lepra), el Programa de Odontología Sanitaria y el Programa de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual. Además trasladó 1200 funcionarios con experiencia profesional y práctica de todos los niveles; además, se ha trasladado equipo, materiales e infraestructura física. Paralelamente, el Ministerio de Salud fortalecía conceptualmente la dirección y conducción de la rectoría como proceso político y operativo de la producción social de la salud.

Por su trascendencia política y social, el Ministerio de Salud mantiene hasta el momento, los programas prioritarios de Alimentación y Nutrición, Salud Ambiental y ejerce la rectoría en estos campos.

El Ministerio de Salud ha dado respuesta, desde su creación, a las necesidades de la población y se ha adaptado a los cambios de la sociedad costarricense, jugando en cada época un papel fundamental en el mantenimiento y mejoramiento de los niveles de salud de la población.

Hoy la rectoría, vista como un proceso participativo que da cabida a las organizaciones de la sociedad civil y política en la identificación de problemas de salud y en el diseño y ejecución de las intervenciones respectivas, implica una consolidación de las relaciones estrechas con organizaciones comunales, municipalidades, centros educativos, empresas privadas, centros de salud públicos y privados, ministerios, organismos no gubernamentales y otras instituciones estatales y con todas las organizaciones locales, nacionales e internacionales que participan en la producción social de la salud.

En las regiones, el impacto de la reforma ha sido notorio, en especial en aquellas conocidas como periféricas, donde se dio prioridad a la apertura de áreas de salud y EBAIS en las cuales de 1995 a la fecha, la

cobertura de los servicios pasó de 25.7% de la población nacional a casi un 90% en el 2002 y la meta de 800 EBAIS para el 2002 tenía un avance del 81,5%.

Para diciembre del 2001 había 730 EBAIS, de los cuales un 80% contaba con recurso humano y el equipo básico mínimo indispensable para su operación.

En los últimos dos años se ha incrementado la cobertura en las regiones centrales y la gran área metropolitana mediante la compra de servicios al sector privado, siempre dentro del marco del Modelo Readecuado de Atención.

Por otro lado, la CCSS, ha desarrollado una importante tarea de equipamiento físico en clínicas y hospitales en términos cuantitativos. Durante el período 1998-2001 se cubrieron ciento setenta y nueve establecimientos, con un total de 3.392 equipos, de los cuales el 95% representó un avance en la renovación.

Dentro del este contexto social, pero enmarcados específicamente en el Sector Salud, algunos especialistas consideran que los logros obtenidos tras el proceso de reforma son tangibles, pero de igual manera estiman que todavía quedan muchas labores pendientes.

Por su parte, profesionales relacionados con el sector Salud, tales como médicos, economistas, planificadores y autoridades de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) y del Ministerio de Salud consideran que existe una extensa agenda de trabajo y que para desarrollarla se requiere de una dosis muy alta de esfuerzo. Al respecto, existe consenso sobre los siguientes tópicos:

Asegurar la sostenibilidad financiera del sistema.

Fortalecer conceptual y operativamente el rol de rectoría del Ministerio de Salud.

Continuar con el proceso de consolidación del primer nivel de atención.

Operacionalizar y fortalecer la red de servicios de salud.

Profundizar el proceso de desconcentración y de participación social.

Seguir conduciendo la modernización y el desarrollo de la CCSS y del Sector Salud.

Mejorar los sistemas de información y llevar adelante el nuevo modelo de asignación de recursos.

Crear mecanismos tendientes a la humanización de los servicios que brinda la CCSS.

Introducir competencias con la finalidad de mejorar la eficiencia de los servicios.

Profundizar los programas de promoción de la salud. Esto con carácter de urgencia pues se considera como la mejor estrategia para enfrentar los problemas crónicos, emergentes y reemergentes que afectan a la población costarricense.

Articular todos los esfuerzos institucionales para que la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), ponga en funcionamiento un buen programa de promoción de la salud.

Mantener la cobertura de los servicios y la prestación con calidad dentro de las restricciones financieras que tiene el sector.

Las autoridades de Gobierno son conscientes de esta agenda pendiente y en ese sentido la actual Ministra de Salud, María del Rocío Sáenz Madrigal, ha indicado que en su función dará prioridad al fortalecimiento de la función rectora del Ministerio de Salud. Asimismo destacó la necesidad de que los Compromisos de Gestión evolucionen y se relacionen con el efecto que tienen las intervenciones realizadas por estos servicios sobre la salud de las diversas localidades. Finalmente se ha planteado la necesidad de que las Juntas de Salud se conviertan en verdaderos puentes entre las comunidades que representan y los servicios de salud, de tal forma que se constituyan verdaderos agentes de cambio.

En resumen, el objetivo fundamental de los jerarcas del Sector Salud es mejorar el desempeño y la sostenibilidad del Sistema de Salud medularmente mediante el fortalecimiento de algunas de las transformaciones que actualmente llevan adelante tanto el Ministerio de Salud como la Caja Costarricense del Seguro Social.

Algunos indicadores en salud

En el marco de los indicadores nacionales también se ubican resultados positivos. Entre ellos destaca una mortalidad general de alrededor de cuatro defunciones por mil habitantes y una tasa de mortalidad infantil de 10,8 por mil nacidos vivos en el 2001, así como una esperanza de vida al nacer que alcanza como promedio 77,7. Estos indicadores, aunados a una importante cobertura de servicios preventivos y de atención a la enfermedad, sitúan a Costa Rica junto a los países desarrollados y como líder en el ámbito centroamericano.

Si bien se han eliminado obstáculos importantes, también se evidencia un perfil epidemiológico en el que prevalecen enfermedades típicas de países desarrollados. Las enfermedades relacionadas con el aparato circulatorio y los tumores, representaron, durante el año 2000, el 52% de las causas de muerte, y aunque las infectocontagiosas dejaron de ocupar los primeros lugares de morbilidad y muerte, aún persisten en el panorama actual, a pesar de que algunas, como el dengue y la malaria, en otrora habían sido controladas.

Durante el año 2000, la tercera causa de muerte se debe a los traumatismos y envenenamientos, donde los accidentes de tránsito y la violencia -entre ellas la intrafamiliar- tienen gran peso. Según un estudio realizado por Del Valle y Miranda, 2002, entre los periodos 1983-1985, 1995-1997 y 1998-2000, el 69% corresponde a accidentes de todo tipo, y la categoría accidentes de tránsito aparece nuevamente con el mayor porcentaje durante estos periodos: un 61%. Se estima que el 80% de las muertes, por violencia, afectan a la población en edad productiva, lo que incide no solo en la salud de la población, sino en el "valor de ingreso perdido por la sociedad, debido a la muerte prematura de un importante grupo de sus miembros".

Aunque resulta difícil cuantificar las repercusiones sobre la morbi-mortalidad, es conocido el efecto del medio ambiente sobre la salud de la población. Al respecto, el país ha logrado una cobertura de agua potable, según información del Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados, de un 76% de la población nacional, donde un 91% de la población rural recibe agua apta para el consumo humano y el resto de la población consume agua de dudosa procedencia y con posible contaminación.

El uso de aguas contaminadas, la contaminación del aire, la falta de sistemas de disposición de excretas, el tratamiento de los desechos sólidos y la instalación de sistemas adecuados de abastecimiento de agua y alcantarillado, siguen siendo una urgente necesidad para la protección de la salud y la vida de la población. Asimismo, el manejo inadecuado de las sustancias químicas, incluyendo plaguicidas, constituye una fuente importante de deterioro del medio ambiente, así como de riesgos, intoxicaciones, enfermedades y muerte de personas. Costa Rica es el país centroamericano con mayor consumo de plaguicidas en la última década (4 Kg./habitante/año).

La carencia de suficientes rellenos sanitarios incrementa los niveles de contaminación en el medio ambiente, en especial del Área Metropolitana; asimismo, se evidencia una fuerte contaminación del aire, producto del consumo de derivados del petróleo y de desechos sólidos.

Otras de las políticas que ejecuta la CCSS es el fortalecimiento del Sistema de seguridad social. La Ley de Protección al Trabajador creó un sistema mixto que une al Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte (RIVM), con un sistema complementario obligatorio de pensiones de capitalización individual; de esa manera, el régimen obligatorio de pensiones costarricense se compone del 7,5% del salario por concepto del IVM y los ahorros individuales del 4% del salario por la parte complementaria. Sin embargo, según estudios actuariales de la CCSS, los costos del seguro IVM crecerán más rápidamente que los ingresos, lo que provocará el desequilibrio del sistema básico y eventualmente su quiebra. De no tomarse las medidas correctivas, el costo del Régimen (relación de gastos a salarios) crecerá hasta superar la tasa de cotización del 7,5%, la cual será insuficiente para el año 2012 y alcanzará un estado de insolvencia total en el año 2028, al agotarse las reservas.

A pesar de lo alcanzado años atrás, existe un sistema sectorial que requiere un esfuerzo de reactivación, por cuanto persiste un perfil epidemiológico que requiere una mayor inversión para el combate de ciertas patologías, así como se está en presencia de un sistema gerencial que ha ido perdiendo su fluidez y, con ello, una ágil y oportuna respuesta a los problemas de la población; se aúna a ello las restricciones en el gasto público como producto de la situación fiscal del país. Estos elementos se confabulan para dar al traste con una gerencia que aplique las mismas soluciones de años anteriores, que si bien es cierto dieron resultados importantes, ahora requieren mayor contundencia y compromiso desde la planificación y ejecución de las acciones.

Tomando en consideración estos aspectos y el Plan Nacional de Desarrollo 2002-2006, los tres ejes estratégicos de la Administración del Dr. Abel Pacheco De la Espiella son:

Impulsar una vigorosa política social que promueva el desarrollo integral de la población costarricense.

Reactivar la economía y aumentar la competitividad de los sectores productivos en un ambiente macroeconómico estable.

Promover mecanismos transparentes, ágiles y efectivos de participación ciudadana, rendición de cuentas y evaluación para mejorar la gestión y servicios públicos.

El Poder Ejecutivo distribuye las responsabilidades de su gestión en dos grandes grupos: Consejo Social y Consejo Económico, los cuales se complementan en sus labores.

El Consejo Social, con el fin de atender los principales problemas sociales que enfrenta la presente Administración, elaboró el *Plan Vida Nueva: Superación de la pobreza y desarrollo de las capacidades humanas*. El propósito de este plan es buscar que las familias de menos recursos disfruten una buena calidad de vida, con el apoyo del sector privado y la sociedad en general. Las principales acciones de este plan son:

Avanzar en la atención universal de las necesidades de vivienda, salud, educación, cultura, con énfasis en las poblaciones excluidas y en territorios prioritarios por su menor desarrollo relativos.

Dirigir los recursos de los Ministerios e Instituciones Autónomas, en forma prioritaria, para equiparar los servicios de los cantones pobres con aquellos en mayor desarrollo.

Contribuir a la generación y distribución de la riqueza por medio de la creación de empleo y el apoyo a la producción en las zonas de desarrollo prioritario.

Reorganizar los programas sociales con el fin de lograr una mayor eficiencia e impacto en el desarrollo humano y reducción de la pobreza.

Las metas fundamentales que establece esta iniciativa son: reducir la pobreza, despolitizar la adjudicación de bonos de vivienda, capacitar a jefes de hogar, incentivar a los pequeños y medianos empresarios, continuar con el programa de becas para estudiantes y fortalecer los Equipos Básicos de Atención Integral (EBAIS).

D. CONTEXTO SOCIAL

Índice de desarrollo humano

El Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo ha hecho un esfuerzo por medir el desarrollo alcanzado por los países, por medio de la elaboración de metodologías de índices cuantificables y comparables. En el Cuadro 4 se muestra la evolución que han tenido en los últimos 6 años dos de esos índices; se observa que, aunque Costa Rica se mantiene entre los países con alto desarrollo humano, de 1996 al 2000 sufrió un retroceso sostenido en cuanto al valor del Índice de Desarrollo Humano IDH⁶ y el Índice de Desarrollo relativo al Género IDG⁷, lo que nos hizo caer a la posición 48 en el primero y a la 46 en el segundo. Es hasta el año 2001 que se nota, en ambos, una recuperación. Aunque debe señalarse que por los cambios metodológicos incorporados en cada año, no son datos exactamente comparables.

Cuadro 4.
Costa Rica. Evolución del Índice de Desarrollo
Humano y de Desarrollo relativo a Género. 1996-2001

	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Índice de Desarrollo Humano						
Valor del IDH	0.884	0.889	0.889	0.801	0.797	0.821
Posición en IDH	31	33	34	45	48	41
Índice de Desarrollo relativo al Género						
Valor del IDG	0.813	0.825	0.818	0.795	0.789	0.813
Posición en IDG	31	36	39	42	46	42

Fuente: Informes Desarrollo Humano, PNUD. 2001

El deterioro fue menor en el caso del IDG, posiblemente influido por los esfuerzos nacionales en materia jurídica y administrativa para lograr una mayor equidad entre géneros en la última década, en especial los mecanismos de denuncia sobre violencia doméstica.

⁶ IDH mide el progreso general de un país en tres dimensiones básicas del desarrollo humano: la longevidad (esperanza de vida), nivel educativo (alfabetización de adultos y matrícula en I, II y III ciclos) y un nivel de vida decoroso (ingreso per cápita ajustado por la paridad del poder adquisitivo).

⁷ IDG mide el progreso en las mismas dimensiones que el IDH, pero refleja las desigualdades en el progreso entre el hombre y la mujer, determina la desigualdad de género en un país, entre más diferencia entre el IDG y el IDH mayor desigualdad.

Crecimiento poblacional y su distribución

Para el 2001 en el país viven cerca de 4 millones de personas (Ver Cuadro 5), de las cuales el 50,8% son hombres y 49,2% mujeres. Mientras que la densidad poblacional, que viene aumentando año con año, es de 78,4 personas por kilómetro cuadrado.

Los cálculos de población indocumentada son variados; Luis Rocero del Centro Centroamericano de Población (CCP) calcula alrededor de 250 mil personas indocumentadas, por lo que podemos decir que el país cuenta con 4.250.000 habitantes.

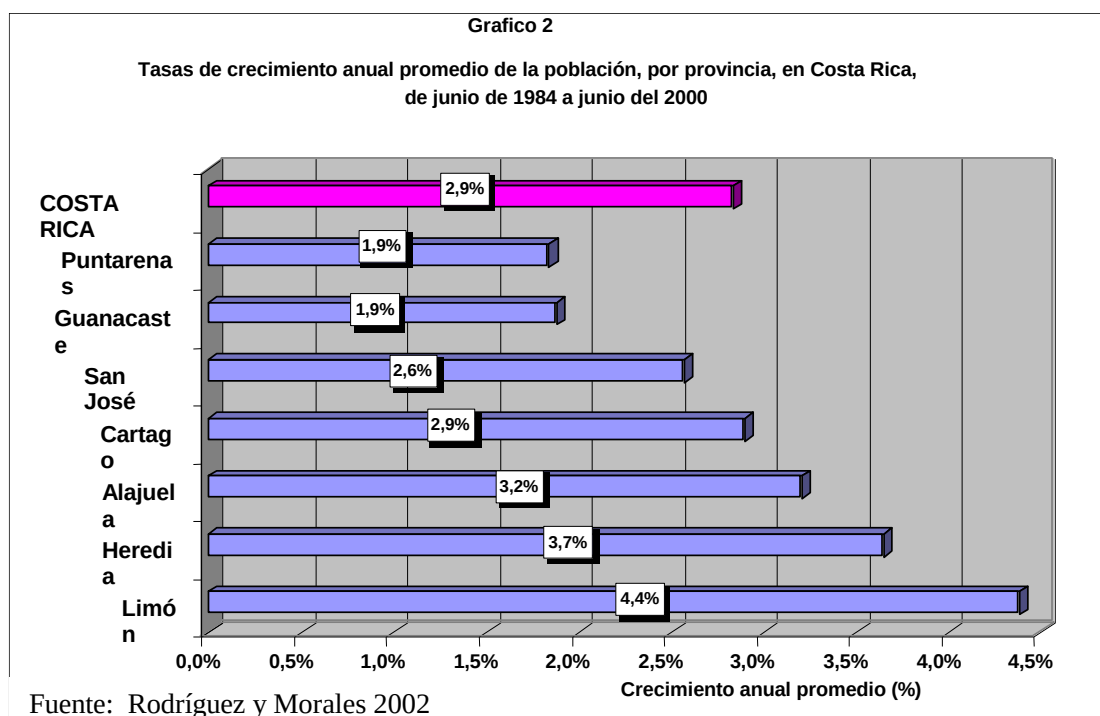
Cuadro 5
Costa Rica. Crecimiento poblacional, por sexo y densidad de población. 1996-2001

	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Población total	3,564,631	3,656,519	3,747,006	3,837,674	3,925,331	4,008,265
Por sexo						
<i>Masculina</i>	1,813,346	1,859,976	1,905,866	1,951,858	1,996,350	2,038,585
<i>Femenina</i>	1,751,285	1,796,543	1,841,140	1,885,816	1,928,981	1,969,680
Densidad de población hab/km²	69.8	71.6	73.3	75.1	76.8	78.4

Fuente: Centro Centroamericano de Población, UCR.

El crecimiento poblacional entre 1984 y el 2000 fue de 2,9%, (ver Gráfico 1) y se espera que siga disminuyendo en los próximos años por la tendencia de tener menos hijos por pareja y por el envejecimiento de la población.

Este crecimiento poblacional se comportó diferente en cada provincia, como se ve en Gráfico 2. Las provincias de Puntarenas y Guanacaste apenas llegan al 1,9%, debido a que en estas provincias hay cantones típicamente expulsores de población (VII Informe Estado de la Nación). San José y Cartago tuvieron crecimiento similar al promedio nacional, mientras que Alajuela, Heredia y Limón, muestran un crecimiento poblacional mayor al promedio nacional. Especialmente el crecimiento poblacional de Limón de 4,4% anual, es porque mantiene condiciones de fuerte atracción de mano de obra a sus cantones.



Ingresos e incidencia de la pobreza

Considerando la línea de pobreza, que se basa en el ingreso necesario para cubrir las necesidades básicas, encontramos que en el país cerca del 20% de familias (23% de la población) tiene ingresos insuficientes. Y como lo muestra el Cuadro 6, el país no ha logrado bajar ese porcentaje en 6 años, a pesar de que la inversión social se mantiene cercano al 16% del PIB (Informe Estado de la Nación 2001). Estamos estancados en combate a la pobreza.

Del 20,3% de hogares pobres en el 2001 (uno de cada 5 hogares del país), el 14,4% corresponde a pobreza básica, mientras que los indigentes o personas en pobreza extrema corresponde a un 5,9% de hogares (no tienen ingreso suficiente para su alimentación). Principalmente estos hogares pobres se encuentran en las zonas rurales del país, lo cual es un hecho relevante puesto que las enfermedades tienen una mayor incidencia sobre estas familias de escasos recursos, pues enfrentan condiciones de vida deterioradas.

Cuadro 6
Costa Rica. Comportamiento de los hogares pobres, por zonas. 1996-2001

	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Total país						
Total hogares pobres	21.5	20.7	19.7	20.6	20.6	20.3
Hogares en pobreza básica	14.6	15.0	14.4	13.9	14.5	14.4
Hogares en pobreza extrema	6.9	5.7	5.3	6.7	6.1	5.9
Zona Urbana						
Total hogares pobres	17.0	16.3	16.1	17.3	17.1	16.9
Hogares en pobreza básica	12.9	13.2	13.3	12.7	13.1	13.0
Hogares en pobreza extrema	4.2	3.2	2.9	4.5	4.1	3.9
Zona Rural						
Total hogares pobres	25.1	24.1	22.4	23.5	25.4	25.2
Hogares en pobreza básica	16.1	16.5	15.3	15.0	16.5	16.3
Hogares en pobreza extrema	9.0	7.6	7.1	8.5	8.8	8.9

Fuente: Encuesta Nacional de Hogares, INEC.

El Cuadro 7 muestra elementos importantes sobre las características de los hogares con ingreso reportado para el año 2001. De los casi 800.000 hogares que reportan ingresos, las familias tienen en promedio 4 miembros, de los cuales 1,5 trabaja y reciben un ingreso familiar de ₡ 222.514 como media nacional. Cerca del 25% corresponde a hogares de jefatura femenina.

Aunque el número de hogares en cada quintil es similar, la cantidad de personas por hogar en el I quintil es de 4,5 y va disminuyendo conforme aumenta el ingreso de las familias, por lo que la población es mayor en los quintiles de menos ingreso. También se observa que los ocupados por hogar aumenta conforme aumenta el ingreso (de 1,0 en hogares del I quintil a 1,7 en los del V Quintil), de la misma manera que aumenta el ingreso familiar de casi ₡50,000 en familias del I quintil hasta llegar a los ₡553,000 en familias del V quintil.

Podríamos decir que las familias más pobres del país tienen 4,5 miembros, de los cuales solo uno de ellos trabaja, recibiendo un bajo ingreso para satisfacer las necesidades de la familia (el I quintil recibe el 4,4% de los ingresos de los hogares del país) y tiene una jefatura femenina de un 30% . Son familias numerosas, que viven en condiciones que alimentan el círculo de la pobreza.

Cuadro 7
Costa Rica. Principales características de los hogares con ingresos conocidos por quintiles de ingreso per cápita del hogar (excluye servicios domésticos y pensionados) 2001

Principales características de los hogares	Total	QUINTILES DE INGRESO PER CÁPITA				
		I Quintil	II Quintil	III Quintil	VI Quintil	V Quintil
Total de personas	3.163.807	714.348	701.446	676.177	564.186	507.650
Total de hogares	797.712	159.764	159.221	166.046	152.850	159.831
Miembros por hogar	4,0	4,5	4,4	4,1	3,7	3,2
Fuerza de trabajo por hogar	1,6	1,2	1,5	1,8	1,9	1,8
Ocupados por hogar	1,5	1,0	1,4	1,7	1,8	1,7
Ingreso por hogar	222.514	49.394	106.990	162.464	242.804	553.629
Ingreso por persona por hogar	56.104	11.047	24.286	39.896	65.781	174.307
Proporción hogares jefatura femenina	24,8	30,4	22,6	25,0	25,1	21,3
Distribución porcentual de ingresos de los hogares	100,0	4,4	9,6	15,2	20,9	49,9

Fuente: Encuesta Nacional de Hogares 2001. INEC

Ingresos y comportamiento del empleo en el país

Para estimular el desarrollo de un país no es suficiente con su crecimiento económico, también son muy importantes los mecanismos para distribuir la riqueza producida, pues los ingresos familiares son determinantes sobre sus condiciones de vida. En el país, según Cuadro 8, se observa una tendencia creciente en los últimos 5 años a la concentración de la riqueza en el 20% de la población más rica, para el año 2001 llegó a 11,2 la relación entre el ingreso familiar per cápita promedio del V quintil y el I quintil (20% más pobre), y se acentúa más si comparamos el X decil (10% más rica) con el I decil (10% más pobre), llegando a 23,3 la relación de ingreso.

Cuadro 8
Costa Rica. Relación entre el ingreso familiar. 1997-2001

	1997	1998	1999	2000	2001
Relación entre el ingreso familiar per cápita promedio del V quintil y el I quintil	8,0	8,5	9,1	9,7	11,2
Relación entre el ingreso familiar per cápita promedio del X decil y el I decil	15,5	16,5	19,5	19,6	23,3

Fuente: VIII Informe del Estado de la Nación.

En cuanto al desempleo abierto, el país se ha mantenido en los últimos 6 años entre el 5 y el 6 %, como se ve en el Cuadro 9. Si se descompone el indicador entre hombres y mujeres, se observa que las mujeres muestran históricamente mayores problemas para encontrar trabajo; en el 2001 su tasa de desempleo ascendió a 7,6 frente a un 5,2 de los hombres, esto a pesar de que logran permanecer más años en el sistema educativo (ver apartado Acceso a la Educación).

Analizado el desempleo abierto en las zonas urbanas y rurales, en el 2001, este se acentúa en el campo con un 6,5, frente a un 5,8 en las ciudades. Y si lo descomponemos por zona y sexo, las mujeres tienen desventaja tanto en la zona urbana como en la rural, pero es en esta última donde tiene los mayores problemas para conseguir trabajo, ascendiendo su desempleo abierto a 9,8. Y si recordamos que un 25% de hogares del país y un 30% de hogares del I quintil tienen jefatura femenina, se deduce que este importante desempleo femenino puede estar afectando a gran cantidad de menores de edad que son parte de estos hogares.

Cuadro 9
Costa Rica. Comportamiento del desempleo, por sexo y zona. 1996-2001

	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Tasa de desempleo abierto	6.2	5.7	5.6	6.0	5.2	6.1
Por sexo						
<i>Hombres</i>	5.3	4.9	4.4	4.9	4.4	5.2
<i>Mujeres</i>	8.3	7.5	8.0	8.2	6.8	7.6
Por zona						
<i>Urbana</i>	6.6	5.9	5.4	6.2	5.3	5.8
<i>Hombres</i>						5,2
<i>Mujeres</i>						6,7
<i>Rural</i>	5.9	5.6	5.7	5.8	5.1	6.5
<i>Hombres</i>						5,3
<i>Mujeres</i>						9,8

Fuente: Encuesta Nacional de Hogares, INEC.

En la región Atlántica y Pacífico Central la subutilización total de la fuerza de trabajo llega cerca del 20%, y en la mayoría de las regiones el subempleo es un problema grave que abarca el 10% o más de la fuerza de trabajo, siendo en la Región Brunca y Chorotega donde más incide. Esta situación indica problemas importantes con la calidad del empleo que se genera en el país, de los cuales muchos de ellos son empleos de tiempo parcial, mal pagados o en el sector informal de la economía, lo que no le da estabilidad al trabajador, limita sus ingresos y deteriora sus condiciones de vida.

Acceso a la Educación

La educación es un pilar fundamental para el desarrollo del país y es la carencia que más incide en los hogares con necesidades básicas insatisfechas. En el Cuadro 10 se presentan los porcentajes de asistencia a instituciones educativas por grupos de edad. De 5 a 6 años, la edad de ingresar a preparatoria, asiste solo un 65%, y de la fracción que no asiste, la mayoría es de zonas rurales donde no hay escuela o esta se encuentra muy lejos (Informe Estado de la Nación). Pero de 7 a 12 años, edad de ir a la escuela, tenemos que casi el 96% asiste, lo que es un importante logro nacional; de hecho la distribución de escuelas en el país facilita el acceso al sistema educativo.

En contraste, observamos que cuando pasamos a la edad de colegio, de 13 a 19 años, solo asiste el 61,3% de personas con esas edades, lo cual indica que el sistema educativo expulsa una gran cantidad de alumnos. Una parte importante de los que no asisten es porque trabajan, pero hay cerca de un 20% de jóvenes en edad de ir al colegio que ni estudian ni trabajan (VII Informe Estado de la Nación). Persisten brechas en asistencia: 1/5 de jóvenes no tiene acceso a la educación general básica y 2/3 están fuera de educación diversificada. Las principales razones para no asistir son: problemas de estudio por razones económicas (21,2%), falta de interés en el aprendizaje (29,8%), tiene que trabajar (14,1%) o le cuesta el estudio (11,1%) (VII Informe Estado de la Nación 2001). Todo este comportamiento de nuestro sistema educativo representa un enorme reto para el desarrollo del país.

Cuadro 10
COSTA RICA
Porcentaje de asistencia escolar de la población mayor de 5 años y más, por sexo y según grupos de edad en el 2000.

Grupos de edad	Total	Hombres	Mujeres
5 a 6 años	64,6	64,4	64,8
7 a 12 años	95,7	95,5	95,9
13 a 19 años	61,3	59,9	62,7
20 a 29 años	22,8	21,9	23,7
30 años y más	4,6	4,4	4,9

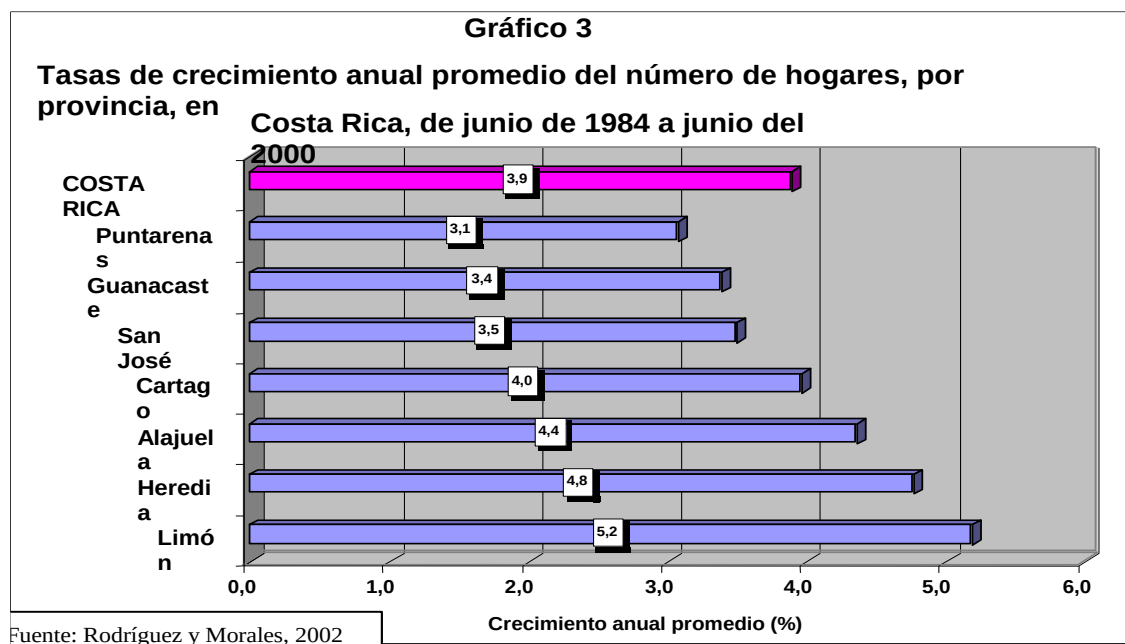
Fuente: Censo Población 2000, tomado del VII Informe Estado de la Nación.

Conforme sigue avanzando la edad, los porcentajes de personas que estudian disminuye rápidamente, razón por la cual el promedio de años de estudios de la población costarricense es de 7,7 años (VII Informe Estado de la Nación). Podemos concluir que en general la población es alfabetizada, pero rápidamente deja de estudiar, por lo que su nivel educativo no es muy alto. Si se observa en el Cuadro 8, en todos los grupos de edad, las mujeres se logran mantener más que los hombres en el sistema educativo.

Según el Censo 2000 el nivel de alfabetismo es alto: el 89,6% de la población mayor de 5 años ha recibido algún tipo de educación primaria y el 10,2% educación universitaria. Según el *VII Informe Estado de la Nación* el problema central de nuestro sistema educativo está en la cobertura en secundaria que es de 64,7% (tasa neta 58,7% incluyendo modalidades no convencionales).

Situación de la vivienda

Según el estudio de Rodríguez y Morales 2002, realizado a partir del análisis del censo de 1984 y del 2000, se han presentado cambios favorables en algunos aspectos relacionados con el sector vivienda. Entre ellos se puede anotar que el número de miembros por hogar ha disminuido, que el porcentaje de viviendas con hacinamiento se redujo drásticamente, que las viviendas sin energía eléctrica son muy pocas y que sólo una de cada 100 viviendas no tiene servicio sanitario. Pero también, hay aspectos que no han presentado mejoras, como por ejemplo, el número de hogares por vivienda no se redujo, el estado de las viviendas se deterioró, el porcentaje de viviendas que disponen de agua que no viene por cañería o de un pozo, no cambió desde 1984.



En el momento del censo de 1984, los habitantes del país se agrupaban en 512.673 hogares, mientras que para el censo del 2000 el número de hogares era de 959.144, lo cual indica que casi se duplicó la cantidad de viviendas y ello representa un crecimiento anual promedio de 3,9% (ver Gráfico 3). El crecimiento anual promedio del número de hogares fue mayor que el del número de habitantes (2,9% anual, ver Gráfico 1). Esto tiene como consecuencia que el número medio de miembros por hogar haya decrecido del censo de 1984 al del 2000, el cual disminuyó en cerca de un miembro, pasando de 4,7 a 4,0. Lo anterior, representa un decrecimiento anual promedio cercano al 1%.

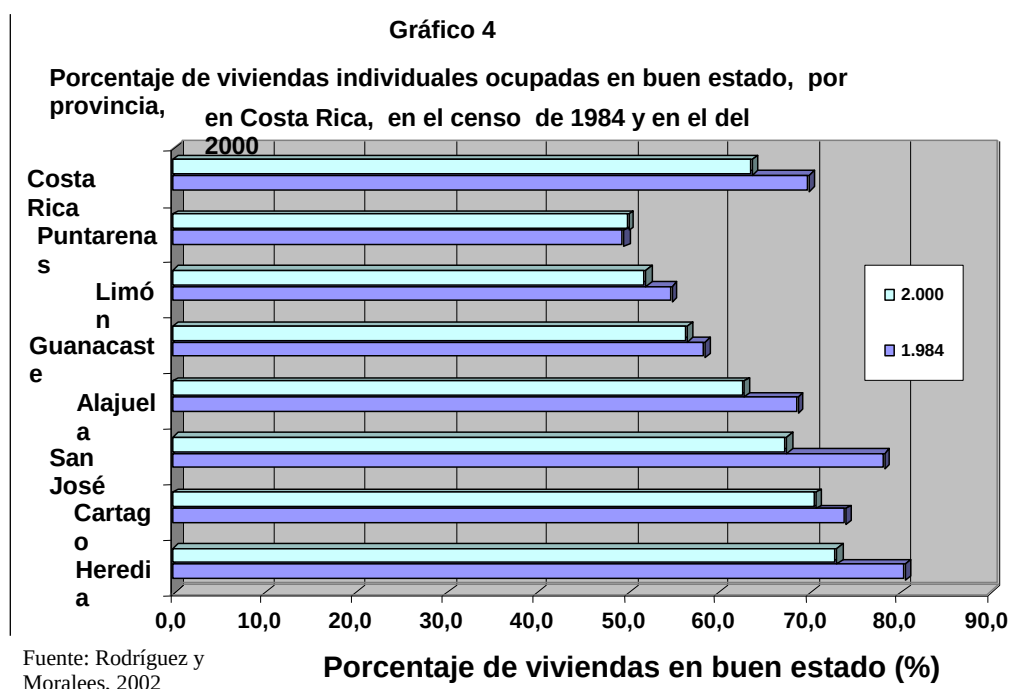
Lo anterior implica que la cantidad demandada de viviendas por año, correspondiente solo al número de hogares nuevos, crece cerca de 4% anual. Si suponemos que ese crecimiento se ha mantenido y lo proyectamos al 2002, la cantidad de viviendas demandadas por este rubro sería cercana a 40.000. (Rodríguez y Morales, 2002)

En el Gráfico 4 se muestra el porcentaje de viviendas en buen estado en 1984 y en el 2000. Se observa que las viviendas en buen estado han disminuido 6 puntos porcentuales, y en consecuencia el estado de las viviendas en el país se empeoró. Al analizar el estado de las viviendas por provincia se precisa que el mayor deterioro se sigue presentando en las provincias costeras (Limón, Guanacaste y Puntarenas). Sin embargo, aunque en todas las provincias el porcentaje de viviendas en buen estado disminuyó del censo de 1984 al del 2000, el mayor deterioro se dio en las provincias de San José, Alajuela y Heredia.

Mientras que el número de bonos de vivienda familiar otorgados, venía disminuyendo rápidamente desde 1997 a 1999 (20.287 bonos en 1997, 10.652 en 1998 y 6.602 en 1999), tuvo un repunte en el 2000 al ascender a 19.733 los bonos entregados. (VII Informe Estado de la Nación) El bono para la construcción de vivienda de interés social es un mecanismo importante para los sectores más pobres de la sociedad para acceder a vivienda, pero su sostenibilidad está cuestionada ante las dificultades de los gobiernos para conseguir financiamiento para este fin.

Acceso a servicios de salud

Con base en los datos de los Censos 1984 y 2000, la tasa de cobertura del Seguro de Salud aumentó algo más de 10 puntos porcentuales en ese período, para situarse en un 81.8% de la población total (ver Cuadro 11). El incremento tuvo origen principalmente en el establecimiento de la modalidad de aseguramiento por Cuenta del Estado, con lo cual se le da acceso a los servicios de salud públicos a las personas pobres, sin capacidad para pertenecer a ninguna de las otras modalidades existentes.



Cuadro 11
Población nacional según modalidad de aseguramiento. Censos 1984 y 2000

Modalidad de aseguramiento	1984			2000		
	TOTAL	Hombres	Mujeres	TOTAL	Hombres	Mujeres
Asalariado	19.2	26.5	11.9	18.7	25.0	12.5
Seguro Voluntario	4.5	6.7	2.3	6.6	10.0	3.2
Asegurado Familiar	44.6	33.6	55.7	43.2	32.0	54.3
Por Cuenta del Estado				8.5	7.4	9.6
Otro tipo	2.8	2.7	3.0	4.7	4.9	4.5
No tiene	28.8	30.4	27.1	18.2	20.6	15.9
Tasa de aseguramiento	71.2	69.6	72.9	81.8	79.4	84.1
Dependencia contributiva	3.0	2.1	5.1	3.2	2.3	5.4

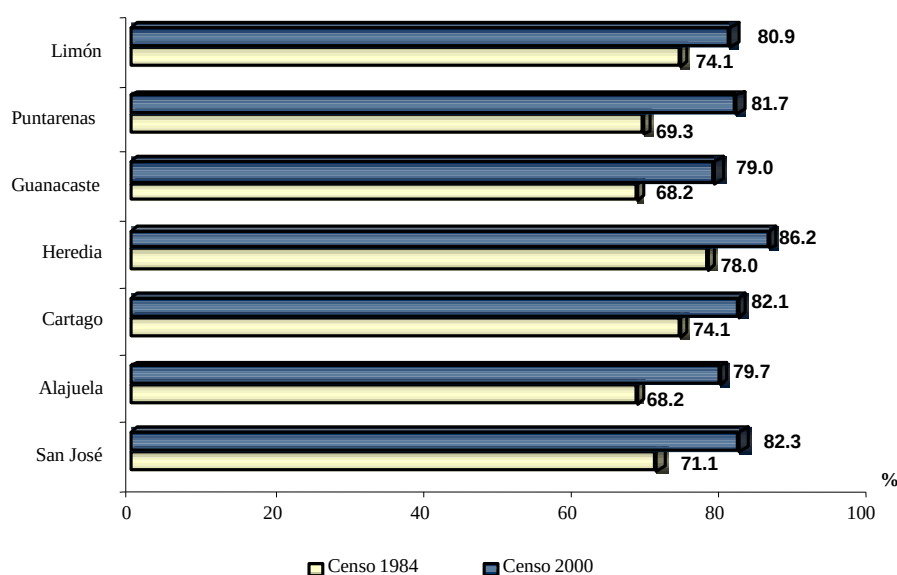
Fuente: Picado y Salazar, 2002.

También creció ligeramente el Seguro Voluntario (de 4,5 a 6,6) y la modalidad que establece contratos especiales (de 2,8 a 4,7). Mientras que el porcentaje de personas no aseguradas de manera formal por el Seguro de Salud, es del 18.2%, una cifra que es mayor a la estimada por la Dirección Actuarial de la Caja (12.5%). Una de las posibles causas de esta diferencia, es el uso por parte de esta dependencia de información derivada de las Encuestas de Hogares para estimar la población asegurada por Cuenta del Estado, así como de imputar como tales a todos aquellos no asegurados en condición de pobreza. (Picado y Salazar, 2002).

El aumento en la cobertura del seguro de salud fue similar en todas las provincias, como muestra el Gráfico 5. En todos los territorios se registra un aumento cercano al 10%, y la tasa de afiliación en todas las provincias es cercana al 80%. Esto habla a favor de la equidad al acceso de los servicios de salud en todo el territorio nacional. La provincia de Heredia con su 86,2% de población afiliada, es la que tiene el mayor porcentaje de población cubierta por el seguro de salud.

Gráfico 5

Tasa de afiliación al Seguro de Salud por Provincia,
Censos 1984 y 2000



Fuente: Picado y Salazar, 2002

La reforma del sector salud ha impulsado un modelo readecuado de atención de la salud, que tiene como puerta de entrada a los servicios de salud a través de los Equipos Básicos de Atención Primaria (EBAIS). Vemos en el Cuadro 12 que, con excepción del estancamiento el año 2000, la cobertura de la población con el modelo readecuado se ha extendido rápidamente y en el año 2001 llega a cubrir el 81.1% de la población, quedando solamente algunos cantones del Valle Central sin cobertura de EBAIS.

Cuadro 12
Población cubierta por programas del modelo readecuado. 1997-2001

	1997	1998	1999	2000	2001
Población cubierta modelo readecuado	1,687,089	2,283,206	2,657,878	2,717,959	3,252,531
Población nacional	3,656,519	3,747,006	3,837,674	3,925,331	4,008,265
% de población cubierta	46,1	60,9	69,3	69,2	81,1

Fuente: Elaboración propia, a partir de datos de Informe Estado de la Nación y CCP.

Los buenos niveles de salud alcanzados por la población costarricense se refleja en algunos indicadores que se presenta en los Cuadros 13 y 14.

Los nacimientos en hospitales es muy alto (95,6% en el 2001). La mortalidad infantil en el 2000 fue la más baja de la historia, con una tasa de 10,2 por mil nacidos vivos; mientras que en el 2001 sube ligeramente a una tasa de 10,8.

Cuadro 13
Nacimientos hospitalarios en Costa Rica. 1997-2001

	1997	1998	1999	2000	2001
Nacimientos totales	78,018	76,982	78,526	78,178	76,401
Hospitalarios	73,751	72,240	74,846	75,184	73,019
% nacimientos hospitalarios	94,5	93,8	95,3	96,2	95,6

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del compendio estadístico del Informe Estado de la Nación.

La esperanza de vida al nacer (Cuadro 13) se ubica entre las más altas del mundo, siendo de 77,7 años para la población en general. Si se analiza la esperanza de vida por sexo, encontramos que las mujeres tienen una esperanza de vida mayor que los hombres, un poco más de cuatro años, diferencia que se ha sostenido en el tiempo. Una de las razones claves para esto es la mayor participación del hombre en hechos que pueden provocar muertes violentas (homicidios, suicidios y accidentes, principalmente los de tránsito), en los cuales se registran 6 hombres por cada mujer. (Informe Estado de la Nación)

Cuadro 14
Tasa de Mortalidad Infantil y Esperanza de vida en Costa Rica. 1997-2001

	1997	1998	1999	2000	2001
Tasa de mortalidad infantil	14.2	12.6	11.8	10.2	10.8
Esperanza de vida al nacer	76.9	77.0	77.3	77.7	77.7
Por sexo					
Hombres	74.5	74.8	74.9	75.3	75.6
Mujeres	79.4	79.2	79.8	80.2	79.9

Fuente: Compendio estadístico del Informe Estado de la Nación.

Finalmente podemos señalar que el perfil de morbi-mortalidad ha cambiado radicalmente en el país. Hoy día entre las principales causas de muertes sobresalen las enfermedades del aparato circulatorio con una tasa de 12,8/10.000 habitantes y los tumores con tasa de 8,7/10.000 (VII Informe del Estado de la Nación), cuyo control, prevención y cura depende más de los estilos de vida de las personas que de las acciones médicas en sí.

E. BIBLIOGRAFÍA

Banco Central de Costa Rica. **Memoria Anual del Banco Central de Costa Rica**, 2001.

Banco Central de Costa Rica. **Informe Económico del Banco Central de Costa Rica**, I Semestre del 2002.

Centro Centroamericano de Población. **Cuadro evolución de la población**. En <http://www.ccp.ucr.ac.cr> , UCR. 2002.

Chaverri, Enid y Fernández, Kattia. **Las políticas públicas adoptadas por el Estado Costarricense a partir de la ratificación de la Convención Marco de Naciones Unidas sobre Cambio Climático durante la Administración del Ing. J.M. Figueres O. 1994-1998**. Tesis Licenciatura. Universidad de Costa Rica. 1999.

Gutiérrez Saxe, Miguel. **Exploración de datos censales sobre la pobreza, aproximada según necesidades básicas insatisfechas (NBI), en la Costa Rica actual**. Simposio: Costa Rica a la luz del Censo 2000. 2002

Gutiérrez Saxe, Miguel. 2002. Exploración de datos censales sobre la pobreza, aproximada según necesidades básicas insatisfechas (NBI), en la Costa Rica actual. **Simposio: Costa Rica a la luz del Censo 2000**.

Guzmán León, Juany MSC. “Retos políticos para el 2002”. En **Revista Actualidad Económica** No.255-256 Año XVI 20 diciembre 2001.

Hernández, Miguel. **Entrevista con Lic. Miguel Hernández**. Dirección de Desarrollo de la Salud, MINSALUD, 10 octubre 2002

Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC),. **Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples**. San José, varios años.

Picado Chacón, Gustavo (Jefe Departamento de Estudios Económicos, Dirección Actuarial, C.C.S.S.) y Salazar Figueroa, Virginia (Jefe Sección Análisis Demográfico, Dirección Actuarial, C.C.S.S.), 2002. Análisis de la cobertura del Seguro de Salud a partir del Censo de Población 2000. **Simposio: Costa Rica a la luz del Censo 2000**.

PNUD. **Informe sobre el Desarrollo Humano 2001, Poner el adelanto tecnológico al servicio del desarrollo humano**. New York. 2001.

Proyecto Estado de la Nación. **VII Informe Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible**. San José, Costa Rica, 2001.

Proyecto Estado de la Nación. **VIII Informe Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible**. San José, Costa Rica, 2002.

República de Costa Rica. **Constitución Política de Costa Rica**, 1949.

República de Costa Rica. **Decreto Ejecutivo 14313-SPPS-PLAN**, de fecha 15 de febrero de 1983

República de Costa Rica. **Decreto Ejecutivo No.27446-S**. Alcance No86-A a La Gaceta No.232 del 30 de noviembre de 1998.

República de Costa Rica. **Ley No.8220, de Protección al Ciudadano del Exceso de Requisitos y Trámites Administrativos**. Alcance No.22 a La Gaceta No.49, de fecha 11 de marzo del 2002.

República de Costa Rica. **Decreto Ejecutivo No.30461-S-MIDEPLAN**. La Gaceta No.97, 22 de mayo 2002.
Rodríguez, Juan Antonio y Morales Sibaja, Yesenia. 2002. Evolución de los requerimientos y el acceso habitacional en costa rica 1984-2000. Simposio: Costa Rica a la luz del Censo 2000

CAPÍTULO II

“ANÁLISIS DEMOGRAFICO Y EPIDEMIOLÓGICO”

II. CAPÍTULO II: ANÁLISIS DEMOGRÁFICO Y EPIDEMIOLOGICO

A. RESUMEN EJECUTIVO

Principales tendencias

El actual perfil epidemiológico de Costa Rica, es característico de una situación de transición de la salud, en donde se polariza la distribución de la enfermedad debido fundamentalmente al marcado descenso de la mortalidad, la fecundidad, la natalidad y el aumento de la esperanza de vida.

Tendencias Demográficas

La pirámide de población del país representa una población joven progresiva, donde el grupo de 0-14 años es mayor que el grupo de 50 y más. El ingreso migratorio se torna muy importante en materia de salud, al disponer de volúmenes considerables anualmente de inmigrantes, en su mayoría jóvenes, al cual, habrá que prestarle atención.

Las principales tendencias demográficas nacionales son:

El crecimiento demográfico continúa aumentando significativamente.

La estructura de la población continúa mostrando cambios, al reducirse paulatinamente el peso relativo de los grupos más jóvenes (0 a 14 años) e incrementándose el grupo de individuos de 15 a 64 años, así mismo las personas de 65 y más años.

La fecundidad ha continuado con una marcada tendencia decreciente, en detrimento del crecimiento poblacional. En adolescentes esta continúa siendo un problema.

En resumen se observa una disminución de los nacimientos en general.

La inmigración internacional, especialmente de nicaragüenses, se ha intensificado considerablemente.

Mortalidad

Costa Rica presenta un perfil de salud que se caracteriza por enfermedades del sistema circulatorio (34,0%), seguida en su orden por los tumores (22,4%), causas externas (11,0%, traumatismos y envenenamientos), así como por las enfermedades del aparato respiratorio (10,8%) y del aparato digestivo (6,7%). Sin embargo, algunas áreas y grupos poblacionales continúan presentando causas de muerte asociadas a enfermedades infecciosas.

La tasa de mortalidad ajustada por edad pasó de 4,8 defunciones por 1.000 habitantes a 3,8 por 1.000 habitantes, lo que representó una disminución de un 22% y algo más de 10 muertes evitadas por cada 1.000 habitantes.

Respecto a la mortalidad infantil, esta ha descendido de 15,3 a 10,82 por mil nacidos vivos entre los periodos comprendidos de 1990-2001, en los cuales se da una tendencia general descendente de 4, 5 muertes evitables por cada 1000 nacidos vivos.

Según la composición de la mortalidad infantil, se puede llegar a la siguiente conclusión: cuanto más bajo es el indicador de mortalidad infantil, más alta es la proporción de la mortalidad neonatal. De ese modo la disminución de la mortalidad infantil se materializa fundamentalmente a expensas de la mortalidad residual o post-neonatal y a lo que se llama la "primera reserva de disminución de mortalidad infantil.

Las cuatro mayores causas de la mortalidad infantil para el periodo 1997-2001 son:

- Ciertas afecciones en el período perinatal.
- Malformaciones congénitas.
- Enfermedades sistema respiratorio.
- Enfermedades infecciosas y parasitarias.

En conclusión, al analizar los grandes grupos de causas en la Mortalidad Infantil en el periodo 1997-2001, se observa una estabilización de las tasas específicas, con excepción de las malformaciones congénitas y las afecciones del período perinatal, que presentan una leve tendencia al aumento. Por otra parte se observa en los dos últimos años la aparición de la violencia como una nueva causa de mortalidad infantil. Es necesario recalcar que de este análisis se debe resaltar el fenómeno de la estabilización, que señala un estancamiento y una amenaza a los progresos realizados en este campo.

En cuanto a mortalidad materna, en los últimos 10 años ha presentado oscilaciones que van de 3,7 a 3,1 por 10.000 nacimientos en el periodo 1997-2001.

La distribución de la mortalidad materna por grandes grupos de causas, entre los años 1996 a 2001, demuestra que la misma está asociada a factores de la atención del embarazo, parto y posparto.

Entre las principales causas, tenemos:

- Edema proteinuria y transtornos hipertensivos, embarazo, parto y puerperio.
- Complicaciones del trabajo de parto y parto
- Embarazo terminado en aborto
- Atención materna relacionada con el feto y cavidad amniótica
- Complicaciones del puerperio.

Otro elemento que debe tomarse en cuenta, ya que por su complejidad podría elevar la tasa de mortalidad materna es la población indocumentada existente en el país. Donde la capacidad resolutive del sistema de salud se ve afectada.

Morbilidad

Las enfermedades de transmisión vectorial han cobrado importancia tanto en magnitud como en expansión en el territorio nacional. La malaria durante el periodo 1999-2001 ha presentado una tendencia decreciente con una reducción anual mayor del 20% en el número de los casos, y esta disminución de casos se da en todo el país. El número de casos del 2002 se encuentra en la zona de éxito del canal endémico. Aunque el número de casos disminuyó, la malaria sigue siendo un problema importante de salud pública, principalmente en la costa atlántica y en la franja fronteriza norte del país.

En octubre de 1993, se detectaron los primeros casos de dengue en Costa Rica, en la Costa Pacífica. Posteriormente en los años 1994, 1997, 2001 y 2002 se observó un incremento de casos, correspondiendo a la circulación de los serotipos D1, D2 y D3.

En los últimos años, las enfermedades inmunoprevenibles han presentado una tendencia al descenso como resultado de altas coberturas de vacunación y por una mejoría en el acceso a los servicios de vacunación con un mayor número de cantones con coberturas óptimas.

Principales problemas

1. Los indicadores demográficos señalan el aumento de la esperanza de vida de las personas mayores de 65 años con reducción de la mortalidad en los menores de 15 años e incremento consistente de adultos mayores que demandan complejos servicios de salud. Los movimientos migratorios internos y externos están marcados por procesos complejos de urbanización, incremento de la marginalidad, inseguridad, dificultades en la inserción laboral competitiva, además de presión sobre vivienda, servicios públicos (educación, salud), trabajo y desplazamiento de enfermedades emergentes y reemergentes hacia regiones anteriormente de bajo riesgo.

2. La mortalidad general mantiene niveles muy bajos, debiendo esperarse incrementos en el futuro, derivados de la estructura poblacional. La esperanza de vida al nacimiento revela la importante opción de utilizar la amplia franja de capacidad productiva que representa el grupo de 15 a 49 años de edad. Éste contribuye con un sexto de la mortalidad por causas que en gran medida pueden ser prevenidas y controladas con medidas de promoción y protección de la salud.

3. La mortalidad infantil y materna, presentan tasas relativamente bajas, pero aún se observan porcentajes importantes en la prevenibilidad, determinado por la condición de vida familiar, a la causa básica de fallecimiento y la calidad de respuesta del sistema de atención. En este sentido, se requiere fortalecer el interés político de reducción de ambas tasas mediante el trabajo intra e intersectorial expresado en el Plan de prevención de la mortalidad infantil y la promoción de la salud materno perinatal año 2002-2006, el cual fue elaborado a partir de acciones estratégicas específicas a desarrollarse en las Áreas de Salud, con el fin de mejorar la atención de salud, con enfoque de equidad, en los diferentes niveles.

4. Se observa una marcada reducción de las enfermedades prevenibles por vacunación. Hacia el año 2003 deberán incorporarse nuevas vacunas de acuerdo con el perfil nacional y fortalecer la vigilancia de otras enfermedades inmuno-prevenibles tales como influenza, varicela, neumonía, diarreas y otras. La vigilancia epidemiológica de estas enfermedades seguirá constituyendo un reto importante.

5. Las enfermedades emergentes y reemergentes (aparecidas o incrementadas en los últimos veinte años) constituyen un grupo que requiere vigilancia permanente. La detección de casos importados con altos niveles de resistencia a los quimioterápicos de primera línea constituye un riesgo que es necesario valorar constantemente.

6. Las enfermedades no transmisibles ocupan en la actualidad un lugar preponderante en el perfil epidemiológico nacional, sin embargo presenta importantes deficiencias en la identificación y registro tanto de casos como de los factores de riesgo que las condicionan. En la legislación vigente sólo se identifica el cáncer como enfermedad crónica de notificación obligatoria. Se presenta como reto la sistematización de la vigilancia y desarrollo de estrategias de promoción de estilos de vida saludables orientadas al abordaje del problema.

7. Las intoxicaciones por plaguicidas continúa siendo un gran problema de salud pública en las áreas de alta explotación agrícola. Costa Rica forma parte de los países con mayor uso de plaguicidas per cápita en el mundo (2 Kg. por persona/año). Existe un grave problema de subregistro y notificación de las intoxicaciones por plaguicidas por lo que es necesario fortalecer el sistema de vigilancia del evento, los factores de riesgo y los grupos humanos expuestos.

SÍNTESIS DE ASPECTOS A CONSIDERAR EN FUTUROS ANÁLISIS

Limitaciones de información

Se encuentran limitaciones de información en cuanto a:

Centralización de la información.

Falta de bases de datos sistematizadas, oportunas y uniformes de carácter intersectorial e interinstitucional.

Escaso mapeo para manejo de datos.

En algunos eventos se carece del análisis con base a riesgo.

Calidad de la información

Se encuentran limitaciones de la calidad de la información:

Subregistro en la notificación de algunos eventos.

Deficiencia en la elaboración del certificado de defunción.

Deficiencia en el llenado de las boletas de notificación de eventos

Recomendaciones para intervenir en los aspectos críticos de Epidemiología y Demografía

Fortalecer la capacidad de análisis e investigación epidemiológica para la implementación y evaluación de intervenciones, planes, proyectos y políticas de salud.

Implementar los procesos de supervisión y evaluación en los tres niveles de gestión a fin de garantizar la equidad, calidad, universalidad e impacto de las acciones en salud.

Desarrollar redes de información y comunicación en salud con base en el análisis de la información producida por las diferentes instituciones que sean relevantes para la toma de decisiones.

Fortalecer la experticia en salud pública del recurso humano de las instituciones del sector, para el análisis, vigilancia, intervención y evaluación oportunas y efectiva en salud.

Notificar en forma oportuna y sistemática los eventos sujetos a vigilancia según el reglamento de organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud para la formulación de políticas, toma de decisiones y definición de intervenciones.

Consolidar y fortalecer la vigilancia de las enfermedades no transmisibles de forma integral de manera que contemple aspectos de promoción, detección, tratamiento y vigilancia epidemiológica.

Consolidar el sistema nacional de vigilancia con respaldo legal y estableciendo claramente las funciones de las instituciones del sector y fuera del sector salud.

Otras medidas posibles por adoptar

Realizar estudios epidemiológicos que definan las variables críticas para la toma de decisiones y acciones.

Registros descentralizados subnacionales y análisis intersectoriales periódicos de los mismos en las zonas definidas en riesgo.

Evaluación de las acciones tomadas con base en la información obtenida de los análisis.

Sistemas de registro uniformes.

Generalización del uso de tasas para el manejo de la información.

Revisar el papel de la vigilancia por laboratorio como apoyo al sistema nacional de vigilancia epidemiológica.

Necesidades para el progreso en la calidad de próximos análisis

Mayor compromiso por parte de las instituciones del sector en la definición de los equipos y sus responsabilidades.

Fomentar la periodicidad de revisión y análisis de la información.

Promover la disponibilidad de recurso humano capacitado.

Planificar futuros procesos de análisis intersectorial tomando en cuenta principalmente un adecuado período de tiempo.

B. INTRODUCCIÓN

El análisis sectorial debe propiciar que las instituciones intra e intersectoriales establezcan objetivos estratégicos que permitan el mejoramiento del estado de salud de la población, partiendo de la identificación de los recursos disponibles y la determinación de las iniquidades existentes en la sociedad costarricense.

Dentro de esto, el análisis demográfico y epidemiológico es una herramienta que orienta las estrategias de salud hacia intervenciones globales que trascienden la prestación de servicios en el corto, mediano y largo plazo. El uso de esta herramienta debe ser orientado hacia la realización de un análisis con base científica y de tipo visionario para que las intervenciones cumplan con los parámetros de calidad, eficiencia y eficacia.

La revisión y análisis de la información demográfica y epidemiológica derivada de los sistemas institucionales responsables de estas disciplinas, aporta valiosísima información para la toma de decisiones en cuanto a definición de políticas, planes y estrategias, máxime si a este análisis se le suma el resultado de la revisión que se haga de otros componentes también vitales del Sector Salud.

La medición del componente epidemiológico de un conglomerado social donde se vigila de manera sistemática la morbilidad y mortalidad, es vital en el tanto permite la identificación de patrones del comportamiento de las enfermedades y el consecuente ajuste de los programas de atención a las personas con un enfoque que priorice estrategias sin descuidar el aspecto integral.

En la dinámica de la población hay componentes que cambian muy lentamente, como la estructura de edades y las tendencias generales de la mortalidad y la fecundidad, y otros que pueden modificarse a corto plazo como la migración y la distribución espacial de la población. Diferenciaciones como la etnia, el género, el lugar de residencia y la ocupación también influyen con cierta frecuencia en el comportamiento demográfico. Como estos cambios influyen en el perfil epidemiológico de la población, de ahí la importancia del análisis de este componente para complementar la explicación de los problemas de salud.

Metodología

La investigación realizada es de tipo descriptivo y analítico, mediante la recopilación de información de las fuentes primarias y secundarias de las organizaciones del sector salud.

Se definieron por parte del equipo conductor los temas de interés para su análisis así como las variables relevantes que debían ser incluidas y el formato del documento. Las variables fueron definidas en persona, tiempo y lugar.

Se realizó una distribución de temas los cuales fueron asignados a miembros del equipo responsable.

Se programaron reuniones de presentación de avances y análisis crítico de cada tema por parte del equipo conductor.

Cada equipo responsable procesó y analizó la información de acuerdo con las variables definidas las cuales se sumaron para configurar un primer documento borrador. Éste se sometió a la crítica y revisión del grupo consultor conformado por expertos nacionales e internacionales.

Con base en las recomendaciones del equipo consultor se procedió a la revisión y corrección del documento borrador para elaborar el documento final.

C. ANÁLISIS DEMOGRÁFICO

Costa Rica cuenta con una extensión territorial de 51.000 km², la división político administrativa del país consta de siete provincias y 81 cantones, con una densidad promedio poblacional de 75 habitantes por km² (con rangos de 10 a 1000 hab. km²).

El *IX Censo Nacional de Población*, realizado en junio del 2000, indica que a esa fecha Costa Rica alcanzó un total de 3.810.179 habitantes, siendo el 49,9 % de sexo masculino y el 50,06 % femenino, con una tasa de crecimiento anual en el período intercensal (1984-2000) de 2,8 % (con rangos -0,1 a 7,5 %).

Para el año 2000 el 59,0 % de la población reside en zona urbana (crecimiento anual de 3,8% (1984-2000)) y el 41,0 % en zona rural (crecimiento anual de 1,7%), mostrando que el crecimiento en la zona urbana en el mismo periodo es superior al promedio nacional (2,8%) y al ritmo de crecimiento de la población rural.

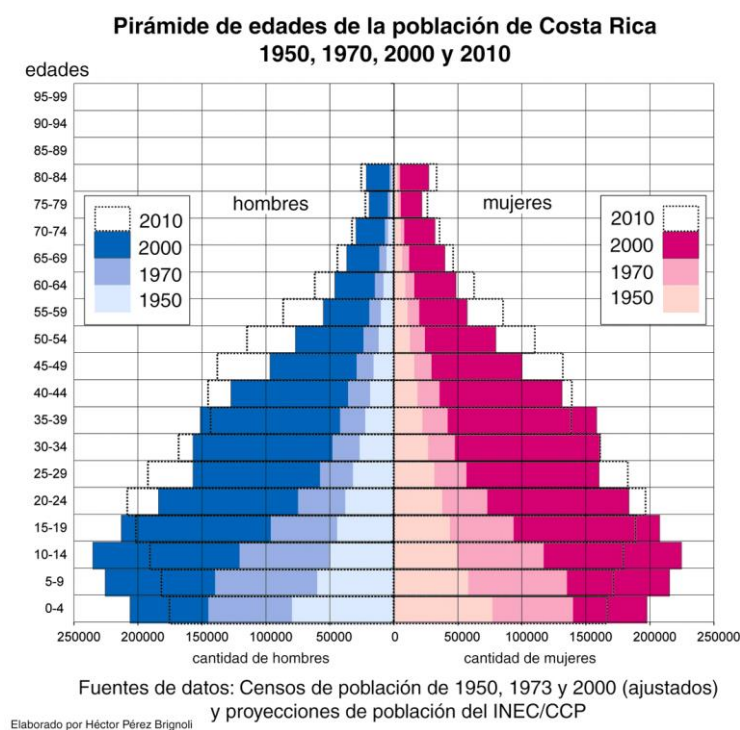
Para el año 2000, la tasa de alfabetismo de la población mayor de 10 años fue de 95,2 %, es similar para ambos sexos, mostrando un mejoramiento del 2,1% con respecto al censo de 1984, San José es la provincia con mayor nivel de alfabetización, Puntarenas, Limón y Guanacaste con menor nivel de alfabetización.

En cuanto a los servicios básicos en las viviendas individuales habitadas, los resultados muestran que el 96,7 % tiene electricidad, el 89,5 % tiene servicio sanitario conectado al alcantarillado público o tanque séptico, el 89,3 % consume agua de un acueducto y el 97,0% se abastece de agua por medio de tubería. Con respecto al censo de 1984, en general se registró un incremento de la disponibilidad de los servicios básicos, fundamentalmente en acceso a la electricidad y el tipo de servicio sanitario.

1. Tendencias en la estructura de la población por edad y sexo.

La pirámide de edades de la población de Costa Rica ha cambiado dramáticamente en los últimos 50 años, mostrando un paulatino ritmo de envejecimiento de la población, en donde los menores de 15 años representan el 31,9 % y los de 65 años y más el 5,6%. Esta estructura obedece al descenso de la mortalidad, de la fecundidad y a una migración internacional que se ha incrementado durante las dos últimas décadas. Estos cambios en la estructura de edades modifican sustancialmente el perfil epidemiológico de la población y la demanda de servicios.

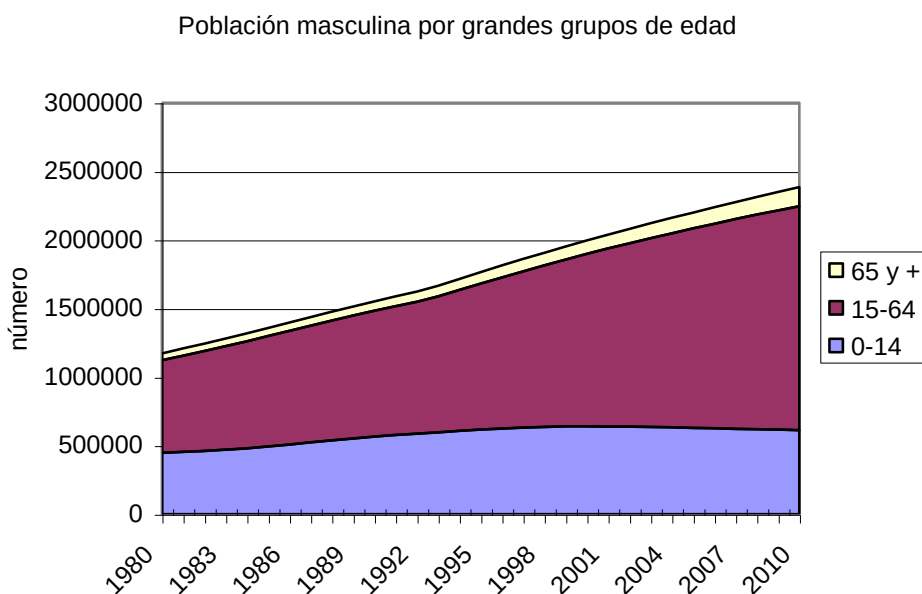
Gráfico 1



En los últimos 10 años es evidente que la población de Costa Rica ha entrado en un proceso de envejecimiento relativo, el cual continuará en los años futuros. Esto se puede apreciar con claridad en los siguientes gráficos donde se muestran las tendencias de la población por grandes grupos de edad (menores de 15 años, de 15 a 64 años y mayores de 65 años) entre 1980 y el año 2010.

Gráfico 2

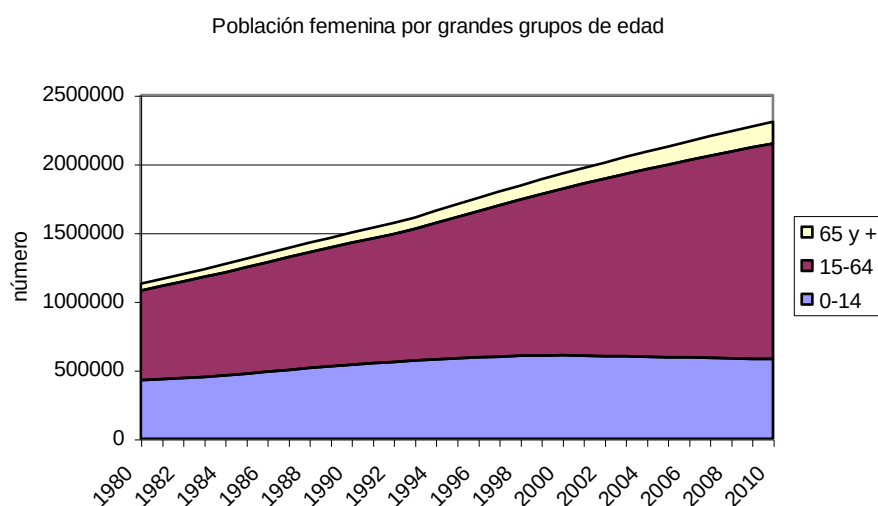
**Proyección de población masculina por grandes grupos de edad.
Costa Rica, 1980 al 2010.**



Fuente: Proyecciones del INEC-CCP

Gráfico 3

**Proyección de población femenina por grandes grupos de edad.
Costa Rica, 1980 al 2010.**



Fuente: Proyecciones del INEC-CCP

Los efectos más directos del envejecimiento se reflejan en el aumento de la relación de dependencia de los mayores de 65 años con respecto a la población en edad productiva (de 15 a 64 años). En la década del 2000 esa relación aumenta de 7,8% a 8,5% en los hombres y de 9,1% a 10,2% en las mujeres.

2. Grupos de Cantones según Índice de Rezago Social (IRS).

Con este indicador se busca conocer las diferencias en cuanto al acceso a los beneficios del desarrollo por parte de grupos específicos de la población; se construyó con datos del censo del 2000 y de otras fuentes de información. Está definido en términos de carencias y mide las áreas geográficas del país socialmente más rezagadas utilizando un conjunto de variables que representan tres dimensiones del desarrollo social: Educación, Salud y Vivienda.

En el campo de la vivienda se consideró el porcentaje de viviendas en regular y mal estado, porcentaje de viviendas sin agua intradomiciliar y porcentaje de viviendas sin electricidad. En cuanto a salud, se tomó el porcentaje de población sin seguro social, el porcentaje de población de 7 años con relación talla edad menor a la normativa y los minutos promedio de cada segmento censal en llegar al centro de salud más cercano. En lo educativo, se tomaron en cuenta el porcentaje de población de 10 años o más analfabeta y el porcentaje de población de 12 años con primaria o menos.

Tabla 1
Cantones según Índice de Desarrollo Social
Costa Rica 2002

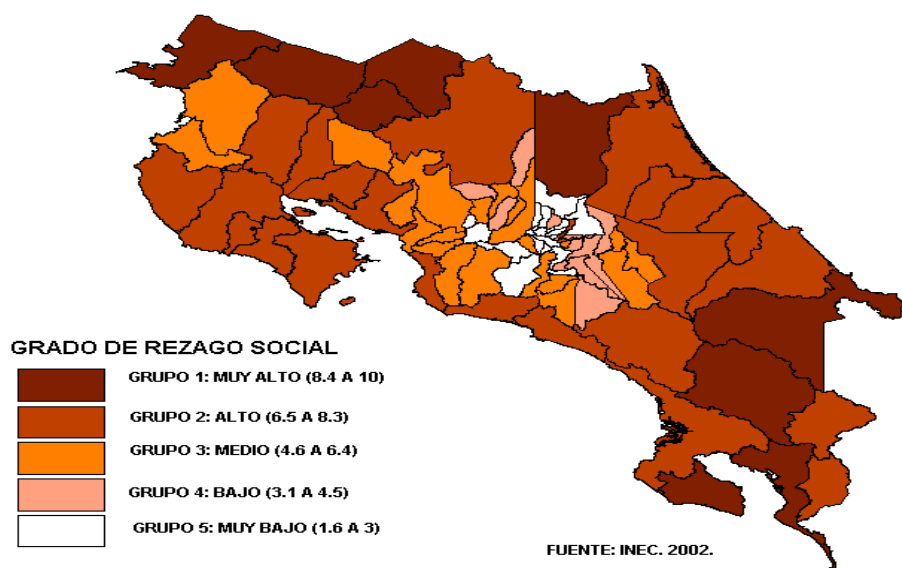
Grupo No. 1 Muy alto 9 a 10		Grupo No. 2 Alto 6,5 a 8,3		Grupo No. 3 Medio 4,6 a 6,4	
Cantón	I.R.S	Cantón	IRS	Cantón	IRS
Talamanca	10,0	Osa	8,25	Liberia	6,25
Upala	9,88	Coto Brus	8,13	Tarrazú	5,88
Los Chiles	9,75	Matina	8,13	Carrillo	5,88
La Cruz	9,75	Garabito	8,13	Tilarán	5,88
Sarapiquí	9,38	Abangares	8,00	León Cortés	5,75
Guatuso	9,38	Pocosí	7,88	San Ramón	5,63
Golfito	9,25	Parrita	7,75	Aserri	5,50
Buenos Aires	9,0	Nandayure	7,75	Montes de Oro	5,38
		Corredores	7,73	Jiménez	5,38
		Nicoya	7,50	Dota	5,25
		San Carlos	7,50	Valverde Vega	5,25
		Turrubares	7,50	Orotina	5,25
		Acosta	7,38	Naranjo	5,25
		Limón	7,38	Puriscal	5,13
		Turrialba	7,25	Esparza	5,00
		Aguirre	7,25	Alvarado	4,88
		Siquirres	7,13	Paraíso	4,88
		Bagaces	7,00	Poás	4,63
		Puntarenas	7,00	Mora	4,63
		Hojancha	6,75		
		Santa Cruz	6,63		
		San Mateo	6,50		
		Pérez	6,50		
		Zeledón			
		Cañas	6,50		
		Guácimo	6,50		

Tabla 2.

Grupo No. 4		Grupo No. 5	
Bajo 3.1 a 4.5		Muy bajo 1.6 a 2.8	
Cantón	I.R.S	Cantón	IRS
Alajuelita	4,50	San Isidro	2,75
Alajuela	4,50	Palmares	2,75
Oreamuno	4,38	Atenas	2,63
Guarco	4,38	Santa Bárbara	2,50
Santa Ana	4,13	Santo Domingo	2,38
La Unión	4,13	Barba	2,38
Grecia	4,00	Heredia	2,13
Cartago	3,88	Goicoechea	2,13
San Rafael	3,75	Coronado	2,00
Alfaro Ruiz	3,75	Tibás	2,00
Curridabat	3,50	Moravia	2,00
Escazú	3,38	San Pablo	1,75
Desamparados	3,25	Flores	1,63
San José	3,15	Belén	1,63
		Montes de Oca	1,63

Mapa 1

INDICE DE REZAGO SOCIAL SEGÚN CANTONES COSTA RICA 2002



En las tablas 1 y 2 se agruparon los cantones en cinco categorías de acuerdo con el índice de rezago social. En el grupo número 1 se ubican los cantones más postergados, mientras que en el número cinco se ubican aquellos con un mayor acceso a los beneficios del desarrollo, situación que se presenta además en el mapa 1.

3. Tendencias generales de la mortalidad y la fecundidad

Los principales indicadores demográficos de la población de Costa Rica en el año 2000 se resumen en la siguiente tabla:

Tabla 3.

Indicadores demográficos. Costa Rica. 2000

INDICADOR	Año 2000
Población total	3.810.179
Tasa bruta de natalidad	19,9 por mil
Tasa de mortalidad infantil	10,2 por mil nacimientos
Tasa bruta de mortalidad	3,8 por mil
Esperanza de vida al nacimiento (hombres)	75,4 años
Esperanza de vida al nacimiento (mujeres)	80,11 años
Tasa global de fecundidad	2.35 hijos
Tasa de crecimiento de la población	1,61 % anual
Porcentaje de población extranjera	7,8 %
Saldo inmigratorio anual estimado	De 20 a 30 mil personas

Fuente: Censo 2000. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.

4. Tendencias generales de la migración

La inmigración internacional ha sido un factor que ha contribuido al crecimiento poblacional del país. La información del censo del 2000 muestra que un 7,8% (296.461) de la población total ha nacido en el extranjero; dentro de este grupo el 76,3 % (226.374) corresponde a gente nacida en Nicaragua, constituyendo las tres cuartas partes de la inmigración internacional al país. Es importante mencionar que esta cifra no incluye la población flotante que ingresa al país por períodos cortos para realizar tareas agrícolas. En este último caso, los cantones más afectados por este movimiento migratorio son los fronterizos en primera instancia y aquellos de mayor actividad agrícola.

Es difícil pronosticar las tendencias de la migración. Si se mantienen las condiciones de los últimos cuatro o cinco años puede esperarse una inmigración neta anual de entre 20 y 30 mil personas, pero esto obviamente puede modificarse drásticamente de acuerdo con cambios en la situación socio-económica y política de Nicaragua, en primer lugar y de Colombia en segundo lugar. Estos dos países aportan el grueso de la corriente inmigratoria en la actualidad.

5. Acceso a los servicios de salud

La estructura de edad de la población incide en forma importante en el uso de los servicios. En el marco de la transición demográfica los servicios de salud deben satisfacer los requerimientos de las poblaciones jóvenes y las demandas de enfermedades crónicas de la población de la tercera edad.

6. Problemas específicos de las poblaciones indígenas.

La población indígena del país es el 1,7% de la población total, la cual muestra una escolaridad promedio de 3,6 años y en los territorios de Telire, Alto y Bajo Chirripó el promedio es de menos de un año de educación formal. El analfabetismo en los territorios indígenas alcanza el 30% y entre los cabécares llega al 50%.

El 73% de las viviendas en sus territorios se encuentran en regular o mal estado, sólo el 38% dispone de electricidad y el 65% usa letrinas.

La fecundidad de las mujeres indígenas es superior al resto de las mujeres del país. La mujer indígena en promedio tiene 4,1 hijos, contra un promedio nacional de 2,7.

D. ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO

1. Tendencia de la Mortalidad General

Las siguientes tablas muestran como varía la esperanza de vida por edad y sexo cuando actúan todas las causas de muerte y qué ocurriría con la esperanza de vida si se lograra eliminar por completo el efecto de un grupo específico de causas. Los cambios en la esperanza de vida al nacimiento resumen los efectos de los diferentes grupos de causas.

Las causas de muerte se agruparon en la forma siguiente:

Enfermedades de la niñez: perinatales, diarreas y congénitas

Enfermedades infecciosas: Tuberculosis, IRA, SIDA y otras

Enfermedades crónicas: cardiovasculares, diabetes, alcoholismo y cirrosis, respiratorias crónicas.

Todos los tipos de cáncer

Muertes violentas: accidentes, accidentes de tránsito, suicidios y homicidios.

Otras causas: Las que no se incluyen en los grupos anteriores.

Tabla 4

Esperanza de vida según edad y causas de muerte, Costa Rica, 1999-2001						
Mujeres		Eliminando un grupo específico de causas				
Edades	Todas las causas de muerte	Enfermedades de la niñez	Enfermedades infecciosas	Todos los tipos de cáncer	Muertes violentas	Enfermedades crónicas
Menos de 1 año	80.1	80.9	80.6	82.8	80.7	86.2
1-4	79.9	80.0	80.3	82.6	80.4	86.0
5-9	76.0	76.1	76.4	78.8	76.6	82.1
10-14	71.1	71.2	71.5	73.8	71.6	77.2
15-19	66.2	66.2	66.5	68.9	66.7	72.2
20-24	61.3	61.3	61.7	64.0	61.7	67.4
25-29	56.4	56.4	56.8	59.1	56.8	62.5
30-34	51.5	51.6	51.9	54.2	51.9	57.6
35-39	46.7	46.7	47.0	49.3	47.0	52.7
40-44	41.9	41.9	42.2	44.4	42.2	47.9
45-49	37.1	37.2	37.5	39.6	37.5	43.1
50-54	32.5	32.6	32.8	34.8	32.8	38.4
55-59	28.0	28.1	28.3	30.1	28.3	33.7
60-64	23.7	23.7	24.0	25.6	23.9	29.2
65-69	19.6	19.6	19.9	21.3	19.8	24.7
70-74	15.8	15.8	16.0	17.2	16.0	20.4
75-79	12.3	12.4	12.6	13.4	12.5	16.3
80-84	9.4	9.4	9.6	10.1	9.5	12.4
85-89	7.0	7.0	7.1	7.3	7.1	8.7
90 y más	5.2	5.2	5.2	5.2	5.2	5.2

En cuanto a la esperanza de vida, el peso que tienen las causas de mortalidad más importantes guardan diferentes relaciones de acuerdo con el grupo de edad y sexo. En general, son las enfermedades crónicas y el cáncer los que tienen mayor relevancia en la determinación de cuánto se espera que una persona viva.

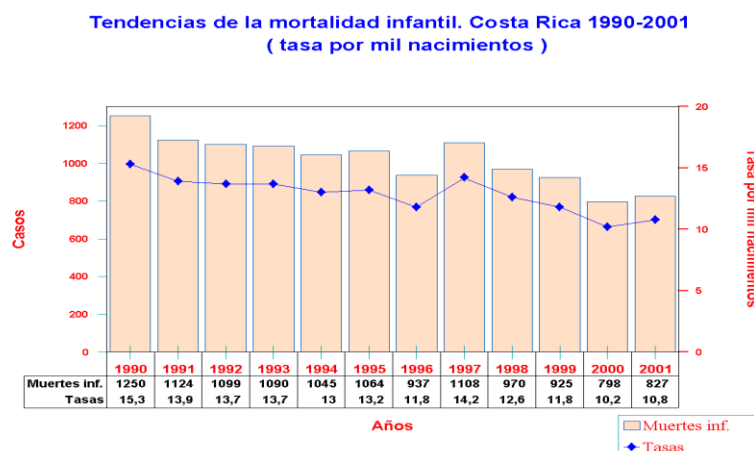
Tabla 5

Esperanza de vida según edad y causas de muerte, Costa Rica, 1999-2001						
Hombres		Eliminando un grupo específico de causas				
Edades	Todas las causas de muerte	Enf.de la niñez	Enf. infecciosas	Todos los tipos de cáncer	Muertes violentas	Enfermedades crónicas
Menos de 1 año	75.4	76.3	76.0	78.3	77.5	82.1
1-4	75.3	75.4	75.9	78.2	77.5	82.0
5-9	71.5	71.5	72.0	74.4	73.6	78.2
10-14	66.6	66.6	67.1	69.4	68.6	73.3
15-19	61.7	61.7	62.2	64.5	63.7	68.4
20-24	56.9	57.0	57.5	59.7	58.8	63.6
25-29	52.3	52.3	52.8	55.1	53.8	59.0
30-34	47.6	47.6	48.1	50.4	49.0	54.4
35-39	43.0	43.0	43.4	45.8	44.1	49.7
40-44	38.3	38.4	38.8	41.1	39.3	45.0
45-49	33.8	33.8	34.2	36.6	34.6	40.4
50-54	29.4	29.4	29.8	32.1	30.1	35.8
55-59	25.1	25.1	25.4	27.7	25.7	31.3
60-64	21.1	21.1	21.4	23.5	21.5	26.9
65-69	17.3	17.3	17.6	19.5	17.6	22.7
70-74	13.9	13.9	14.2	15.8	14.2	18.7
75-79	11.0	11.0	11.2	12.5	11.2	15.0
80-84	8.5	8.5	8.7	9.6	8.7	11.5
85-89	6.5	6.5	6.6	7.1	6.6	8.2
90 y más	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0

2. Tendencia de la Mortalidad Infantil

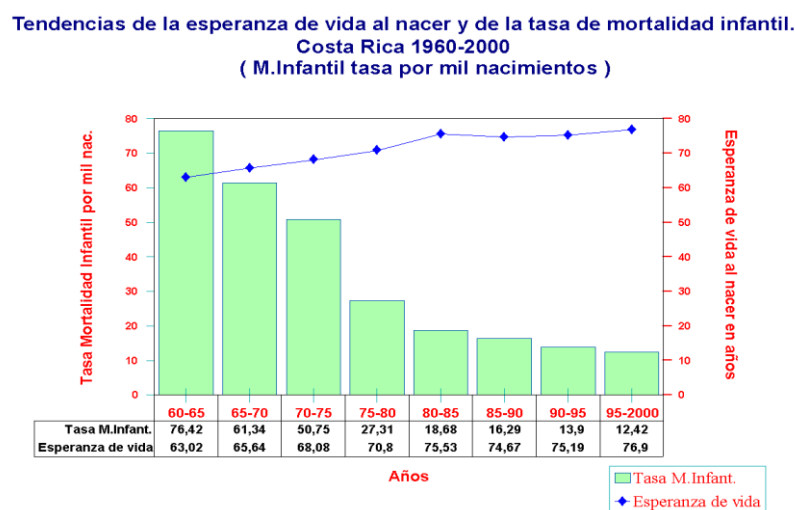
La Tasa de la Mortalidad Infantil en el país, en el período comprendido entre 1990 al 2001, ha descendido de 15,3 a 10,82 por mil nacidos vivos. Entre los años 1998 - 2001 la tasa ha disminuido en 1,7 puntos, lográndose alcanzar la meta planteada de una tasa igual o menor a 11 por mil en el último año.

Gráfico 4



El indicador de mortalidad infantil determina directamente la esperanza de vida al nacer. Existe una relación entre ambos indicadores de manera inversa, razón por la cual conforme disminuye la mortalidad infantil aumenta la esperanza de vida al nacer, lo que indica que al mejorar la atención y las condiciones de vida se favorece la salud de la población.

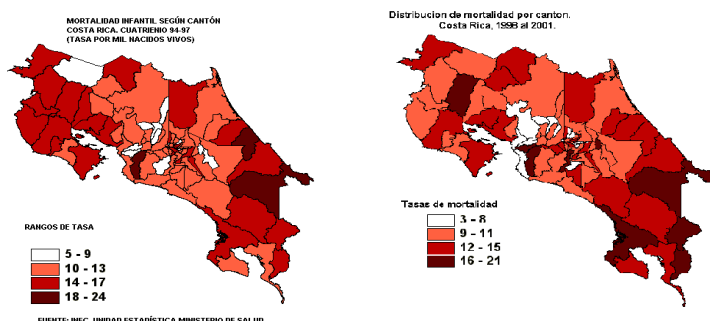
Gráfico 5



Al observar la tasa de mortalidad infantil por cantón en el cuatrienio 94-97, 35 cantones presentan tasas más altas que la nacional (13,03) y en el cuatrienio 98-2001, 34 cantones presentan cifras superiores a (11,35). Los 10 cantones que mantienen tasas altas en ambos cuatrienios son: Talamanca, Dota, Matina, Liberia, Sarapiquí, Coto Brus, Los Chiles, Limón, Abangares y Siquirres. Esta situación podría estar asociada a problemas de accesibilidad de la atención del grupo materno infantil y a las bajas condiciones socioeconómicas de estas poblaciones.

Mapa 2

Mortalidad infantil por cantón. Costa Rica, 1994-2001.



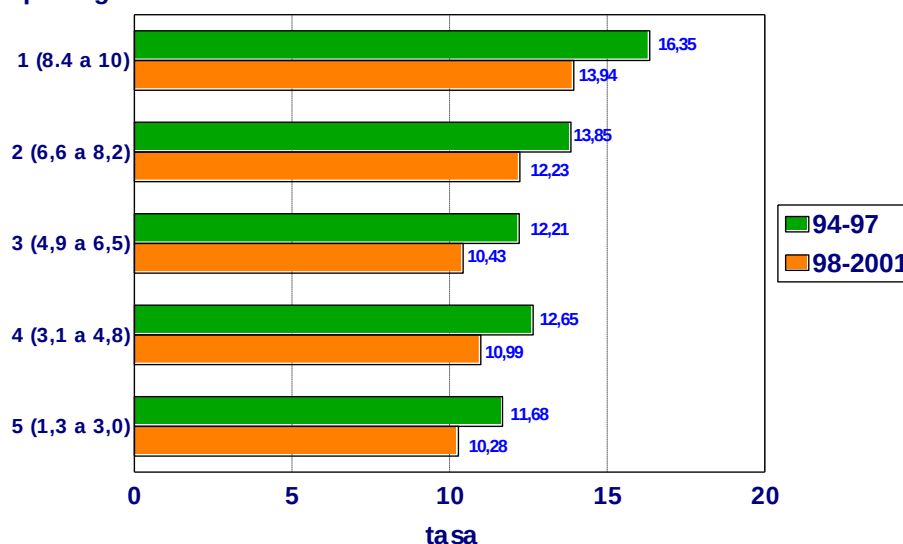
Para determinar esta posible asociación, los cantones se agruparon en cinco grupos de acuerdo con la clasificación del índice de rezago social. Los cantones ubicados en el grupo N° 1 y N° 2 son los que muestran el indicador de rezago social más alto, lo que significa que muestran deficiencias importantes en las variables de educación, vivienda y salud según lo definido en dicho indicador. A la vez se puede observar como este indicador se relaciona directamente con las tasas de mortalidad infantil, al mostrar ambos grupos las tasas más altas que la nacional en los dos cuatrienios. Por otra parte los cantones ubicados en el grupo N° 5, los de más bajo índice de rezago social, presentan a su vez las tasas más bajas de mortalidad infantil, en ambos cuatrienios.

Se evidencia que el indicador de mortalidad infantil está fuertemente ligado a las condiciones de vida de la población y que se requiere una intervención intersectorial para impactar en su disminución.

Gráfico 6

**Mortalidad infantil segun indice de rezago social.
Costa Rica cuatrienio 94-97 y 98-2001.
(tasa por mil nacimientos)**

grupo segun I.R.S.



Fuente: INEC-CCP-Unidad Estadística M.Salud

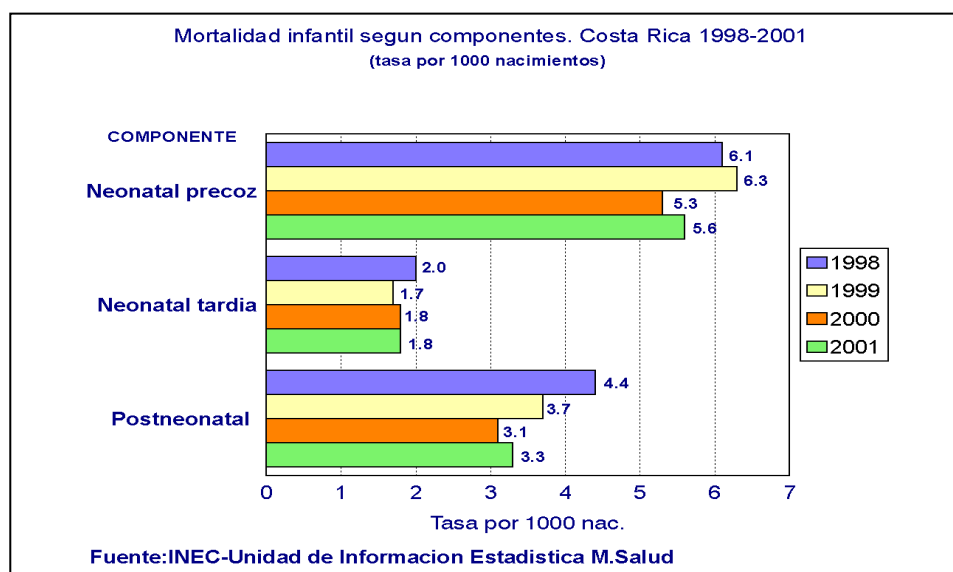
Además se observa una diferencia descendente de 2.67 puntos entre el primer y segundo cuatrienio en el primer grupo, a pesar de su alto índice de rezago social, lo que probablemente indique que durante los dos cuatrienios hubo mejoras en las condiciones de vida de dichas poblaciones, entre otros factores.

Las muertes infantiles son predominantemente neonatales. En el período comprendido de 1998 al 2001, la mortalidad neonatal ha tenido un leve descenso pasando de 8,1 por mil en el 2000 a 7,4 por mil en el 2001.

El mayor peso de esta mortalidad se ubica en el componente neonatal precoz (los primeros 7 días de vida), en el cual la tasa descendió un 10% del año 1998 al 2001 lo que podría asociarse a una mejor atención perinatal. El componente de neonatal tardío (de 8 días hasta antes de los 28 días) presenta una tendencia a la estabilización.

En ese período la tasa de mortalidad infantil ha descendido de 12,6 a 10,8, de los cuales 1,1 corresponde al período posneonatal, (28 días hasta 11 meses 29 días).

Gráfico 7



Lo anterior confirma que si se quiere mantener esta tasa en descenso, será necesario intervenir con mayor fuerza en los determinantes neonatales de esta, la que está muy ligada a las causas de fallecimiento.

Tabla 6

Mortalidad infantil proporcional según grandes grupos de causas.
Costa Rica. 1997-2001
(N° relativos)

GRUPOS DE CAUSAS	1997	1998	1999	2000	2001
Defunciones	1108	970	925	798	827
Total	100	100	100	100	100
Afecciones originadas periodo perinatal	45.9	47.2	50.9	48.4	49.7
Malformaciones congénitas	32	26.9	28.5	32.2	33
Enfermedades sistema respiratorio	11.2	12.6	8.3	8.8	6.9
Enfermedades infecciosas y parasitarias	4.6	5.1	4.9	4	4.2
Otras causas	6.3	8.2	7.3	6.6	6.2

Fuente: INEC, Unidad de Información Estadística MS

La principal causa de muerte infantil del país, corresponde a las afecciones originadas en el período perinatal, que oscila entre 46% y el 51% durante 1997 al 2001. Ellas incluyen: trastornos por duración de la gestación, membrana hialina y la sepsis bacteriana. Las malformaciones congénitas contribuyen a un 27% a un 33% en ese mismo período; y entre éstas, las que contribuyen mayormente son: las malformaciones del sistema circulatorio, del sistema nervioso y las anomalías cromosómicas. Siguiendo en orden de importancia las enfermedades infecciosas y respiratorias, oscilan entre un 13% al 18%. Un 6% a un 8% corresponden a otras causas como son el síndrome de muerte súbita, las lesiones accidentales y la agresión. Se puede observar que aún con porcentajes bajos continúan presentándose muertes por causas prevenibles con medidas de salud pública.

Al realizar la comparación de las causas entre las provincias y los cantones se muestra un comportamiento similar a la anterior en los diferentes años, ocupando los porcentajes mayores las afecciones perinatales y con algunas diferencias poco significativas las otras causas.

El Ministerio de Salud, inició el análisis de la mortalidad infantil en el año 1996 el cual se consolidó en el año 1998 con la creación del Sistema Nacional de Análisis de Mortalidad Infantil (SINAMI), publicado en el decreto N° 26932-S. Este análisis permitió caracterizar las muertes infantiles e identificar algunos determinantes de estas, evaluando a su vez la calidad de los servicios de salud en los procesos de embarazo, parto, atención del recién nacido y crecimiento y desarrollo del niño (a) menor de un año.

Este análisis adquiere su importancia por cuanto sirve de insumo en la definición de acciones estratégicas de los tres niveles de atención, con la intervención de diversos sectores de la sociedad, según corresponda en cada nivel.

Tabla 7

**Mortalidad infantil según criterio de prevenibilidad
Costa Rica 1998-1999**

Clasificación	Año 1998		Año 1999	
	Nº	%	Nº	%
Total	435	100	413	100
Prevenibles	163	37.5	150	36.3
No prevenibles	242	55.6	249	60.3
Dudosa	30	6.9	14	3.4

Fuente: SINAMI, Ministerio de Salud.

Las comisiones, según la información obtenida de cada caso, determinan la prevenibilidad de la muerte infantil. Las muertes prevenibles del total de las defunciones infantiles analizadas por el SINAMI, presentan porcentajes mayores al 36%. Entre las no prevenibles los porcentajes se concentran entre el 55% y el 60%, observándose un aumento en éstas de un 4,7%. El porcentaje calificado como dudoso disminuyó en un 3,5%, en ese período.

En el año 1998 el 46,1% de los hogares de los niños fallecidos, presentaban una o más necesidades básicas insatisfechas, lo que señala condiciones de pobreza estructural. En ese mismo año, la distribución de la intensidad de la pobreza en estos hogares, señala que el 31,5% de todos los hogares analizados tenían carencias en dos o más de los indicadores de necesidades básicas. Para el año de 1999, la frecuencia de necesidades básicas insatisfechas en los hogares de niños fallecidos pasó a 39,2 % de las familias.

Tabla 8

**Mortalidad infantil según necesidades básicas.
Costa Rica 1998-1999**

Necesidades Básicas	1998		1999	
	No.	%	No.	%
Total	427	100	429	100
Insatisfechas	197	46,1	168	39,2
Satisfechas	230	53,9	261	60,8
Intensidad				
Solo una	58	13,6	68	15,9
Dos	57	13,3	42	9,8
Tres	51	11,9	31	7,2
Cuatro	20	4,7	21	4,9
Todas	7	1,6	6	1,4

Fuente: SINAMI, Ministerio de Salud.

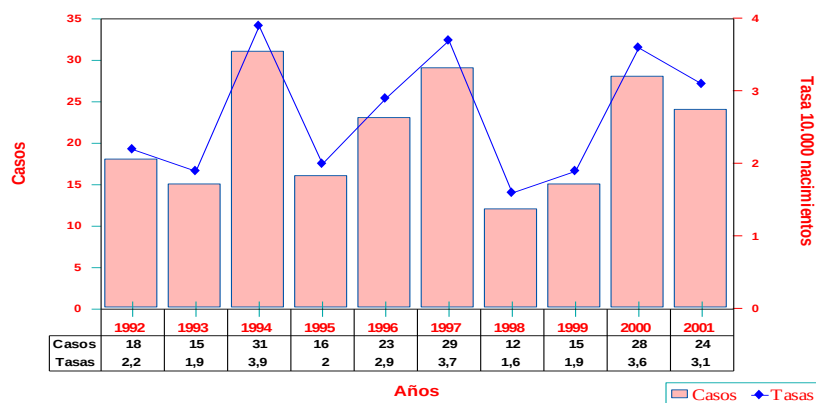
La tendencia de mortalidad infantil, la causalidad y la distribución geográfica asociada a bajas condiciones de vida, planteó la necesidad de elaborar el plan de prevención de la mortalidad infantil y promoción de la salud materno perinatal con un enfoque intra e intersectorial, con el propósito de lograr reducir la tasa de mortalidad infantil mediante un abordaje integral de la problemática

3. Tendencia de la Mortalidad Materna

En Costa Rica la salud perinatal se mide con el indicador de mortalidad materna y con esta perspectiva se analiza la atención de los servicios de salud en prenatal, parto y puerperio.

Gráfico 8

Mortalidad Materna según año. Costa Rica 2000 - 2001
(tasa por 10.000 nac.)



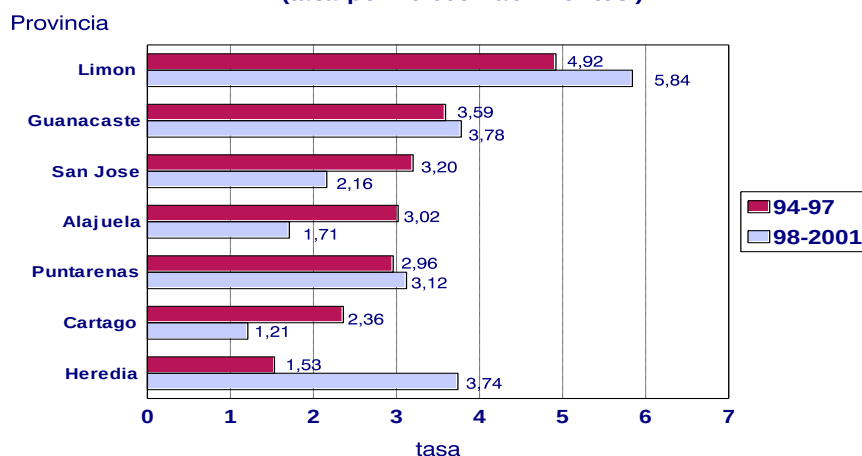
Fuente: INEC-Unidad de Informacion Estadistica M.Salud

En los últimos 10 años la tasa de mortalidad materna ha presentado oscilaciones con un promedio de 22 muertes y una tasa de 2,56 por mil nacidos vivos. Al unir la tasa por quinquenio se observa una tendencia uniforme de esta.

Al realizar la agrupación de la mortalidad materna por cantón de residencia y por cuatrienios, la provincia de Limón, seguida de Guanacaste, presentan cifras superiores a la tasa nacional; sin embargo, se nota que Heredia y Puntarenas tienen un aumento en el cuatrienio 98-01.

Gráfico 9

**Mortalidad Materna según provincias,
Costa Rica cuatrienio 94-97 y 98-2001.
(tasa por 10.000 nacimientos)**



Fuente: INEC-Unidad Estadística M.Salud

Algunos de los factores que podrían incidir en este comportamiento, de acuerdo con el análisis de los casos de muerte materna realizados por las comisiones, son:

Los traslados que no son oportunos, el 60% de los fallecimientos se producen en los hospitales nacionales, referidos de los hospitales periféricos y regionales.

No se aplican las normas de atención en el periodo prenatal relacionadas con la valoración del riesgo del embarazo, la captación tardía, la inasistencia al control prenatal; no se da atención prioritaria de la embarazada en el servicio de emergencias de los hospitales.

Otros factores asociados a la muerte materna y a su causalidad son los relacionados con la atención del parto y postparto inmediato y el que no se realizan la clasificación del riesgo y la atención oportuna de los casos.

De acuerdo con la causalidad de las muertes maternas se observa que estas son determinadas por factores asociados al embarazo y al parto, por lo tanto, se considera que la prevenibilidad de estas muertes es alta puesto que las patologías son sensibles a tratamiento si existe un diagnóstico oportuno. Según se identifica en los análisis realizados por las comisiones respectivas, las muertes fueron prevenibles en un promedio de 82%, en los años 1998 a 2001.

Tabla 9
Mortalidad materna según grandes grupos de causas
Costa Rica 1996 - 2001
(Tasa 10000 nacimientos)

Grandes Grupos de Causas	Años											
	1996		1997		1998		1999		2000		2001	
	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa
Total	23	2.90	29	3.7	12	1.56	15	1.91	28	3.58	24	3.14
Edema proteinuria y trastornos hipertensivos embarazo, parto y puerperio	11	1.39	8	1.03	2	0.26	4	0.51	2	0.26	4	0.52
Embarazo terminado en aborto	4	0.51	5	0.64	3	0.39	1	0.13	3	0.38	2	0.26
Atención materna relacionada con el feto y cavidad amniótica	4	0.51	2	0.26	3	0.39	1	0.13	5	0.64	0	0
Complicaciones trabajo de parto y el parto	3	0.38	5	0.64	2	0.26	3	0.38	8	1.02	7	0.92
Trastornos maternos relacionados principalmente embarazo	1	0.13	1	0.13	2	0.26	0	0	1	0.13	3	0.39
Complicaciones puerperio	0	0	4	0.51	0	0	3	0.38	4	0.51	0	0
Otras afecciones obstétricas	0	0	4	0.51	0	0	3	0.38	5	0.64	8	1.05

Fuente: Unidad Estadística de Vigilancia de la Salud. Ministerio de Salud

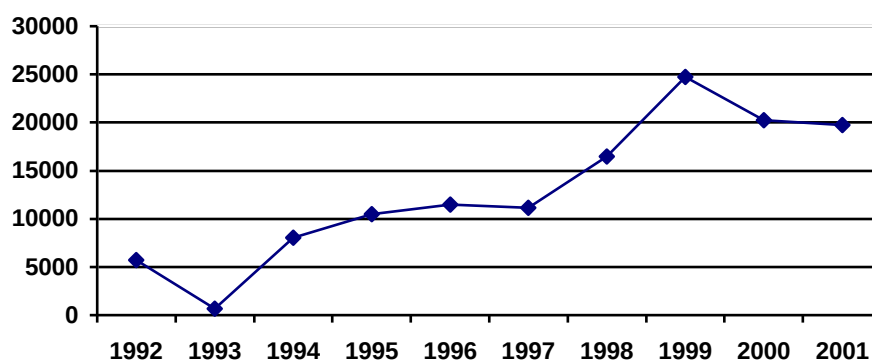
4. Enfermedades transmisibles

Al analizar la tendencia de la mortalidad general de Costa Rica, tomando los años 1990, 1995 y 2000, por los seis grandes grupos de causas de la clasificación 6/67 de la OPS, y utilizando para ello la mortalidad proporcional, se encuentra que no ha habido variación en la posición que ocupa el grupo de las enfermedades infecciosas o transmisibles pues siguen ocupando el quinto lugar en relevancia.

Infecciones respiratorias agudas (IRA)

Las infecciones respiratorias agudas constituyen la causa más frecuente por enfermedad de notificación obligatoria y de consulta externa en la CCSS. Del total de casos atendidos se hospitalizan el 1,2% de ellos. Los grupos de edad más afectados son los menores de 1 año con una tasa de hospitalización que oscila en el rango de 26,7 a 32,8 por mil casos seguidos de los niños de 1 a 4 años con tasas de hospitalización de 1,65 a 2,41 por mil. Los niños menores de 5 años representan entre el 80 y el 90% de los egresos por esta causa. El otro grupo de edad que se encuentra entre los más afectados es el de mayores de 50 años con tasas de hospitalización del rango de 0.30 a 0.56 por mil. Sin embargo, la severidad es mayor en este grupo de debido a que las tasas de mortalidad específicas por grupo de edad pasan de 1,9 por cien mil en los menores de 5 años a 4,79 por cien mil en los mayores de 50. La distribución temporal de los casos notificados en los últimos 4 años nos muestra una mayor incidencia en los meses de marzo, abril y junio.

Gráfico 10
Tendencia de las Virosis de vías respiratorias agudas Costa Rica 1992-2001 (tasas por 100000 habitantes)

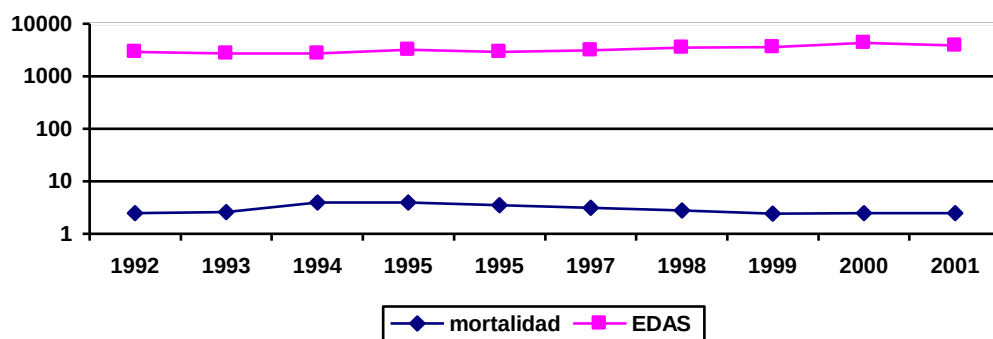


Fuente: Unidad Estadística de Vigilancia de la Salud. Ministerio de Salud

Enfermedad diarreica aguda (EDA)

Las enfermedades diarreicas agudas muestran una tendencia creciente en la incidencia en los últimos 10 años, pasando la tasa de 2917 por cien mil habitantes en 1992 a 3939 por cien mil en el 2001, es decir, hubo un incremento del 32%. Por el contrario, los egresos muestran una tendencia descendente de 8151 en 1992 a 4821 en el año 2000, lo cual representa un descenso del 40,8% en todos los grupos de edad excepto en los mayores de 80 años y los de 5 a 9 años donde se observa un incremento.

Gráfico 11
Tendencia de la enfermedad diarreica Costa Rica 1992-2001
(tasas por 100000 habitantes)



Fuente: Unidad Estadística de Vigilancia de la Salud. Ministerio de Salud

La letalidad ha descendido en los últimos 8 años, pasando de 0,12% en 1994 a 0,06% en el año 2001 lo que evidencia mejor acceso a servicios, mayor oportunidad de éstos, mejora en la educación de la comunidad y mejor manejo de las diarreas en los servicios de salud entre otros, en parte por el énfasis ante la reintroducción del Cólera al Continente Americano en 1991. Se puede observar un incremento en los casos notificados en los meses de marzo y junio. Tanto la incidencia como la mortalidad se da en mayor número en las edades

extremas, menores de 5 años y mayores de 65 años. Las provincias con mortalidad más alta en el año 2001 son Puntarenas (4,2 por cien mil), Guanacaste (2,8 por cien mil), y Alajuela (2,7 por cien mil).

Enfermedades Inmunoprevenibles

En Costa Rica, el programa regular de inmunizaciones inició a principios de los cincuenta con la vacuna contra la difteria, tétanos y tos ferina (DPT), anteriormente se vacunaba contra la viruela y ocasionalmente contra tifoidea y difteria. En 1955 el país fue uno de los primeros en realizar una campaña de vacunación contra la poliomielitis utilizando vacuna inyectable tipo SALK y en 1960 se empezó a utilizar la vacuna oral. En 1967 se utiliza por primera vez la vacuna antisarampionosa en una campaña en la que se aplicaron 209.833 dosis y en 1972 se inicia la vacunación con vacuna doble antisarampión-rubéola (SR).

La vacuna contra la hepatitis B (HB) en los menores de un año inicia en 1997 y en 1998 contra el *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib), lo que produce una reducción significativa de los casos graves por *Haemophilus influenzae* tipo b.

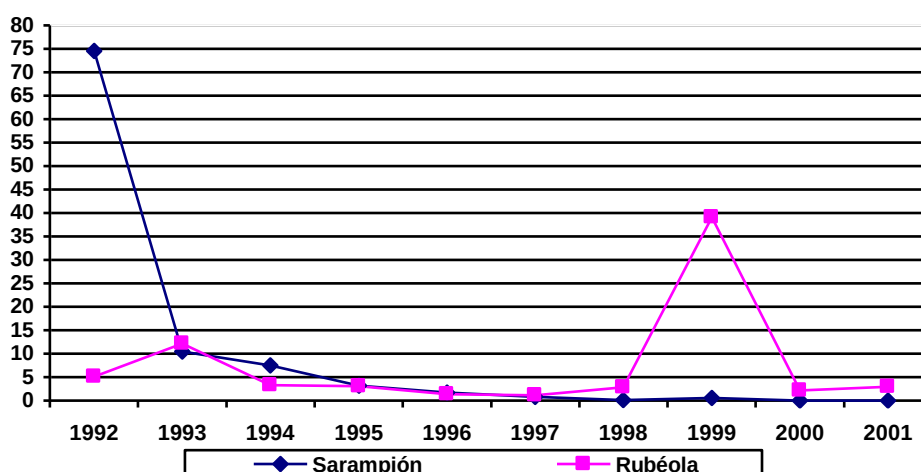
Actualmente el Programa Ampliado de Inmunizaciones de Costa Rica contempla vacunas contra las siguientes enfermedades: Sarampión, Rubéola, Parotiditis, Difteria, Tétanos, Tos ferina, Poliomielitis, Hepatitis B, *Haemophilus influenzae* tipo B y Tuberculosis (meníngea y miliar). El impacto de este programa se refleja en la baja incidencia de algunas de estas patologías hasta incluso la erradicación.

El sarampión produjo la última gran epidemia en los años 1991 al 93, con un total de 9450 casos. La mortalidad fue de 58 casos en total, es decir una letalidad total para la epidemia de 6,1 muertes por cada 1000 casos de sarampión. Durante la epidemia, los menores de un año presentaron la incidencia más alta (191 / 10000), sin embargo los grupos de 5 a 24 años presentaron incidencias significativamente más altas, en comparación con las epidemias anteriores. En 1993, el país asume el compromiso de erradicación del sarampión por lo que se intensifican las acciones de vigilancia y vacunación con campañas anuales hasta 1997. Los últimos brotes se presentaron en Guanacaste en 1997, a raíz de la llegada de un turista brasileño, a partir del cual se dan 11 casos secundarios todos en niños menores de 1 año y adultos. El otro se presentó en Vázquez de Coronado en 1999 debido a una educadora que viajó al Perú contrayendo la enfermedad y que produjo 3 casos secundarios, dos adultos y un menor de 1 año. Ese mismo año el país notificó 23 casos confirmados por clínica, ya que no se realizó la comprobación en laboratorio, sin embargo no se encontró nexo epidemiológico en estos. Para el año 2000 y hasta noviembre del 2002, siguen sin notificarse casos confirmados por sarampión.

La rubéola muestra de 1993 a 1997 una tendencia al descenso, como respuesta a la introducción de la vacuna SRP en escolares. A finales de 1998 y durante 1999, se produce una epidemia de 1507 casos, principalmente en el grupo femenino de 25 a 44 años en las regiones centrales de salud del país. Ante esta situación del desplazamiento de susceptibles a mujeres en edad fértil, y al hecho de detectar fallas en el sistema de vigilancia del síndrome de rubéola congénita, ya que no se notificaron los casos esperados posterior a la epidemia, Costa Rica implementó, a partir del 2001, un plan de control de la rubéola y eliminación del síndrome de rubéola congénita que incluyó la vacunación de la población de 15 a 39 años en ambos sexos, en una jornada que alcanzó el 98% de cobertura, complementado con la vacunación pos-parto en la cohorte de mujeres embarazadas.

Gráfico 12

**Incidencia del sarampión y la rubéola
Costa Rica 1992- 2001**



Fuente: Unidad de Estadística, Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud

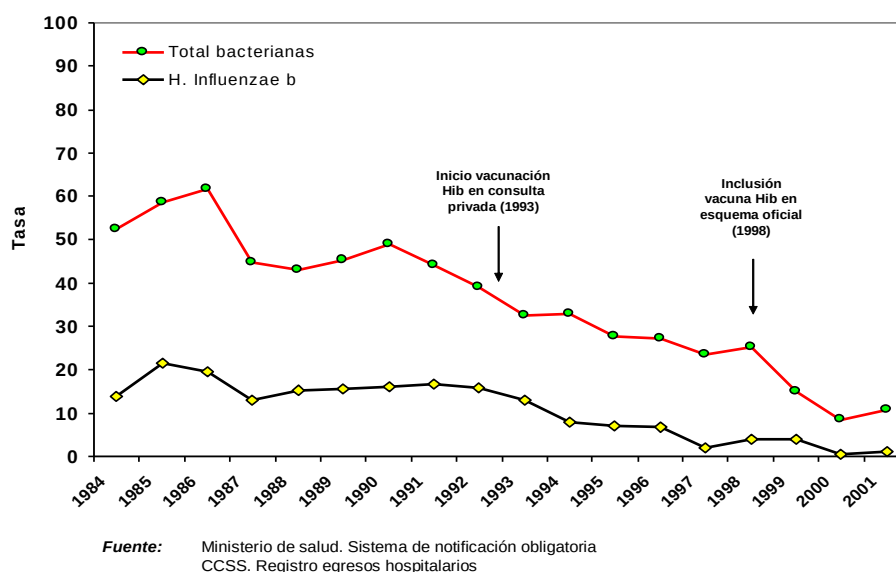
A finales del 2000, el Hospital Nacional de Niños (HNN) alerta sobre un incremento de los casos de tos ferina. El estudio evidenció que el 90% de los niños eran menores de 6 meses y, aunque el 81% de ellos habían cumplido con las dosis correspondientes para su edad, no tenían la edad necesaria para completar las 3 dosis de DPT. Un 62% de los casos tenían el antecedente de contacto con algún familiar con tos persistente. Actualmente sólo el HNN cuenta con pruebas inmunológicas y el cultivo. En la última década, el fortalecimiento de los hospitales regionales y periféricos con la especialidad de pediatría y tecnología más avanzada ha hecho que no haya necesidad de que estos niños sean referidos al HNN. Para el año 2001, la incidencia más alta se da en las provincias de Heredia (3,3 por 100 mil habitantes), San José(1,7) y Cartago (1,1) y la más baja en Guanacaste que reporta 0 casos.

La hepatitis B, es una patología que presenta una mayor incidencia en el grupo de 15 a 44 años; sin embargo, en los últimos años se empieza a notar un aumento en el grupo de 10 a 14 años. La principal forma de transmisión es la sexual, y la aparición en grupos más jóvenes, refleja el inicio cada vez más temprano de la actividad sexual no segura. La vacunación se inició en Costa Rica en 1987 con adultos, para proteger a funcionarios de salud. A partir de 1997, se amplió la vacunación a niños iniciando en los recién nacidos.

En Costa Rica, la vacuna contra el *Haemophilus influenzae (Hib)* se introdujo en la consulta pediátrica privada en 1993 y en el esquema básico oficial de vacunación en marzo de 1998. La disminución más marcada en los casos de meningitis ocurre a partir de 1998, cuando se inician los esfuerzos para lograr una cobertura nacional de la vacunación. En la siguiente gráfica se puede observar como la incidencia empieza a disminuir en el año 2000, mostrando los dos últimos años una muy baja incidencia.

Gráfico 13

**Tasas de egresos (por 100000) por meningitis bacterianas y *H. Influenza b*
en menores de cinco años. Costa Rica, 1984 a 2001**



Desde 1988 no se registraba ningún caso de tétanos neonatal. Sin embargo, durante la semana 43 (22 de octubre del 2002) se reportó y confirmó un caso de tétanos neonatal en un niño de 6 días de nacido, hijo de madre indígena migrante de origen panameño, múltipara, sin antecedente de vacunación, gestante a término, sin control prenatal y parto domiciliario. Esto significa que se deben tomar medidas para reforzar las coberturas en poblaciones adultas y embarazadas en riesgo.

El tétanos en adulto sigue presentándose en forma esporádica, reportándose de uno a tres casos por año.

La difteria no se presenta en el país desde 1976, seis años después de la introducción de la vacuna DT en el esquema nacional.

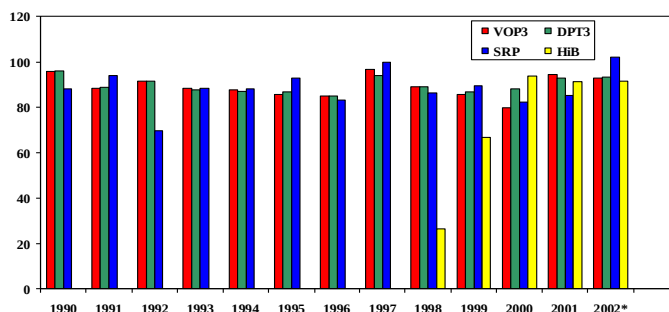
El último caso de poliomielitis se registra en 1973. A partir de 1991, Costa Rica implementó el sistema de vigilancia de las parálisis flácidas agudas (PFA). En 1994, la OPS certifica que Costa Rica eliminó la poliomielitis. Hasta la actualidad se han descartado por otros diagnósticos todos los casos de PFA.

Coberturas de vacunación. Programa Ampliado de Inmunizaciones

Durante la última década y hasta la actualidad, el programa ampliado de inmunizaciones ha mantenido niveles de cobertura del 80% y más para todos los biológicos.

Gráfico 14

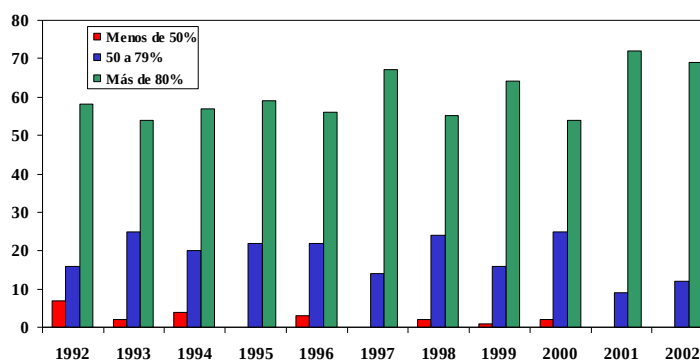
Distribución comparativa de Coberturas para VOP3, DPT3, SRP y HiB por cantones. Costa Rica, 2001 a I semestre 2002.



La tendencia en las coberturas para las vacunas trazadoras del esquema oficial, VOP3, DPT3 y SRP mostró un comportamiento ascendente durante el período de 1998 al 2002. El incremento de las coberturas, fue más importante en los cantones de las zonas fronterizas y de las costas, lo que apunta a una reducción de las brechas que favorece a las zonas más postergadas. Paulatinamente han venido aumentando el número de cantones que alcanzan el 95% de cobertura en su población blanco, considerada como la cobertura ideal.

Gráfico 15

Distribución de catones por nivel de cobertura en menores de 1 año para VOP3 por cantones. Costa Rica, 2001 a I semestre 2002.



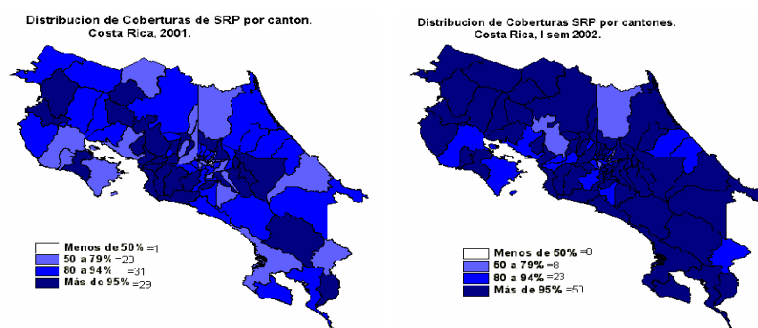
Por otro lado, el Área Metropolitana cuenta con los cantones catalogados de mayor desarrollo social; sin embargo, tiene los cantones más rezagados en coberturas. Se reporta que un 23,8% de los niños menores de 5 años del área metropolitana asisten a consulta privada, por lo que es probable que la ausencia de reporte de vacunas aplicadas por los servicios privados esté explicando el comportamiento de las coberturas en estos cantones. En el caso de San José, la capital del país, la cobertura también se subestima por el sobre registro de nacimientos en este cantón.

Un importante avance ha sido la elaboración de estrategias de monitoreos rápidos para la identificación de poblaciones sin vacunar de los grupos meta del programa de inmunización. Con esto se ha logrado elevar la cobertura en cantones que habían mantenido sistemáticamente bajas coberturas.

Las coberturas de SRP, en comparación al año anterior, han mejorado en un 16%. Además han aumentado los cantones con cobertura del 95% o más, pasando de 29 cantones en el 2001 a 50 cantones en el 2002.

Mapa 3

**Distribución comparativa de Coberturas para SRP por cantones.
Costa Rica, 2001 a I semestre 2002.**



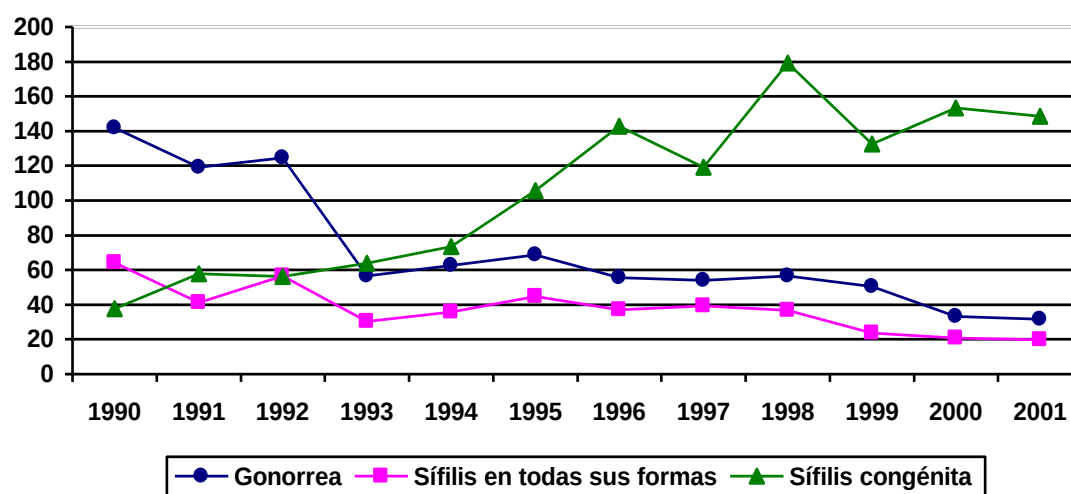
Otro logro durante el último quinquenio ha sido la introducción de la vacuna de Hib orientada a reducir la tasa de morbilidad por manifestaciones graves del *H. influenzae*. A partir del año 2000 se alcanzaron coberturas del 90% o más.

Infecciones de transmisión sexual

La gonorrea sigue siendo una de las patologías donde ocurre un alto porcentaje de sub-registro, en parte por la desaparición del programa de prevención y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual del Ministerio de Salud. Los afectados tienden a tratarse en farmacias o en los servicios médicos privados en donde la notificación es nula, lo que impide el mecanismo de alertas para la investigación. Esto plantea la necesidad de mejorar el sistema de vigilancia para tener un conocimiento más aproximado de la realidad.

Gráfico 16

Incidencia de las principales infecciones de transmisión sexual por año de ocurrencia. Costa Rica 1990 – 2001. (tasas por 100000 habitantes)



Fuente: Unidad Estadística de Vigilancia de la Salud. Ministerio de Salud

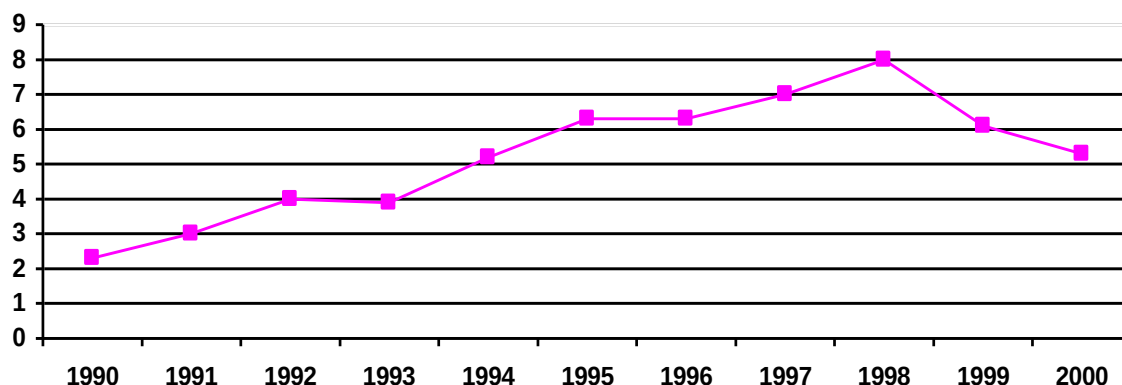
Para el año 2001, las tasas de incidencia acumulada más altas se encuentran en los menores de 1 año (141,35/100000) seguido del grupo de 15 a 44 años (27,46/100000). La razón por sexo nos muestra que de cada 1,24 casos femeninos hay un caso masculino. La información sobre egreso hospitalario no refleja la distribución en la población general ya que la mayoría de los casos, de un 45% a un 81% se concentran en menores de 1 año. La población de 15 a 49 representa de un 13,2% a un 32% de los egresos. Lo anterior refleja casos de sífilis congénita en el primer grupo y en las gestantes en el segundo.

Contrario a la sífilis en todas sus formas, la tendencia de la sífilis congénita ha sido ascendente durante la pasada década. Los criterios de diagnóstico varían de un hospital a otro. Se estima que el diagnóstico en los primeros 5 días de vida de los niños corresponde a sólo el 30,2% de los casos. Lo anterior es reflejo de la falta de definición de caso y al hecho que un 15% de las madres egresan sin conocer el resultado del VDRL. Las regiones que presentaban más alta incidencia acumulada trienal y mayor que la nacional (1,22/1000 nacimientos), eran la región Huetar Atlántica (3,11/1000 nacimientos), la Pacífico Central (2,87/1000 nacimientos) y la región Central Sur (1,4/1000 nacimientos). En las dos primeras regiones, todos los cantones presentaron una incidencia acumulada mayor a la nacional y en la Región Central Sur, el 69% de los casos se concentraron en San José, Desamparados y Alajuelita, que son cantones con grandes zonas marginales. Los factores de riesgo materno asociados a esta patología fueron: casos sin control prenatal; control de mala calidad (OR=4,27 [1,68-10,87]); consumo de drogas (OR= 18,36 [9,32-37,26]); ingesta moderada de alcohol en la madre (OR=2,47 [1,54-3,79]); ingesta excesiva en la madre (OR=3,7 [1,72-8,16]); madre alcohólica (OR=11,11 [5,55-22,88]); más de un compañero sexual (OR=7,1 [2,72-18,77]) y no contar con seguro social (OR=3,1 [1,13-8,77]). La letalidad por sífilis congénita ronda entre 2,35% y 3,33%, sin tomar en cuenta abortos y óbitos debidos a esta patología.

El primer caso de SIDA en nuestro país ocurrió en 1980 en el grupo de pacientes hemofílicos. En 1986 se detectan los primeros casos en individuos homosexuales y bisexuales. En un análisis realizado del período 1988 a 1997, el grupo de riesgo más importante fueron los homosexuales (46,8%), los bisexuales (17%), los heterosexuales (11,7%) y hemofílicos (2%). La transmisión perinatal se detecta a partir de 1990 con una tendencia creciente hasta 1995 en que se inicia el tratamiento con AZT a las embarazadas positivas y sus productos.

Gráfico 17

Incidencia acumulada anual del SIDA por año de ocurrencia
Costa Rica 1990 – 2000
(Tasas por 100000 habitantes)



Fuente: Unidad Estadística de Vigilancia de la Salud. Ministerio de Salud

A partir de 1990, la proporción de infectados heterosexuales crece y pasa de un 7% en 1990 a 34% en 1997. Las mujeres también sufren un incremento en este período pasando de representar el 6,4% en 1991 a 13,15% en 1997. La razón de masculinidad para los casos que se presentaron de 1990 a 1997 fue de 9,1:1. El grupo de edad más afectado es el de los 20 a los 49 años. Del total de muertes ocurridas en el año 2000 debidas a enfermedades transmisibles, el 12,9% se relaciona con SIDA. La disminución en la incidencia a partir de 1999 se podría relacionar a cambios en las prácticas de la población así como a la introducción de los antirretrovirales en el tratamiento de los enfermos

Tuberculosis (TB)

En 1937 se crea en nuestro país la Lucha Antituberculosa en el Ministerio de Salud, desde entonces y hasta el año 1987 se contó con un programa totalmente centralizado que paulatinamente fue perdiendo apoyo y disminuyendo la eficiencia técnica de las actividades de control. En el período 1986-1990, se plantea la necesidad de que la Caja Costarricense de Seguro Social, asuma la atención de estos pacientes, sin embargo no es sino hasta en 1997 que se retoma este planteamiento y se empieza a trabajar en la creación del Programa Nacional contra la Tuberculosis, el cual se pone en marcha en 1999. Lo anterior implicó que por un período de casi 13 años no se brindara una atención adecuada a los enfermos por TB. Aunado a esto, el deterioro de las condiciones socioeconómicas en la población, las condiciones de marginalidad y hacinamiento y el incremento de pacientes con VIH fueron factores que favorecieron la tendencia ascendente de esta enfermedad. La irregularidad de la curva más que reflejar las incidencias acumuladas reales, lo que refleja es la ausencia de una vigilancia adecuada.

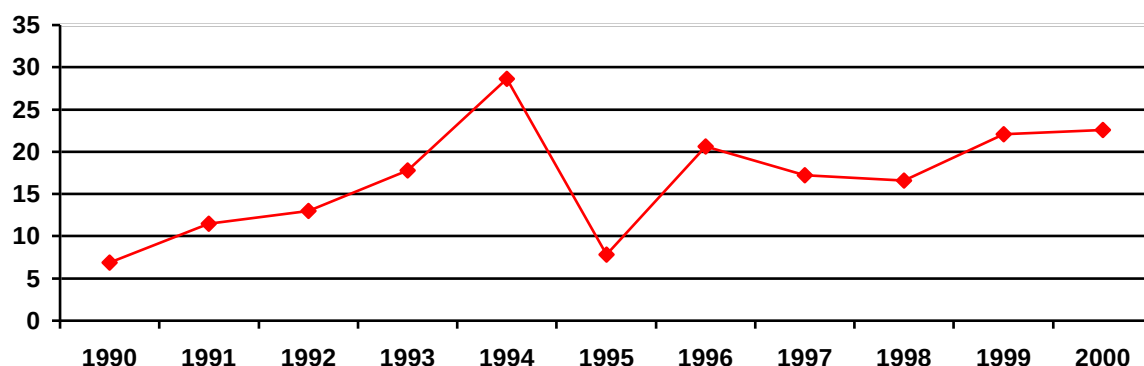
La tuberculosis pulmonar es la forma clínica más frecuente (86,5%), la cual predomina en el sexo masculino con una razón de 6:1 para 1995 y 7:1 para 1999. El grupo etario en donde se registró la mayoría de los casos corresponde a los mayores de 25 años con una tendencia ascendente conforme aumenta la edad, parcialmente explicada por un aumento acumulativo de la prevalencia de la infección tuberculosa. De acuerdo con las tasas ajustadas por edad, para 1999 la región con mayor incidencia acumulada fue la Huetar Atlántica (41,25 por cien mil), la Región Brunca (36,32 por cien mil), la Región Pacífico Central (32,56 por cien mil), la Central Sur (17,6 por cien mil) y Chorotega (17,1 por cien mil), la Huetar Norte (11,42 por cien mil) y la Central Norte (9,37 por cien mil). Esto solo refleja las mayores incidencias en las zonas más postergadas del país. La distribución de la tuberculosis no es al azar sino en conglomerados, pues aquellos con mayores incidencias se asocian con mayor rezago social.

La hospitalización por tuberculosis, pese al aumento en la incidencia acumulada, va en descenso por mejoras en la captación y adopción de un esquema de tratamiento acortado (70% con esquema acortado en 1999, mientras que en 1995, 95% seguían diversos esquemas); sin embargo, no se ha logrado avanzar en cuanto al

seguimiento de casos con baciloscopías de control, ni en la reducción del abandono pues éste se mantuvo en un 20% y el porcentaje de curación disminuyó en un 10%. Del total de muertes ocurridas por enfermedades transmisibles para el año 2000, la tuberculosis representa el 8,9%.

Gráfico 18

Incidencia acumulada de la Tuberculosis por año de ocurrencia
Costa Rica 1990 – 2000
(tasas por 100000 habitantes)

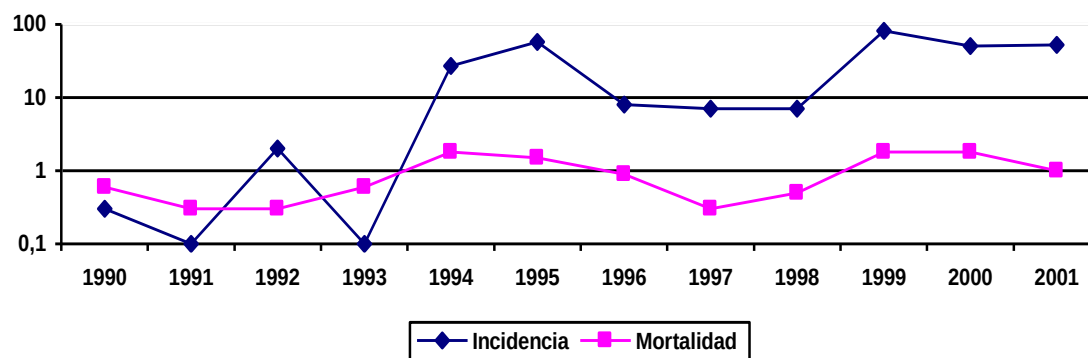


Fuente: Unidad Estadística de Vigilancia de la Salud. Ministerio de Salud

Leptospirosis

La leptospirosis es la enfermedad zoonótica de mayor incidencia acumulada de acuerdo con el registro de enfermedades de notificación obligatoria. Esta información no refleja la realidad nacional debido a la reciente inclusión de la capacidad diagnóstica laboratorial para humanos así como a la falta de intuición diagnóstica en el personal de salud, lo que se demuestra en 1993 donde se reportan más muertes que notificaciones, o años donde el número de notificaciones es igual al número de muertes, a pesar de que la letalidad en el peor de los casos es de un 20%. Por otro lado, los egresos para 1990 registran 4 casos mientras que se notifica solamente uno. Todo lo anterior demuestra que además de haber sub-diagnóstico, también existe sub-registro.

Gráfico 19
Incidencia y mortalidad de leptospirosis por año de ocurrencia
Costa Rica 1990 – 2001
(tasas por 10000 habitantes)



Fuente: Unidad Estadística de Vigilancia de la Salud. Ministerio de Salud.

Tomando en cuenta lo anterior, al analizar la tendencia de la leptospirosis de 1996 al 2001, se muestra como una patología reemergente, con una tendencia ascendente tanto en la incidencia como en la mortalidad y de la cual se hace necesario realizar más investigación que nos permita identificar los puntos de corte para cada una de las serovariedades y las principales circulantes en el país.

Según egresos esta patología predomina en el sexo masculino con una razón de masculinidad de 2:1. Con respecto a la distribución por grupos de edad, la menor incidencia se da en las edades extremas. La distribución por provincia muestra que Alajuela, Puntarenas, San José y Limón son las que han presentado más egresos y una tendencia creciente. Lo anterior se relaciona con la producción agroindustrial, áreas de inundación, áreas marginales y grupos en edades productivas.

Tabla 10
Egresos hospitalarios con leptospirosis por provincia
Según año de ocurrencia Costa Rica 1990-1995-2000
(cifras absolutas)

Provincia	1990	1995	2000
San José	1	6	15
Alajuela	1	9	18
Cartago	1	9	3
Heredia	0	2	3
Guanacaste	0	1	3
Puntarenas	0	30	96
Limón	1	4	6
Total	4	61	144

Fuente: Egresos Hospitalarios C.C.S.S.

Enfermedades de transmisión vectorial

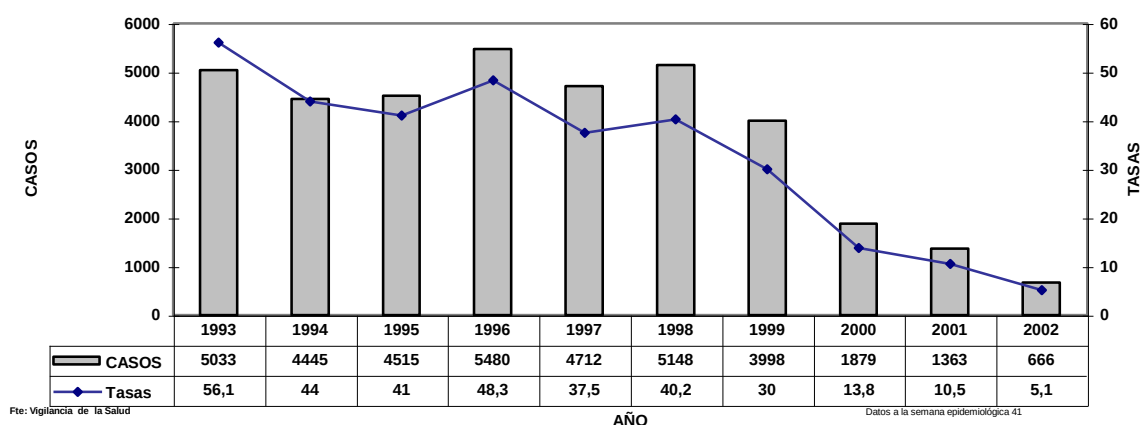
Las enfermedades de transmisión vectorial han cobrado importancia tanto en magnitud como en expansión en el territorio nacional.

Malaria

La malaria durante los años 1993 a 1999 ha presentado una tendencia constante, sin embargo a partir del año 1999 se registró un decremento de casos del 53,0 % con respecto al año anterior y para el año 2001 se ha detectado un decremento de casos del 27,5 % con respecto al año 2000; gráfico 1.

Gráfico 21

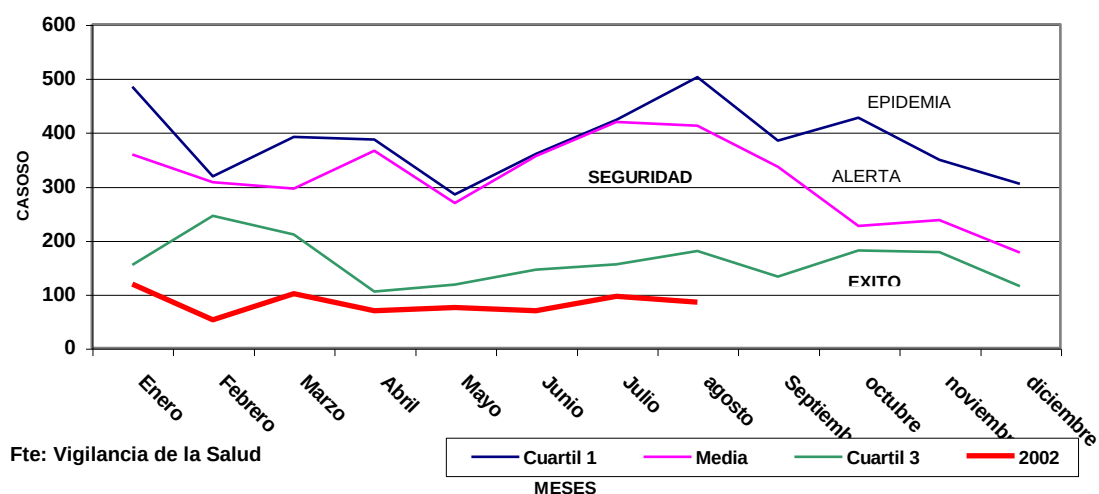
CASOS Y TASAS DE MALARIA. COSTA RICA. 1993-2002* (Tasas por 10.000 hab)



Las regiones Huetar Atlántica (56,6%), Huetar Norte (2,7 %) y Chorotega (10,1 %) han aportado el 89,4 % de los casos del país, durante el período 1993-2002.

Gráfico 22

**CORREDOR ENDEMICO DE MALARIA. COSTA RICA.
1997-2001 Y CASOS DEL 2002**



El *Plasmodium vivax* ha sido el agente causante de la mayoría de los casos de malaria en el país. La distribución de los casos de malaria por grupos de edad muestra un predominio del sexo masculino (62,0%), así como en la población económicamente activa. El *Anopheles albimanus* es el principal vector de la malaria en nuestro país.

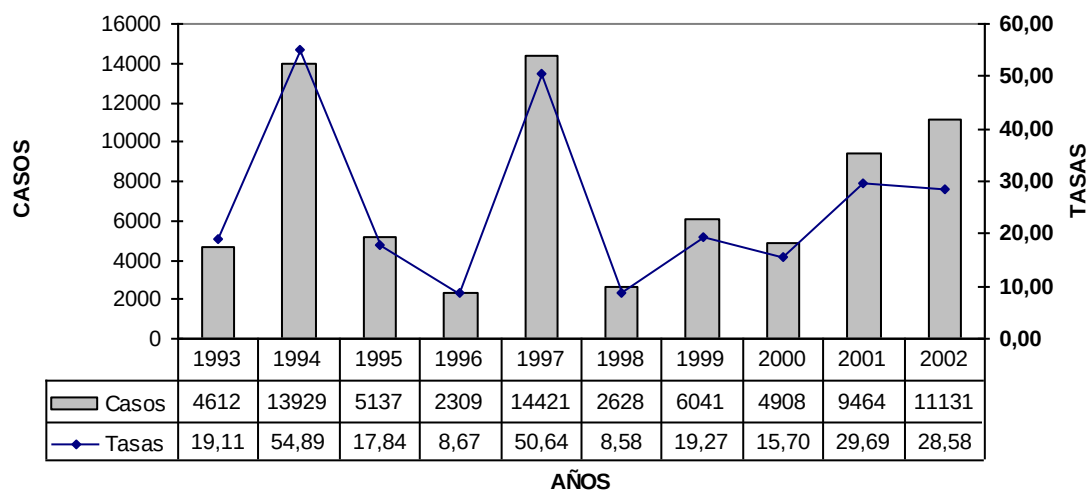
Analizando los casos de malaria durante los últimos cinco años y el año actual, se observa como durante el año 2002 se ha presentado una disminución de casos en todo el país, encontrándose el número de casos en la zona de éxito del canal endémico.

Dengue

En Costa Rica el dengue se detectó por primera vez en 1993, desde entonces ha sido endémico y los brotes se han extendido a diferentes zonas del país, teniendo la mayor incidencia en los años 1994-1997 (54 y 50 / 10.000 hab.).

Gráfico 23

CASOS Y TASAS DE DENGUE, COSTA RICA 1993-2002*
(Tasas por 10.000 hab)



Datos a la semana 45

Fte: Vigilancia de la Salud

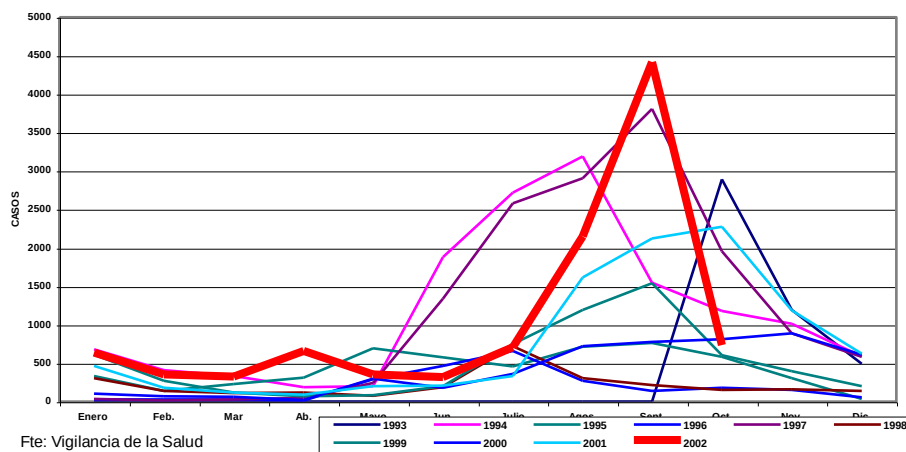
El dengue en los últimos 6 años ha mostrado un comportamiento estacional, ya que los casos comienzan a aumentar al inicio de la época de lluvia (mayo-junio) y con mayor intensidad en el mes de julio, concordando con los datos del Instituto Meteorológico Nacional, que muestran que durante el período 1997-2001, las lluvias iniciaron en el mes de abril, con un promedio mensual de 61,3 mm en la Región Pacífico Central, 53,0 mm en la Región Chorotega y 307 mm en la Región Huetar Atlántica, incrementándose a partir del mes de mayo, lo que favorece el aumento de la densidad del mosquito transmisor del dengue y con ello el aumento de la transmisión de la enfermedad.

En el año 2002, a la semana epidemiológica 45 (terminada el 9/11/02), se han registrado 11.131 casos de dengue, aportando las regiones Pacífico Central 3.768 (33,8 %), Chorotega 2.508 (22,5%), Huetar Atlántica 1.800 (16,2%) y Central Norte 2.143 (19,2%), el 92 % de los casos del país.

En Costa Rica han circulado tres serotipos de dengue, lo que aumenta el riesgo de la aparición de casos de dengue hemorrágico. Desde 1993 al 2002 se han registrado 248 casos de dengue hemorrágico, siendo el año 1999 el que presentó mayor cantidad de casos (143). Se han registrado 6 defunciones por dengue hemorrágico, para una tasa de letalidad 2,4%.

Gráfico 24

CASOS DE DENGUE POR MES. COSTA RICA. 1993-2002*
 (* Datos a la semana epidemiológica 45)



Las encuestas entomológicas han mostrado índices de infestación que varían tanto a nivel nacional , regional, cantonal y local. De acuerdo con la clasificación de depósitos con *Aedes aegypti*, en la época de verano se encuentran en mayor porcentaje los depósitos útiles (57,0%), encontrándose la mayor positividad en depósitos destinados a mantener agua para uso doméstico y en invierno los inservibles (70,0%), detectándose la mayor positividad en llantas, tarros y chatarra, floreros y plantas con agua.

5. Plaguicidas y sustancias tóxicas

La agricultura es la segunda actividad económica más importante en Costa Rica; alrededor de 240.000 personas se dedican a la agricultura. Se estima que cerca del 3% de los trabajadores agrícolas se intoxican anualmente. El 8% de la población dedicada a la agricultura son mujeres, las cuales son más vulnerables a la exposición por plaguicidas debido a factores biológicos y no biológicos.

El consumo de plaguicidas en Costa Rica en el período de 1992 al 2001 ha rondado en cifras alrededor de los 2 kg. por habitante, mientras que la Región Centroamericana consume en promedio 1 kg. por persona. El consumo en la población económicamente activa dedicada a la agricultura en Costa Rica alcanza 30 kg. por trabajador.

A pesar de que la tasa de intoxicados en Costa Rica se ha comportado de manera irregular en el período 1992-2000, se registró una correlación positiva entre el incremento de la importación de plaguicidas y el incremento en la incidencia de intoxicaciones. En el 2001 se observa una disminución en el número de intoxicaciones, probablemente debido a variaciones en la extensión y el tipo de cultivo, al clima, a la precipitación pluvial, a los movimientos migratorios, a aspectos económicos y a otros factores.

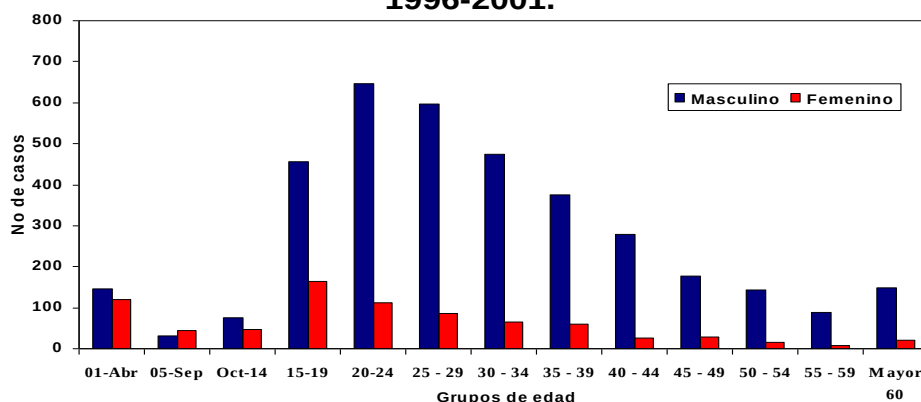
Del total de casos notificados en el período de 1996 al 2001, el 40 % corresponde a casos de origen laboral. Sin embargo, a lo largo de los seis años, no mantienen el mismo patrón, lo cual evidencia una importante reducción de estos a partir de 1999.

Las intoxicaciones laborales se presentaron en una razón de dos y medio veces más en varones y su edad promedio osciló alrededor de los 31 años de edad. El cultivo del banano (43%) sigue siendo el principal causante de las intoxicaciones laborales, seguido por el arroz (4%), el café (4%), las plantas ornamentales (4%) y el melón (2%) en una gran lista de otros tipos de cultivo.

Los accidentes no laborales (13% de todas las intoxicaciones) afectaron más a menores 0 a 4 años, los cuales se exponen a tóxicos que por lo general encuentran a su alcance en los hogares.

Gráfico 25

Intoxicaciones según edad y sexo. Costa Rica, 1996-2001.



Fuente: Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud.

El 14,0 % de los casos en el período 1996-2001 correspondió a intentos de suicidio, con una tasa de letalidad de 18,1 %.

Los intentos de suicidio fueron practicados casi dos veces más por hombres (65%) que por las mujeres (35%); y el grupo más afectado fue el de los adolescentes.

Del total de defunciones causadas por plaguicidas, el 84,2 % está dado por suicidios, accidentes no laborales e ignorado con un 6,8 % respectivamente y accidentes laborales un 2,2%.

Distribución territorial de las intoxicaciones por plaguicidas

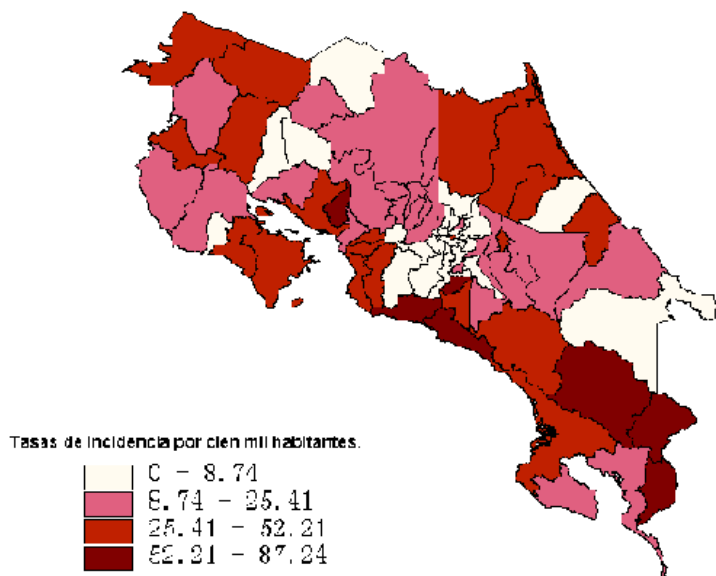
Para el período 1996-2001, las provincias de Limón, Puntarenas y Alajuela han registrado el 65,3% de los casos de intoxicación por plaguicidas, siendo la mayor parte intoxicaciones de causa laboral (30%). Llama la atención que las provincias con mayor letalidad fueron Cartago, Guanacaste y San José.

Durante el período de 1999 al 2001 la mayor tasa de incidencia por provincia se observó en la provincia de Puntarenas con una tendencia al aumento, seguido de las provincias de Limón y Heredia, ambas con tendencias a la disminución en el 2001.

El Paraquat /Gramoxone (35% de todas las intoxicaciones) es el producto que causa la mayoría de las intoxicaciones. Según nombre genérico, el Carbofurán (17%), Metomil (9%), Glifosato (9%), Terbufos (9%), Metamidofos (6%) y Propoxur (6%) son plaguicidas relacionados de manera importante en la dinámica de las intoxicaciones.

Mapa 4

Distribución geográfica de tasas de incidencia por intoxicaciones por plaguicidas Costa Rica, 2001



Fuente: Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud.

Del total de defunciones, el Gramoxone/Paraquat está involucrado en un 68% de ellas, y de las 86 muertes que tienen como causa el intento de suicidio, 62 de ellas (72%) fueron causadas por este mismo plaguicida. La ingesta de Paraquat se asoció a un riesgo 11,53 (IC= 5.58 a 24.33, $p= 0,000000$) veces mayor de morir en comparación a la ingesta de cualquier otro plaguicida para los años 1999 al 2001.

A pesar de que la notificación de las intoxicaciones agudas ha mejorado, el número de casos reportados aún es sumamente bajo. Esto por diferentes razones:

El intoxicado no busca atención médica principalmente por considerar que los síntomas que presenta son leves o propios de las labores que realiza, por automedicarse y utilizar remedios caseros.

El intoxicado busca atención médica pero no se diagnostica.

El intoxicado busca atención médica, es diagnosticado pero no se notifica.

El intoxicado es diagnosticado y notificado pero por motivos administrativos y de organización no se registra en la base de datos del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica.

Dentro de los casos no registrados predominan las intoxicaciones laborales por plaguicidas (78.6%), siendo los grupos más afectados los pequeños agricultores (51%), los peones de fincas agrícolas (17,3) y las amas de casa (13,3%).

6. Accidentes de tránsito

Para lograr una identificación de los elementos a considerar en la problemática de los accidentes de tránsito en Costa Rica, se debe hacer un recorrido de la situación de los tres componentes del Sistema de Tránsito (la vía, el usuario y el vehículo)

La red vial del país está formada por: red vial cantonal y red vial nacional, cuenta con un total de 29,669.45 kilómetros de los cuales 7.024,41 son pavimentados. La red cantonal esta constituida por 22,232.92 km y solamente 2,734.68 son lastreados.

La flota vehicular de los últimos cuatro años tuvo una tasa de crecimiento exponencial del 8.49%, con lo que la cantidad de vehículos para cada 10 personas pasó de uno, en 1997 a dos en el año 2001. Este componente de la seguridad vial se ha convertido en un problema, tanto en la congestión de la escasa red vial como en un gran incremento a la exposición al riesgo de accidentes de tránsito, por tal motivo es un factor determinante en la ubicación de cantones de riesgo.

Tabla 11

**Accidentes de tránsito, según mes.
Costa Rica, 1997-2001.**

MES	1997	1998	1999	2000	2001	ESTIMACION 2002
ENERO	3.260	3.706	4.096	4.483	4.919	4.806
FEBRERO	3.307	3.691	4.216	4.573	5.019	4.944
MARZO	3.480	4.263	4.708	4.846	5.574	5.386
ABRIL	3.538	3.759	4.484	4.393	5.019	4.815
MAYO	3.596	4.029	4.857	5.339	5.187	4.735
JUNIO	3.502	4.139	4.628	4.761	5.260	5.225
JULIO	3.667	4.404	4.912	5.076	4.621	5.538
AGOSTO	3.717	4.517	5.100	5.085	5.403	5.645
SEPTIEMBRE	3.785	4.502	4.844	5.165	5.567	5.579
OCTUBRE	3.986	4.721	5.035	4.449	5.980	5.290
NOVIEMBRE	4.198	4.577	5.116	5.355	5.886	5.859
DICIEMBRE	4.535	5.185	5.738	5.971	6.362	6.618
TOTAL	44.571	51.493	57.734	59.496	64.797	64.440

Fuente: Consejo de Seguridad Vial.

Proceso de investigación. Parte Oficial de Tránsito 1997-2001.

En los cuatro años anteriores al 2001 el ritmo de los accidentes de tránsito ha sido muy similar, crece año con año mostrando estacionalidades lo que debe permitir reforzar las medidas preventivas según la época. Los tres últimos meses de cada año son los de mayor cantidad de accidentes y el mes de enero el de menor accidentalidad.

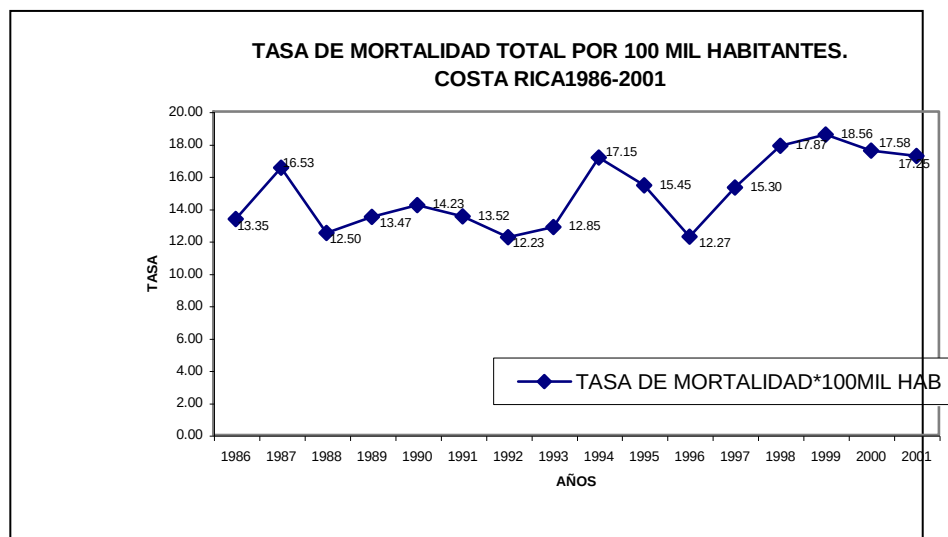
Tabla 12

**Victimas de accidentes de tránsito, por año.
Costa Rica 1997-2001**

	LESIONES		MUERTES	
	LEVES	GRAVES	IN SITU	TOTALES
1997	8.363	1.607	307	530
1998	11.288	2.359	324	630
1999	12.129	2.425	305	666
2000	13.507	2.562	336	670
2001	16.404	2.914	353	668

Fuente: Consejo de Seguridad Vial: Area de Desarrollo. Proceso de Investigación. Instituto nacional de Estadística y Censos.

Las víctimas por accidentes de tránsito son una manifestación del fallo del sistema que dejó como resultado el incremento de los heridos graves el último año en un 13,74%, más del doble del crecimiento del año 2000 (5,65%) respecto al año 1999.

Gráfico 26


Fuente: Consejo de Seguridad Vial. Area de Desarrollo. Proceso de Investigación. Instituto Nacional de Estadística y Censos.

A pesar del incremento en la flota vehicular y la población, se observa un decremento del 0,30 % de los muertos totales el año 2001 con respecto al 2000.

Características de los accidentes

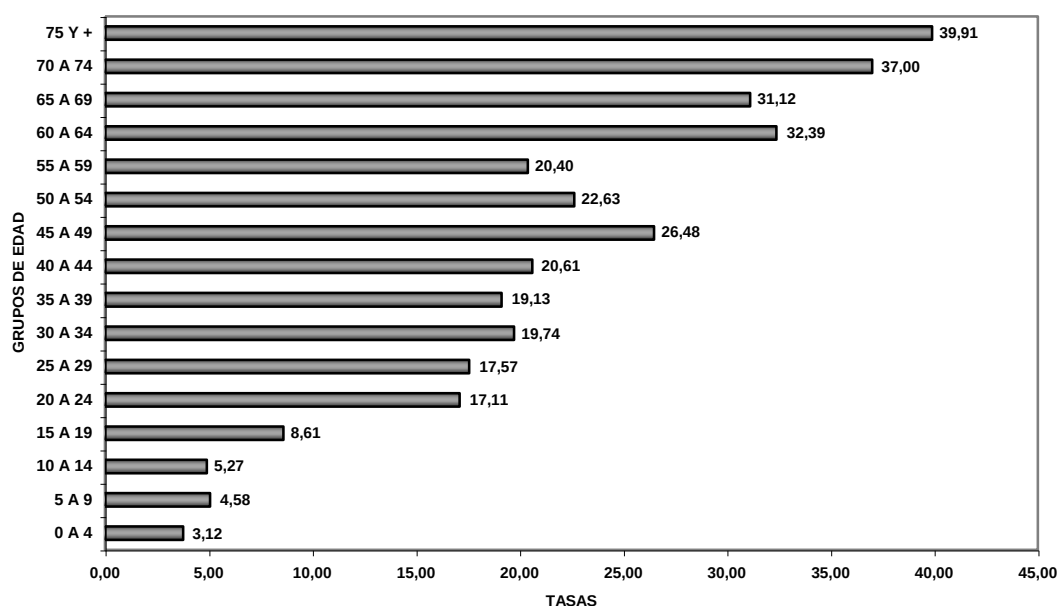
Los usuarios que fallecen en su mayoría son conductores (54,27%), peatones (36%) y ciclistas 14%. El género masculino domina la mortalidad "in situ" con un 83,3% de los casos reportados.

Al calcular la tasa específica por edad de la mortalidad total se muestra como el adulto mayor ha sido afectado en mayor grado, seguido de la población económicamente activa y en menor grado la población menor de edad.

El tipo de accidente más frecuente con víctimas mortales fue la colisión entre automóviles (40%), el atropello a personas (30%) y salirse de la vía (10%). El tipo impacto de mayor frecuencia y con mayor cantidad de decesos fue el choque frontal (36% n= 593), el choque de costado (11%, n=187) y los accidentes por detrás (8%, n=135). Los accidentes en tramos rectos (65%) predominaron entre los que causaron mayor cantidad de muertes en el sitio por sobre los incidentes en curva (20,25%).

Gráfico 27

TASA ESPECIFICA DE MORTALIDAD PROMEDIO POR EDAD, EN ACCIDENTES DE TRANSITO, PARA EL QUINQUENIO 1996-2000, POR 100 MIL HABITANTES COSTA RICA.



Fuente: Consejo de Seguridad Vial. Proceso de Investigación. Instituto Nacional de Estadística y Censos.

En cuanto a la estacionalidad de la mortalidad por accidentes de tránsito, es durante el mes de diciembre de cada año que se acumula la mayor cantidad de accidentes (11%) seguido por febrero (10,3%). En cuanto a temporalidad semanal, los días viernes, sábado y domingo son los de mayor ocurrencia de accidentes con víctimas mortales (56% del total).

Incidencia a nivel regional

El análisis de los accidentes de tránsito y la incidencia en los heridos graves, revela que 56 de los 81 cantones superan la incidencia nacional (0,04 por cien mil). Los cantones con una incidencia 2,5 o mayor a la nacional fueron los siguientes: en San José, Acosta(0,38), Turrubares (0,27), Puriscal (0,11) y Mora (0,10); en

Alajuela, los Chiles(0,15), Guatuso (0,14), Palmares (0,11); en Cartago, Alvarado(0,11); en Heredia, Sarapiquí (0,15); en Guanacaste, La Cruz (0,20), Abangares(0,19), Santa Cruz (0,17), Carrillo(0,17), Bagaces(0,16), Upala(0,16), Hojancha(0,15), Nandayure(0,14), Nicoya(0,13), Cañas(0,12), Liberia(0,11); en Puntarenas, Parrita(0,20), Corredores(0,11), Buenos Aires(0,10), Coto Brus(0,10), Golfito(0,10), Garabito(0,10); en Limón, Guácimo(0,20), Matina(0,16), Pococi(0,11).

Mapa 5



7. Enfermedades no transmisibles.

Costa Rica presenta un perfil epidemiológico donde las enfermedades no transmisibles han ido paulatinamente ganando un lugar preponderante, siempre en coexistencia con las enfermedades transmisibles propias de países subdesarrollados que eventualmente están presentando situaciones de emergencia o reemergencia.

Tradicionalmente el sistema de salud de nuestro país se ha enfocado primordialmente a las enfermedades transmisibles mediante el desarrollo de programas para la promoción, la prevención, la atención y la vigilancia epidemiológica. En las enfermedades crónicas, el enfoque ha estado circunscrito más que todo a la atención de la enfermedad, dejando de lado la definición de estrategias de intervención en las otras áreas tales como la promoción de estilos de vida saludables y la vigilancia de factores de riesgo más que de eventos, por lo que no se cuenta con información precisa sobre la incidencia y prevalencia, excepto en tumores.

En estas circunstancias la morbilidad sólo puede ser analizada mediante los egresos hospitalarios y algunas encuestas por causas de morbilidad y atención como lo es la Encuesta de Causas de Consulta Externa que realiza la Caja Costarricense de Seguro Social cada dos o cuatro años, así como los registros de mortalidad del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC).

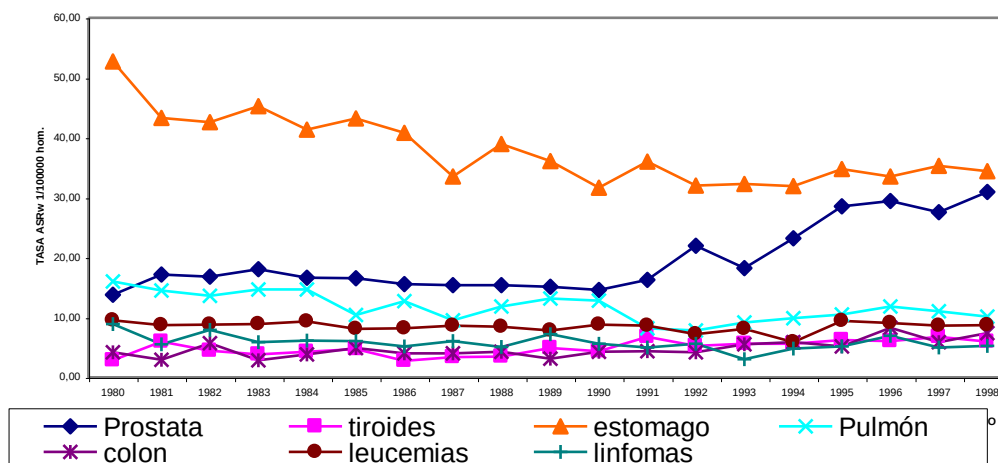
Tumores

Debe considerarse que las tendencias en el comportamiento del cáncer sufren variaciones lentas en el tiempo, estos cambios en el perfil epidemiológico ocurren como respuesta a cambios biológicos, económicos y socio – demográficos de la población. Por ello, los análisis corresponden a la tendencia del cáncer en el período de 1980 a 1998 para la incidencia y de 1980 al 2001 para la mortalidad.

De acuerdo con la incidencia anual acumulada y a la mortalidad, los principales tumores que afectan a la población costarricense de ambos sexos son: cáncer gástrico, de pulmón, leucemias y colon; en las mujeres el cáncer de cérvix y el de mama, y en varones el cáncer de próstata.

Gráfico 28

TENDENCIA DE LA INCIDENCIA POR CANCER. HOMBRES. COSTA RICA 1980-1998.



En lo relativo a la incidencia del cáncer en Costa Rica las variaciones de la tendencia general de todos los tumores son similares a las presentadas por países con una categoría socioeconómica similar, donde la disminución del cáncer gástrico y del cuello uterino, así como el aumento del cáncer de mama y de colon podrían estar condicionados por los cambios sufridos por la población costarricense en su estilo de vida, en su condición socioeconómica, en su reproductividad y en otros.

Gráfico 29

TENDENCIA DE LA MORTALIDAD POR CANCER. MUJERES COSTA RICA 1980-2001.

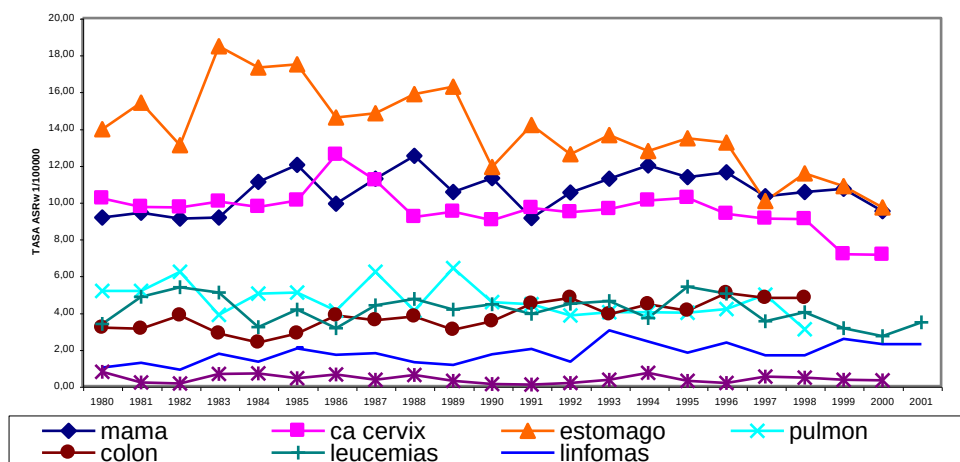
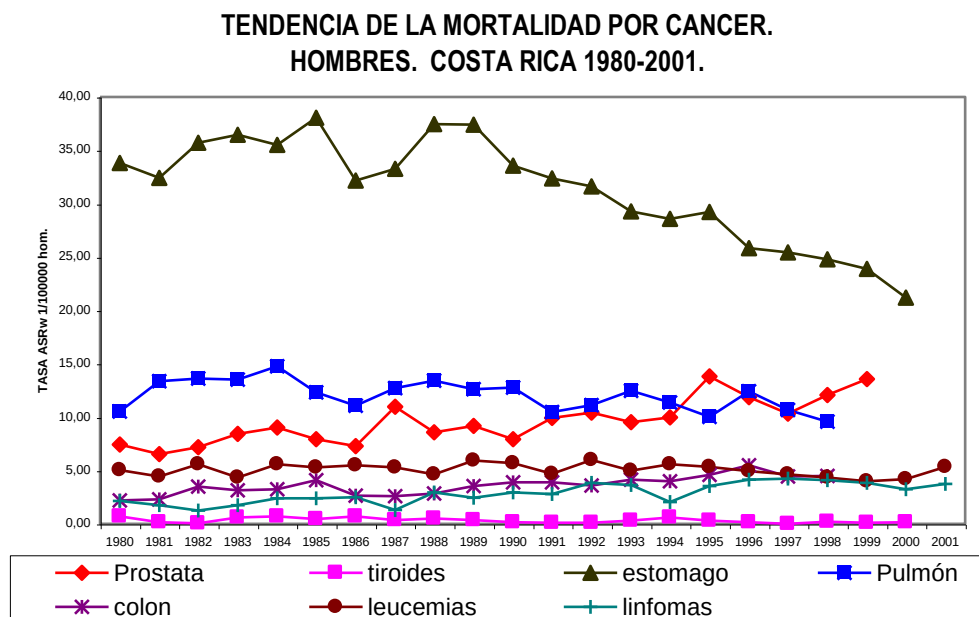


Gráfico 30



El aumento en la incidencia del cáncer de tiroides y de próstata no se acompaña del correspondiente aumento en la mortalidad, lo cual ha sido atribuido a la mejor capacidad diagnóstica de la medicina actual.

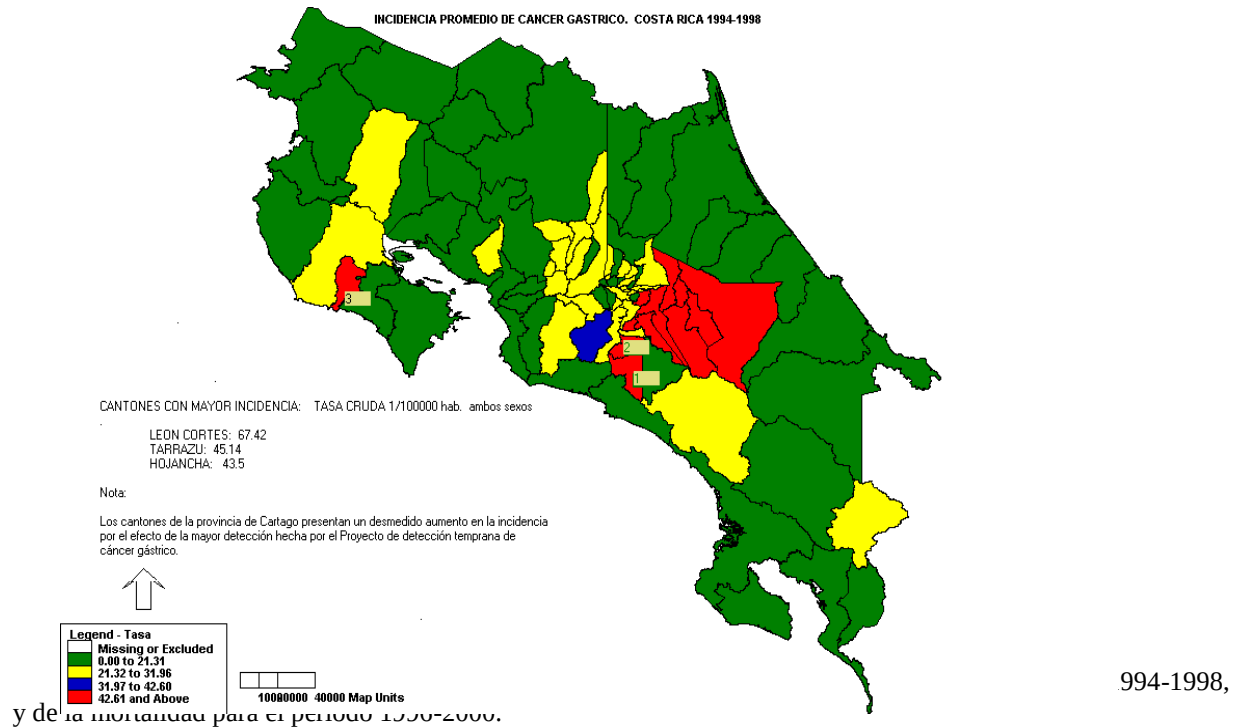
Las leucemias desde 1992, presentan una tendencia a la disminución dada principalmente por una reducción en la incidencia de los menores de 15 años. En los mayores de esa edad se observa un comportamiento estable.

Cáncer gástrico

La incidencia acumulada del cáncer gástrico ha experimentado una disminución sostenida en el sexo masculino, mientras que en el femenino la tendencia fue decreciente hasta 1994, pero a partir de 1995 muestra una tendencia creciente que se ha mantenido en los últimos años. Este comportamiento está dado por un aumento en la incidencia en la población de Cartago, la cual pasó de 40 por 100000 en el período 82- 86, a 160 por 100000 en el período 94-98. Este aumento coincide con la implementación del proyecto de detección temprana con colaboración del gobierno de Japón, al cual la población que ha acudido es en mayor porcentaje femenina.

El comportamiento de la mortalidad ha mostrado una disminución significativa para ambos sexos, pero sobre todo en los hombres. Podría pensarse que la detección temprana y el tratamiento está afectando la curva de la mortalidad al aumentar la sobrevida de los casos. En el caso de la incidencia posiblemente el mejoramiento en las condiciones de vida de la población, estén ejerciendo un efecto positivo, tal y como se ha documentado en otros países como Estados Unidos y Canadá.

Mapa 6

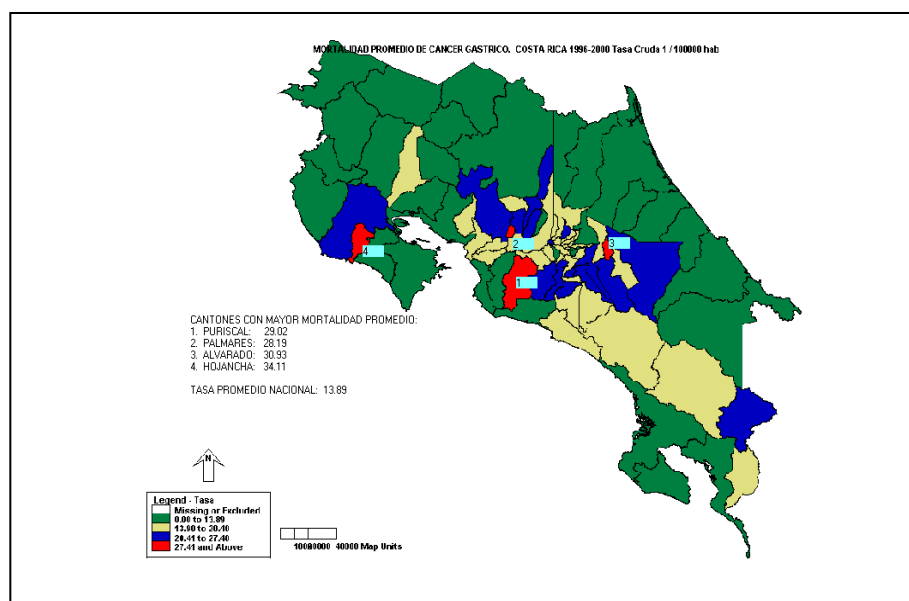


Los cantones con las incidencias más altas, son los de la provincia de Cartago, junto con León Cortés y Tarrazú, de la provincia de San José, los cuales por atracción son atendidos en Cartago. Los cantones con mayor mortalidad están distribuidos en diferentes regiones del país. Llama la atención Hojancha, de la provincia de Guanacaste, que presenta una alta incidencia y una alta mortalidad.

Cáncer de mama

En las mujeres, el cáncer de mama es la principal neoplasia emergente en lo que respecta a la incidencia ajustada, la cual pasó de 26,5 por cien mil habitantes en 1981 a 34,5 en 1998, sin embargo la mortalidad no presenta un aumento paralelo, lo cual podría deberse a una disminución del estadio tumoral al iniciar la terapia oncológica, a un diagnóstico en un estadio más temprano y a la mejoría de la tecnología terapéutica. Preocupa que en Costa Rica la distribución por grupo de edad muestre que un 25% de los casos ocurre en menores de 45 años, edades en las que el comportamiento biológico es más agresivo. La mayor concentración de los casos se presenta en la provincia de San José, zona de mayor concentración de población del valle central.

Mapa 7



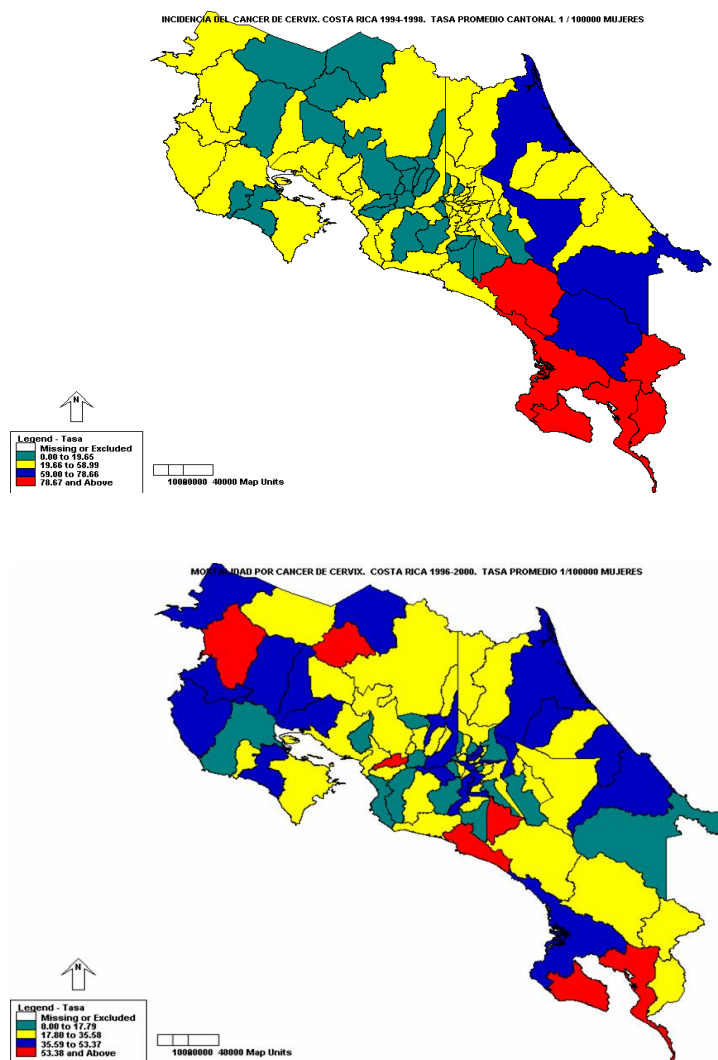
Cáncer de próstata

Aunque el comportamiento de la incidencia y la mortalidad por el cáncer de próstata, experimentan un aumento progresivo que se observa desde 1993, este aumento es mucho mayor en la incidencia, el cual está directamente relacionado con la cuantificación del antígeno prostático específico (APE) como método diagnóstico. Los grupos de edad más afectados son los de 55 años y más para la incidencia y para la mortalidad los de 65 años y más.

Cáncer de cuello de útero

La tendencia observada en el comportamiento del cáncer de cuello uterino desde 1996, es la esperada cuando funciona un programa de tamizaje por esta enfermedad, aumentando la incidencia de cáncer in situ, y disminuyendo la de cáncer invasor. Las mayores incidencias de cáncer in situ se dan en las mujeres de 25 a 49 años, mientras que el cáncer invasor presenta las mayores incidencias en las mayores de 40 años y se incrementa con la edad. Por el comportamiento biológico de este tipo de cáncer, habrá que esperar 5 años más para obtener un cambio significativo en la mortalidad en tanto persista la tendencia actual. Al analizar el mapa de la distribución de la incidencia y la mortalidad, se observa que existen cantones con una incidencia baja, pero una alta mortalidad, lo cual podría estar condicionado por una inoportuna detección de casos, tal es la situación de los cantones de la llanura de San Carlos y del cantón de Parrita.

Mapa 8



Enfermedades del sistema circulatorio:

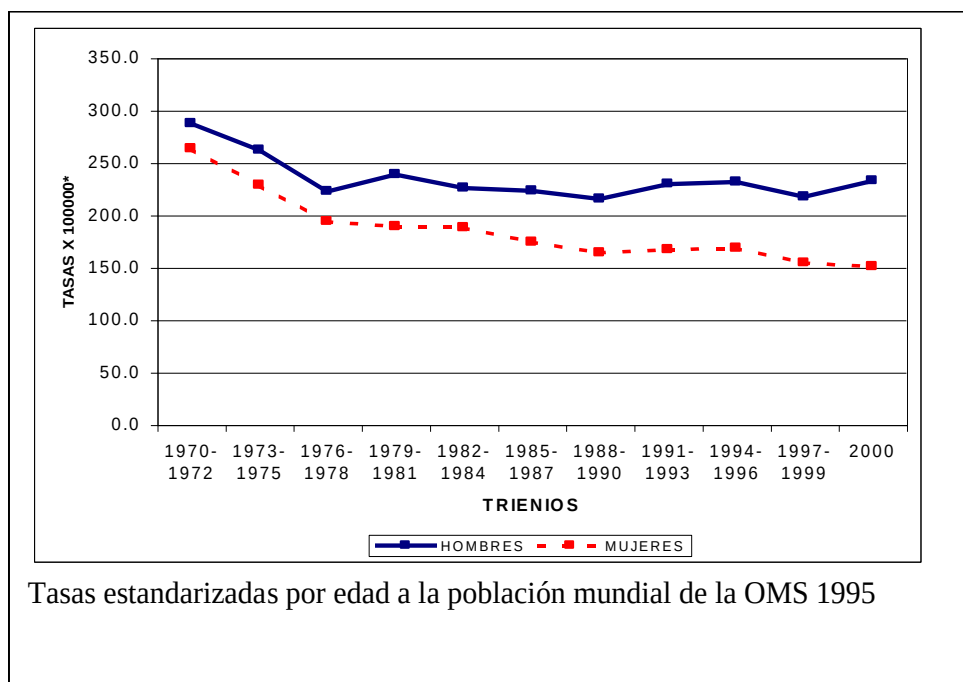
Dentro de los cinco grandes grupos de causas de muerte, las enfermedades del sistema circulatorio han constituido la principal causa de muerte de la población costarricense tanto en hombres como en mujeres desde el quinquenio 1970-1974. Siempre la tasa ajustada de mortalidad en los hombres es más alta que en las mujeres, sin embargo en el año 2000, murieron 2675 hombres y 2145 mujeres por esta causa, representando el 32% y 35% de la mortalidad general para ese año, respectivamente.

En los hombres, la tendencia observada a lo largo del tiempo es la de un descenso aparente de la mortalidad en la década del 70 para luego estabilizarse y empezar a mostrar una tendencia al aumento en los últimos años (91-2000). En las mujeres, se observa una tendencia sostenida al descenso la cual se espera se estabilice. En términos generales, para ambos sexos la reducción de la mortalidad que se observa en los años 70, se considera que puede deberse en gran parte a una mejora en los servicios de salud y a una mejora en la clasificación de las causas de muerte.

El aumento de la tasa de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio se presenta posiblemente por mayor exposición de la población a factores de riesgo cardiovascular tales como sedentarismo (53% de la población nunca practica ejercicio), obesidad, inadecuados hábitos de alimentación con aumento en el consumo de grasas totales, estrés, consumo de tranquilizantes, consumo del tabaco (17% de la población es fumadora, 81% son hombres y 19% mujeres), consumo de alcohol (12,0%), hipertensión (9,0%) y diabetes (5,0%).

Gráfico 31

Mortalidad por enfermedades del Sistema Circulatorio. Costa Rica 1970-2000

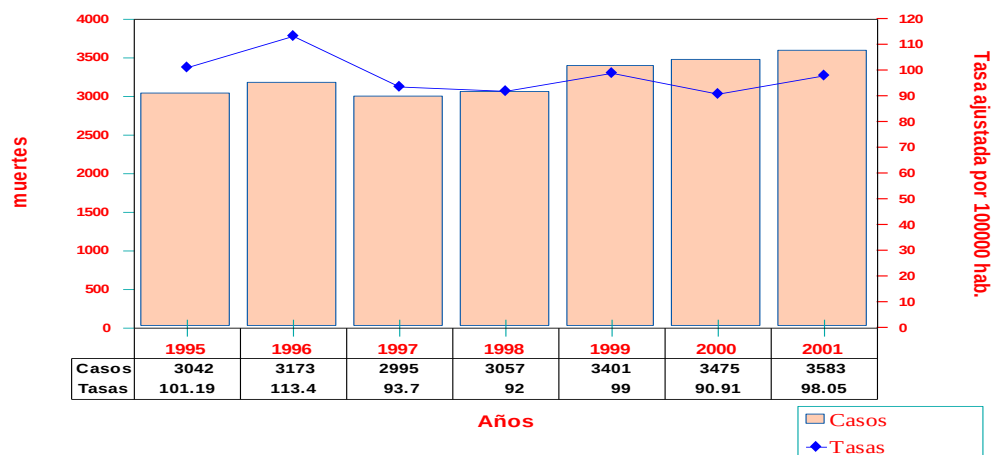


Enfermedades Cardiovasculares:

Dentro del sistema circulatorio, las enfermedades cardiovasculares como la enfermedad hipertensiva, isquémica del corazón, cardiopulmonar y cardíaca reumática crónica aportan el mayor número de defunciones. En el 2001, las muertes ocurridas por enfermedades cardiovasculares, representan el 76,36% de las muertes del sistema circulatorio y el 22,95% de todas las muertes.

Gráfico 32

Mortalidad por Enf.Cardiovasculares. Costa Rica 1995-2001
(tasa ajustada por 100.000 hab.)



Fuente: INEC-Unidad de Información Estadística M. Salud

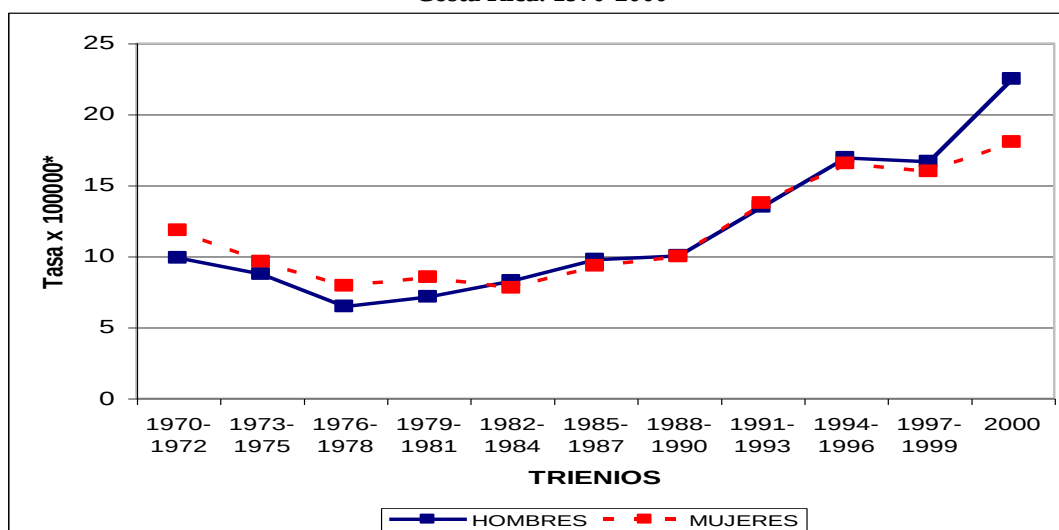
Para ese mismo año, se registraron 3.583 defunciones, de estas 1.603 fueron infartos del corazón y 521 por enfermedad hipertensiva.

En el año 2001 se incrementó en un 3,11% las muertes por estas causas en comparación con el año 2000, ya que de una tasa ajustada de 90,91 pasó a 98,05 por 100.000 habitantes.

Aun cuando la mortalidad por enfermedad hipertensiva es de baja magnitud, la tendencia observada de 1970 al 2000 es significativamente creciente.

Gráfico 33

**Mortalidad por enfermedad hipertensiva
Costa Rica. 1970-2000**



Fuente: Muertes y Población: <http://populi.eest.ucr.ac.cr> (UCR/INEC)

*Tasas Estandarizadas por edad a la Población Mundial OMS.1995

La hipertensión es una causa importante de consulta y egreso hospitalario en la población adulta, algunos estudios reportan que un 9% de las personas mayores de 15 años padecen hipertensión, siendo el riesgo mayor en aquellos individuos con antecedentes familiares.

Para los años 2000 y 2001 del total de los egresos hospitalarios del país, la hipertensión arterial representó en promedio un 0,25%. Las mujeres aportan un 60% de los egresos por esa causa.

Tabla 13

**Egresos hospitalarios por hipertensión según año y sexo
Costa Rica 2000-2001. (números absolutos)**

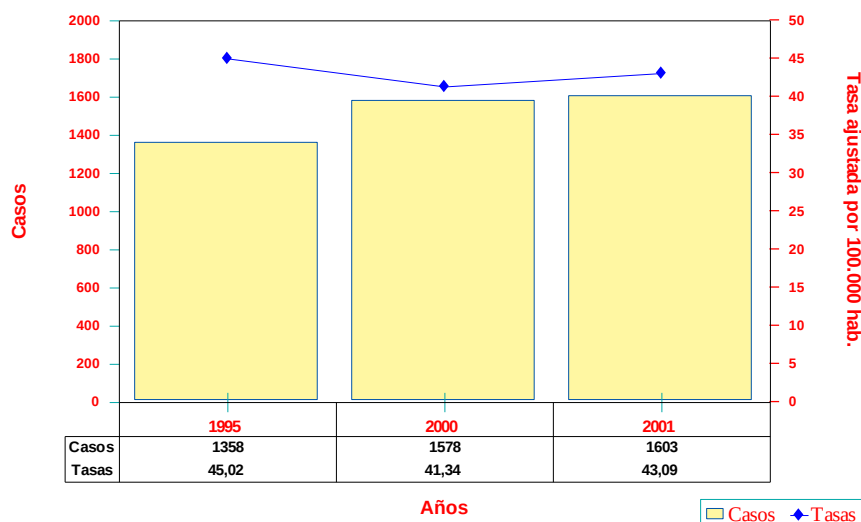
AÑO	SEXO		TOTAL PAIS
	MASCULINO	FEMENINO	
2000	334	539	873
2001	310	459	769

Fuente: Departamento de Información Estadística CCSS.

La mortalidad por Enfermedad Isquémica Coronaria (EIC) por el contrario muestra un claro aumento en hombres, mientras que en las mujeres tiende a permanecer estable. El infarto agudo al miocardio es el que contribuye con el mayor número de defunciones. En el año 2001 los infartos representan el 10,27 % del total de muertes del país, de acuerdo con las cifras en números absolutos en ese mismo año ocurrieron 1.603 defunciones, para un promedio de 4,39 muertes por día.

Gráfico 34

Mortalidad por Infartos según año. Costa Rica 1995-2000 y 2001
(tasa ajustada por 100.000 hab.)



Fuente: INEC-Unidad de Información Estadística M. Salud

Enfermedades cerebrovasculares

Entre las enfermedades cerebrovasculares se consignan de relevancia como causa de muerte, el accidente vascular encefálico, la hemorragia intra encefálica, el infarto cerebral y el infarto vascular encefálico agudo que no especifica si es hemorrágico o isquémico. Estas enfermedades han mostrado un descenso de 29% en los últimos 30 años siendo más evidente en mujeres (34%) que en hombres (23%).

Este panorama parece señalar que si bien el país ha venido mejorando la prevención y atención del accidente cerebrovascular, hay que considerar que es poco lo que se ha logrado frente a los daños crónicos derivados de un mal control en la población de hipertensos y en la prevención y la atención del manejo de la EIC.

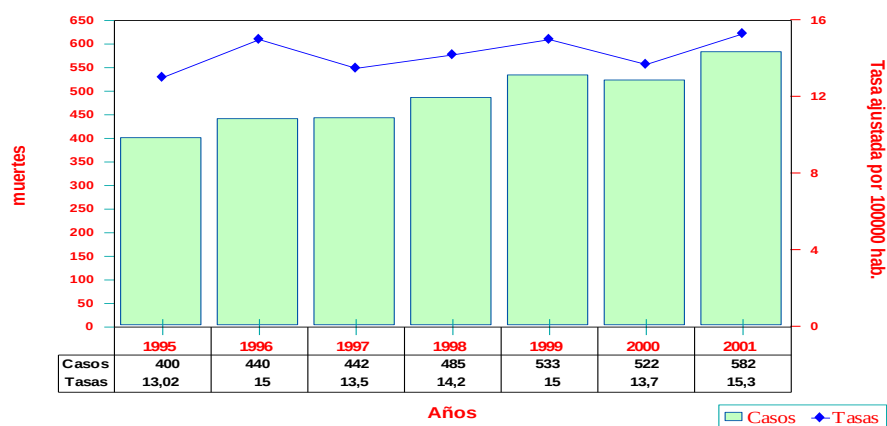
Diabetes Mellitus

Alrededor de un 4% de la población adulta del mundo padece diabetes. La prevalencia de diabetes en Costa Rica se estimó en un 4,6% en 1995, en un 5% en el 2000 y se espera ascienda al 7% en el 2025. La tendencia de la mortalidad por diabetes mellitus en el período de 1995 al 2001 tiene un comportamiento ascendente. El aumento del año 2001 es de 11,5% en comparación con el año 2000. Las muertes por diabetes se presentan en un 92,26 % en los mayores de 50 años.

La diabetes mellitus no insulino dependiente es el tipo de diabetes más común en Costa Rica y las manifestaciones renales es la causa específica que aporta la mayor proporción de defunciones en la categoría de muertes asociadas a diabetes.

Gráfico 35

Mortalidad por Diabetes. Costa Rica 1995-2001
(tasa ajustada por 100.000 hab.)



Fuente: INEC-Unidad de Información Estadística M. Salud

Para los años 2000 y 2001 del total de los egresos hospitalarios del país, la diabetes representó en promedio un 1,24%. En 1997 las consultas por diabetes alcanzaron las 306.000, con 22.000 consultas a urgencias y 4.779 egresos.

E. INCAPACIDADES

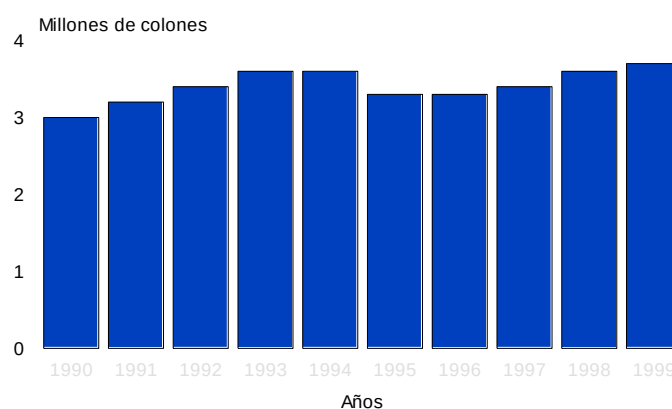
Desde el año 1990 hasta el año 1999, se han venido incrementando anualmente el monto de los subsidios pagados a los trabajadores por seguro de enfermedad lo que atenta contra la sostenibilidad del sistema.

La tasa de incapacidad anual por trabajador se ha mantenido constante a través del tiempo en el período de 1990 a 1999 y se puede concluir que 800 de cada mil trabajadores se incapacitan anualmente.

La región del país en donde se concede mayor promedio de días de incapacidad por trabajador es en la Región Brunca (7,2 días) sólo superada por los hospitales descentralizados en donde el promedio de días otorgado por incapacidad es de 13,41. Luego se encuentra la Huetar Norte y la Chorotega (6,83). El Área Metropolitana es en donde menos días de incapacidad se otorgan: 3,87 días por incapacidad. El promedio nacional de incapacidades ronda los 6,84 días.

Gráfico 36

Subsidios pagados a trabajadores por seguro de enfermedad.
Costa Rica 1990-1999.

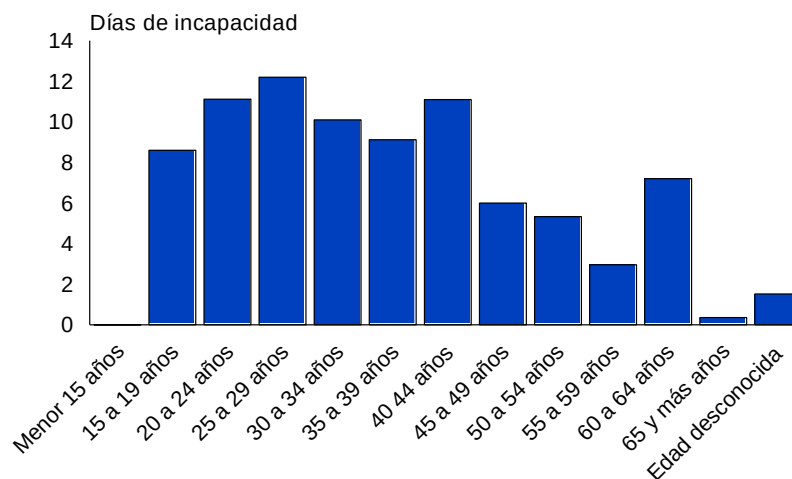


Fuente: Dirección Financiero Contable. CCSS. 1999.

El grupo de etario que más días de incapacidad tiene se encuentra entre los 15 a los 44 años, con otro pico en el grupo de 60 a 64 años.

Gráfico 37

Días promedio concedidos según grupo etario. Costa Rica, 1999.



Fuente: Dirección Actuarial y de Planificación. Sistema Estadístico de Incapacidades. CCSS

Cuando se analiza el número de incapacidades otorgadas según sector institucional, se concluye que es en el Gobierno (9,35 días) en donde mayor número de días se otorga, mientras que en la empresa privada (5,92 días) y en autónomas (6,99 días) se conceden menor número de días.

El número de días de incapacidad varía según sexo así como por el lugar de atención del usuario del servicio. El mayor número de días promedio de incapacidad se le otorga a las mujeres (60 días) luego de hospitalización, mientras que a los hombres se le otorgan 37 días en ese mismo servicio; en contraste con el menor número de días de incapacidad autorizados por los médicos de empresa y los servicios de urgencias tanto a mujeres como a hombres (3 días).

Las cuatro causas más frecuentes de incapacidad y por las cuales se extiende el mayor número de días de incapacidad son: infecciones de vías respiratorias superiores (100 mil días al año), dorsopatías (60 mil días), enfermedades infecciosas intestinales (45 mil días) y trastornos del humor (35 mil días). Ello puede indicar que algunas medidas de índole de mejoramiento del ambiente laboral podrían prevenir la ausencia laboral por parte de los trabajadores.

F. BIBLIOGRAFIA

Arbeláez M, Henao S. **Situación epidemiológica de las intoxicaciones agudas por plaguicidas en el Istmo Centroamericano**. OPS-OMS, DANIDA. Costa Rica, 2002.

Boletín Epidemiológico. Vol. 2, No. 11. Del 10 al 16 de marzo del 2002. Costa Rica. 2002.

Bortman, M. 2002. **Indicadores de Salud. ¿Mejóro la equidad?**. Ministerio de Salud/OPS/OMS. Representación en Costa Rica. Costa Rica 1980-2002.

Caja Costarricense de Seguro Social. **Cambios en la mortalidad por sexo y edad**. San José, C.R. CCSS/Dirección Técnica de Estadísticas. No. 8 B, julio 1999.

Caja Costarricense de Seguro Social. **Egresos hospitalarios 1990, 1995 y 2000**.

Caja Costarricense del Seguro Social. **Plan de atención a la salud de las personas**. 2001-2006. Costa Rica, 2001.

González, ME. **Índice de Rezago Social**. INEC. Costa Rica 2000. Documento borrador.

IAFA. **Consumo de drogas en Costa Rica. Encuesta Nacional de 1995**. 1995.

Instituto Nacional de Estadística y Censos. **Encuestas Nacionales de Fuerza de Trabajo**. 1998 al 2001.

Instituto de Estadística y Censos. **Encuesta Nacional de Hogares**, Costa Rica, 1998.

Jiménez G, Avila ML, Morice A, Gutiérrez H, Badilla X, Castillo Solórzano C. Ref. S. **Incidencia de SRC en Costa Rica, 1996-2001**. Documento Preliminar. Costa Rica 2002.

King H., Aubert et al. **Global Burden of Diabetes, 1995-2025**. "Diabetes Care." 1998; 21: 1414-1431.

King Hilary et al. **Global Burden of Diabetes, 1995-2025**. "Diabetes Care". September, 1998; 21(9):1427.

Machado V, Morice A, Carrillo W. **Análisis de áreas críticas de coberturas de vacunación mediante el empleo de diversas fuentes de información**. Costa Rica 1998-2002. Documento técnico. Costa Rica, mayo 2002.

Ministerio de Salud. **Encuesta Nacional de Nutrición**, Costa Rica, 1995.

Ministerio de Salud. **Informe de Vigilancia de la Salud. Foro Nacional de Salud** "Hacia la construcción colectiva de la salud". Costa Rica, 1998.

Ministerio de Salud. **Memoria Anual**. Abril 2002.

Ministerio de Salud/INCIENSA. **Situación de las Enfermedades Crónicas no transmisibles en Costa Rica**. 1 ed. San José, C.R.

Morice A, Navas L., Carranza M. **Impacto de la vacunación contra *H. influenzae b* en Costa Rica**. Documento Técnico.

Proyecto Estado de la Nación. **Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible: Octavo Informe 2001**—San José, Costa Rica: Proyecto Estado de la Nación 2002.

Rodríguez N et al. **Factores aterogénicos de la dieta de la población costarricense**. 1991. Latinoam Nutr. 46(1): 27-32. 1996.

Soto-Vásquez ML, Rivera E, Faingenzicht I. **Impact of *Haemophilus influenzae* type b (Hib) conjugate vaccine in decreasing the incidence oh Hib bacterial meningitis in Costa Rica.**

Trejos E. **Subregistro de las intoxicaciones por plaguicidas.** OMS. Costa Rica, 2002.

Trejos M. **Factores de riesgo materno para sífilis congénita: un estudio de casos y controles en Costa Rica, 1995-1997.** Memorias VII Congreso Nacional de Salud Pública. Septiembre, 2000.

CAPÍTULO III

“ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DEL SECTOR SALUD”

III. CAPITULO III ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DEL SECTOR SALUD

A. INTRODUCCION

La salud durante décadas ha ocupado un lugar importante en las políticas gubernamentales costarricenses, lo cual se evidencia mediante la cobertura de alrededor de un 90% de la población con el Seguro de Enfermedad y Maternidad (SEM); cerca de un 45% de la población nacional tiene acceso a los servicios de atención integral, con énfasis en prevención, mediante Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS). Se cuenta con una red importante de establecimientos de salud y un equipo humano que cubre las diferentes especialidades. Sin embargo, paralelamente a los esfuerzos realizados en los niveles de atención, aún persisten problemas de agilidad y calidad en esos servicios, lo cual disminuye, limita y, en ocasiones, elimina el impacto positivo de las políticas de extensión de cobertura que se manifiesta en importantes diferencias en los principales indicadores regionales. Aunado a ello, en el ámbito nacional se perciben cambios en la morbilidad, en el tanto aquellas enfermedades que requerían gran atención en el pasado, como lo eran las infecciosas y parasitarias, han sido controladas para dar paso a las enfermedades de tipo crónico asociadas al envejecimiento de la población y a las patologías asociadas a vectores, como lo es la malaria y el dengue⁸.

El Sector Salud agrupa una serie de instituciones y establecimientos que forman parte de los subsectores público y privado, que tienen como finalidad específica procurar la salud de las personas, de la familia y de la comunidad.

Cada uno de los entes tiene funciones específicas dentro del sector: el Ministerio de Salud es el ente rector, responsable de definir la política nacional, la regulación, la planificación, el control y la coordinación de las estrategias globales en salud en el ámbito público y privado.

La Caja Costarricense del Seguro Social es la institución que administra el seguro salud y de pensiones, mediante la oferta de servicios de salud para la prevención, promoción, curación, rehabilitación, la protección económica y las prestaciones sociales a la población costarricense.

El 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.

El Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados es la 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.

Las Universidades públicas y privadas (en el área de salud) como instituciones docentes 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.

Los Servicios Médicos Privados, las Cooperativas y las empresas de autogestión, otorgan servicios de salud a la población mediante acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación.

La comunidad participa en los servicios de salud, por medio de grupos organizados en la determinación de necesidades y prioridades, orientación y control de recursos y en el auto -cuidado de su salud.

B. ANTECEDENTES

Las primeras instituciones de salud pública que se fundaron en Costa Rica fueron: en el año 1922, la Subsecretaría de Higiene y Salud Pública, que posteriormente se convirtió en el Ministerio de Salud. El Ministerio de Salud fue estructurado mediante la Ley N° 5412 denominada Ley Orgánica del Ministerio de Salud del 8 de noviembre de 1973 y su accionar está definido en la Ley General de Salud, N° 5395, publicada en octubre del mismo año. Tiene sus antecedentes en la Subsecretaría de Higiene y Salud Pública creada por Decreto Ejecutivo en julio de 1922 y en la Secretaría de Salubridad originada mediante ley de la República en junio de 1927. A partir del año 1949 se denominó como Ministerio de Salubridad Pública y de 1973 en adelante: Ministerio de Salud.

⁸ <http://www.mideplan.go.cr/pnd/plan1998-2002/economico/salud/index.html>

La conformación del Sector Salud se enmarca en los Decretos ejecutivos N° 14184-PLAN y N° 14313-PLAN; así como en la Reforma del Estado propuesta en la Ley de Equilibrio Financiero del Sector Público N° 6955, la cual plantea la reestructuración de las instituciones públicas.

El Sector Salud inició formalmente su reforma a partir de la aprobación de dos préstamos del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), contenidos en la Ley N° 7374 del 19 de enero de 1994, la cual fortalece la competencia rectora del Ministerio de Salud y a la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) le asigna la ejecución de las actividades para la atención integral en la salud, mediante el traspaso de recursos humanos y de infraestructura

En 1924, el Banco de Seguros, hoy Instituto Nacional de Seguros, inicia como una institución de protección individual para los trabajadores y a partir del 1926, incorpora la prestación de los servicios médicos mediante las pólizas de riesgos laborales y seguro obligatorio de vehículos.

El sector privado se incorpora a la prestación de estos servicios en el año 1929, con la creación del Hospital Clínica Bíblica. En el año 1935, se integra al proceso el Hospital Clínica Católica; en 1981, el Hospital Clínica Jerusalén y en el año 2000, el Hospital CIMA /San José.

En 1941, se crea la Caja Costarricense de Seguro Social, mediante la aprobación de la ley No 17 del 1 de noviembre del año 1941, como institución semiautónoma, con el fin de otorgar servicios de salud fundamentalmente a los trabajadores. En el año 1943, se modifica la ley para otorgarle a la CCSS, autonomía de administración y de gobierno. En el año 1949, se incluye en la Constitución Política, en el capítulo de las Garantías Sociales, artículo 73, lo cual se mantiene hasta la fecha.

En el año 1947, se inicia la prestación de servicios en el seguro de invalidez, vejez y muerte dirigida a la población empleada del gobierno central, de las instituciones autónomas y de las municipalidades para el disfrute de esta pensión. En 1956, se modificó el reglamento de enfermedad y maternidad para extenderlo a la familia. En el año 1961, se aprueba la universalización del seguro de salud.

En la década de los 70, se presentan tres hechos importantes: primero fue la creación del Sistema no Contributivo de Pensiones por monto básico, que protegía a las personas de escasos recursos económicos que no disponían de capacidad económica para pagar las cuotas al sistema de seguridad social; el segundo, fue la extensión del seguro de salud a la totalidad de los trabajadores del país, que consistió en la obligatoriedad (de todos los trabajadores) de cotizar para el régimen de enfermedad y maternidad independientemente del salario devengado y el tercero se refiere al traspaso de los hospitales públicos a la Caja Costarricense de Seguro Social.

En la década del 90, se generan cambios en el sistema de salud costarricense, con la implementación del Sistema de Médico de Empresa y de Medicina Mixta. Luego se gestionan nuevas formas de atención con el desarrollo de la reforma del sector salud y del proceso de modernización en la Caja Costarricense de Seguro Social, los cuales se basan en dos pilares fundamentales: la readecuación del modelo de atención y el fortalecimiento institucional. Estos cambios fueron una respuesta a la "... crisis que se presentó en la década de los 80's cuando se reconoció que el modelo de atención ya no respondía a las demandas presentes ni futuras de la población." 9

En el año 1961, se crea el Servicio Nacional de Acueductos y Alcantarillados (SNAA) el cual posteriormente se constituye en el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (AyA). En el año 1976 se integra a las instituciones autónomas del Estado.

En el año 1973 se funda el Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial (CONREE), como parte del sector público, con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad, mediante la definición de políticas generales en esta área.

En los años 80, se creó el subsistema de Dirección y Planificación Sectorial mediante el Decreto Ejecutivo N° 14184-PLAN, dentro del cual se instauró el Sector Salud, como componente del conjunto de sectores sociales. Este decreto se fundamenta en la Ley Nacional de Planificación N° 5525 de mayo de 1974, que otorga al Ministerio de Planificación y Política Económica (MIDEPLAN) atribuciones para la racionalización de la actividad administrativa y para la coordinación del sector público.

El Decreto Ejecutivo N° 19276-S, de 1989, establece como parte del Sector Salud las universidades, en cuyo caso se califican como:

"Las instituciones docentes superiores que tienen por misión entre otros, formar y capacitar profesionales y técnicos en las diferentes disciplinas para las instituciones y establecimientos que conforman el Sector Salud".

9 Dormond Herrera, Emilio. Historia de la Seguridad Social, Centro de Desarrollo Estratégico en Información en Salud y Seguridad Social, CCSS, San José, Costa Rica, 1996: Pág. 34

El artículo 84 de la Constitución Política le otorga a las instituciones de educación superior universitaria del Estado la misma independencia funcional e igual capacidad jurídica que la Universidad de Costa Rica.

C. MARCO LEGAL

El marco legal del Sector Salud está definido en el Decreto Ejecutivo N°14313-SPPS-PLAN del 15 de febrero de 1983, referente a la creación del Subsistema de Dirección y Planificación Sectorial del Sector Salud que está constituido por las siguientes instituciones:

Ministerio de Salud, Ministerio de Planificación y Política Económica (MIDEPLAN), Ministerio de la Presidencia, Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (AYA) y la Caja Costarricense de Seguro Social.

“Además, los programas del Instituto Nacional de Seguros (INS) y de la Universidad de Costa Rica (UCR) relacionados con las actividades del Sector Salud, lo mismo que cualquier otra Institución que determine el Presidente de la República según proponga el Ministro de Salud. A este último, según el mismo decreto, corresponderán las funciones de dirigir y coordinar al sector y velar porque la organización y funcionamiento de las Instituciones del Sector Salud, respondan adecuadamente a los requerimientos de los objetivos sectoriales así como a las directrices y disposiciones superiores en materia de política y reforma administrativa.”¹⁰

El Ministerio de Planificación y Política Económica y el Ministerio de la Presidencia de la República, no han participado en forma constante en la planificación estratégica, razón por la cual no han desempeñado un papel relevante en el desarrollo del sector salud.

En 1989, se aprueba el Reglamento del Sistema Nacional de Salud mediante el Decreto Ejecutivo 19275-S, que establece la conformación del sector salud de la siguiente forma: Ministerio de Salud, Caja Costarricense de Seguros Social, Instituto Nacional de Seguros, Instituto Nacional de Acueductos y Alcantarillados, Universidades, Municipalidades, Servicios Médicos Privados y la comunidad. Estos órganos deberán implementar los procesos de universalización de la atención integral en salud, descentralización y desconcentración de los servicios de salud, conforme los lineamientos de la política nacional de salud, los postulados de la estrategia de atención primaria y las disposiciones vigentes.

D. ORGANIZACIÓN Y ESTRUCTURA

El Decreto Ejecutivo N° 14313-SPPS-PLAN de 1983, incorpora a los Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica y de la Presidencia como parte de las instituciones del sector; y en el Decreto Ejecutivo 19275-S de 1989, se crea el Reglamento del Sistema Nacional de Salud, en el cual se incorporan las Universidades, las Municipalidades, los Servicios Médicos Privados y la comunidad como parte de este sector.

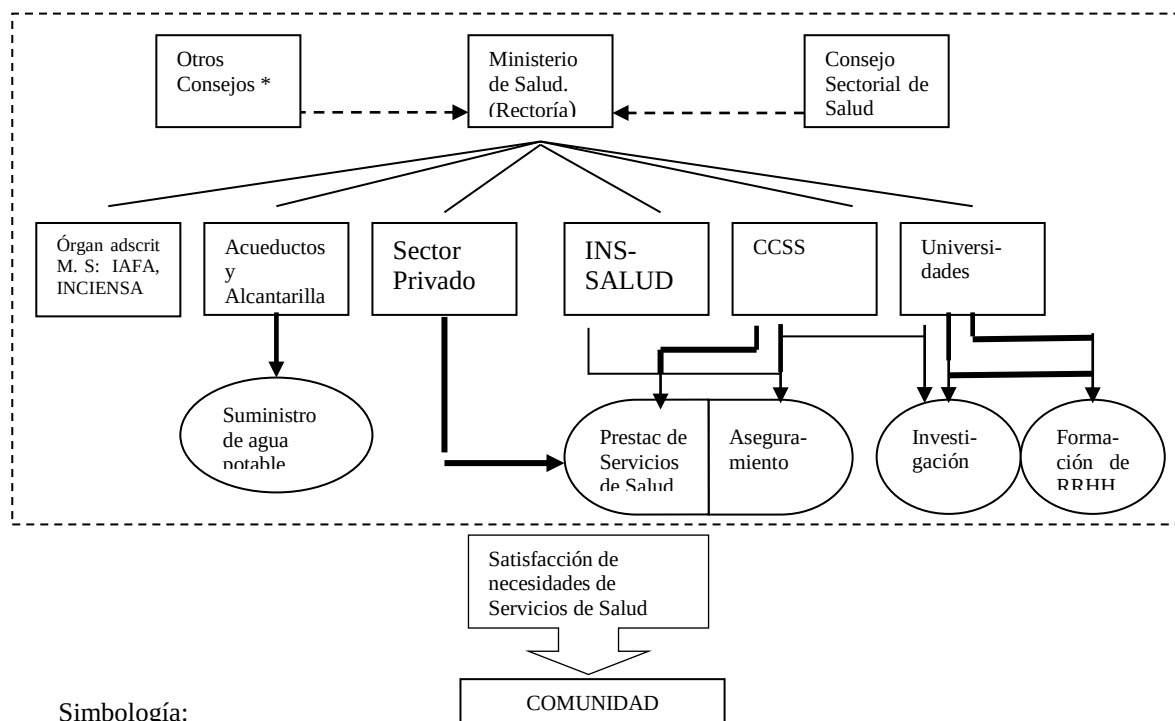
Estos decretos no son coincidentes con respecto a las instituciones que conforman el sector salud. Ante esta situación, se ha considerado pertinente realizar el análisis organizacional a partir de las siguientes instituciones:

Ministerio de Salud.
Caja Costarricense de Seguro Social.
Instituto Nacional de Seguros (INS-Salud).
Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados
Universidades (Área de Salud).
Subsector privado.

La composición, la organización y el funcionamiento de las instituciones de salud, se formalizan mediante leyes y reglamentos específicos para lograr un funcionamiento armónico y coordinado de las actividades que se desarrollan en el Sector Salud. En el siguiente diagrama se observa su composición y organización:

¹⁰ Castro Valverde, Carlos y Sáenz, Luis Bernardo. La Reforma del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Planificación y Política Económica, San José Costa Rica, 1998: Pág. 67

Diagrama de composición y organización del Sector Salud



Simbología:

- / Relación de rectoría (Dirección, conducción y Regulación)
- | Función complementaria
- └ Función asignada
- Relaciones de coordinación
- Secretaría de Políticas para Alimentación y Nutrición (SEPAN)
- Consejo Nacional de Rehabilitación
- Consejo Nacional de Atención Integral VIH/SIDA

1. Objetivos de la Instituciones del Sector Salud.

El objetivo general de las instituciones que conforman el sector salud se orienta a la atención integral de la población, la producción social de la salud, la utilización racional de los recursos, el cumplimiento de su misión y de sus principios filosóficos, con el propósito de preservar la salud y mejorar la calidad de vida de los ciudadanos.

Los objetivos específicos de las instituciones se describen a continuación:

El Ministerio de Salud (MS) tiene como objetivo ejercer la rectoría sobre los actores que intervienen en la producción social de la salud, estimulando su participación activa y orientando sus acciones hacia el desarrollo y el mejoramiento constante de los niveles de salud de la población. Se define rectoría como la capacidad política de dirigir y conducir la producción social de la salud.

La Caja Costarricense de Seguro Social, (CCSS), comprende como objetivo la prestación de servicios de salud a toda la población nacional residente en el país de acuerdo con los principios de la seguridad social (solidaridad, universalidad, unidad, obligatoriedad, igualdad y equidad). Asimismo, otorga protección económica y social tanto a la población asegurada como a la de escasos recursos de conformidad con la normativa vigente en materia de invalidez, vejez y muerte. Dentro de sus nuevas modalidades de prestación está la compra de servicios a los establecimientos públicos y privados justificada por situaciones especiales como el incremento sostenido de la demanda, la inopia de especialistas y la tecnología de punta.

El Instituto Nacional de Seguros (INS-SALUD), mediante el régimen de riesgos del trabajo, tiene como objetivo la protección de la población trabajadora, a la cual le otorga asistencia **médica, quirúrgica, hospitalaria, farmacéutica y de rehabilitación en caso de accidente o de enfermedad laboral.**

El Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (AYA) tiene como objetivo primordial prestar servicios relacionados con el suministro de agua potable, recolección y tratamiento de aguas negras y residuos industriales líquidos, en todo el territorio nacional; igualmente le corresponde el aspecto normativo de los sistemas de alcantarillado pluvial en las áreas urbanas.

Las universidades, en el área de la salud, su objetivo se orienta a la docencia, la investigación y la acción social, siendo importante, para los efectos, la formación y la capacitación de profesionales y técnicos en el ámbito de la salud, así como las investigaciones y la acción social que ejercen en el ámbito de la salud.

Los establecimientos de salud privados, en términos generales, comparten similares objetivos orientados a la atención médica integral y de servicios de tratamiento y de diagnóstico a las personas que lo requieran; algunos de ellos con el producto de sus rentas desarrollan otros programas de acción social.

2. Misión

La misión de las diversas instituciones que conforman el sector salud tiene elementos en común relacionados con la prestación de servicios, la promoción, la prevención, la planificación, la investigación, la vigilancia epidemiológica y la participación social.

El Ministerio de Salud (MS) tiene como misión ejercer la rectoría de la producción social de la salud, por medio de la planificación e investigación, la promoción, la vigilancia de la salud, la regulación y la normalización, para orientar el desarrollo y el mejoramiento constante de los niveles de salud de la población, mediante la plena participación de los diferentes actores sociales.

La Caja Costarricense de Seguro Social, tiene como misión proporcionar los servicios de salud en forma integral al individuo, la familia y la comunidad y otorgar la protección económica, social y de pensiones a la población costarricense, conforme la legislación vigente.

El Instituto Nacional de Seguros (INS-SALUD), presenta como misión satisfacer oportunamente, con calidad y eficiencia las necesidades de los usuarios mediante servicios de atención integral en asistencia médica, rehabilitación y reinserción familiar, laboral y comunal

El Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados, tiene como misión suplir los servicios públicos de agua potable y alcantarillado sanitario a la población nacional.

La Universidad de Costa Rica, tiene como misión obtener las transformaciones que la sociedad necesita para el logro del bien común, mediante una política dirigida a la consecución de una verdadera justicia social, el desarrollo integral, de la libertad plena y de la total independencia de nuestro pueblo.

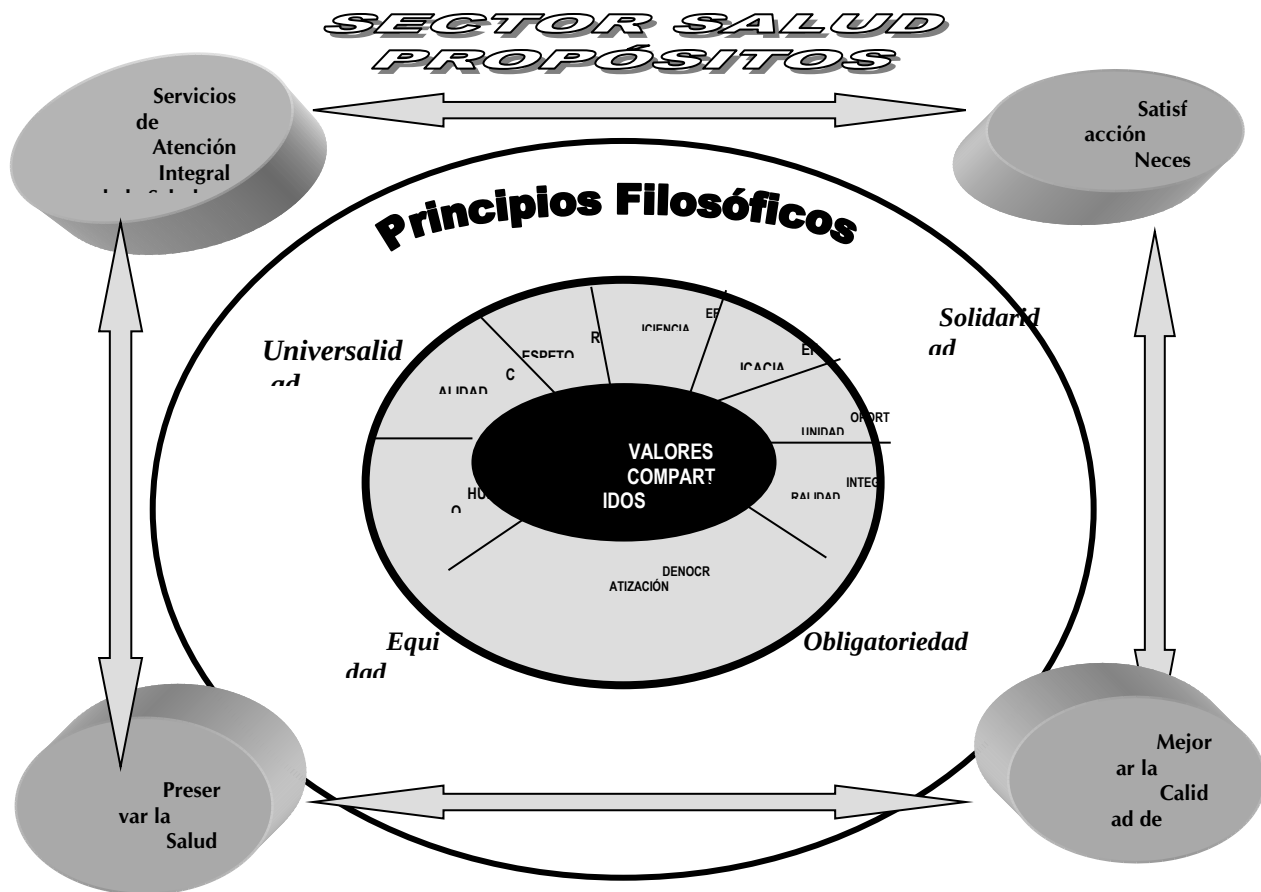
Las universidades privadas (en el área de la salud), tienen como misión, la formación de profesionales en salud para fortalecer los procesos de atención y prestación de los servicios de salud.

En relación con las otras entidades del Sector Salud, tal como el Consejo Nacional de Rehabilitación y los hospitales y clínicas privadas: Bíblica, Católica, Jerusalén y CIMA/ San José, comparten con el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social los objetivos y propósitos para la atención en salud.

3. Propósitos, principios filosóficos y valores compartidos de las Instituciones del Sector Salud.

Las instituciones del Sector Salud, en su accionar se orientan por los principios filosóficos de la seguridad social, así como por los propósitos y valores definidos en la misión de cada una de ellas, como se observa en el siguiente diagrama:

Diagrama de propósitos, principios y valores compartidos del Sector Salud



4. Visión

La visión de las diversas instituciones que conforman el sector salud, se proyecta, en términos generales, a otorgar servicios de excelencia, de calidad y a satisfacer en forma efectiva las necesidades de salud de la población.

5. Estructura Organizacional

Cada institución cuenta con una estructura organizativa de tipo mixto, que combina estructuras funcionales, por procesos, por proyectos, geográfica y vertical, que tiene como objetivo facilitar el cumplimiento de la misión, la visión y los objetivos planificados. Esta situación requiere un análisis general particular de las:

El Ministerio de Salud dispone de una estructura conformada por los siguientes niveles:

Nivel político constituido por los Despachos: Ministro, Viceministro y Oficial Mayor, al cual se encuentran adscritas la Asesoría Legal y la Auditoría Interna y el área de Prensa, Imagen y Relaciones Públicas.

Nivel técnico administrativo conformado por la Dirección General de Salud de la cual dependen las siguientes Direcciones: Vigilancia de la Salud, Desarrollo de la Salud, Servicios de Salud, Registros y Controles, Protección del Ambiente Humano, Centros de Nutrición y Desarrollo Infantil, Administrativa y de Sistemas de Información.

Nivel desconcentrado constituido por 9 Direcciones Regionales y 81 Áreas Rectoras de Salud.

Órganos adscritos: el Instituto de Alcoholismo y Fármaco-dependencia (IAFA) y el Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA).

Consejos de coordinación sectorial:

El Consejo Nacional de Salud, es un órgano de coordinación y consulta y está integrado por los siguientes funcionarios: El Ministro de Salud quien lo preside, Ministro de Planificación Nacional y Política Económica o su Viceministro, el Ministro de la Presidencia o su Viceministro, el Presidente de la Junta Directiva del Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados, el Presidente Ejecutivo de la Caja Costarricense de Seguro Social. Tiene como funciones: analizar los problemas políticos, técnicos e institucionales del Sector; asesorar al Ministro de Salud en la definición de la Política Sectorial y pronunciarse a petición del Ministro sobre asuntos del tema. Se reúnen con una periodicidad mensual.

Consejo Nacional de Atención Integral VIH/SIDA: Su conformación se oficializa con la aprobación del Reglamento de la Ley General de VIH /SIDA en 1999. El Consejo, está adscrito al Ministerio de Salud y es la máxima instancia a nivel nacional encargada de recomendar las políticas y los programas de acción de todo el sector público en esta materia.

El Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial (CONREE) tiene como objetivo orientar y coordinar la participación activa de todos los sectores del país, para la adaptación y ejecución de políticas y medidas que procuren la integralidad y la sostenibilidad de acciones dirigidas al desarrollo de la población con discapacidad. Su función primordial es la rectoría sobre entidades públicas y privadas, con respecto a su ámbito de competencia.

La Caja Costarricense de Seguro Social, presenta la siguiente estructura organizacional:

Su nivel político superior lo constituye la Junta Directiva y la Presidencia Ejecutiva; y unidades representadas por la Auditoría, la Superintendencia General de Servicios de Salud (SUGESS), la Dirección Actuarial y de Planificación Económica y la Asesoría en Desconcentración y Juntas de Salud.

Cuenta con seis Gerencias de División: Médica, Pensiones, Financiera, Modernización y Desarrollo, Administrativa y Operaciones; seis Subgerencias, diversas Direcciones de Sede adscritas a las Gerencias y/o Subgerencias, 7 Direcciones Regionales en el área Médica y 5 en la Financiera, 5 Hospitales Especializados, 3 Nacionales, 7 Regionales, 14 Periféricos, Unidades especializadas de Atención de Patologías Específicas de cobertura nacional (Clínica Oftalmológica, Cuidados Paliativos, Cáncer Gástrico; entre otras), 97 Áreas de Salud, 812 EBAIS, 83 Sucursales y Agencias, entre otros.

El INS cuenta con un área funcional especializada en salud, denominada INS-SALUD, la cual dispone de una estructura organizativa conformada por los Departamentos de Albergue y Casa de Salud; Administración de Consulta Externa; Jefatura Médica y Administración de Dispensarios.

El Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados, cuenta con un nivel político superior conformado por la Junta Directiva y la Presidencia Ejecutiva, dispone de las siguientes unidades: Asesoría Jurídica, Prensa, Auditoría, Desarrollo, un Comité de Planeamiento y diversas unidades operativas que atienden las actividades sustantivas de la Institución.

Específicamente para el Área de la Salud existen diversas Universidades de tipo público y privado que participan en la formación de técnicos y profesionales en las ciencias de la salud. Como referencia se presenta la estructura organizacional de la Universidad de Costa Rica (UCR), por ser una de las más importantes en la formación de recursos humanos en el campo de la salud e investigación biosicosocial:

La Asamblea Universitaria, el Consejo Universitario, Rectoría y Vicerrectorías.

Facultades, Escuelas, Departamentos, Secciones, Sedes Regionales, Estaciones Experimentales, Centros e Institutos de Investigación, Servicios Administrativos y Técnicos.

6. *Ámbito de Control*

El control en las instituciones públicas lo ejercen la Contraloría General de la República, la Autoridad Presupuestaria (excepto para la CCSS), las auditorías internas, las contralorías de servicios y la Auditoría General de Servicios de Salud creada mediante la Ley N° 8239, publicada el 13 de marzo del año 2002, en la cual se definen los derechos y deberes de las personas usuarias de los servicios de salud públicos y privados.

En casos especiales, la Asamblea Legislativa y la Defensoría de los Habitantes pueden solicitar rendición de cuentas. Por Ley No 7852, de Desconcentración de los Hospitales y las Clínicas de la CCSS, se crean las Juntas de Salud integradas por representantes de la sociedad civil, que funcionan como entes fiscalizadores de la gestión, la eficiencia y el cumplimiento de las normas aplicables a los establecimientos de salud, además de vigilar la correcta ejecución del presupuesto asignado.

Los establecimientos de salud privados se encuentran regulados por sus propias normativas internas de control y, por parte del Estado, por el Ministerio de Salud mediante la Ley General de Salud.

E. FUNCIONAMIENTO

1. MODALIDADES DE ATENCIÓN EN SALUD

Los servicios de salud costarricenses se organizan en dos áreas como son la ambulatoria y la hospitalaria, tanto en el sector público como en el privado. En el ámbito del sector público le corresponde a la CCSS administrar los hospitales, las clínicas y las áreas de salud, incorporando los programas de promoción, prevención, curación y de rehabilitación.

La prestación de servicios en igual forma es asumida por el Instituto Nacional de Seguros en el área de la rehabilitación y la asistencia médica a la población cubierta por los Seguros de Riesgos del Trabajo y el Seguro Obligatorio de Vehículos, que son de contribución obligatoria para el patrono y los usuarios respectivamente.

Existen otras modalidades de atención en las cuales participa el subsector privado. Una nueva iniciativa mezcla acciones del sector privado, denominado sector mixto, así como se ha desarrollado un híbrido que se puede denominar compra a terceros implementado principalmente por la Caja Costarricense de Seguro Social.

Mediante estas modalidades, la CCSS, para garantizarle al usuario la oportunidad en la atención, compra servicios al sector privado (cooperativas, asociaciones de profesionales médicos, entre otros) en aquellas especialidades que presentan problemas de disponibilidad del recurso profesional y de listas de espera superiores a noventa días. Así como compra servicios de apoyo para exámenes de laboratorio, rayos X, ultrasonidos u otros servicios médicos.

A continuación se hace una descripción de cada uno de estos sectores y sus modalidades de prestación de servicios:

SECTOR PÚBLICO

El sector público de salud está representado por las instituciones que conforman el Sector Salud, en las cuales el Gobierno Central tiene injerencia política, económica y estratégica en forma directa.

Históricamente las acciones en salud en Costa Rica, se dividían en dos ámbitos de acción, el primero lo constituía la parte curativa y de rehabilitación a cargo fundamentalmente de la Caja Costarricense de Seguro Social, el segundo comprendía lo concerniente a la promoción y prevención de la salud, responsabilidad básicamente del Ministerio de Salud.

Por su parte al Instituto Nacional de Seguros, le ha correspondido atender, entre otras responsabilidades asignadas, los riesgos del trabajo y el seguro obligatorio de automóviles. Sus servicios incluyen las prestaciones sanitarias (servicios médicos) conocido como el sistema INS-SALUD que comprende un complejo infraestructural conformado por una casa de salud (hospital con 148 camas) ubicada geográficamente en el distrito de la Uruca, con 12 edificios modulares.

Además, el sistema INS-SALUD dispone de un albergue temporal, (ubicado en San José, para que pernocten los usuarios accidentados), consultorios de médicos de empresa y una red de dispensarios distribuidos en gran parte del territorio nacional. En estos últimos se otorgan los servicios de medicina general, enfermería y farmacia; algunos de ellos están preparados para prestar asistencia médica en ortopedia, radiología, terapia física y otros. En casos necesarios INS-SALUD le compra servicios de atención médica, quirúrgica y de apoyo al sector privado.

Era evidente la presencia de diversas instituciones como responsables de otorgar los servicios preventivos, asistenciales y de rehabilitación, sin que mediara entre ellas una adecuada coordinación.

Esta fragmentación en la atención de la salud, la ausencia de una conceptualización integral del proceso, su débil impacto en las condiciones de salud, el incremento en los costos de la atención, la ineficiencia en la administración y en la utilización de los recursos, así como la insatisfacción creciente de los usuarios, planteó a las autoridades de salud la necesidad de las reformas ante la crisis del modelo, reformas que ya se estaban desarrollando en otros países de América Latina y de los cuales Costa Rica empezó a retroalimentarse.

Por otra parte, en el contexto nacional se discutía la Reforma del Estado, con el fin de convertir a este en un aparato administrativo más eficiente y eficaz, que fundamentara las bases para un desarrollo dinámico y sostenible, con una economía de alta productividad capaz de aprovechar la riqueza de nuestros recursos humanos, tecnológicos, naturales e institucionales, dentro de un contexto de globalización y apertura de los mercados.

Este contexto aceleró los requerimientos de modernizar el Sector Salud, lo cual se inicia a partir de la promulgación de la ley No 7374, de noviembre de 1993, que establece una nueva pauta en este Sector. Los servicios de atención a las personas se trasladan del Ministerio de Salud a la CCSS, con lo cual se permitía que el Ministerio asumiera el ejercicio de la Rectoría del Sector Salud.

En la CCSS, se desarrolla 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 constituyen en el paso fundamental hacia un nuevo modelo de atención integral y universal en salud.

La nueva conceptualización del proceso de salud, implicó pasar del modelo predominante que se fundamentaba en los factores biológicos y centraba su atención en la dimensión individual de la enfermedad, que excluía el medio familiar y laboral, a un enfoque integral de la salud que se define de la siguiente forma:

“El modelo se caracterizará por un enfoque biosicosocial del proceso de salud- enfermedad; por una atención integral y continua de la salud de las personas y el ambiente, con énfasis en las acciones de promoción y prevención, fundamentada en la estrategia de Atención Primaria.

El sujeto de la atención dejará de ser exclusivamente el individuo, para dirigirla principalmente a la familia, la comunidad y el ambiente.”¹¹

Otro paso fundamental lo constituye la promulgación de la Ley No 7852 “Desconcentración de Hospitales y Clínicas (dic. 1998), que otorga mayor autonomía en la gestión presupuestaria, la contratación administrativa y el manejo de los recursos humanos. Se crean las Juntas de Salud como entes auxiliares de los hospitales y las clínicas para mejorar la atención de la salud, el desempeño administrativo, el financiero y la promoción de la participación ciudadana.

La CCSS integra los servicios de salud en una red para que su funcionamiento estimule el desarrollo de la competitividad, el trabajo en equipo y el aumento de la capacidad resolutoria en cada nivel y unidad prestadora de los servicios.

Dentro de este nuevo contexto institucional, el modelo de gerencia se orienta a:

Desarrollar la capacidad de toma de decisiones.

Lograr una adecuada gestión de los recursos humanos, físicos y financieros.

Incentivar las competencias gerenciales en los establecimientos.

Lograr una cultura organizacional corporativa, que promueva un mayor compromiso e identificación del personal con la organización y con sus valores, mediante un enfoque de servicio al usuario.

Potenciar la participación real o efectiva de la comunidad.

Promover la gestión desconcentrada de los aspectos logísticos, tecnológicos y de infraestructura física.

Los cambios en el proceso de reforma del Sector Salud, en la CCSS se concentraron en el primer nivel de atención, en donde se reorganizaron los servicios bajo una nueva concepción del proceso de salud y un modelo administrativo que implicó la delimitación física y geográfica de las áreas de salud así como la redefinición de grupos poblacionales en Sectores (EBAIS), que constituyen las unidades básicas de atención.

Con respecto a la organización del primer nivel de atención, se estructuran 97 áreas de salud en todo el territorio nacional, definidas como unidades geográficas, de población y de gestión, caracterizadas por un perfil epidemiológico determinado. Estas áreas están conformadas por 812 sectores distribuidos en todo el país. En cada sector se instala un EBAIS conformado por un médico general, un auxiliar de enfermería, técnicos de atención primaria, un técnico en farmacia y un técnico en registros médicos

Este equipo tiene la responsabilidad de otorgar la atención integral de la salud en el primer nivel de atención a las personas, las familias y la comunidad. Le corresponde atender una población aproximada de cuatro mil habitantes, asistido por un Equipo de Apoyo ubicado en el Área de Salud. El Equipo de Apoyo está conformado por profesionales en odontología, trabajo social, enfermería, farmacia, nutrición, medicina familiar y

11 Castro Valverde, Carlos y Sáenz, Luis. Op.cit. p. 10

comunitaria y microbiología, con la responsabilidad de orientar, apoyar, capacitar y elevar el nivel resolutivo de los EBAIS.

Por su parte, el segundo y tercer nivel de atención lo constituyen los servicios especializados y con mayor capacidad resolutiva (Áreas de Salud, hospitales periféricos, regionales, nacionales y especializados).

SECTOR MIXTO

Esta modalidad se refiere a la conjugación de iniciativas en donde participan tanto el sector privado como el público. “En él se pueden presentar iniciativas en las que una institución pública entrega la infraestructura para que sea administrada por un ente ajeno del Gobierno Central, o bien, cuando el médico, ejerciendo en forma independiente atiende a los pacientes y las medicinas son entregadas por la Caja Costarricense de Seguro Social”¹²

SISTEMA MÉDICO DE EMPRESA

“El sistema médico de empresa se estableció en el año 1974, como parte de las reformas en la organización y administración de los servicios de atención ambulatoria de la salud. Este nació como un medio alternativo y opcional de atención, bajo el cual el patrono por su cuenta y riesgo, proporciona en sus propias instalaciones la consulta médica a sus empleados en tanto que la Caja Costarricense de Seguro Social otorga a los asegurados atendidos bajo esta modalidad los servicios de farmacia, laboratorio clínico y rayos X, estos servicios se brindan en la clínica de la Caja Costarricense de Seguro Social que se encuentre más próxima a la empresa, a esta clínica se le denomina clínica adscrita. Asimismo, con el fin de descongestionar los servicios de farmacia de las clínicas del centro de San José, la Farmacia Fischel despacha las recetas de algunas clínicas”.¹³

Este sistema funciona exclusivamente para la Consulta Externa.

SISTEMA DE LIBRE ELECCIÓN MÉDICA

El Sistema fue aprobado por la Junta Directiva de la CCSS, el 5 de noviembre de 1992. Sus objetivos son:

Descongestionar los servicios especializados en los hospitales y la consulta externa cuyas citas se estaban otorgando a largo plazo.

Mejorar la prestación del servicio

Dar oportunidad a los asegurados de utilizar los servicios privados de salud.

Existe además un marco normativo y regulador para optar por esta modalidad. El artículo 20 del Reglamento del Seguro de Salud de la CCSS, aprobado el 3 de diciembre de 1996, textualmente dice: “La Caja puede brindar la ayuda para libre elección médica, cuando se demuestre inopia del personal o dificultades para conceder la atención en sus propias instalaciones, con sujeción al instructivo correspondiente.”¹⁴

“El sistema se define como el derecho a una ayuda económica que la Caja Costarricense de Seguro Social concede a los asegurados que lo deseen bajo su única responsabilidad, para recurrir a los servicios médicos privados, de acuerdo con los procedimientos quirúrgicos, especialidades de consulta externa y parto normal que la Gerencia de División Médica autorice.”¹⁵

La consulta externa incluye las siguientes especialidades: oftalmología, otorrinolaringología, urología, oncología y hematología. El monto aprobado por la CCSS es un porcentaje del costo total de la consulta, para contribuir a obtener un servicio oportuno.

¹² Caja Costarricense de Seguro Social, Proyecto de Modernización, Estudio sobre la prestación y el financiamiento privado de los servicios de salud. Marzo 1998. p. 24

¹³ Caja Costarricense de Seguro Social, Proyecto de Modernización. Estudio sobre la prestación y el financiamiento privado de los servicios de salud. Marzo 1998, p.24

¹⁴ *ibid*, p. 36

¹⁵ *ibid*, p.36

Estos servicios se realizan en instalaciones extra-institucionales y se aplica a los asegurados referidos por el médico de la Caja Costarricense de Seguro Social, que no sea de la misma especialidad del profesional que lo atiende.

En “Estudio sobre la prestación y el funcionamiento privado de los servicios de salud”, elaborado por la empresa KPMG, en el año 1998, se destaca una disminución en la utilización de esta modalidad debido, principalmente, a su poca divulgación entre los asegurados y a que los servicios especializados se concentran en el área metropolitana, lo cual afecta a los habitantes de las zonas rurales por la reducida oferta local.

SISTEMA DE MEDICINA MIXTA

Este sistema se estableció en el año 1980, como parte de las reformas organizacionales de los servicios de salud ambulatorios. Nació como una opción para el asegurado directo y familiar para contratar por cuenta propia los servicios de consulta externa privada de su preferencia, con el derecho de recibir los medicamentos y los servicios auxiliares de diagnóstico por parte de la Caja Costarricense de Seguro Social. Se excluyen de este sistema los servicios hospitalarios.

Se rige por el Reglamento y el Manual de Normas y Procedimientos establecidos para este sistema. Su demanda se ha incrementado por las facilidades que presenta a los asegurados.

SISTEMA DE COOPERATIVAS.

“El modelo de administración de las clínicas del país por medio de cooperativas, surge en 1988 debido al descontento existente en la población del país alrededor del modelo tradicional de atención médica, especialmente en la consulta ambulatoria (consulta externa) y como una respuesta que sostiene que bajo la administración de una cooperativa, es posible solucionar los problemas administrativos que presenta este modelo tradicional de atención ambulatoria. Con el fin de permitir que una entidad externa a la CCSS y al Ministerio de Salud asumiera la administración de los servicios de salud, se modificó y reglamentó el artículo 3 de la ley N° 5345 del 30 de octubre de 1973. Así en el artículo primero de este reglamento se da potestad al Ministerio de Salud y a la CCSS para participar en proyectos especiales que tengan como fin esencial el incremento o mejoramiento de los beneficios en materia de salud que se brindan a la ciudadanía. Asimismo, en su artículo 2 se estipula la creación de estos proyectos, debido a que las instituciones de salud darán preferencia a los proyectos planteados por asociaciones cooperativistas que presten servicios en el área de salud.” 16

La primera experiencia en este tipo de modalidad de atención fue con COOPESALUD, R.L, que ha otorgado los servicios de salud integral a la comunidad de Pavas. Posteriormente se fueron estableciendo otras cooperativas como: COOPESAIN R. L que administra la Clínica de Tibás, COOPESANA R.L que tiene a su cargo la Clínica de Santa Ana, COOPESIBA R.L. que otorga atención a poblaciones de los cantones Barva, San Pablo y San Isidro de Heredia.

Entre sus objetivos está lograr el bienestar social de su población adscrita, mediante el desarrollo de un modelo de atención primaria y familiar que fortalezca e impulse el sistema de atención integral en salud, de conformidad con las políticas de la CCSS y del Ministerio de Salud.

Con respecto a su funcionamiento, estas cooperativas han firmado convenios con la CCSS, los cuales son renovados según el periodo establecido. Esta Institución le asigna un presupuesto anual y la cooperativa administra y otorga los servicios de salud de acuerdo con los lineamientos establecidos en la Ley General de Salud de Costa Rica. La infraestructura y el equipo pertenecen a la CCSS. Las cooperativas por su parte han adquirido algunos bienes y equipos que son de su patrimonio, así como asumen el mantenimiento y la compra de repuestos.

COMPRA DE SERVICIOS A TERCEROS

Esta modalidad se inicia dentro del contexto del desarrollo de los servicios privados en Costa Rica y al replanteamiento de los servicios en la CCSS a partir de la década de los 90, con el surgimiento de las Cooperativas.

El marco legal de la CCSS le permite comprar servicios especializados al sector privado, incluyendo las cooperativas, en aquellas áreas donde se demuestre que existe limitación institucional para atender la demanda.

16 *ibid.* p. 53

La Universidad de Costa Rica, estableció el Convenio UCR-CCSS, cuya finalidad es desarrollar un modelo de atención integral de salud para los cantones de Curridabat, Montes de Oca y La Unión, tomando como base el modelo de salud adoptado por el país. En la atención que se brinda se integran las prácticas académicas (docencia, investigación y acción social) que desarrolla la Universidad de Costa Rica.

SECTOR PRIVADO

Los servicios de salud privados, ofrecen 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 de los usuarios.

También se ha incorporado en la administración de EBAIS mediante contratos con la CCSS, tal el caso de la Asociación de Servicios Médicos Costarricense (ASEMECO), que administra EBAIS de algunas comunidades de la capital (León XIII, La Carpio y Escazú).

2. FUNCIONES DE LAS INSTITUCIONES PÚBLICAS DEL SECTOR SALUD

Cada institución organiza y desarrolla sus áreas de trabajo de acuerdo con la naturaleza de las funciones y con el ámbito de su competencia.

El Ministerio de Salud (MS) asume la rectoría, la que se fundamenta en las siguientes funciones básicas:

Dirección y Conducción: esta función implica el desarrollo 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 este proceso. Se fundamenta en la formulación, el seguimiento y la evaluación del cumplimiento de la política nacional de salud, de los programas sectoriales de salud y de los planes estratégicos en salud.

Vigilancia de la salud: se basa en el desarrollo de sistemas de información para la medición, análisis y control de los factores que determinan la situación de salud actual y para la evaluación de situaciones futuras.

Investigación y desarrollo tecnológico: involucra la promoción y el desarrollo de investigaciones científicas para producir el conocimiento científico y las respuestas tecnológicas, de acuerdo con las prioridades en salud, que son necesarias para apoyar la dirección y la conducción de la producción social de la salud.

Regulación: consiste en vigilar que las normas, reglamentos técnicos y procedimientos jurídicos y administrativos sean cumplidos por los actores sociales que realizan actividades relativas a la salud.

El Ministerio de Salud cuenta con los siguientes órganos adscritos:

Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA), el que por medio de sus acciones pretende contribuir a elevar los niveles de salud de los grupos de población que presentan indicadores inferiores a los promedios nacionales. Sus proyectos mantienen una estrecha cooperación y participación de la comunidad en las actividades sanitarias y de seguridad social. Las investigaciones en el campo de la nutrición otorgan prioridad a los problemas relacionados con la desnutrición infantil costarricense y con el mejoramiento alimentario y nutricional de los grupos con alto riesgo de morbi-mortalidad.

El enfoque investigativo es multidisciplinario, el cual abarca en su totalidad la búsqueda de soluciones a los problemas de la familia costarricense, generando información para fortalecer los programas de prevención e intervención a nivel nacional.

El INCIENSA desarrolla cuatro líneas fundamentales de acción: Investigación Científica y Desarrollo Tecnológico, Vigilancia, Enseñanza de la Salud y Nutrición. Todas ellas implementadas en estrecha coordinación con las instituciones del Sector Salud y como apoyo a las acciones rectoras del Ministerio de Salud, para evitar la duplicidad de esfuerzos y favorecer la consecución de logros.

El Instituto de Alcoholismo y Fármaco-dependencia (IAFA), es una institución que responde a las necesidades de una sociedad moderna y compleja, propia del siglo que inicia. Por esa razón no sólo se dedica a prevenir, investigar y conocer el fenómeno droga, sino que también asume la tarea de otorgar tratamiento al adicto y lograr su rehabilitación e inserción familiar y social, cuando esto sea necesario.

La conformación del Consejo Nacional de Atención Integral al VIH /SIDA, se oficializa con la aprobación del Reglamento de la Ley General de VIH /SIDA en 1999. Este consejo es la máxima instancia en el ámbito nacional encargada de recomendar las políticas y los programas de acción de todo el sector público en esta materia, coordinar acciones con el sector público y privado, vigilar el respeto de los derechos y garantías de las personas portadoras de la enfermedad y colaborar en la fiscalización y evaluación de la normativa vigente.

La Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) es el proveedor más importante de servicios públicos de salud, cuenta con una red de servicios constituida por hospitales nacionales generales, especializados, regionales, periféricos, áreas de salud y EBAIS (Equipos Básicos de Atención Integral en Salud) y de otras modalidades de organización y funcionamiento como el sistema médico de empresa, el sistema de medicina mixta y la compra de servicios a las cooperativas autogestionarias de servicios de salud y algunas empresas del sector privado.

Además se incorporan las prestaciones sociales que incluyen una serie de programas en el ámbito social, cultural y deportivo. Las prestaciones económicas comprenden los pagos por subsidio, las pensiones del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte, y la administración de los recursos que aporta el Estado para cubrir los gastos del Régimen no Contributivo, según lo estipula la Ley N° 5662.

“Este régimen tiene por objeto proteger a los costarricenses de escasos recursos económicos y que requieran del auxilio económico del Estado, siempre y cuando el ingreso familiar el ingreso per-cápita mensual resulte igual o inferior al monto de la canasta básica alimentaria establecida por el Instituto Nacional de Estadística y Censos. Protege en forma prioritaria a los siguientes grupos sociales: personas adultas mayores de 65 años con o sin dependientes, personas que poseen impedimento físico o mental, con o sin dependientes, viudas desamparadas, con o sin dependientes, menores huérfanos y otros.”¹⁷

El Instituto Nacional de Seguros (INS) comparte la función prestadora de servicios de salud con la acción aseguradora mediante póliza. Dentro de su estructura dispone de un área denominada INS-SALUD, responsable de garantizar servicios de salud oportunos y de calidad, a la población cubierta por el seguro de riesgos del trabajo y por el seguro obligatorio de vehículos, entre otros.

El Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados cumple con las siguientes funciones: “Dirigir y vigilar todo lo concerniente para proveer a los habitantes de un servicio de agua potable, recolección y evacuación de aguas negras y residuos industriales líquidos y aguas pluviales en las áreas urbanas. Promover la conservación de las cuencas hidrográficas y la protección ecológica, así como el control de la contaminación de las aguas. Administrar y operar directamente los sistemas de acueductos y alcantarillados de su competencia en el ámbito nacional. Hacer cumplir la Ley General de Agua Potable, para cuyo efecto el Instituto se considerará como el organismo sustituto de los ministerios y municipalidades indicados por la ley.”¹⁸

Las universidades públicas y privadas dentro del Sector Salud, tienen las responsabilidades de la formación de profesionales en campo de las ciencias de la salud y el desarrollo de investigaciones biosociales para apoyar y mejorar las condiciones de vida y de salud de la población.

Los servicios de salud privados, tienen dentro de sus funciones la atención de procedimientos quirúrgicos y hospitalarios, las consultas especializadas, los servicios de emergencias, los servicios de farmacia y laboratorio clínico, los consultorios médicos y odontológicos, los diagnósticos por imágenes, entre otros aspectos, en el ámbito nacional.

¹⁷ Caja Costarricense de Seguro Social, Memoria Institucional del año 2000. p 175

¹⁸ Ley Constitutiva del instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados.1976, p.2

ACCIONES DE LAS INSTITUCIONES PÚBLICAS DEL SECTOR SALUD.

A continuación se presenta un análisis global de las acciones que realizan las instituciones públicas del Sector Salud de Costa Rica:

ACCIONES	RESPONSABLES
DESARROLLO POLÍTICO INSTITUCIONAL	
Fortalecimiento del Ministerio de Salud, como entidad rectora del sector salud.	MS
Definición de la política nacional de salud y el plan nacional de salud, y velar por su cumplimiento	MS
Fortalecimiento de la Caja Costarricense de Seguro Social como institución responsable de la atención a las personas y de la seguridad social.	CCSS
Fortalecimiento del Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial, como entidad rectora en materia de discapacidad.	CNREE
Cumplir las políticas, definir y ejecutar, planes y programas a nivel de las instituciones públicas y gobiernos locales, bajo el principio de igualdad de oportunidades para los discapacitados	CNREE CCSS INS
Fortalecimiento del Instituto de Alcoholismo y Fármaco dependencia	IAFA /MS
Fortalecimiento del Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados	ICAA
Fortalecimiento del Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud	INCIENSA /MS
Modernizar los servicios al cliente, cobro, finanzas y administrativos del Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados	ICAA
Fortalecimiento del Consejo de Salud Ocupacional	MTSS
Redefinición e integración de sistemas de información en salud	Instituciones del sector
Regular el desarrollo del recurso humano en función de las prioridades en salud y de los sistemas de organización de los servicios.	MS

REGULACIÓN Y ACREDITACIÓN	
Establecimiento de normas, estándares, patrones y registros para lograr calidad en la atención en los diferentes establecimientos mediante la regulación y la acreditación.	MS /CCSS
Evaluación y seguimiento permanente a los establecimientos de salud considerando su complejidad, la gestión, la agilidad en los procesos y el impacto de su quehacer en la población	MS /CCSS
Fortalecimiento del programa de acreditación de maternidades tanto en establecimientos públicos como privados.	MS
Creación de la Comisión Nacional de Acreditación Académica para asegurar la calidad de la enseñanza impartida en instituciones formadoras de recursos humanos en salud	CONESUP
Crear un Tribunal Administrativo de Daños por Servicios de Salud y un Tribunal Administrativo de Bioética para dirimir los casos que corresponda mediante la vía administrativa.	CCSS
Regular la calidad de los alimentos y medicamentos en el país	MEIC MS
Declaratoria vía decreto para la venta libre de algunos medicamentos en establecimientos comerciales.	MS
Disminución de los precios de los medicamentos mediante la reducción de derechos arancelarios aplicable a los medicamentos, la desregulación sobre las importaciones y la eliminaciones de otras distorsiones que afectan dichos precios.	MEIC MS

VIGILANCIA DE LA SALUD	
Crear un sistema de vigilancia de la salud que permita ejercer la rectoría en este campo	MS
Fortalecimiento del programa de atención del dengue	MS, CCSS
Fortalecimiento del programa de malaria	MS, CCSS
Reducción del riesgo de enfermar o morir por cáncer de cérvix, mama y gástrico	CCSS
Aumento en la cobertura del programa de detección temprana de cáncer de cérvix y de mama	CCSS
Reducción del riesgo de enfermar o morir por causas cardiovasculares.	CCSS
Reducción de la mortalidad infantil y materna	CCSS
Mantener una adecuada cobertura de inmunización	CCSS
Reducción de riesgo de enfermar o morir por causas de enfermedades transmisibles y reemergentes	CCSS

INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO TECNOLÓGICO	
Orientación de la investigación hacia las áreas básicas: biomédica, clínica y operacional.	INCIENSA
Fortalecimiento de la red de laboratorios	INCIENSA
Promoción de investigación y aplicación de nuevas tecnologías	INCIENSA
Coordinación de la formación y capacitación de médicos generales y especialistas en medicina.	CCSS UCR

AGILIDAD Y CALIDAD DE LA GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Impulso a procesos de desconcentración administrativa y facultar a todos los niveles de atención para que puedan gestionar sus servicios para maximizar los servicios en función de la satisfacción del cliente.	CCSS
Fortalecimiento del plan de reasignación de recursos a los establecimientos de salud, mediante la universalización de compromisos de gestión.	CCSS
Instauración de un programa de supervisión de establecimientos de salud a escala nacional que asegure la buena prestación de los servicios	CCSS
Evaluación del impacto del modelo de reasignación de recursos en las condiciones de salud de la población.	CCSS

MEJORAMIENTO DEL ABASTECIMIENTO DE AGUA POTABLE

Aumento de la cobertura de abastecimiento de agua potable en el territorio nacional.	ICAA Municipalidades
Rehabilitación de acueductos urbanos deteriorados	ICAA
Construir y rehabilitar acueductos en las zonas rurales	
Fortalecimiento del Programa de Monitoreo de la calidad del agua	ICAA
Dotación de bombas de agua a familias del área rural dispersa.	Ministerio Salud
Dotación de servicios básicos, en asentamientos en precario	MIVAH, ICAA Municipalidades ICE

ALCANTARILLADO SANITARIO

Ampliar las redes de alcantarillado sanitario y proveer de sistemas de tratamiento al Área Metropolitana de San José, mediante la ejecución de un proyecto de Concesión de Obra Pública.	ICAA
Preparación de proyecto de Red de Alcantarillado Sanitario y tratamiento en Ciudades Urbanas aumentar la cobertura de los sistemas de alcantarillado sanitario y tratamiento de AyA	ICAA

Fuente: Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica, Plan Nacional de Desarrollo 1998-2002

3. Políticas y objetivos estratégicos

En términos generales, las instituciones de salud analizadas comparten políticas y objetivos de promoción, prevención, asistencia médica y social. No obstante, se presentan particularidades que responden al ámbito de acción de cada una de ellas, las cuales se presentan a continuación:

El Ministerio de Salud, presenta los siguientes objetivos estratégicos.

Velar por la ejecución de las acciones que conlleven al cumplimiento de la Política Nacional de Salud y los planes, programas y proyectos de salud.

Guiar los esfuerzos de los actores sociales involucrados en el proceso de producción social de la salud, por medio de la dirección y conducción de los procesos de planificación estratégica, la promoción de la salud y la comunicación y educación social en salud.

Garantizar que las actividades relacionadas con la prestación de servicios de atención a las personas, que estén relacionadas directa o indirectamente con la salud de estas, cumplan con las normas y reglamentos técnicos, jurídicos y administrativos vigentes, con el fin de guiar los comportamientos de los actores sociales y mejorar los niveles de salud.

Garantizar que las actividades que afectan al ambiente y que están relacionadas directa o indirectamente con la salud de las personas, cumplan con las normas y reglamentos técnicos, jurídicos y administrativos vigentes, por medio de la evaluación y control de dichas actividades, a fin de guiar los comportamientos de los actores sociales y mejorar los niveles de salud.

Garantizar que los productos, los materiales y equipos que afectan directa o indirectamente la salud de las personas, así como los establecimientos relacionados con estos productos, materiales y equipos, cumplan con las normas y reglamentos técnicos, jurídicos y administrativos vigentes, a fin de guiar los comportamientos de los actores sociales y mejorar los niveles de salud.

Contribuir al mejoramiento del desarrollo y la nutrición del niño menor de seis años, con énfasis en aquellos que viven bajo la línea de pobreza o condiciones de riesgo, mediante la planificación, coordinación, supervisión y evaluación de acciones de atención directa, ejecutadas por el nivel de área y el apoyo especializado, en nutrición y desarrollo infantil, a unidades del Ministerio de Salud y otras instituciones y organizaciones.

Prestar un servicio de asesoría constructiva y de protección a la Administración, para que alcance sus metas y objetivos con mayor eficiencia, economía y eficacia, proporcionándole en forma oportuna información, análisis, evaluación, comentarios y recomendaciones pertinentes sobre las operaciones.

Otorgar asesoría jurídica a todas las instancias y niveles del Ministerio de Salud con el fin de garantizar que las actuaciones de los funcionarios de la institución sean acordes con el ordenamiento jurídico vigente.

Garantizar la asignación y el uso eficiente de los recursos de la institución y del Sector Salud a partir de las políticas de salud, plan sectorial e institucional a fin de contribuir al cumplimiento de las funciones rectoras en salud y al desarrollo de sus programas.

Promover la articulación y el óptimo funcionamiento de los subsistemas que conforman el Sistema de Información Institucional y Sectorial y sus procesos permanentes de captura, validación, selección, manipulación, procesamiento, comunicación y análisis de la información, a partir de las demandas y necesidades de los usuarios del sistema, con el fin de mejorar los procesos de toma de decisiones.

Garantizar la prevención, control, y/o erradicación de las enfermedades transmisibles y la reducción de la prevalencia de las enfermedades no transmisibles.

Dirigir y conducir, a nivel regional, los esfuerzos de los actores sociales involucrados en la producción social de la salud y garantizar que las actividades, establecimientos, productos y equipos, relacionados directa o

indirectamente con la salud de las personas, cumplen con las normas y reglamentos técnicos, jurídicos y administrativos vigentes, con el fin de propiciar el mejoramiento de los niveles de salud de las regiones.

Dirigir y conducir, a nivel de área, los esfuerzos de los actores involucrados en la producción social de la salud y garantizar que las actividades, establecimientos, productos y equipos, relacionados directa o indirectamente con la salud de las personas, cumplan con las normas y reglamentos técnicos, jurídicos y administrativos vigentes, con el fin de propiciar el mejoramiento de los niveles de salud de las áreas.

La Caja Costarricense de Seguro Social incluye dentro de sus políticas las siguientes:

- Implementación de la Ley de Desconcentración de Hospitales y Clínicas.
- Operacionalización de las Juntas de Salud con el fin de apoyar la participación ciudadana.
- Reformas a la Ley Constitutiva a fin de incrementar la cobertura de los trabajadores independientes.
- Universalización de la cobertura de pensiones del Régimen No Contributivo.
- Reducción de la evasión y morosidad del sector privado.
- Impulso a la sostenibilidad financiera del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte.
- Reducción de los tiempos de espera en consulta especializada e intervenciones quirúrgicas a un máximo de tres meses.
- Readecuación de los servicios de emergencias de acuerdo con las necesidades de la planta física y equipo.
- Aumento de la recaudación del sector privado en términos reales.
- Fortalecimiento de los servicios de atención integral de la mujer con énfasis en cáncer de cuello uterino y mama.
- Extensión del nuevo modelo de atención de la salud en el Gran Área Metropolitana.
- Impulso a la implementación del expediente electrónico único.
- Atención integral de la salud, continua, libre de riesgos, humanizada, solidaria y orientada al bien común.
- Prestación de servicios de salud utilizando los recursos humanos, físicos, financieros y materiales disponibles en forma racional y eficiente.
- Desarrollar y fortalecer como elemento de la cultura organizacional, el compromiso, la competitividad, el servicio al usuario, la identificación con la Institución, la auto-evaluación, el trabajo en equipo, el mejoramiento continuo de la calidad y la participación activa en la modernización y desarrollo institucional.
- Impulsar la modernización de la estructura organizacional de la Caja Costarricense de Seguro Social, acorde con las necesidades de fortalecimiento y simplificación.
- Mantener la normativa institucional actualizada y adecuada a la desconcentración, con miras al mejoramiento de la gestión, a brindar los servicios con eficiencia y a responder adecuadamente a los requerimientos de cambio institucional.
- Adecuar las condiciones organizacionales en los diferentes ámbitos y áreas de la Caja Costarricense de Seguro Social, de forma que se facilite su funcionamiento con un enfoque corporativo.
- Fortalecer la desconcentración desde los niveles central y regional hacia el nivel local, en procura del mejoramiento de su capacidad resolutoria, mediante la transferencia gradual de acciones y procesos operativos junto con los recursos necesarios, conforme la legislación vigente.

INS-SALUD formula como políticas:

Creación de centros de responsabilidad operativa, mediante la separación contable por líneas de negocios y de apoyo.

Desarrollo de una plataforma tecnológica avanzada.

Fortalecimiento de las alianzas estratégicas.

Desarrollo del compromiso de servicio al usuario.

Capacitación y motivación del personal.

El Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados establece como políticas las siguientes:

Cobertura con servicios de agua a la totalidad de la población

Mejoramiento continuo de los servicios.

Contratación de la administración de los servicios cuando se considere conveniente.

Construcción de obras rurales con la participación de las comunidades.

Desconcentración de la Institución bajo el principio de subsidiariedad.

Creación de un Fondo de Depreciaciones de inversiones con el propósito de mantener la calidad de los servicios.

Colaboración con las autoridades sanitarias del país en los programas de saneamiento ambiental.

Prestación de servicios de calidad y a perpetuidad.

Generación de la rentabilidad necesaria para la conservación de los servicios.

Conservación de las cuencas hidrográficas y las fuentes de agua.

Participación con todos los actores en el mejoramiento de la calidad de los servicios.

La Universidad de Costa Rica (UCR) en el área específica de la salud, dentro de su comunidad universitaria, plantea las siguientes políticas:

Desarrollo de un sistema integral de salud para la comunidad universitaria

Ejecución de un plan estratégico para el abordaje integral del VIH-SIDA en la comunidad universitaria e impulsar la organización de grupos interdisciplinarios para que, mediante actividades de docencia, investigación y acción social faciliten la divulgación, información y educación permanente sobre sexualidad y VIH- SIDA en la comunidad universitaria.

Desarrollo de servicios y proyectos de salud para la comunidad universitaria mediante la integración de todos los recursos institucionales disponibles

El Convenio entre la Universidad de Costa Rica y la Caja Costarricense de Seguro Social (UCR-CCSS) establece como política desarrollar en forma sistemática y constante, la promoción y prevención de la salud de las comunidades de Curridabat, Montes de Oca y Tres Ríos.

El Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial (CNREE) formula las siguientes políticas.

Fortalecimiento de los servicios que otorgan las instituciones del Sector Salud a la población discapacitada.

Fortalecimiento de la atención especializada para las personas con discapacidad o que han sufrido algún tipo de discapacidad.

Sector Privado

El Hospital Clínica Jerusalén y el Hospital Clínica Bíblica pertenecientes al sector privado, presentan las siguientes políticas,

Observación y procedimientos quirúrgicos, mediante los cuales garantizará a los trabajadores y usuarios de los servicios las condiciones óptimas de calidad y seguridad, a partir de la cultura de prevención de los riesgos laborales y el mejoramiento continuo.

Diseño y ejecución de un programa de capacitación para los funcionarios, divulgación y promoción para los usuarios.

Prestación de servicios de alta tecnología.

Incorporación del personal médico más capacitado del país.

Desarrollo de una infraestructura ultramoderna.

Desarrollo de competitividad en el mercado de los servicios de salud.

Programas y proyectos

La mayoría de las instituciones comparten los programas y los proyectos en el área de la promoción, la prevención, la asistencia en salud y la capacitación del personal.

Además desarrollan otros tipos de programas y proyectos específicos de su ámbito de competencia, los cuales se describen a continuación:

Ministerio de Salud: sus principales programas sustantivos son los siguientes: Dirección Superior y Administración General, Rectoría, Dirección y Conducción de la Salud, Nutrición y Desarrollo Infantil.

La Caja Costarricense de Seguro Social, plantea entre sus principales programas los siguientes: autonomía en la administración del recurso humano, presupuesto y recursos materiales, desconcentración máxima de sus establecimientos de salud, atención integral de las personas, prestación de servicios con nuevas modalidades de atención que incluyen el médico de empresa, sistema mixto de atención, empresas autogestionarias (Cooperativas), participación social, implementación del Sistema Centralizado de Recaudación (SICERE)

Además incluye: proceso de modernización, promoción de la salud, compromisos de gestión, desarrollo de tecnologías de información, mejoramiento continuo de la calidad, y fortalecimiento del primer nivel de atención mediante la creación de las áreas de salud y los Equipos Básicos de Atención Integral; reforma del sector salud; fortalecimiento de la infraestructura de los establecimientos de salud con el apoyo financiero del convenio CCSS-BCIE-BID; programa nacional de renovación de equipo y tecnología en el sistema hospitalario nacional (Proyecto Finlandia); programas de capacitación, información, divulgación y asesoría por medio del proceso de tele-conferencias; detección temprana del cáncer de mama; transformación de los diversos niveles de la organización e implementación de una cultura organizacional corporativa.

INS-SALUD: desarrolla programas de educación en seguridad vial, prevención de incendios, primeros auxilios y seguridad en la escuela, en la carretera y en el hogar y ejecuta el programa de patrullas escolares denominada Cruz Verde.

El Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (AyA): desarrolla programas para recuperación de cartera; incorporación de acueductos rurales a las regiones; catastro de usuarios y redes; acueductos especiales; cloración en todos los sistemas rurales; micro-medición, macro-medición y producción de energía; fortalecimiento institucional; capacitación; capitalización de acueductos rurales y creación del fondo de depreciación.

En la Universidad de Costa Rica, la Oficina de Bienestar y Salud Estudiantil desarrolla los programas y proyectos de atención integral a la salud del adolescente y del adulto joven; atención integral de la salud de la mujer y el hombre; salud integral del adulto mayor; atención integral a la población discapacitada; salud laboral y salud mental; inserción de estudiantes de primer ingreso a los diferentes programas y servicios que tienen como propósito la salud integral, además los orienta hacia los diferentes programas y servicios que tienen como finalidad el bienestar físico, mental y social de la población universitaria de estudiantes y del personal docente.

Mediante el Convenio CCSS-UCR desarrolla la prestación de servicios a las poblaciones de Montes de Oca, Curridabat y Tres Ríos, además de los programas que desarrolla la Oficina de Bienestar y Salud Estudiantil, más el programa de atención integral del niño. Los estudiantes avanzados de las carreras en salud de la Universidad de Costa Rica, realizan sus prácticas académicas en el campo de la docencia, la investigación y la acción social, en los programas comprendidos dentro de este convenio

El Consejo Nacional de Rehabilitación desarrolla los siguientes programas y proyectos: servicios de atención a las personas con discapacidad; ayudas técnicas y servicios de apoyo necesarios para la población discapacitada; fomento de actividades recreativas, culturales, deportivas, conjuntamente con organizaciones, instituciones públicas y privadas que atienden a esta población; atención integral, promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, en coordinación con el Consejo Nacional de Rehabilitación; formulación de políticas nacionales en discapacidad; además de los proyectos llamados “Prosperar”, “Frontera a frontera” y “Sin barreras”; coordinación de servicios sociales en Centroamérica de adulto mayor y discapacidad; proyecto de ley de creación de cargas tributarias a cervezas, licores y cigarrillos; proyecto de ley para la creación del Instituto técnico profesional para jóvenes con necesidades educativas especiales; y reforma a la ley de pensiones vitalicias para personas con parálisis cerebral.

Las Clínicas Privadas: El Hospital Clínica Jerusalén, la Bíblica y la Católica cuentan con programas de acción social, de contrataciones públicas, de expansión y divulgación. El hospital CIMA/San José, ejecuta los mismos programas de las clínicas citadas, excepto, el de las contrataciones públicas enfocadas a la venta de servicios.

Desconcentración

En cada institución analizada se identificaron grados diferentes de avance en el proceso de la desconcentración. Por ejemplo en INS-SALUD el grado de desconcentración es mínimo; la Universidad de Costa Rica presenta un modelo mixto entre centralizado y el regionalizado por sedes; la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) presenta un modelo mixto donde convergen la desconcentración mínima y máxima; el Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial (CNREE) tiene desconcentración máxima; el Ministerio de Salud en la actualidad está en un proceso de desconcentración mínima de tipo funcional y geográfica y una centralización de la toma de decisiones.

Los establecimientos de salud privados por ser organizaciones con objetivos fundamentados en la venta de servicios y la maximización de las ganancias, presentan un modelo centralizado en la toma de decisiones que se concentra en un nivel superior, representado por una Asociación de accionistas.

Mecanismos de participación social

Los mecanismos de participación social de las instituciones del Sector Salud son diversos y se fundamentan principalmente en los siguientes: grupos voluntariados, asociaciones, programas culturales, recreativos, deportivos y educativos, juntas de salud que funcionan en cada establecimiento de salud, ferias y campañas de salud.

F. BIBLIOGRAFÍA

Amador T, Norma. **Manual de Organización. Programa Atención Integral de Salud, Convenio UCR-CCSS.** Vicerrectoría de Acción Social. Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica, p. 30, 2002.

Araya Zeledón, Mario y otros. **Sistema de Atención Integral de Salud para la comunidad universitaria.** Vicerrectoría de Vida Estudiantil, Oficina de Bienestar y Salud. Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica, p1-14, 2001.

Cabezas Badilla, Franklin. **Una Reseña Histórica Nuestra Clínica. Hospital Clínica Bíblica.** Primera Edición, Editorial Litografía, Tibás, San José, Costa Rica, p123,1996.

Caja Costarricense de Seguro Social. **Memoria Institucional.** San José, Costa Rica 1990,1995,2000.

Caja Costarricense de Seguro Social. **Plan Estratégico Corporativo. San José, Costa Rica,** 2000.

Caja Costarricense de Seguro Social, Departamento de Presupuesto, **Presupuesto año 2002.**

Castro Valverde, Carlos y Sáenz, Luis Bernardo. **La Reforma del Sistema Nacional de Salud.** Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica, primera edición San José, Costa Rica, 1998.

Consejo Nacional de Rehabilitación. **Memorias Institucionales,** San José, Costa Rica, años 1995-2000.

Consejo Universitario. **Políticas Prioritarias para la formulación y ejecución del Plan Presupuestario.** Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica, p 1-15,2002-1

Consejo Universitario. **Estatuto Orgánico, Universidad de Costa Rica,** San José, Costa Rica, editorial gráfica.

Dormond Herrera, Emilio. **Historia de la Seguridad Social.** Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social, CENDEISSS y Caja Costarricense de Seguro Social, San José, Costa Rica, 1996.

Dirección de Recursos Humanos, Hospital Clínica Católica, **Manual de Inducción.** San José, Costa Rica, 2002.

Garita Brenes, Luis. **Informe del Rector,** Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica, Oficina de Publicaciones de la Universidad de Costa Rica. 1989-1990, 1995,1996.

Hospital CIMA San José. **Manual de Orientación.** San José, Costa Rica.

Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados. **Memoria Institucional.** San José, Costa Rica 1990,1995,2000.

Instituto Nacional de Seguros, Departamento de Comunicaciones. **Guía de servicios.** San José, Costa Rica, 1996.

Instituto Nacional de Seguros, Dirección de Planificación. **Resumen Estratégico.** San José, Costa Rica, 2002.

Instituto Nacional de Seguros, Departamento de Comunicaciones. **Memorias Institucionales,** San José, Costa Rica, años 1990,1995, 2000.

Jiménez León, Jorge y otros. **Boletín Estadístico INS-SALUD.** San José Costa Rica, 2000, 2001.

Ministerio de Salud. **Plan Nacional de Salud**. San José, Costa Rica, 1999-2004.

OPS/OMS, **Perfil del Sistema de Servicios de Salud de Costa Rica**. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, Costa Rica, 2002.

República de Costa Rica, Asamblea Legislativa. **Decreto de creación del Subsistema de Dirección y Planificación Sectorial del Sector Salud**, decreto No 14313- SPPS- Plan.

República de Costa Rica, Asamblea Legislativa. **Derechos y Deberes de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud Públicos y Privados, ley No 8239**, San José Costa Rica, 2002.

Ugalde Hernández, Marisol. **Manual de Orientación para el Trabajador. Hospital Cristiano Jerusalén**. Departamento de Recursos Humanos. San José, Costa Rica, 1999.

Universidad de Costa Rica. **Panorama Cuantitativo Universitario**. Oficina de Planificación, San José, Costa Rica, 2001, <http://www.país.ucr.ac.cr/upperFrame.htm>.

Velásquez G. Ma. de J. Elena. **Manual de Seguridad para el trabajador**. Hospital CIMA San José, San José, Costa Rica, 2002.

Consultas en Internet:

www.netsalud.sa.cr/ms/plan_nac/amb2/amb2_dis.htm

www.netsalud.sa.cr/cnrcc/mision.htm

www.encolombia.com/medicina/medfisicayre/scfisiatria12198arehabilitación2.ht

ENTREVISTAS.

Calderón, Laura, Directora, Dirección de Recursos Humanos, Hospital Clínica Católica, 11 set. 2002.

Combari Cavaría, Andrés, Director Oficina de Planificación,
Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados, 9 set. 2002.

Hall, Bárbara, Directora Consejo Nacional de Rehabilitación
Entrevista Telefónica: set-oct 2002.

Herrera Guido, Roberto, Director Médico, Hospital CIMA- San José, 16 set. 2002.

Jiménez León, Jorge, Administrador INS-SALUD, San José Costa Rica, 2002.

Mathieu, Wilfridio, Director Oficina de Bienestar y Salud Estudiantil, Universidad de Costa Rica, 12 set. 2002.

Monge Murillo, Maritza, Directora a.i, Oficina de Planificación, Universidad de Costa Rica, 17 set. 2002.

Montero Acuña, María Cecilia, Jefe, Dirección de Planificación, INS, 10 set. 2002.

Montero Jiménez, Oscar, Director Médico Área de Salud, Hospital Clínica Bíblica, 17 de set. 2002.

Pinel Guarín, Francisco, Dirección de Planificación, INS, 10 set. 2002.

Vargas González, William, Director Convenio UCR-CCSS, Universidad de Costa Rica, 18 set. 2002.

Ugalde Hernández, Marisol, Directora Recursos Humanos, Hospital Clínica Jerusalén, 16 de set 2002.

Quesada Araya, Boris, INS-SALUD, set, oct. 2002.

CAPÍTULO IV

“COOPERACIÓN EXTERNA”

IV. CAPÍTULO IV: COOPERACIÓN EXTERNA

A. RESUMEN

Una de las principales preocupaciones de las autoridades nacionales es la disminución que se ha detectado de la cooperación externa proveniente de las distintas fuentes, tanto bilaterales como multilaterales. Ello debido, principalmente, a la apertura de los países de Europa Oriental como nuevos receptores de esta, así como al proceso de pacificación centroamericana.

En nuestro país, las regulaciones relativas al control de la deuda interna, así como los indicadores nacionales, que posicionan a Costa Rica como un país en desarrollo sin crisis ante la mirada internacional, también han limitado las oportunidades de cooperación. Esto ha llevado a que los proyectos vendibles sean solo aquellos altamente innovadores y con un importante aporte económico nacional.

Cabe señalar, que esta misma situación tiene ventajas, desde el punto de vista que se da la oportunidad de promover el desarrollo de sistemas innovadores de administración y de desarrollo de proyectos. Se trata de la consecución de mecanismos de mayor reciprocidad y el desarrollo de proyectos que buscan la sostenibilidad de las instituciones y organizaciones involucradas.

Existe capacidad nacional estatal de gestar y desarrollar proyectos en materia del Sector Salud, sin embargo la falta de presupuesto, los entramamientos burocráticos y administrativos estatales, han promovido que esta capacidad sea desarrollada principalmente por las Organizaciones No gubernamentales (ONG), y más recientemente, por algunas organizaciones de base.

Esto ha hecho que el Estado ceda espacios de poder con el fin de que los nuevos actores de la sociedad civil puedan perfilar pautas de cómo se debe orientar la ayuda que dan a las diferentes instituciones o entidades del Estado. No hay duda de que estas organizaciones hayan adquirido una gran importancia.

La función de la cooperación internacional en Costa Rica se da en dos vías; por un lado la ayuda que se recibe de los países desarrollados y organismos internacionales, pero por otro lado, la experiencia del país se revierte hacia otras naciones más o menos favorecidas.

La cooperación internacional debe permitir una retroalimentación constante entre las instituciones de salud del país y los cooperantes en el mundo, para prevenir y enfrentar problemas que surgen tales como las catástrofes naturales o ecológicas que postulan nuevos retos a la salud de los pueblos.

1. El manejo limitado de los recursos:

Costa Rica ha sido uno de los países que mejor ha aprovechado la ayuda internacional. Los procesos de transferencia de conocimientos a profesionales y técnicos de las instituciones, inciden en mejoras para el país. Esos cambios le han permitido a las instituciones relacionarse mejor con sus homólogos y entender de mejor manera lo que sucede en el sistema internacional. Estas dos razones le han dado las condiciones para que el sector salud se adapte a los cambios que se están presentando en el mundo actual.

El Sector Salud procura realizar una gestión de calidad en toda la organización, con recursos financieros y económicos limitados tratando de obtener un balance sostenible y adecuado entre las demandas de la población y las posibilidades financieras.

2. Conocimiento del manejo de la cooperación en el ámbito internacional

La situación internacional hoy está sometida a cambios drásticos en lo político, lo económico, lo social y lo cultural que afectan todos los ámbitos del vivir cotidiano. La cooperación internacional no se escapa de ser uno de los ámbitos afectados. Hoy este tema ha variado en su forma de concebirse como en su proceso de gestión. (Méndez, M. 2001. p: 9)

Al darse estos cambios, la cooperación horizontal tiene la probabilidad de surgir en campos como la transferencia de tecnología, en la apertura de nuevos mercados, en el intercambio de conocimientos, en la economía con los bloques comerciales y en la competitividad internacional en general. (Méndez, M. 2001. p:3)

Es opinión de la Comisión Económica para América Latina (CEPAL), que la Cooperación Técnica para Países en Desarrollo (CTPD) está llamada a la necesidad de actualizar y readecuar los criterios orientados a la correspondiente estrategia de cooperación entre la región, con una adecuada armonía en el nuevo escenario de desarrollo. (Méndez, M. 2001. p:7)

En esta realidad internacional en el tema de cooperación convergen varios puntos importantes para una adecuada formulación y revaloración que tienen que ver con cambios que se producen a nivel institucional en los países de la región, los que, a la vez, fortalecen a otros protagonistas de la cooperación. (Méndez, M. 2001. p:10)

3. La importancia de la eficiencia, la efectividad y la sostenibilidad:

Según se publica en la revista “La Cooperación de la Organización Panamericana de la Salud ante los Procesos de Reforma del Sector Salud”, y haciendo propias dichas palabras, se puede destacar la importancia de los conceptos eficiencia, efectividad y sostenibilidad:

”Junto a las restricciones financieras que sufrieron los sectores sociales durante la última década, se hizo cada vez más evidente la ineficiencia de las instituciones para la gestión de sus recursos, situación que adquirió mayor relevancia debido la tendencia al incremento acelerado de los costos de los servicios. A esto, se añadió una cierta crisis de credibilidad del sector público por falta de correspondencia entre la cantidad y la calidad de los servicios ofrecidos y las expectativas de la población.

El aumento de la eficiencia y la efectividad en la producción de los servicios públicos (entre ellos, los servicios de salud) es una de las razones aducidas para justificar los procesos de reforma. Además de las estrategias de privatización total o parcial de algunos de ellos (por ejemplo, de servicios de suministros de agua potable o de manejo de aguas servidas), se ha intentado mejorar la eficiencia del sector público mediante la incorporación de nuevos esquemas de incentivos para acrecentar la productividad de las instituciones, la capacitación técnica y gerencial del personal y la introducción de nuevas tecnologías y equipos.

Para incrementar la racionalidad de la toma de decisiones y mejorar la distribución de los recursos asignados, se está proponiendo evaluar con más rigor los resultados en función de la evolución del gasto utilizando procedimientos técnicos y de control social. Para lograr la sostenibilidad financiera, se ha tratado de generar nuevos recursos y racionalizar la utilización de la capacidad financiera tradicional, que incluye recursos presupuestarios de las diferentes esferas públicas así como aportes de las empresas y los hogares. Al mismo tiempo, se ha procurado hallar nuevas modalidades de gestión pública que permitan aumentar el nivel de financiamiento, haciéndolo más progresivo y racional y, lógicamente, evitando que la incorporación de nuevas fuentes de financiamiento disminuyan los recursos provenientes de las fuentes tradicionales.

En la medida que las economías de los países mejoren, se espera contar con recursos adicionales; sin embargo, la búsqueda de la eficiencia, la efectividad y la sostenibilidad seguirá siendo un desafío constante para fomentar la equidad y aumentar la legitimidad social de los servicios públicos.”

Como se apunta en este artículo, es muy importante que los países sigan contando con el apoyo irrestricto de las fuentes de cooperación, en la medida de lo posible y según las necesidades reales de quien lo solicite. Asimismo, hay que dejar muy claro, que para lograr esto con equidad y participación social, se hace necesario que en cada institución del Sector Salud se conforme la Unidad Especializada de Cooperación Internacional, con el fin de que cada acción de cooperación responda a un plan estratégico que atienda las necesidades de la población y a la vez, que el manejo ordenado y coordinado de esta, permita el seguimiento de los proyectos, sean financieros o técnicos y así poder medir su impacto.

B. INTRODUCCIÓN

La Cooperación Internacional en la actualidad ocupa un lugar sobresaliente en la economía de cualquier país en vías de desarrollo. Se puede decir inclusive, que hoy muchas naciones su desarrollo lo deben en parte al instrumento de la Cooperación Externa.

Costa Rica ha venido mejorando los índices de desarrollo humano, dando prioridad a los recursos en las áreas sociales. El esfuerzo nacional, complementado por la asistencia internacional, permite que actualmente “Costa Rica muestre índices de desarrollo humano semejantes a los del mundo desarrollado, no obstante es una nación pobre y con recursos económicos limitados. Estos índices de desarrollo no han sido gratuitos, sino que se han construido a través de la historia con esfuerzos considerables. La educación, la cívica, la salud, son renglones donde el país se distingue y lo sacan de la media latinoamericana.” (Méndez, M.2001. p:9)

No obstante, en los últimos años se ha visto una disminución en los recursos externos otorgados a nuestro país tanto en asistencia financiera como técnica, lo cual, podría llegar a afectar nuestros índices de desarrollo humano.

Al ser la salud uno de los índices de desarrollo humano más importantes, es fundamental contar con políticas claras y que respondan a la realidad del país, razón por la cual en este análisis del sector salud, específicamente en el tema de cooperación externa, participan el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (A y A), la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), y el Ministerio de Salud (MINSALUD), y las Direcciones de Cooperación Internacional del Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica (MIDEPLAN), del Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto (MREC); con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en la aplicación de la metodología; en síntesis, se logra integrar al presente estudio la mayor parte de las instituciones que componen el Sector Salud, según el Decreto Ejecutivo número 14313-SPPS-PLAN de fecha 15 de febrero de 1983.

C. . ESTRATEGIA METODOLÓGICA

1. *Objetivo General*

Identificar el comportamiento y la tendencia de la cooperación externa en el Sector Salud de Costa Rica.

1.1 Objetivos Específicos

Identificar el marco legal e institucional de la cooperación externa en el Sector Salud.

Identificar las principales fuentes de la cooperación internacional, tanto la técnica como la financiera y la relación entre las fuentes reembolsables y no reembolsables.

Identificar las fortalezas y debilidades del sector salud en relación con la cooperación internacional dentro de las instituciones del sector salud.

2. *Metodología de la investigación*

Para la realización de este informe, se requirió la conformación de un equipo interinstitucional y multidisciplinario, el cual trabajó recopilando información sobre cooperación externa recibida por cada una de las instituciones involucradas.

Para conocer el estado actual de la cooperación externa en el Sector Salud se realizó una recopilación de información de forma exhaustiva, ubicando los principales entes cooperantes, el tipo de recursos financieros y los proyectos existentes con recursos externos. La presente investigación es, por una parte, de tipo descriptivo, considerando las fuentes primarias y secundarias, razón por la cual se procede a describir hechos relevantes relacionados con la temática, pero por la otra, es de tipo explicativa, ya que se analizan ideas, principios y conceptos, basados en las entrevistas realizadas a expertos en la materia. Las entrevistas enriquecieron lo estudiado en documentos útiles para nuestro objetivo.

Además, a través del desarrollo se hace necesario relacionar dos variables, en este caso la cooperación internacional como un todo y la gestión de la cooperación internacional en el Sector Salud, como objeto de estudio específico.

3. Alcances y Limitaciones del trabajo

Alcances:

Se concreta una visión integral de la gestión de la cooperación externa entre las instituciones del sector salud, que permite la retroalimentación de información. Esto trae como consecuencia que se logre la coordinación de proyectos conjuntos para el desarrollo del sector en un futuro.

Se establece una interrelación entre las instituciones del sector para crear y fortalecer las unidades especializadas en cooperación externa, con el fin de generar una red informática con una base de datos de los proyectos que se gestionan en cada institución. Esto permitirá visualizar con mayor facilidad las modalidades de cooperación utilizadas con más frecuencia por los entes cooperantes y las principales fuentes externas que aportan sus recursos al Sector Salud.

Se proyectará una visión positiva y concreta ante las fuentes de cooperación, al lograr un manejo ordenado y coordinado de esta dentro del Sector Salud.

Limitaciones

El tiempo para la recopilación de información y su análisis ha sido muy breve, por lo que no se han contemplado todos los requerimientos que se han establecido en la metodología facilitada por OPS, razón por la cual el estudio se torna básicamente descriptivo.

La información que se ha obtenido ha sido incompleta en cuanto a los años que el análisis pretende abordar y se basa en la experiencia de los funcionarios con mayor trayectoria en las instituciones. Una limitante es que estos funcionarios informan acerca de lo que conocen o recuerdan, debido a la falta de continuidad de las políticas institucionales originada por los cambios de gobierno, que a su vez producen cambios de responsables del manejo de esta información. Ello evidencia la poca información sistematizada que pudieran aportar las fuentes. En síntesis, no existe una base de datos institucional, que para efectos de cooperación externa debería estar administrada por los encargados de las Oficinas Especializadas de Cooperación Internacional.

La inexistencia de un mecanismo técnico que permita la retroalimentación por áreas temáticas afines dentro del análisis del sector salud, razón por la cual consideramos importante constituir un equipo de trabajo interdisciplinario que consolide la información que sirva de base para la definición de las políticas en salud de la actual administración.

Falta de apoyo y respuesta concreta y específica de la información solicitada por parte de los aliados del sector y de las propias instituciones que lo integran, como por ejemplo la participación de la Universidad de Costa Rica (UCR) y del Instituto Nacional de Seguros (INS).

D. MARCO LEGAL Y POLÍTICO

1. Marco Legal

La cooperación internacional en Costa Rica se desarrolla dependiendo de una serie de leyes y normas. Dentro de las más importantes se menciona la Ley de Planificación Nacional, que en su artículo 11, establece:

“Le corresponde al Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica formular, negociar, coordinar, aprobar y evaluar los programas de asistencia técnica, teniendo en cuenta los objetivos del Plan Nacional de Desarrollo. Las solicitudes de asistencia técnica serán transmitidas por el Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto, el cual se encargará de establecer la congruencia con la política exterior del país y las presentará oportunamente a los gobiernos y organismos internacionales correspondientes.”

El artículo 4 del Reglamento General del MIDEPLAN le atribuye, entre otras cosas, la función de:

“Velar por la aplicación de las prioridades del Gobierno y su evaluación práctica en la asignación de los recursos del presupuesto, de preinversión, de inversión pública y de cooperación externa, de manera que se maximice el potencial de desarrollo nacional. ”

Este mismo instrumento, establece como funciones del Área de Preinversión y Recursos Externos las siguientes:

Apoyar al Despacho para que la asignación de los distintos tipos de recursos externos que se canalizan hacia el Sector Público, o por medio de él, sean utilizados en forma eficiente y respetando las prioridades establecidas en el Plan Nacional de Desarrollo. Ningún Ministerio ni organismo autónomo o semiautónomo podrá iniciar trámites para obtener Cooperación Internacional sin la autorización previa de MIDEPLAN, de manera que se garantice desde el inicio, que la cooperación se dirija hacia esas prioridades. La aprobación definitiva de los proyectos deberá contar también con la aprobación de MIDEPLAN.

Apoyar al despacho en la asignación, administración y evaluación de determinados fondos o proyectos especiales de preinversión o financiamiento para el desarrollo, de acuerdo con las leyes o convenios que los rijan, velando porque esos recursos se asignen de acuerdo a las necesidades del país, siguiendo los criterios y prioridades establecidos en el Plan Nacional de Desarrollo.

Para la ejecución de sus funciones, esta área se organizará en dos Unidades:

Unidad de Preinversión

Unidad de Cooperación Internacional.

El marco legal para cooperación externa en salud por el cual se orienta el Ministerio de Planificación (MIDEPLAN) es el siguiente: (Méndez, O. doc. MIDEPLAN. 2002. p:sp)

Cooperación Técnica

Ley de Planificación No.5525, artículo 11 ya citado.

Ley Orgánica del Ministerio de Relaciones Exteriores.

Ley 8131: Administración Financiera de la República y Presupuestos Públicos, que en el **Artículo 4: TÍTULO II “PRINCIPIOS Y DISPOSICIONES GENERALES DE ADMINISTRACIÓN FINANCIERA”:** **CAPÍTULO ÚNICO, dispone:**

“Sujeción al Plan Nacional de Desarrollo.

Todo presupuesto público deberá responder a los planes operativos institucionales anuales, de mediano y largo plazo, adoptados por los jerarcas respectivos, así como a los principios presupuestarios generalmente aceptados; además, deberá contener el financiamiento asegurado para el año fiscal correspondiente, conforme a los criterios definidos en la presente Ley. El Plan Nacional de Desarrollo constituirá el marco global que orientará los planes operativos institucionales, según el nivel de autonomía que corresponda de conformidad con las disposiciones legales y constitucionales pertinentes.

ARTÍCULO 52.- Envío de informes a la Contraloría General de la República.

A más tardar el 1° de marzo, el Ministerio de Hacienda deberá remitir a la Contraloría General de la República los siguientes informes: el resultado contable del período, el estado de tesorería, el estado de la deuda pública interna y externa, los estados financieros consolidados de los entes y órganos incluidos en los incisos a) y b) del artículo 1, la liquidación de ingresos y egresos del presupuesto nacional, el informe de resultados físicos de los programas ejecutados durante el ejercicio económico respectivo y el informe anual sobre la administración de bienes.

También, a más tardar en esa misma fecha, el Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica remitirá, a la Contraloría General de la República, el informe final sobre los resultados de la ejecución del presupuesto, el cumplimiento de las metas, los objetivos, las prioridades y acciones estratégicas del Plan Nacional de Desarrollo y su aporte al desarrollo económico-social del país.

Tanto el informe de resultados físicos de los programas como el informe sobre el cumplimiento de las acciones estratégicas que elaborarán el Ministerio de Hacienda y el de Planificación Nacional y Política Económica respectivamente, incluirán los elementos explicativos necesarios para medir la efectividad de los programas, el costo unitario de los servicios y la eficiencia en el uso de los recursos públicos. De conformidad con las disposiciones constitucionales, la Contraloría deberá remitir estos informes y su dictamen a la Asamblea Legislativa.

ARTÍCULO 55: Informes sobre evaluación

Las entidades y los órganos indicados en los incisos a), b), c) y d) del artículo 1 de esta Ley, presentarán los informes periódicos y finales de evaluación física y financiera de la ejecución de los presupuestos, así como los informes de gestión, resultados y rendimiento de cuentas, conforme a las disposiciones tanto del Ministerio de Hacienda y el Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica como de la Contraloría General de la República, para los efectos de evaluar el sector público. Las fechas para presentar los informes periódicos serán fijadas por el Reglamento de esta Ley. Sin embargo, los informes finales deberán presentarse a más tardar el 1^o de marzo de cada año.

Estos órganos establecerán la coordinación necesaria a fin de que los requerimientos de información sean lo más uniformes posible y consistentes con las necesidades de cada uno, sin que esto implique duplicidad de funciones.

ARTÍCULO 56.- Resultados de la evaluación

El Ministerio de Hacienda y el Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica, deberán evaluar los resultados de la gestión institucional para garantizar tanto el cumplimiento de objetivos y metas como el uso racional de los recursos públicos. Asimismo, elaborarán y presentarán, a las instancias correspondientes del Poder Ejecutivo y a la Comisión Permanente Especial para el Control del Ingreso y el Gasto Públicos de la Asamblea Legislativa, informes periódicos sobre los resultados de la evaluación realizada según el artículo anterior, de conformidad con la materia de su competencia; todo sin perjuicio de las atribuciones correspondientes a la Contraloría General de la República, en materia de fiscalización superior de la Hacienda Pública.

Además, ambos Ministerios elaborarán conjuntamente un informe de cierre del ejercicio presupuestario y lo presentarán a la Autoridad Presupuestaria para que lo conozca y proponga recomendaciones al Presidente de la República. Todos los informes de evaluación generados por la Administración estarán a disposición de la Contraloría para los efectos del cumplimiento de sus atribuciones.

Convención de Viena sobre Relaciones Diplomáticas y Protocolos Facultativos (Artículo 41)

Cooperación Financiera

Ley 5525

Artículo 10.- Ningún ministerio u organismo autónomo o semiautónomo podrá iniciar trámites para obtener créditos en el exterior sin la previa aprobación del Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica.

La aprobación final de los proyectos de inversión de los organismos públicos, cuando estos proyectos incluyan total o parcialmente financiamiento externo o requieren aval del Estado para su financiación, será otorgada por el Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica, en cuanto a su prioridad dentro del Plan Nacional de Desarrollo. Este último trámite de aprobación conjunta se seguirá también en el caso de los proyectos de inversión del sector privado que necesiten el aval o garantía del Estado para su gestión financiera. La prioridad de cada proyecto se establecerá tomando en cuenta, entre otras cosas, los objetivos del Plan Nacional de Desarrollo, todo sin perjuicio de lo que establece el inciso 15 del artículo 121 de la Constitución Política.

Para asegurar el cumplimiento de la política general de financiamiento externo, el Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica participará en las negociaciones de crédito para el sector público. En lo referente a los bancos del Sistema Bancario Nacional, se mantienen vigentes las normas establecidas en las leyes del Banco Central de Costa Rica y del Sistema Bancario Nacional.

REFORMADO TACITAMENTE, en forma parcial, por el de 25 de octubre de 1985, artículo 7°).

(INTERPRETADO por Resolución de la Sala Constitucional No. 5445-99 de las 14:30 horas del 14 de julio de 1999, en el sentido de que es inconstitucional la aplicación de estas normas a las municipalidades, ya que estas no están sujetas al control político y económico del Poder Ejecutivo. Esta sentencia fue adicionada por las sentencias números 06218-99, de las 15:21 horas del 10/08/1999, 09811 de las 15: 21 horas 14/12/1999, 07728 de las 14: 45 horas del 30/08/2000 y 8861-00 de las 14:30 horas del 11/10/2000).

Ley N° 7010

ARTICULO 7.- Ninguna institución pública del sector descentralizado del Estado, ni empresa en la que el Estado o sus instituciones posean más del cincuenta por ciento de las acciones, podrá contratar créditos, externos o internos, si no cuenta con la autorización previa del proyecto elaborado por el Ministerio de Planificación Nacional, así como con el dictamen favorable del Banco Central de Costa Rica y con la autorización de la Autoridad Presupuestaria.

El dictamen que rinda el Banco, en relación con el crédito que se pretenda contratar, será vinculante con la respectiva institución o empresa.

Las autorizaciones de la Autoridad Presupuestaria y de MIDEPLAN, a las que alude este numeral, no serán exigibles para los bancos del Estado.

(Así adicionado este párrafo por el artículo 166, inciso a), de la Ley Orgánica del Banco Central de Costa Rica No.7558 del 3 de noviembre de 1995)

Ley 8131

ARTÍCULO 21.- Autoridad Presupuestaria: Para los efectos del ordenamiento presupuestario del sector público, existirá un órgano colegiado denominado Autoridad Presupuestaria. Además de asesorar al Presidente de la República en materia de política presupuestaria, tendrá las siguientes funciones específicas: a) Formular, para la aprobación posterior del órgano competente según el inciso b) del presente artículo, las directrices y los lineamientos generales y específicos de política presupuestaria para los órganos referidos en los incisos a), b) y c) del artículo 1, incluso lo relativo a salarios, empleo, inversión y endeudamiento. No estarán sujetos a los lineamientos de la Autoridad Presupuestaria los órganos mencionados en el inciso d) del artículo 1, además de los entes públicos, cuyos ingresos provengan, mediante una legislación especial, del aporte de los sectores productivos a los que representan. b) Presentar, para conocimiento del Consejo de Gobierno y aprobación del Presidente de la República, las directrices y los lineamientos de política presupuestaria para los órganos referidos en los incisos a) y c) del artículo 1. En el caso de los órganos citados en el inciso b) del artículo 1 de esta Ley, los mencionados lineamientos y directrices se propondrán a los jerarcas respectivos para su conocimiento y aprobación. Velar por el cumplimiento de las directrices y los lineamientos de política presupuestaria.

ARTÍCULO 22.- Conformarán la Autoridad Presupuestaria:

El Ministro de Hacienda o su Viceministro, quien la presidirá. El Ministro de Planificación Nacional y Política Económica o un representante. Un Ministro designado por el Presidente de la República o su Viceministro. La Autoridad Presupuestaria contará con un órgano ejecutivo cuyas funciones se dispondrán en el Reglamento de esta Ley. Dicho órgano estará a cargo de un Director nombrado por el Ministro de Hacienda. El Director de Presupuesto Nacional podrá ser designado para este puesto.

Decreto 30058

Artículo 4°—Sujeción al Plan Nacional de Desarrollo. Todo presupuesto público deberá responder a los planes operativos institucionales anuales, de mediano y largo plazo, adoptados por los jerarcas respectivos. El Plan Nacional de Desarrollo constituirá el marco global que orientará dichos planes operativos institucionales, según los niveles de autonomía que corresponda de conformidad con las disposiciones legales y constitucionales pertinentes.

Artículo 8°—Inversiones públicas. Los programas de inversión pública que realicen los órganos y entes del sector público, deberán ser compatibles con las previsiones y el orden de prioridad establecido en el Plan Nacional de Desarrollo. Corresponderá al Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica, velar el cumplimiento de esta disposición, mediante la incorporación de este criterio dentro de los informes de evaluación a que se refieren los artículos 70 y 73 del presente Reglamento.8 (Reglamento a la ley 8131) Decreto 30213 Procedimientos sobre política presupuestaria para el año 2003 (Artículo 9, capítulo IV)

Constitución Política

Artículo 121, inciso 15: Le corresponde a la Asamblea Legislativa "...aprobar e improbar los empréstitos o convenios similares que se relacionen con el crédito público, celebrados pro el Poder Ejecutivo. Para efectuar la contratación de empréstitos en el exterior...es preciso que el respectivo proyecto sea aprobado por las dos terceras partes del total de los votos de los miembros de la Asamblea Legislativa".

Convención de Viena sobre Relaciones Diplomáticas y Protocolos Facultativos (Artículo 41)

4. Inversiones Públicas

Ley 5525

Artículo 9.- Corresponde al Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica velar porque los programas de inversión pública, incluidos los de las instituciones descentralizadas y demás organismos de Derecho Público, sean compatibles con las previsiones y el orden de prioridad establecido en el Plan Nacional de Desarrollo. *(Así reformado por el inciso f) del artículo 126 de la Ley N° 8131 de 18 de Setiembre del 2001, Ley de Administración Financiera y Presupuestos Públicos).*

Ley 8131,

ARTÍCULO 126f.- Modificaciones: f) El artículo 9 de la Ley de Planificación Nacional, N° 5525, de 2 de mayo de 1974, cuyo texto dirá: "Artículo 9.- Corresponde al Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica velar porque los programas de inversión pública, incluidos los de las instituciones descentralizadas y demás organismos de Derecho Público, sean compatibles con las previsiones y el orden de prioridad establecido en el Plan Nacional de Desarrollo."

ARTÍCULO 21.- Autoridad Presupuestaria: Para los efectos del ordenamiento presupuestario del sector público, existirá un órgano colegiado denominado Autoridad Presupuestaria. Además de asesorar al Presidente de la República en materia de política presupuestaria, tendrá las siguientes funciones específicas: a) Formular, para la aprobación posterior del órgano competente según el inciso b) del presente artículo, las directrices y los lineamientos generales y específicos de política presupuestaria para los órganos referidos en los incisos a), b) y c) del artículo 1, incluso lo relativo a salarios, empleo, inversión y endeudamiento. No estarán sujetos a los lineamientos de la Autoridad Presupuestaria los órganos mencionados en el inciso d) del artículo 1, además de los entes públicos, cuyos ingresos provengan, mediante una legislación especial, del aporte de los sectores productivos a los que representan. b) Presentar, para conocimiento del Consejo de Gobierno y aprobación del Presidente de la República, las directrices y los lineamientos de política presupuestaria para los órganos referidos en los incisos a) y c) del artículo 1. En el caso de los órganos citados en el inciso b) del artículo 1 de esta Ley, los mencionados lineamientos y directrices se propondrán a los jefes respectivos para su conocimiento y aprobación. c) Velar por el cumplimiento de las directrices y los lineamientos de política presupuestaria.

ARTÍCULO 22.- Conformación Conformarán la Autoridad Presupuestaria: El Ministro de Hacienda o su Viceministro, quien la presidirá. El Ministro de Planificación Nacional y Política Económica o un representante. Un Ministro designado por el Presidente de la República o su Viceministro. La Autoridad Presupuestaria contará con un órgano ejecutivo cuyas funciones se dispondrán en el Reglamento de esta Ley. Dicho órgano estará a cargo de un Director nombrado por el Ministro de Hacienda. El Director de Presupuesto Nacional podrá ser designado para este puesto.

2. Marco Político

La Cooperación Internacional del país tiene su orientación bajo las siguientes premisas:

En tanto se define la figura jurídica, esta instancia de cooperación internacional coordinará las acciones respectivas con la Unidad de Cooperación Internacional del Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica.

La cooperación internacional debe ser dinámica, ágil, oportuna y racional, eficaz, coherente y coordinada.

Debe servir como agente de identidad nacional en las relaciones internacionales.

Debe responder a las prioridades nacionales, de acuerdo con el Plan de Desarrollo Humano en sus cinco ejes de desarrollo generales de política que son:

Desarrollo de capacidades humanas: asegurar una distribución equitativa de las oportunidades y el desarrollo de las capacidades en procura de una sociedad más justa y con una mejor calidad de vida.

Estímulo y crecimiento económico para la generación de empleo: lograr estabilidad macroeconómica y procurar condiciones que promuevan la competitividad de los sectores productivos.

Armonía con el ambiente: fomentar una cultura de respeto y armonía con la naturaleza, preservando y utilizando racionalmente los recursos con que contamos, respaldada desde la Constitución Política.

Seguridad ciudadana y justicia: garantizar la protección y mantenimiento de la soberanía nacional, la vigilancia, el mantenimiento del orden público y la seguridad de los habitantes, desarrollando acciones efectivas para la seguridad jurídica, prevención y represión del delito.

Modernización del Estado, relaciones exteriores y cooperación internacional: promover mecanismos transparentes, ágiles y efectivos de participación ciudadana, rendición de cuentas y evaluación para mejorar la gestión y los servicios públicos. Fortalecer las relaciones internacionales y orientar la cooperación internacional fundamentada en las necesidades priorizadas en el PND.(MIDEPLAN, PND, 2002-2006).

Relaciones Exteriores y Cooperación Internacional

Según el programa de Gobierno del señor Presidente de la República (2002-2006), el eje de la política exterior será el respeto a los derechos humanos, haciendo énfasis en los cuatro documentos capitales, a saber: la Carta de las Naciones Unidas, la Declaración Universal de los Derechos Humanos, la Carta de la Organización de los Estados Americanos y el Pacto de San José. Con base en ello, se desarrollarán áreas de acción en: Diplomacia Jurídico Política, Incorporación del Comercio Internacional a las actividades de la Diplomacia, Aprovechamiento de los Recursos Marinos; y Formación y Capacitación.

Dentro de la política exterior del país el objetivo fundamental es:

Procurar el desarrollo humano sostenible de Costa Rica y fortalecer las relaciones políticas, económicas, sociales y ambientales con el resto del mundo.

Áreas temáticas:

Relaciones Exteriores
Cooperación Internacional

1. Relaciones Exteriores

Objetivo:

Lograr y mantener una posición internacional destacada como potencia ecológica, defensora y promotora de los derechos humanos, la paz, la libertad, el desarme, la democracia y lucha contra la tortura; así como promover las capacidades y potencialidades nacionales, hacia la maximización de los beneficios económicos, sociales y ambientales.

Consta de la Política de Relaciones Exteriores de Costa Rica lo siguiente:

Acciones estratégicas (programas y proyectos)

Rediseño y ejecución de la Política Exterior Multilateral y Bilateral en forma integral, participativa y coherente con la estrategia de desarrollo nacional y los principios, valores e intereses del país

1.2 Diseño de una estrategia de fortalecimiento de las relaciones multilaterales y bilaterales

1.3 Diseño y ejecución de un Programa de fortalecimiento de la capacidad de gestión del Servicio Exterior y del Servicio Interno

1.4 Plan Estratégico Institucional de Promoción Externa de la Administración 2002-2006, conformado por 1.000 acciones de promoción en materia de turismo, capital natural, capital humano, cultura, comercio e inversión extranjera.

2. Cooperación Internacional

Objetivo

Promover la cooperación internacional como instrumento de integración y desarrollo, que complemente los esfuerzos nacionales y regionales encaminados hacia el intercambio, adaptación y transferencia recíproca de conocimientos, experiencias y tecnologías, sobre la base de los ejes estratégicos definidos en el Plan Nacional de Desarrollo (PND) y procurando un mejor entorno internacional. Consta de las siguientes políticas:

Política de cooperación técnica y financiera no reembolsable internacional para el desarrollo nacional y regional.

Política de Cooperación Financiera internacional, para el desarrollo nacional.

1. Política de Cooperación Técnica y financiera no reembolsable internacional para el Desarrollo Nacional y Regional

Acciones estratégicas (programas y proyectos)

1.1 Formular y facilitar la ejecución del Programa de Cooperación Técnica Internacional, para el desarrollo nacional, 2002-2006

1.2 Diseñar mecanismos que faciliten la gestión participativa de las becas en función del fortalecimiento de las capacidades nacionales para promover el desarrollo nacional.

1.3 Diseñar y facilitar la ejecución de la Política de Cooperación Horizontal para el desarrollo nacional y regional, 2002-2006.

1.4 Diseñar y facilitar la ejecución de la Política de Cooperación Regional Externa.

2. Política de Cooperación Financiera internacional, para el desarrollo nacional

Acciones estratégicas (programas y proyectos)

2.1 Diseñar, divulgar, aplicar y controlar la política de endeudamiento externo de Costa Rica.

2.2 Facilitar el proceso de formulación y ejecución del Programa Nacional de Inversión Pública, para aprovechar en forma óptima los recursos de cooperación financiera para el desarrollo nacional, periodo 2002-2006.

E. COOPERACIÓN EXTERNA EN COSTA RICA

En el caso de Costa Rica, el desafío de la cooperación internacional - como instrumento de soporte que complemente los esfuerzos nacionales y regionales para promover la integración y el desarrollo mediante el intercambio, adaptación y transferencia recíproca de conocimientos, experiencias y tecnologías y sobre la base de los ejes estratégicos contemplados en el Plan Nacional de Desarrollo - exige un esfuerzo mancomunado y responsable que permita, como país, combinar los intereses del desarrollo con los principios y valores propugnados a lo largo de nuestra historia y que están arraigados en los fundamentos de nuestro sistema de vida y que representan la base de nuestra política exterior.

1.. Comportamiento de la Cooperación a Nivel Nacional

A partir de 1990 los recursos de cooperación internacional, en especial los de cooperación técnica recibidos por el país, han evidenciado una constante tendencia decreciente, con un pequeño repunte en el año 1998 que apenas ha sobrepasado la mitad de los niveles alcanzados en los inicios de la década. (ver gráfico No.1). (PND 2002-2006)

Según un estudio realizado por las Naciones Unidas, en el año 1999, Costa Rica experimentó una tasa de decrecimiento de un 17,65% en la década de los noventas, comparada con la tasa de decrecimiento en el ámbito mundial en ese mismo período que fue de un 5,33%. Este comportamiento denota una brecha de desventaja nacional (ver grafico N.2) . (PND 2002-2006).

Esta situación se puede entender por distintos factores como el índice de desarrollo humano alcanzado por el país, lo cual lo ubica en un nivel superior de desarrollo relativo. Por coyunturas geopolíticas se promueve la cooperación internacional hacia otras zonas geográficas de menor desarrollo, tanto dentro de América Latina como hacia otras regiones del mundo. También se ha debido a una mayor presión y control ciudadano al interior de los países que brindan cooperación al desarrollo y por la imposibilidad de la mayor parte de los países desarrollados respecto al compromiso de destinar un 0,7% del PIB para la cooperación al desarrollo.

En términos de recursos oficiales recibidos por Costa Rica (sin considerar los recursos aportados o canalizados por los Organismos no Gubernamentales (ONG), en 1990 por concepto de cooperación técnica se recibieron US \$ 204,9 millones, mientras que en el año 2001 solamente se recibieron US \$ 57,9 millones, para una disminución del 28,3% entre ambos períodos.

Ahora bien, si comparamos las últimas seis administraciones se puede observar el comportamiento de la cooperación total (financiera y técnica), en donde el vértice mayor fue durante la administración Arias Sánchez (1986-1990). A partir del año 1990 los montos de cooperación recibidos por el país han venido decreciendo hasta mantenerse prácticamente en los mismos niveles en las dos últimas administraciones (Figueres Olsen y Rodríguez Echeverría). En la década de los ochentas, el monto total de cooperación internacional aprobado para el país fue de US\$ 3.635,1 millones, mientras que en la década de los noventas descendió a US \$ 2.630,2 millones (72,3% menos entre una década y otra).(ver gráfico No.3)

2.. Modelos de gestión de la cooperación a Nivel Mundial

Tradicionalmente, la cooperación internacional se ha gestionado utilizando los esquemas de procedimientos de recursos técnicos (asistencia técnica) y reembolsables (créditos financieros). Además, de la ayuda alimentaria, humanitaria o de emergencia.

Sin embargo, para nuestro país dichos recursos han disminuido significativamente, ello debido a múltiples razones ya comentadas, algunas de las cuales tienen que ver con:

El índice de desarrollo humano (puesto número 43 en el nivel mundial, según el último informe de Naciones Unidas, 2001).

Indicadores de salud, educación, PIB per cápita.

Situación económica restrictiva a nivel mundial, la cual hace que se canalicen menos recursos destinados a la cooperación al desarrollo (ODA), por parte de los países desarrollados (solo Noruega, Holanda y Dinamarca destinan el 0,7% del Producto Nacional para ODA).

Situaciones geopolíticas que hacen menos atractiva a la región centroamericana y a Costa Rica, en particular.

Por ello se ha iniciado una estrategia de atracción de recursos técnicos y financieros mediante esquemas como la gestión regional (con el resto de Centroamérica), la triangulación con países con igual desarrollo relativo o con países de mayor desarrollo relativo y otros organismos internacionales, también mediante programas innovadores como el de Venta de Oxígeno (cambio de deuda por naturaleza), programas de Mejores Prácticas (promocionando las oportunidades del país), programas en general de CTPD (Cooperación Técnica entre Países en Desarrollo), entre otros.

2.1 Distribución por sectores

Se desprende que en el período 1990-2001, los principales socios de nuestro país en el ámbito bilateral fueron: Japón, Estados Unidos, Holanda, Taiwán, Alemania, España, Canadá, Venezuela, Francia, Italia, Suiza, Inglaterra, México, Suecia, Corea, Noruega, Argentina y Chile, entre otros. (ver gráfico No.4).

A nivel multilateral en el mismo período, nuestros principales socios fueron: Banco Interamericano de Desarrollo, Banco Centroamericano de Integración Económica, Unión Europea, Banco Mundial, Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, FAO, OPS /OMS, Organización de Estados Americanos, PNUMA, Organismo Internacional de Energía Atómica, UNESCO, CATIE, UNICEF, HABITAT, IICA, etc. (ver gráfico No. 5).

La relación entre la cooperación financiera y la cooperación técnica fue en este período (1990-2001) del 61.7% para la técnica y 38.3% para la financiera. (gráfico No. 6).

3. Cooperación Externa en Sector Social de Costa Rica

En Costa Rica no ha existido una política diferenciada entre la gestión de recursos para lo social respecto al resto de los sectores nacionales.

Los mecanismos de cooperación son genéricos, mediante esquemas de programación de recursos con las distintas agencias bilaterales y organismos multilaterales, en donde los proyectos y programas son la base de negociación. Se utilizan los formatos establecidos por los actores para los efectos. Se le da prioridad a las iniciativas y los programas, de conformidad con el Plan Nacional de Desarrollo y las políticas, estrategias y lineamientos de desarrollo institucional, sectorial y nacional.

La posibilidad de acceso a mayores recursos depende de la fuerza y del empuje institucional y sectorial aunados a las buenas propuestas (inteligentes, innovadoras y de impacto), a los recursos disponibles, tanto externos como los presupuestados para contrapartida nacional, a las áreas de preferencia de las fuentes de cooperación y a otros elementos de carácter político y técnico como son las prioridades del país.

Para la presente Administración, dado que el eje transversal del Plan Nacional de Desarrollo y de la gestión del Presidente Dr. Abel Pacheco es la “Lucha contra la Pobreza”, se puedan generar mayores oportunidades de acceso a recursos para el sector social, en general y para la salud, en específico. Pero esto dependerá de la capacidad de formulación, presentación y negociación de propuestas innovadoras, utilizando tendencias de gestión y cuyo impacto se pueda medir en el desarrollo social del país.

3.1 Distribución de la cooperación para el sector social

Las fuentes de cooperación distribuyen su colaboración hacia el país en los siguientes rubros: infraestructura, reforma del estado, sectores sociales, recursos naturales, agricultura y un breve porcentaje al concepto de otros.

Según se muestra en el gráfico No. 7, la cantidad otorgada fue especialmente a la reforma del estado, la infraestructura, y lo que fue el sector social, así mismo se dio a la agricultura un buen apoyo. Para el periodo de 1994-1996 el mayor aporte fue para la infraestructura principalmente, presentando un repunte para la reforma del estado y el sector social.

En el periodo de 1997-1999, ocurre el mayor repunte en el área de recursos naturales, debido a que el país adoptó una estrategia de política ambiental, así mismo la colaboración en las áreas de infraestructura y sector social aumentó considerablemente.

La secuencia de la década de los noventa refleja que los cooperantes han dado mayor importancia al desarrollo de la infraestructura en el país, a su vez la reforma del estado ha dado una relevante situación a los cambios de paradigmas de la comunidad internacional. Esta asistencia ha contribuido a que el sector social tenga su trascendencia a través de todos los años, siendo esta un área que involucra otros indicadores de índole nacional.

La cooperación destinada a la agricultura, ha permanecido en un nivel constante, pero bajo en relación con otras áreas, igualmente para el concepto del resto, pues este para finales de la década es mínimo.

4. Modelos de Gestión de la Cooperación del Sector Social

La gestión de la cooperación, es un proceso complejo, en el cual están vinculados varios actores y, por lo general está regido por una oficina institucional, con una estrategia de trabajo clara y precisa. No obstante el proceso de gestión de Cooperación Internacional, se ha limitado a desarrollarse solamente en algunas de sus etapas.

La gestión que implica cualquier proyecto comprende varias fases. Primero, se debe partir de una necesidad que tenga una institución del sector. Esta debe ir de la mano de lo que se haya definido en las políticas nacionales de salud, de esa manera se asegura que es un tema prioritario que tendrá el respaldo de la máxima autoridad de la institución. Luego, se debe realizar una negociación que sea capaz de llevar a buen término la entidad, que demanda la cooperación internacional con la fuente cooperante, sea ésta un país o un Organismo Internacional. De esta negociación dependerá que la cooperación se otorgue o no se otorgue. Posteriormente, se deberá iniciar la formulación de un proyecto coherente y atractivo para la fuente cooperante elegida, el cual tendrá que ser revisado y analizado, para su aprobación. El proyecto debe impactar un gran porcentaje de la población del país y debe demostrar su sostenibilidad, es decir, que el país lo adoptará por sí

mismo dotándole recursos cuando ya el apoyo externo haya caducado. Después de superadas estas fases, el actor encargado de este proceso, deberá velar por el seguimiento y finalmente por la evaluación.

4.1 Comportamiento y tendencia

Si consideramos solamente la Administración Rodríguez Echeverría (1998-2002), el monto total de cooperación aprobada (financiera y técnica) fue de US \$ 843,5 millones, de los cuales US \$260,2 millones correspondieron a cooperación técnica.

En ese período los principales socios del país a escala bilateral fueron la República de China en Taiwán, Estados Unidos de América, España, Alemania, Países Bajos, Corea, Japón, Suecia y Canadá. Mientras tanto, en el marco multilateral los recursos fueron aportados, en su mayor porcentaje, por el Banco Centroamericano de Integración Económica (BCIE), el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), la Unión Europea (UE), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación (FAO) y la Organización de Estados Americanos (OEA), entre otros. (PND 2002-2006)

4.2 Destino

Los recursos de cooperación técnica recibidos por Costa Rica en la última década fueron fundamentalmente a sectores como: Infraestructura, Medio Ambiente, Agropecuario, Desarrollo Local, Educación, Salud, Seguridad, Turismo, Economía, Industria, Universidades, Fortalecimiento Institucional, Energía y otros. Estos datos se observan en el gráfico No.8. (PND 2002-2006)

4.3 Actores del Sector Social

La proporción de la cooperación en el periodo 1999-2001, según fuentes, es la siguiente: BID 31,5%, BCIE 15,6%, Unión Europea 9,1%, Japón 7,5%, Estados Unidos 6,7%, Holanda 5,2%, Banco Mundial 5,2%, Taiwán 4,8%, Alemania 4,4%, España 1,9%, Canadá 1,9%, Suecia 1,4% y el PNUD 1,1%. Además la clasificación puede hacerse a nivel bilateral y a nivel multilateral, para lo cual los porcentajes varían dependiendo del total de cada modalidad. (Gráfico No. 9) (PND 2002-2006)

5. Recursos financieros para el Sector Salud

Las fuentes de financiamiento del sector salud se dividen en organismos bilaterales, multilaterales, y otros procedentes de entes nacionales. Estas fuentes de cooperación, apoyan con montos de empréstitos usualmente en dólares americanos, consultorías técnicas o de capacitación.

La cooperación técnica no reembolsable (otorgada al país en todas las áreas) ha disminuido de manera pronunciada a una tasa de decrecimiento de 12,6% desde 1990 a 1999. El Sistema de Naciones Unidas, el AID y la cooperación Sueca lideraron la cooperación técnica a principios de la década. Hoy en día la cooperación más importante proviene de Taiwán y del Sistema de Naciones Unidas. (Informe PNUD. 1999. sp)

Nótese el gráfico No. 10, el cual hace referencia de la disminución del monto de la cooperación financiera reembolsable para el país entre 1990 y 1999. En 1990 se empieza un decrecimiento en la cooperación, manteniéndose en una leve constante entre 1991–1992, para entrar nuevamente a un decrecimiento pronunciado hasta 1994, donde pasa de desembolsos de más de 200 millones de dólares anuales a un promedio de 75 millones de dólares.

Asimismo, para 1995 – 1996 se produce un alza en la cooperación financiera de más de 100 millones de dólares a un promedio de 125 millones de dólares. Para volver a un decrecimiento en los años 1997 – 1998, donde el monto alcanzado fue para el año 1998 de un promedio de 40 millones de dólares. En el 1999 el crecimiento de la cooperación financiera logra alcanzar un desembolso de 100 millones de dólares en promedio

El total entre 1990-2001 fue de US \$2745,9 millones, de los cuales US \$1694,9 millones correspondió a cooperación financiera reembolsable y US \$1051,0 millones a cooperación técnica no reembolsable.

A nivel bilateral el monto aprobado para Costa Rica fue de US \$982,9 millones y a nivel multilateral fue de US \$1762,9 millones.

F. SECTOR SALUD EN COSTA RICA

El Sector Salud ha dejado claramente establecido que la salud es responsabilidad de todas las personas, pero también debe definir funciones a partir de la misión de cada una de las instituciones que conforman el Sector, a saber (PND 2002-2006):

El Ministerio de Salud (MINSALUD): instancia rectora de la producción social de la salud con la participación de las instituciones. Sus funciones son dirigir, conducir, regular, investigar y definir políticas sectoriales, así como dar seguimiento y evaluación a las acciones y los servicios de salud. Este papel definió que la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) asumiera los servicios de atención primaria, función que históricamente había ejecutado el MINSALUD. Con ello fue necesario el traslado de 1.700 funcionarios, además de equipos, materiales y otros elementos de infraestructura física.

La Caja Costarricense de Seguro Social, al asumir la promoción de la salud así como los servicios preventivos, puso en marcha la modernización institucional; es decir, impulsó la desconcentración de los hospitales y las clínicas, junto a la firma de compromisos de gestión, relacionados con la asignación de recursos. En el marco de la Ley N° 7852, aprobada en 1998, inició la desconcentración de los hospitales y las clínicas de esta Institución, proceso que durante los años 2000 y 2001 registró un total de treinta y cinco establecimientos con desconcentración máxima; es decir, con autonomía presupuestaria, contratación de recursos humanos y de servicios, abriendo a su vez espacios de participación social, lo cual se ha ido fomentando mediante las ciento nueve Juntas de Salud conformadas en los diferentes puntos del territorio nacional; proceso aún incipiente.

Por su parte, el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados, como institución encargada de brindar servicios de distribución de agua a la población, así como de canalizar las aguas "domésticas, negras e industriales", mediante el sistema de alcantarillado sanitario, ha llevado a cabo durante los últimos años un proceso de modernización institucional orientado a mejorar los servicios al cliente, tanto en la urbe como en la zona rural, mediante un proceso de desconcentración apoyado en la creación de sistemas de procesamiento distribuido, que permite la realización de transacciones en todas las oficinas del país, la consolidación de la información por medio de bases de datos y sistemas de información, para la atención y prestación de servicios de calidad a los clientes y el suministro de información sistematizada para los niveles de producción y de gerencia y, consecuentemente, para la toma de decisiones.

1. Recursos externos recibidos por el Sector Salud

Durante los últimos diez años, la cooperación internacional, recibida por el país ha estado a cargo del MIDEPLAN y del Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto (MREC), que cuentan con un ordenamiento jurídico funcional propio, el cual permite en la práctica identificar los actores responsables y la efectiva gestión de la cooperación; eligiendo con criterios técnicos los sujetos idóneos para recibir esa colaboración. Con el fin de lograr un manejo adecuado de las solicitudes de cooperación por parte de las instituciones públicas y privadas del país, se cuenta con formatos acreditados en el ámbito internacional, a través de los cuales A y A, CCSS, MINSALUD presentan sus demandas de acuerdo con las prioridades institucionales.

2. La relación de cada Enlace de Cooperación Internacional de las instituciones del Sector Salud con sus homólogos

Las instituciones que comprenden el Sector Salud, poseen una interrelación con las fuentes bilaterales y multilaterales a nivel mundial lo cual permite acciones concretas canalizadas a través de los enlaces de cooperación de cada institución. Este diálogo interinstitucional que versa sobre estos temas permiten mejorar la gestión de cooperación entre países u organismos externos. Lo anterior con la participación activa de las Direcciones de Cooperación internacional de MIDEPLAN y MREC.

3. Principales Actores

La Cooperación Externa recibida por el Sector Salud en los últimos años proviene tanto de fuentes bilaterales, como multilaterales. Entre las fuentes bilaterales destacan Agencia de Cooperación Alemana, Gobiernos de Japón, Francia, México, Estados Unidos Italia, España y Finlandia. Por otro lado, el Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo, Banco Centroamericano de Integración Económica, Overseas Economic Cooperation Fund, Kreditanstalt Fur Wiederaufbau, la Organización Panamericana de la Salud, constituyen importantes fuentes multilaterales de las que se ha recibido cooperación financiera y técnica. Los principales actores que constituyen la contraparte nacional y complementan la colaboración recibida del exterior

mediante apoyo financiero y técnico son las propias instituciones receptoras de la cooperación, en este caso el AyA, la CCSS, el MINSA, y la UCR, y específicamente el Fondo de Asignaciones Familiares.

4. Gestión Institucional

Dentro del manejo institucional del Sector Salud se estima que cada una de las instituciones que lo conforman tienen para cooperación externa las siguientes especificaciones:

4.1 Instituto Nacional de Acueductos y Alcantarillados

MARCO GENERAL EN COOPERACIÓN EXTERNA EN A y A

El marco de cooperación externa que trabaja A y A, hace referencia a la observación de la calidad de vida que debe tener el país, la cual hace que se aporte una inversión consistente con financiamiento externo para mejorar la calidad de agua potable para los consumidores del país, generando una modernidad relativa para la misma institución y mejorando los servicios prestados por A y A, a sus usuarios de los servicios.

Estos convenios en cooperación se realizan con entes externos, los cuales pueden ser organismos internacionales y nacionales, que han aportado apoyo financiero, logístico y técnico en los diferentes proyectos que se realizan sobre las necesidades de mejorar la calidad y el abastecimiento de agua potable en el área metropolitana y las comunidades rurales de todo el país, más lo que se refiere al tratamiento de aguas negras.

Mediante la cooperación externa A y A concretamente ha llevado a cabo estudios sobre las necesidades de agua potable y evacuación de aguas residuales, tanto en el área metropolitana como en el resto de las ciudades y comunidades rurales bajo la administración de A y A. El objetivo es lograr el mejoramiento y expansión de sus servicios de acueducto y alcantarillado.

Por ello A y A, ha utilizado el apalancamiento financiero como principal fuente de financiamiento para la ejecución de sus programas de inversión. (Doc: Presupuesto 2003, sf.). Esta cooperación externa está satisfecha por empréstitos de desembolsos en Programas de Agua Potable y Alcantarillado Sanitario para el área urbana y rural del país.

Las fuentes de financiamiento con las que trabaja A y A son bilaterales y multilaterales, con apoyo de entes nacionales quienes dan cooperación con empréstitos de montos millonarios a una tasa de interés adecuado en un periodo estimado para cumplir la deuda, donde en este momento se tienen siete (7) proyectos ejecutados con empréstitos bancarios, de los cuales tres ya han concluido su etapa de construcción (ver cuadro No.1). Es importante resaltar que estos proyectos, que tienen financiamiento externo, son publicados en el diario oficial La Gaceta.

Además de que la cooperación puede ser financiera, también existe la cooperación externa técnica, (donación), para capacitación o compra de equipo necesario para los estudios y el trabajo de los departamentos de A y A. Entre ellos, se destaca la participación del Japón, BID, y otros entes. (ver cuadro No. 2)

Asimismo, los resultados o beneficios que se obtienen por la realización de los proyectos financiados por entes cooperantes, son en cuanto a creación o expansión de infraestructura, que da cabida para generar mejoras en la salud (ver cuadro No.3). El producto a obtener es la capacidad instalada y la capacidad servida, más el reto de mantener una capacidad de conocimiento adquirido sobre la producción, el abastecimiento y el tratamiento que genera el tema de recurso hídrico. Mientras tanto, los impactos del proyecto se toman positivos, si la obra que se concluye lleva a una mejor calidad de vida a la población beneficiada.

Los programas y proyectos emprendidos han aportado a las poblaciones un mejor abastecimiento de agua y calidad en el servicio; pero existen necesidades no cubiertas que es preciso atender en el corto plazo, como por ejemplo en el área de agua potable y evacuación de aguas residuales, a fin de evitar las consecuencias negativas que puedan ocasionar en nuestro sistema de salud y en el manejo de ecosistemas en las cuencas altas. Es por ello, que es importante gestar acciones de negociación con entes externos para recibir nuevos tipos de contribución que A y A deberá asumir en su desarrollo de cooperación internacional.

Esto conlleva a replantear la situación de A y A en el sector salud, para cumplir los acuerdos nacionales, regionales o internacionales, como es el caso de los convenios emitidos por la Reunión del Sector Salud de Centroamérica y República Dominicana (RESSCAD), en la parte de agua y saneamiento, más la de recursos humanos. Estos convenios establecen que A y A, en sus diferentes áreas, deberá desarrollar acciones de gran importancia para la protección y la conservación de las fuentes acuíferas y para la utilización eficiente del recurso mediante un manejo integral del agua, donde se amplíen y se fortalezcan los sistemas de acueductos y

alcantarillado sanitario existentes, a fin de atender la demanda de servicios de agua de consumo humano a toda la población del país y cumplir con la parte de saneamiento ambiental que le corresponde.

El acuerdo para el área de recursos humanos establece desarrollar para los funcionarios, con apoyo de las universidades estatales, programas de capacitación en saneamiento ambiental, gestión ambiental, legislación y demás temas relacionados con la temática de la salud ambiental en el país.

Entre tanto, la coordinación de cooperación internacional de A y A se encuentra en el Área de Planeamiento Financiero y Cooperación Internacional de la Dirección de Planificación, la cual tiene como función establecer los enlaces necesarios con el MIDEPLAN y el MREC, en la medida que se creen lazos políticos.

Esta área, funciona como enlace o facilitadora en el establecimiento de una participación interinstitucional en los proyectos de cooperación externa para lograr el desarrollo social y ambiental en la calidad de vida de los costarricenses, mediante el fomento de enlaces de cooperación con los sectores a los que pertenece (salud, saneamiento ambiental y otros). Para ello, realiza monitoreos, seguimientos y evaluaciones de los compromisos adquiridos con las entidades financieras y coordina actividades con otras direcciones de A y A para disponer de acciones a seguir para el cumplimiento de las obligaciones adquiridas en los convenios.

4.2 Caja Costarricense de Seguro Social

El manejo de la cooperación financiera en la CCSS es, actualmente, responsabilidad de la Dirección de Proyectos de la Gerencia de Modernización y Desarrollo, la cual en estos momentos administra los recursos aportados por el Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo, el Banco Centroamericano de Integración Económica y el Proyecto Finlandia. (Ver cuadro no.4)

La cooperación técnica internacional en la CCSS se ha desarrollado de manera informal, por falta de directrices e información dentro de la misma institución. Las respuestas a las obligaciones con las distintas fuentes cooperantes limitan u obstaculizan varias etapas del proceso de la gestión de la cooperación, a saber, el apoyo técnico que se podría obtener, el intercambio de conocimientos pertinentes para la preejecución de los proyectos y la utilización idónea de los recursos al momento de su ejecución. (Méndez, M. 2001. p:100)

Los procesos de transferencia de conocimientos a profesionales y técnicos inciden positivamente en mejoras para el país. Esa transferencia le ha permitido a la CCSS relacionarse mejor con sus homólogos y entender de mejor manera lo que sucede en el sistema internacional. Estas dos razones le han permitido, entre otras, a adaptarse a los cambios que se están dando en el mundo actual.

Dada la orientación estratégica del Centro de Desarrollo Estratégico e Investigación en Salud y Seguridad Social (CENDEISS) de la CCSS, dentro de la institución y del Sector Salud, se decidió crear y consolidar formalmente una Oficina de Cooperación Internacional. Esta oficina tiene bajo su competencia y responsabilidad exclusivas el desarrollar lo concerniente a aspectos de proyección internacional, para lo que promueve un uso racional de los recursos de la institución y de las fuentes de cooperación, como una opción válida para apoyar a la Caja en su papel activo de impulsar, mejorar y ampliar la seguridad social en nuestro país.

Con este fin de maximizar la eficacia y la eficiencia de la gestión institucional de la Caja en el área de la cooperación internacional, el Dr. Luis A. Boza Abarca, Director Ejecutivo del CENDEISS y dentro de la reestructuración de este centro, aprobada por la Junta Directiva, se crea dicha oficina especializada para representar oficialmente a la CCSS en las actividades institucionales relacionadas con organismos y con foros internacionales; así como con tratados, convenios, programas y proyectos de cooperación técnica. La oficina se constituye en el enlace necesario con los Ministerios de Relaciones Exteriores y Culto (MREC) y de Planificación Nacional y Política Económica (MIDEPLAN) y, al interno de la institución, con la Gerencia de Modernización y Desarrollo, a cargo de los proyectos financieros de la Caja. Todo ello con el propósito de:

Evitar la duplicidad de esfuerzos y proyectos, coordinando e integrando metas comunes.

Velar por la congruencia de las distintas propuestas, respecto de las prioridades de la institución y de su capacidad operativa real para ejecutarlas.

Supervisar los términos de contrapartida y otros compromisos.

Maximizar y ampliar el impacto de los resultados esperados.

Procurar una relación más eficiente con las fuentes de cooperación, los organismos internacionales y las misiones diplomáticas.

En cumplimiento de esas claras metas, el objetivo principal de esta oficina es:

Dirigir, controlar, y evaluar las acciones de cooperación internacional, que se enmarquen en las políticas institucionales y prioridades nacionales, mediante asesoría a las unidades, el establecimiento de sistemas de información y la gestión técnica, con el propósito de desarrollar acciones que permitan la movilización y utilización de recursos, que complementen los esfuerzos que se realizan para otorgar los servicios de salud y pensiones con calidad y oportunidad.

Dentro de los objetivos específicos se pueden mencionar los siguientes:

1. Promover, coordinar, dar apoyo técnico y seguimiento a programas o proyectos de cooperación internacional.
2. Promover, coordinar, dar apoyo técnico y seguimiento a acuerdos, convenios y tratados de cooperación internacional con instituciones y organizaciones internacionales.
3. Coordinar, dar apoyo técnico y seguimiento a los trámites de aprobación de proyectos.
4. Brindar asistencia técnica a unidades ejecutoras en el desarrollo de proyectos.
5. Evaluar los proyectos de cooperación internacional.
6. Coordinar la labor con otras dependencias de la Caja y del Sector Salud, en todos los asuntos de su competencia.
7. Atender las consultas de funcionarios de organismos gubernamentales y no gubernamentales, nacionales y extranjeros, de estudiantes y del público en general.
8. Cualesquiera otras que sean compatibles con sus fines y objetivos institucionales, particularmente aquellas que provengan de una delegación interorgánica de funciones o que emanen de una decisión de las autoridades de la Institución (Junta Directiva, Presidencia Ejecutiva, Gerencias de División).

Otras actividades realizadas por la Oficina de Cooperación son:

Realización del Seminario-Taller denominado Gestión de la Cooperación Técnica Internacional, CCSS, Ministerio de Salud, INS, A y A, auspiciado por la OPS; el cual se hizo cumpliendo uno de los compromisos asumidos reiteradamente por Costa Rica en distintos foros internacionales, en relación con la necesidad de fortalecer las instancias de cooperación internacional de las instituciones, que conforman el Sector Salud y promover la necesaria retroalimentación entre ellas. Este evento se constituyó en la primera iniciativa de capacitación en este campo, que se ha llevado a cabo a en el Sector Salud.

Apoyo a la participación de Costa Rica en las reuniones del Consejo Centroamericano de Instituciones de Seguridad Social (PRE-COCISS y COCISS 2002) y de la Reunión del Sector Salud de Centroamérica y República Dominicana (PRE-RESCCAD Y RESSCAD 2002).

Proyectos

En los cuadros 4 y 5 se presentan diferentes tipos de proyectos ante distintas fuentes de cooperación internacional, a los cuales es necesario se les brinde apoyo técnico, seguimiento, asesoría y coordinación.

4.3 Ministerio de Salud

La cooperación externa brindada al Ministerio de Salud proviene tanto de fuentes bilaterales como multilaterales. En los últimos años, estas fuentes han girado su modalidad, concentrándose más en la asistencia técnica que en la financiera. Esto ocurre contrario a la década de los 70, cuando gran parte de los recursos provenían de la Agencia Internacional para el Desarrollo (AID). Tanto fue el financiamiento de esta y otras fuentes que se creó la Oficina de Cooperación Internacional de Salud (OCIS) para administrar la ayuda económica proveniente de convenios con organismos internacionales, de contribuciones especiales y de fondos asignados por el Presupuesto General de la República o por leyes específicas. Estos fondos fueron utilizados para financiar programas y campañas nacionales de salud, tales como la malaria. Después de unos años, la cooperación financiera disminuyó considerablemente y la OCIS comenzó a recibir fondos nacionales, actualmente siendo una de las fuentes de ingresos del Ministerio.

Igualmente, durante el inicio del proceso de la reforma del sector salud en la década de los 80, el Ministerio de Salud recibió cooperación financiera no reembolsable principalmente por parte del Banco Interamericano para el Desarrollo (BID). Con esta asistencia, la cual aún procede, la institución asumió el ejercicio de la rectoría y trasladó a la CCSS los programas relacionados con la atención de las personas.

La cooperación externa financiera hacia el Ministerio también aumentó como consecuencia al Huracán Mitch, que azotó gran parte de Centroamérica en 1998. Aunque los daños físicos causados al país no fueron igualmente fatales como en Nicaragua y Honduras, sí se recibió altos flujos de migrantes de los países vecinos.

Por ello, el AID al igual que otras fuentes otorgaron cooperación financiera y técnica para el mejoramiento de la salud en las comunidades del país seleccionadas por su alta inmigración después de esta catástrofe.

En años más recientes, la mayoría de la cooperación externa recibida por el Ministerio es técnica. Según se observa en el Cuadro No.7, entre las fuentes bilaterales que más han otorgado cooperación técnica se encuentra Japón, España y Alemania. En nuestra región, México colabora desarrollando asistencia técnica con costos compartidos. Gran parte de esta cooperación técnica va dirigida a todos los países centroamericanos, enmarcada dentro de proyectos sub-regionales donde, por lo general, se ofrecen cursos de capacitación.

En cuanto a fuentes multilaterales, el organismo internacional que más brinda cooperación internacional es la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS). En el Cuadro No. 7 se puede notar que gran parte de la colaboración de estos organismos va dirigida al mejoramiento de los servicios de salud. Durante los años 2000 y 2001, un total de \$1.640.287 fueron aprobados tanto para el Ministerio de Salud, como para la CCSS y la UCR. De este monto se utilizó \$1.118.279.

Otra área que también contó con un elevado otorgamiento de asistencia en esos años fue la protección al desarrollo del ambiente, en el cual se utilizó \$1.155.210 del total de \$1.662.904 aprobados. Varias instituciones fueron sujetas a esta colaboración.

Otra fuente multilateral que también brindó cooperación técnica es el Organismo Internacional de Energía Atómica (OIEA).

En cuanto al manejo de la cooperación externa dentro del Ministerio de Salud, debe señalarse que no existe una entidad constituida formalmente que se haga cargo de la materia. En los últimos años, la cooperación externa la han manejado asesores de los Despachos del Ministro(a) o Viceministro(a) como recargo a sus múltiples funciones. Como este tipo de funcionarios por lo general se retiran con los cambios de gobierno, no existe un registro y control de las actividades relativas con el tema.

G. BIBLIOGRAFÍA

RESSCAD. **Acuerdos de la XVII RESSCAD Informe de Seguimiento** (versión preliminar). Agosto 2000. San José, Costa Rica.

Araya Marrón, Marta⁽²⁾ **II Informe Trimestral de Consultoría de Relaciones Internacionales**, CCSS, San José, Costa Rica, 1999

A y A: Dirección Financiera. Documento: **Fichas Técnicas de Empréstitos: Presupuesto 2003**.

A y A. **Plan de Inversiones de A y A periodo 1996 – 2001**.

A y A – KfW; **Proceso de Acueductos rurales. Programa de Agua Potable y Saneamiento Ambiental Básico Rural I**. A y A – KfW. Duodécimo Informe semestral al 31 de diciembre de 1997. Coordinación del Programa: Subproceso de información, evaluación y control. San José, Costa Rica.

A y A – OPS. **Análisis Sectorial**. San José, Costa Rica, julio 2002

A y A. **Plan Anual Operativo 2003**. Dirección de Planificación: Planeamiento Estratégico y Gerencial, 2002.

Esquivel, Nelson. **Análisis Financiero**. Ministerio de Salud, San José, Costa Rica, 1991.

Ministerio de Salud. **Memoria Anual**, San José, Costa Rica, 2001.

Méndez Salas, Mercedes. **La Cooperación Internacional de la Caja Costarricense de Seguro Social**; Tesis de licenciatura, Universidad Interamericana de las Américas, 2002.

Miranda Gutiérrez, Guido. **La Seguridad Social y el Desarrollo en Costa Rica**, II Edición, EDNASSS, CCSS, San José, Costa Rica, 1994.

Naciones Unidas (PNUD). **Nuevas Orientaciones de la Cooperación Técnica entre los países en desarrollo**, Nueva York, Estados Unidos, 1995.

Organización Panamericana de la Salud, **Informes Elaborados**, San José, Costa Rica, 2002.

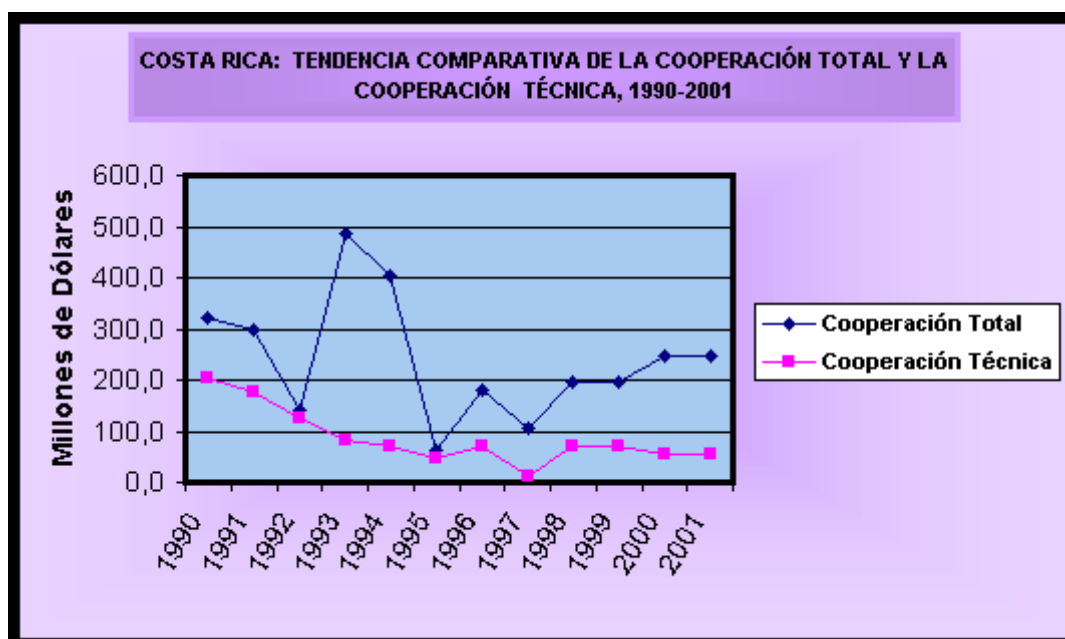
OPS – OMS. “Presentación”, Masica -Hep. Junio 2000

OPS – OMS .Revista Masica, 2001

Rijk, Louis(Ing.). **Informe Final Enero 1999 (31 de diciembre, 1997) Supervisión de la ejecución del Programa de Agua Potable y Saneamiento básico Rural**. San José, Costa Rica, 1997.

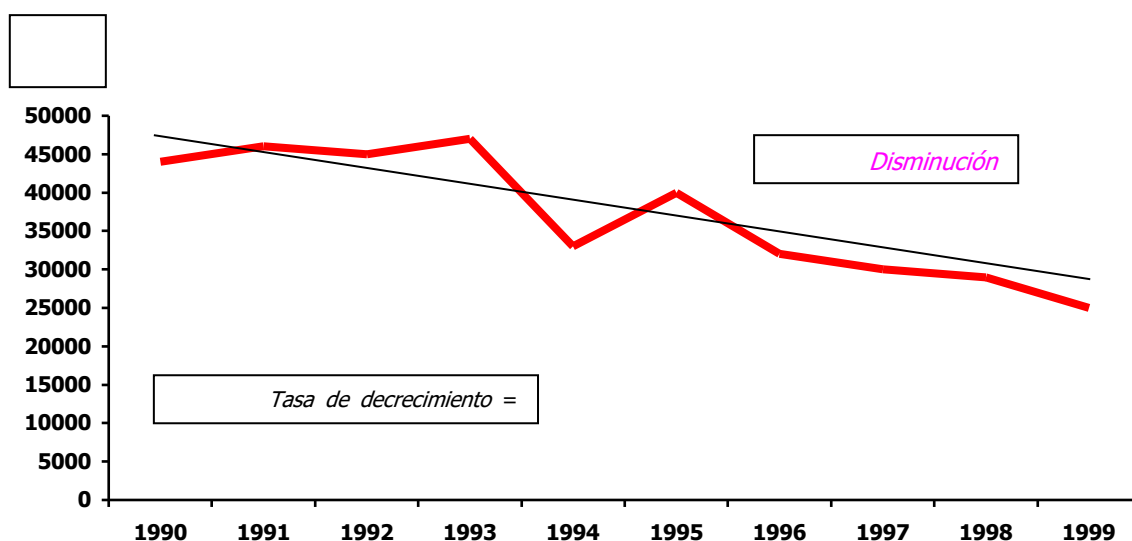
H. GRAFICOS

GRAFICO 1
Costa Rica: Tendencia comparativa de la Cooperación total
y la Cooperación Técnica, 1990-2001



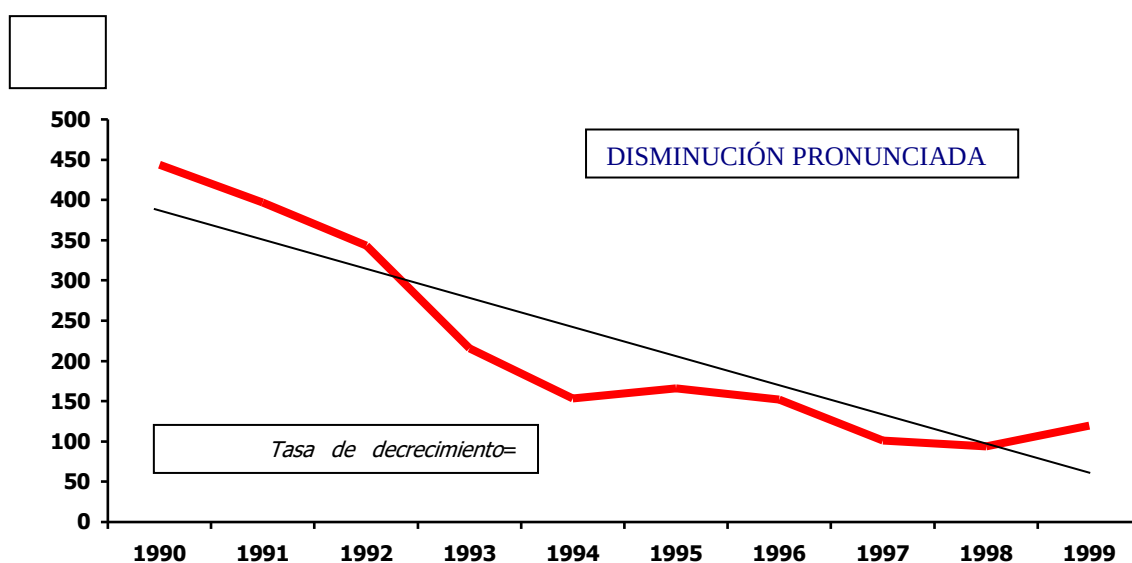
Fuente: MIDEPLAN y Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto, 2002

GRÁFICO No. 2
Tendencias de la cooperación mundial y de la cooperación
hacia Costa Rica - (1990-1999)
COOPERACIÓN MUNDIAL



— Cooperación Internacional (ODA)

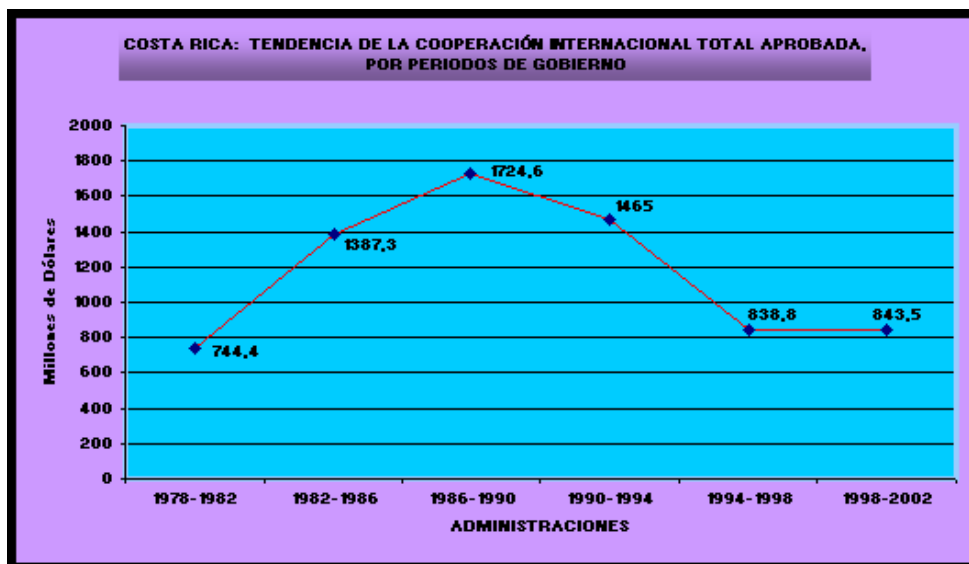
COOPERACIÓN HACIA COSTA RICA



— Cooperación total (ODA)

GRAFICO 3

Costa Rica: Tendencia de la Cooperación Internacional Total Aprobada por Periodos de Gobierno



Fuente: MIDEPLAN, 2002

GRAFICO No. 4
COSTA RICA: COOPERACIÓN INTERNACIONAL BILATERAL APROBADA, 1990-2001

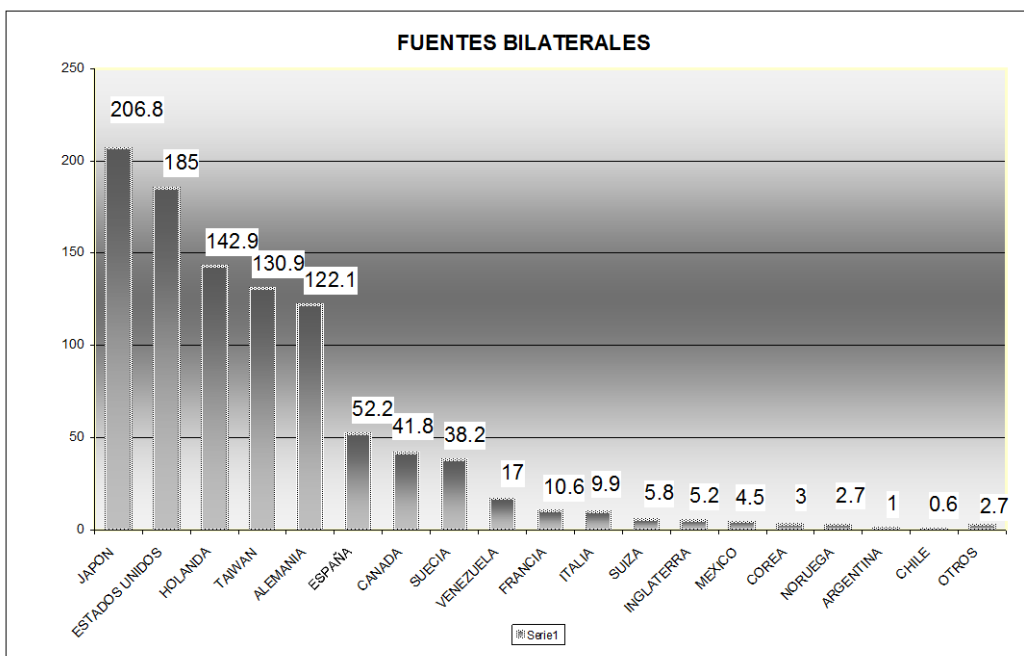


GRAFICO No. 5
COSTA RICA PRINCIPALES FUENTES DE
COOPERACIÓN MULTILATERAL
APROBADA 1990-2001

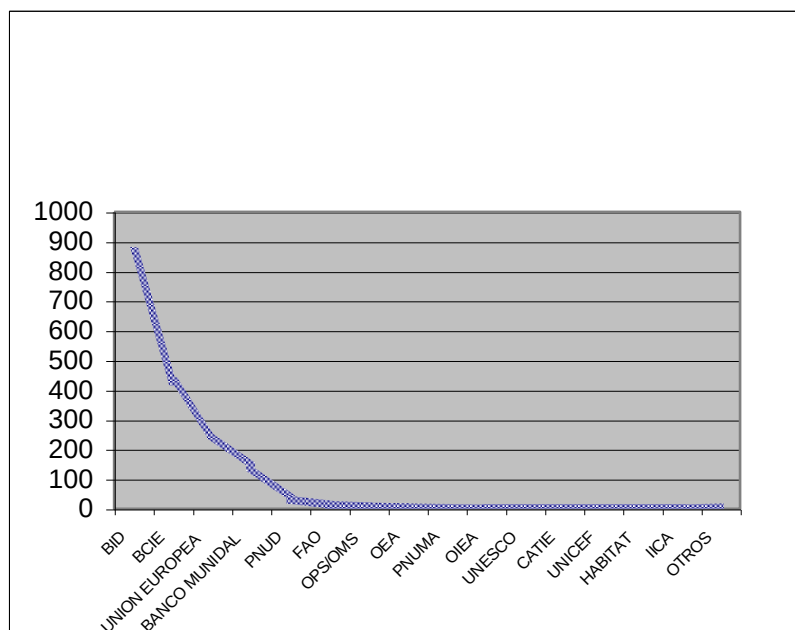
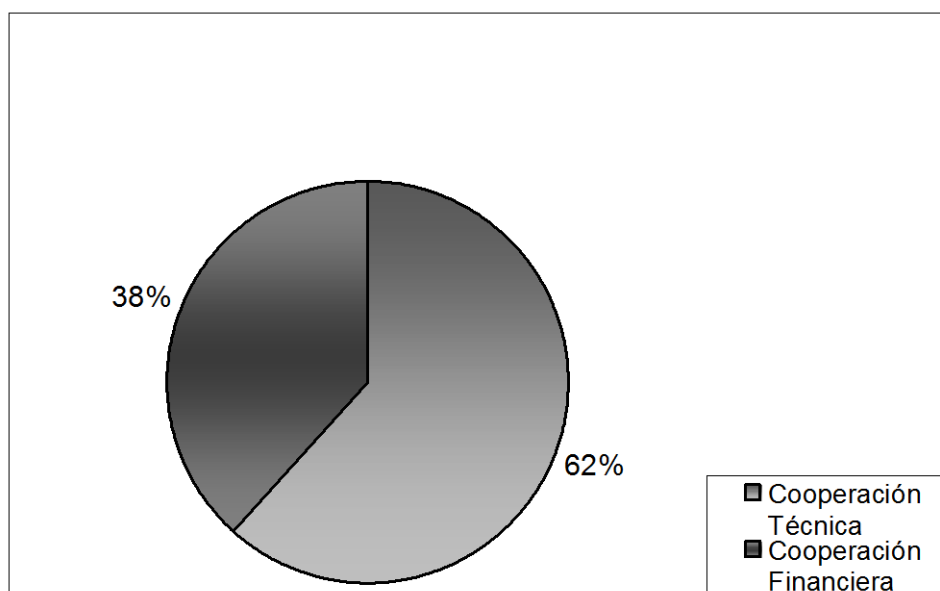
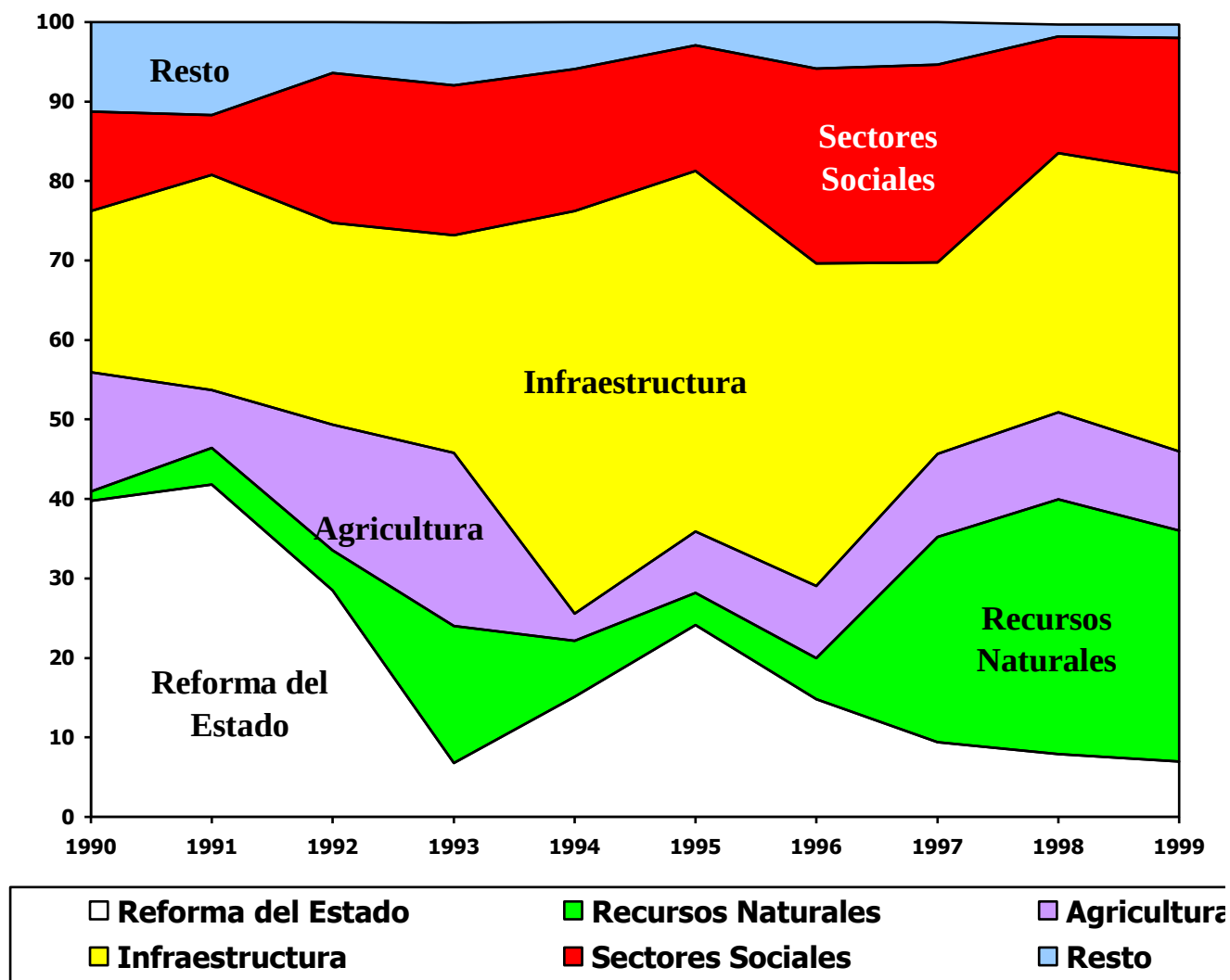


GRAFICO No. 6
Costa Rica: Relación de la Cooperación Técnica y Financiera
Aprobada 1999-2001



Fuente: Elaboración Propia: Documento proporcionado por el Ministerio de Relaciones Exteriores/ DCAS

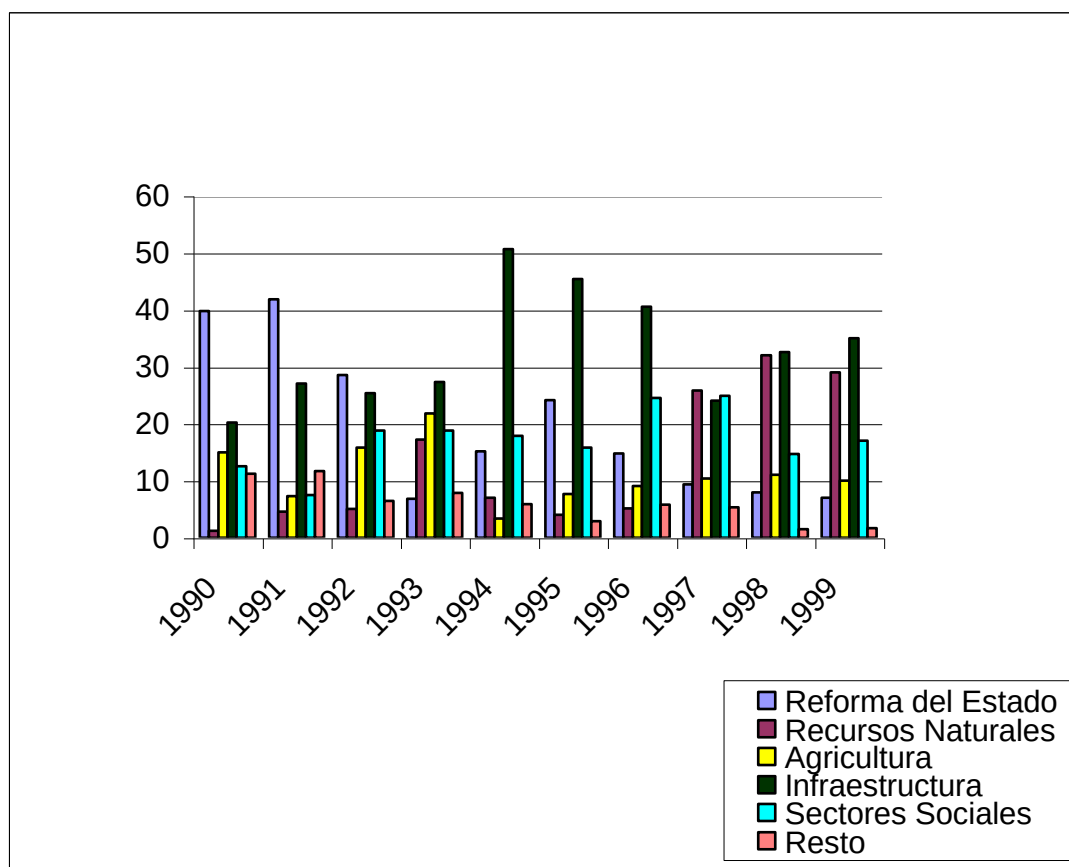
GRÁFICO No. 7a
Costa Rica: Concentración sectorial de la cooperación
técnica y financiera en ejecución
(1990-1999)



1999: datos preliminares

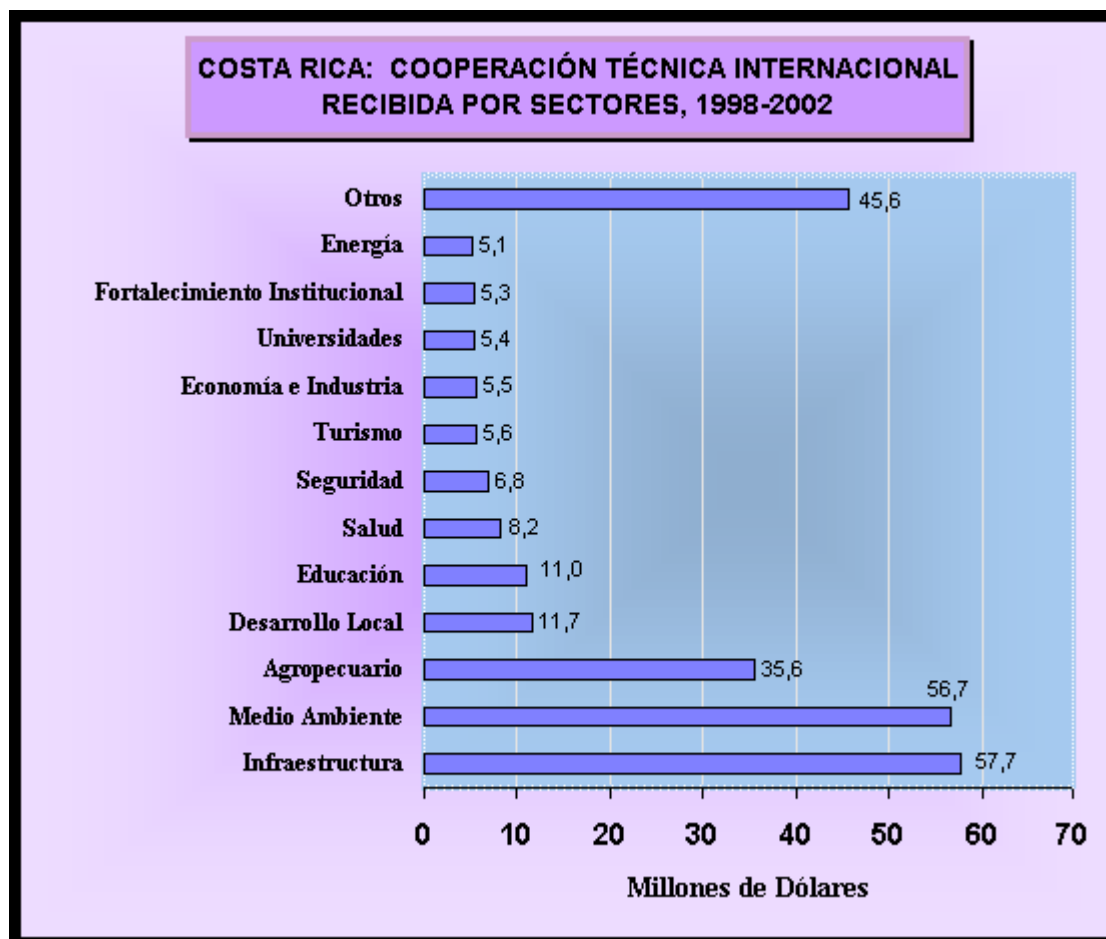
Fuente: Ministerio de Relaciones Exteriores / DCAS.

GRÁFICO No 7b
Costa Rica: Concentración Sectorial de la Cooperación
Técnica y Financiera en ejecución (1990.1999)



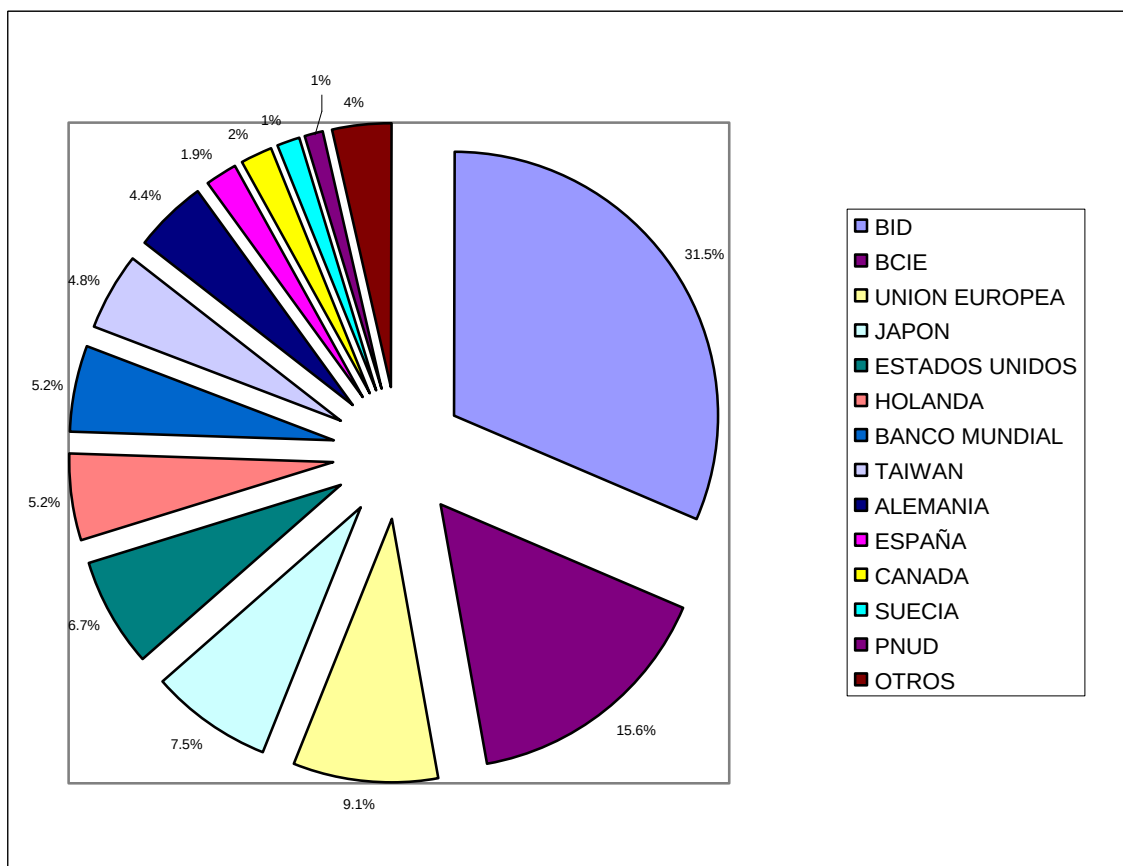
Fuente: Elaboración Propia: Documento proporcionado por el Ministerio de Relaciones Exteriores/
 DCAS

GRAFICO 8
Costa Rica: Cooperación Técnica Internacional
recibida por Sectores, 1990-2002



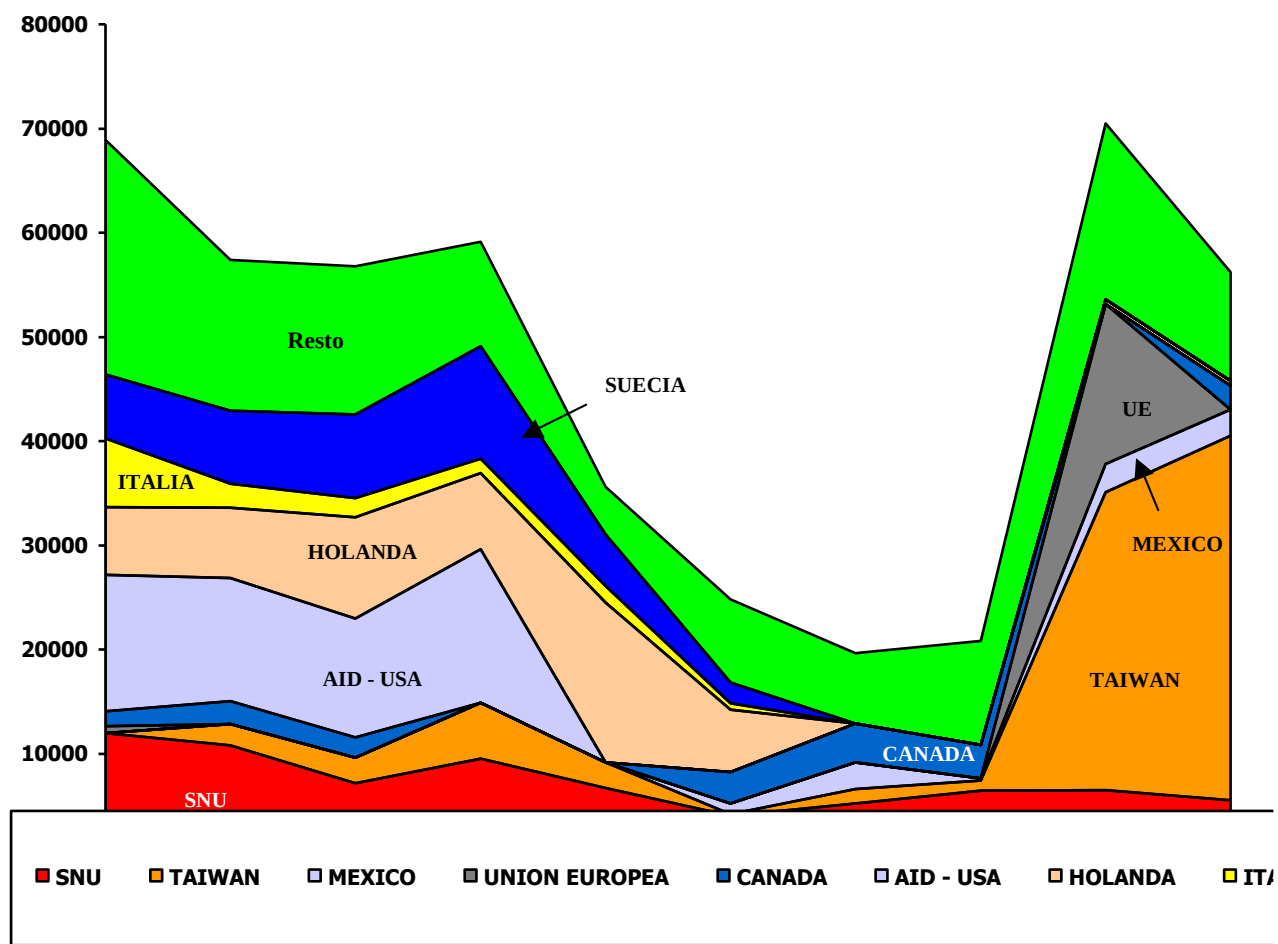
Fuente: MIDEPLAN y Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto, 2002

GRAFICO No. 9
Participación de fuentes Bilaterales y Multilaterales



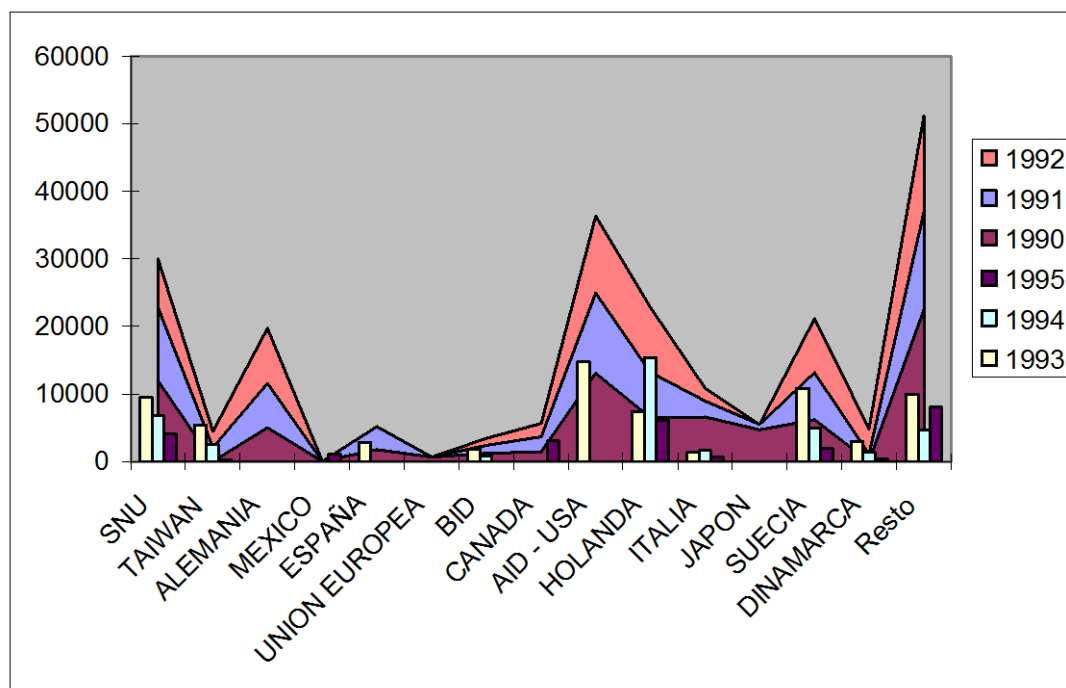
Fuente: Elaboración Propia: Documento proporcionado por el Ministerio de Relaciones Exteriores/ DCAS

GRÁFICO No. 9a
Costa Rica: Principales fuentes de cooperación técnica
(1990-1999 Desembolsos anuales en miles de US\$)



Fuente: Dirección de Cooperación Internacional, Ministerio de Relaciones Exteriores, Informe de Cooperación anual del PNUD-MIDEPLAN

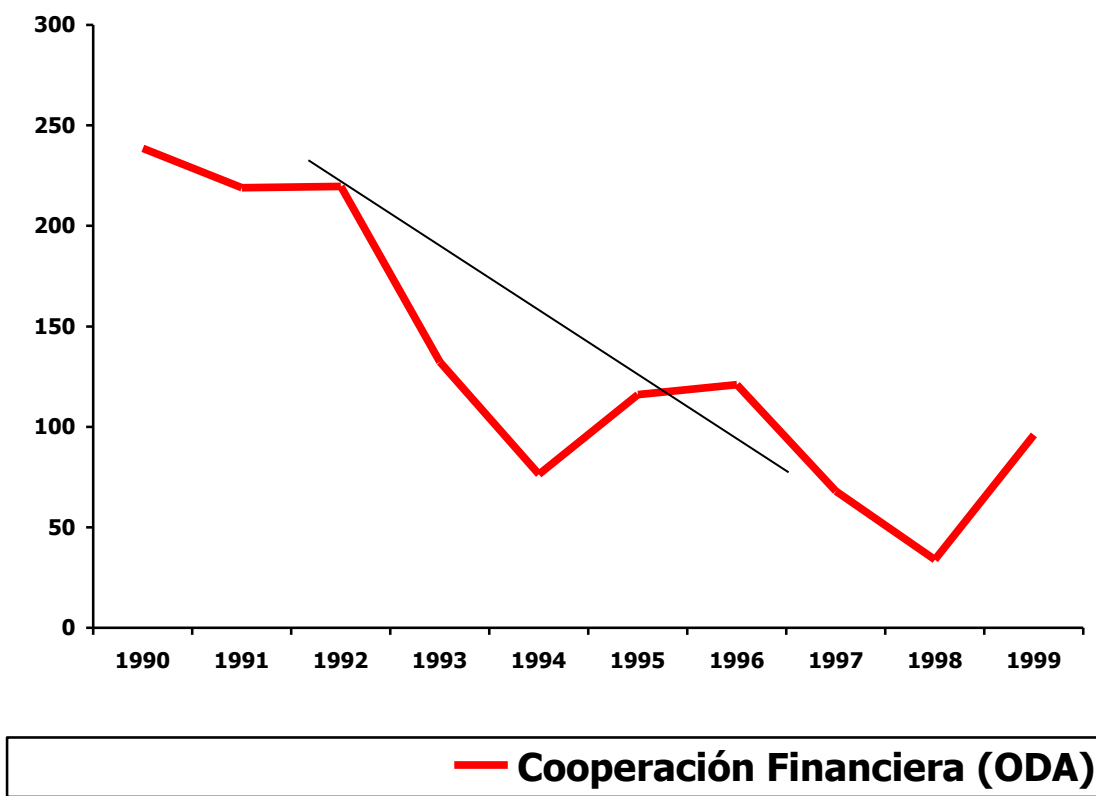
GRAFICO No. 9b
Costa Rica: Principales fuentes de cooperación técnica
(1990-1999 Desembolsos anuales en miles de US\$)



Fuente: Elaboración Propia: Documento proporcionado por el Ministerio de Relaciones Exteriores/ DCAS

GRÁFICO No. 10
Costa Rica: Disminución del monto de la cooperación financiera
reembolsable (1990-1999)
(Desembolsos anuales en millones de US\$)

D. MIL
FONDEC



1999: datos preliminares

Fuente: Dirección de Cooperación Internacional, Ministerio de Relaciones Exteriores, Informe de Cooperación anual del PNUD-MIDEPLA

CUADRO No. 1
COOPERACIÓN REMBOLSABLE RECIBIDA POR AyA, (1999-2004)

PRESTAMO	MONTO	UNIDAD EJECUTORA	NOMBRE DE PROGRAMA	N° DE LA GACETA PUBLICADO	VIGENCIA
KfW	DM 10.940.000,00	Dirección de Obras Rurales	Rehabilitación de Acueductos Rurales	# 191 del 9 de octubre , 1989	1992 se empezó a desarrollar. Por 25 años y se encuentra concluido
BCIE / 254	\$5.300.000,00	Dirección de Obras Urbanas	Rehabilitación de Acueductos y Alcantarillado en la Provincia de Limón y el Programa de Acueductos en Ciudades Intermedias y en Comunidades Rurales	# 200 del 19 de octubre de 1992	1992 se empezó a desarrollar. Por 15 años y se encuentra concluido
BCIE / 246	\$ 17.700.000,00	Dirección de Obras Urbanas	Tanques y Redes del Acueducto Metropolitano de San José	# 161 del 25 de agosto, 1994	1994 se empezó a desarrollar. Por 17 años y se encuentra en ejecución
BIRF – 3625	\$ 16.000.000,00	Dirección de Obras Urbanas	Abastecimiento de Agua Potable y Alcantarillado	# 158 (24 de agosto de 1994)	1994 se empezó a desarrollar. Por 17 años y se encuentra en ejecución
BID - 636	\$ 27.952.750,00	Dirección de Obras Urbanas	Programa para el Suministro de Agua Potable en Centros Urbanos y para la Rehabilitación de la Infraestructura Sanitaria de la Provincia de Limón	# 88 del 8 de mayo, 1992	1992 se empezó a desarrollar. Se encuentra en ejecución

BID - 637	\$ 23.000.000,00	Dirección de Obras Urbanas	Programa para el Suministro de Agua Potable en Centros Urbanos y para la Rehabilitación de la Infraestructura Sanitaria de la Provincia de Limón	# 88 del 8 de mayo, 1992	1992 se empezó a desarrollar. Se encuentra en ejecución
OECE	Y 1.656.000.000,00	Dirección de Obras Urbanas	Programa de Agua Potable y Rehabilitación de la Infraestructura Sanitaria de la Provincia de Limón	# 158 (14 de diciembre, 1994)	1994 se empezó a desarrollar. Por 4 años y se encuentra concluido
BID 501 – 764 *	¢ 2.736.196.783,21	Dirección de Obras Urbanas	Programa de Acueductos en ciudades Intermedias y en Comunidades Rurales	-	* No hay referencia

Fuente: Dirección Financiero: Ficha técnica de Empréstitos.2002* Fuente: Dirección de Obras Rurales. Setiembre, 2002

CUADRO No. 2
COOPERACIÓN EXTERNA NO REEMBOLSABLE DEL A y A

ENTE COLABORADOR	CONVENIO
ATN (Donación) * (1997 fecha desde que se giran los pagos)	Para desarrollar el Proyecto: Consultaría para realizar los diseños del Proyecto de Saneamiento y Alcantarillado sanitario de Ciudades Intermedias, quien fue dada a la unidad ejecutora de la Dirección de Obras Urbanas. El cual fue licitado los estudios según la Licitación Pública N° 93-1426 y la Licitación Pública N° 93-1425, por un monto total de: \$5.422.802,55
CAPRE: Comité Coordinador Regional de Instituciones de Agua Potable y Saneamiento de Centroamérica, Panamá y República Dominicana	Principios de la década de las noventa. Convenio con la finalidad de coordinar las acciones de colaboración e intercambio entre sus miembros en aspectos administrativos, técnicos y de recursos para aumentar la cobertura, mejorar y mantener la calidad de los servicios de agua y saneamiento de los países participantes.
OPS - OMS: Organización anamericana de la Salud	Ha generado en la última década pasada convenios de cooperación técnica. Colabora con el Programa Medio Ambiente y Salud en el Istmo Centroamericano: MASICA. Que es un plataforma que da respuesta oportuna al control de los factores ambientales que implican riesgo en la salud, por bajo suministro de agua segura, alcantarillado sanitario, ó disposición segura de desechos sólidos u otros. Los proyectos base que tiene son: Fortalecimiento Institucional, PROFIN; Educación para la Salud y el Ambiente, PROEDUC; Evaluación del Impacto en el Ambiente y la Salud, de los proyectos de Desarrollo, EIAS; Proyectos Sustantivos: Conservación de los Recursos Hídricos y Vigilancia de la Calidad del Agua, PROAGUA; Aspectos Ocupacionales y Ambientales de la Exposición a Plaguicidas, PLAGSALUD; Manejo y Control de los Residuos Sólidos; Contaminación Industrial y Vehicular; De los cuales ha sido participe de programas como PROFIN: Proyecto de Fortalecimiento Institucional, el cual ha apoyado con fondos de cooperación noruega, desde que inicio su marcha en 1991, este componente implementa un fortalecimiento en temas de salud y ambiente mediante un mecanismo de inversión en el sector. El financiamiento de estos proyectos son de su totalidad distribuidos a todos los países miembros. Y PROAGUA: Proyecto de Conservación del recurso hídrico el cual contribuye a mejorar la calidad y la cantidad del H2O, fortaleciendo planes y programas de vigilancia y control del H2O potable. La OPS ha venido colaborando con el A y A desde el año de 1961, a través de sus consultores en aspectos técnicos, comerciales, financieros y organizacionales.(Revista MASICA, junio, 2001p.47). En el 92 se firma un convenio para iniciar la programación

	y ejecución del Proyecto de Desarrollo Institucional del A y A. En el 93 se firma un convenio de Preinversión para realizar las actividades preparatorias para la puesta en marcha de los componentes de consultoría del Segundo Proyecto de Agua Potable y alcantarillado.
Interrelaciones con entes Nacionales	Se estima que la colaboración en actividades que involucren al A y A, en términos de que se pueda generar la dinámica de cooperación entre los servicios que prestan y la finalidad de la actividad a realizar.
Gobierno Frances: Municipalidad de Nanci	Convenio entre la Municipalidad de San José, Municipalidad de Nancy y el A y A. Para un estudio de prefactibilidad para proyecto en Río Torres. Donación de un camión de hidrovaciador entre los años 94 y 98
Comunidades	Monto de 40% del total de la obra, ya sea con un pago en especies por mano de obra o con dinero
KfW *	Concede al A y A parte del préstamo de DM 10.940.000,00 un aporte financiero hasta de DM 60.000,00 (sesenta mil marcos) siendo no reembolsables, para los años de 1994 - 1997. Este monto donado fue para un subprograma de capacitación para los funcionarios, mediante pasantías y cursos / seminarios, en temas como educación en higiene, contratación administrativa, hidrología subterránea, participación comunitaria en la ejecución y administración de sistemas para agua potable; referidos al Proyecto de ejecución del Programa de Agua Potable y Saneamiento Básico Rural I
BID	Extendió una donación para concesión de obras por un monto de \$400.000,00, donde se apoya el Proyecto de Concesión del Alcantarillado Sanitario Metropolitano, durante el periodo de 2000 – 20002

Fuente: Elaboración propia.2002

Fuente: Dirección de Obras Rurales. Setiembre - Octubre, 2002

CUADRO No. 3:
RESULTADOS ESPERADOS PARA CADA PROGRAMA O PROYECTO FINANCIADO POR
COOPERACIÓN EXTERNA EN EL A y A

PROGRAMA o PROYECTO FINANCIADO POR COOPERACIÓN	RESULTADO ESPERADOS
Proyecto de Tanques y redes (BCIE – 246)	Fortalecer el sistema de micro-medición que pretenda medir el 100% de los volúmenes consumidos por todos los usuarios de los sistemas de abastecimiento que administra el Instituto en el país Donde el periodo de ejecución sería de 1995 – 1999
II Proyecto de Agua Potable (BIRF 3625-CR)	Mejora el servicio de agua potable en el área metropolitana de San José (principalmente el desarrollo en los Campos de Pozos Norte y Oeste del Valle Central y la expansión de la red de distribución y Almacenamiento), y ejecutar un Programa de Control de Pérdidas. El periodo de ejecución es de 6 años, 1995-2000
Proyecto de Agua Potable en Centros Urbanos del País y Rehabilitación de la Infraestructura Sanitaria de Limón (BID – 636/ OC-CR) (BID – 637/ OC-CR) (BCIE- 254)	Responder a las necesidades de poblaciones urbanas que actualmente reciben un servicio deficiente en cantidad, continuidad, presión y en algunos casos en la calidad del agua suministrada, asimismo se debe de resolver los problemas en la infraestructura sanitaria de la Ciudad de Limón. Y el periodo de ejecución es de 1994 a 1998
Proyecto Agua Potable y Saneamiento Básico Rural I (KfW)	Este proyecto es financiado por el Gobierno de la República Federal de Alemania mediante un préstamo concedido. El cual esta acorde con las políticas nacionales de salud, donde las provincias beneficiarias fueran Guanacaste, Puntarenas y Limón, ya que en ellas se concentran la mayoría de los cantones prioritarios, donde las condiciones de vida y salud están muy deterioradas. Este programa incidirá notablemente en el mejoramiento de agua potable y saneamiento básico. Este proyecto se ejecutará en el periodo de 1994 a 1997

Fuente: Elaboración propia. 2002.

* Los impactos se toman positivos, ya que lo que se requiere es que la obra se concluya para llevar una mejor calidad de vida a la población vecina al proyecto. Recordando que el Instituto es una entidad que realiza proyectos de interés social no económico.

CUADRO No. 4
COOPERACIÓN RECIBIDA POR LA CCSS, (1999-2004)

NOMBRE	TIPO DE COOPERACION	FUENTES DE FINANCIAMIENTO
Programa de mejoramiento servicios de salud	Financiera reembolsable	BID
Programa Nacional de renovación Hospitalaria	Financiera reembolsable	Banco Bilbao, Viscaya Instituto Crédito Oficial de España
Construcción equipamiento Hospital Liberia	Financiera reembolsable	Banco Centroamericano Integración Económica
Reforma Sector Salud	Financiera reembolsable	Banco Mundial
Programa Español Reserva Indígena Chirripó	Financiera No Reembolsable	Agencia de Cooperación Alemana y Embajada de Alemania
Reconstrucción estructura física en salud	Financiera Reembolsable	BCIE
Detención temprana cáncer gástrico	Técnica y Financiera	Jaica
Semana Médica Baylor	Financiera No Reembolsable	Baylor College of Medicine
Curso de Capacitación	Técnica	CIESS
Programa Regional de recogida y tratamiento de los desechos sólidos de los Hospitales	Técnica y Financiera no reembolsable	Unión Europea
Elaboración de módulos de capacitación del programa de inmunizaciones	Técnica y no reembolsable	OPS
Accesibilidad servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes	Técnica y no reembolsable	OPS
Salud sexual y reproductiva de los adolescentes	Técnica y no reembolsable	Fondo de Poblaciones de Naciones Unidas
Asesoría técnica	Técnica	Chile

Fuente: Elaboración propia.

Informe trimestral, Consultoría Relaciones Internacionales Documento No Oficial de Gobierno elaborado por la CCSS en el año 2001

CUADRO NO. 5
PROYECTOS DE LA CCSSS

PAIS	NOMBRE DEL PROYECTO	GERENCIA RESPONSABLE	ESTADO
ARGENTINA	Mejoramiento de la calidad del servicio en el seguro de pensiones.	Gerencia División Pensiones	En trámite de aprobación
	Del Hospital Tradicional al Hospital Moderno	Gerencia División Modernización y Desarrollo	Aprobado
BRASIL	Fortalecimiento institucional área de gestión administrativa en una institución de salud.	Gerencia División Administrativa	En trámite de aprobación
	1. Gestión tecnológica en equipamiento biomédico. 2. Ingeniería biomédica.	Gerencia División Operaciones	En trámite de aprobación
ISRAEL	1. Desconcentración de establecimientos. 2. Reorganización de la Gerencia de la División Administrativa. 3. Desarrollo de un sistema integrado de información corporativa. 4. Sistema de facturación de servicios de salud. 5. Construcción servicio traumatología Hospital Max Peralta, de Cartago	Gerencia División Administrativa Gerencia División Médica, Dirección Regional Central Sur	En trámite de aprobación

CUADRO No. 6
PROYECTOS DE LA CCSS EN TRÁMITE DE APROBACIÓN

PAÍS	ACTIVIDAD	RESPONSABLE
BÉLGICA	Suscripción Convenio Hospital México- Universidad de Lovaina	Dirección Médica Hospital México
ESPAÑA	Suscripción Convenio Hospital La Paz- Hospital México	Dirección Hospital México
ESTADOS- UNIDOS	Ejecución Convenio Universidad de Texas Ejecución Convenio Baylor College of Medicine Suscripción Convenio Universidad de Galveston Suscripción Convenio Organización Amigos de las Américas-CCSS	Departamento Planificación, CENDEISS Depto. Desarrollo Recurso Humano, CENDEISS Depto. Desarrollo Recurso Humano, CENDEISS Subgerencia Médica de Servicios de Salud
FRANCIA	Suscripción Convenio Centro Hospitalario de Sainte Anne-CCSS	Dirección Médica, Hospital Chacón Paut
HOLANDA	Suscripción Convenio Asociación Holandesa de Médicos de Familia-CCSS-UCR-CMC	Depto. Desarrollo Recurso Humano, CENDEISS
ITALIA	Suscripción Convenio con la Universidad de Bologna –CCSS-UCR	Depto. Desarrollo Recurso Humano, CENDEISS
MÉXICO	Ejecución Convenio ISSSTE-CCSS Ejecución Convenio INCAN-CCSS Suscripción Addendum Convenio IMSS- CCSS Ejecución Convenio Básico de IMEXCI	Gerencia Médica y Gerencia Administrativa Gerencia Médica Gerencia de Modernización y Desarrollo Gerencias de División CCSS
REPUBLICA DOMINICANA	Ejecución Convenio para el fortalecimiento y desarrollo sistemas de seguridad social	Gerencia de Modernización y Desarrollo
TAIWAN	Ejecución Convenio Programa de Voluntarios	Dr. Wilman Rojas, Área de Salud de Talamanca

CUADRO No. 7
Cooperación Técnica y Financiera recibida por el Sector Salud
Ministerio de Salud

NOMBRE PROYECTO	FUENTE DE COOPERACIÓN	ENTE EJECUTOR	TIPO DE COOPERACIÓN			FECHA INICIO	FECHA FINAL	ESTADO PROYECTO	MONTO TOTAL	MONTO GIRADO
				FINANCIERA						
			TECN.	REEM.	NO REEM					
Medicina Pediátrica Nuclear	Organismo Internacional Energía Atómica	Servicio energía nuclear Hosp. San Juan de Dios	X		X		02/12/1997	Ejecutado	\$167.980.00	\$166.050.00
Hidrológica de agua y tierra	Organismo internacional energía atómica	AYA y otras dos instituciones				1991	1994	Ejecutado		
Estudio de la contaminación del agua	Organismo internacional energía atómica	AyA, UNA				1995	1999	Ejecutado		\$82.895
Radiológica :COS/9/004	Organismo internacional energía atómica	Unidad de Radiaciones e inmunizantes, Ministerio de Salud	x			1993	1996	Ejecutado	\$97.940	\$96.362
Protección Radiológica, Fase II: COS/9/005	Organismo internacional energía atómica	Unidad de Radiaciones e inmunizantes, Ministerio de Salud	x			1995	1996	Ejecutado	\$38.165	\$38.796

Programa de Naciones Unidas para la fiscalización Internacional de Drogas.	Programa de Naciones Unidas	Dirección de Registros y controles, MS	X			03/06/2002	11/06/2002	finalizado	No aplica	No aplica
" Observatorio Costarricense sobre Drogas"	Embajada de Los Estados Unidos de América	Dirección de Registros y controles MS			X	No aplica (el equipo fue entregado el 22-7-02)	No Aplica	aprobado y entregado	desconoce Embajada realizo compra directa	No aplica
Compra de fax y línea para uso exclusivo de la Unidad de Precusores e intercambio de información con otras autoridades	Embajada de Los Estados Unidos de América	Dirección de Registros y Controles MS			X	no aplica el equipo fue entregado el 22-7-02	No Aplica	aprobado y entregado	desconocido (la embajada realizó la compra directa)	No aplica
Carmen	Agencia Española de Cooperacion-CICAD-OEA	Direccion de Registros y controles MS		x		No aplica fecha entrega del equipo 6-3-02	no aplica	aprobado y entregado	Se desconoce	no aplica
Sitio Centinela	Embajada de los Estados Unidos de América CICAD-Costa Rica	Direccion de Registros y controles MS			x	No aplica el equipo y la línea fueron entregados en el año 1999	no aplica	aprobado y entregado	fax: 70017.7 línea: desconoce	no aplica
Censo de taller FAO	Embajda de Los Estados Unidos de America	Direccion de Registros y controles MS			x	No aplica el automovil fue	no aplica	aprobado y entregado	Se desconoce	no aplica

						entregado en el año 1990				
Consultoria acerca de gestion administrativa- financiera de la Direccion de nutricion y desarrollo infantil	INCAP OPS	Ministerio de salud	X					no aplica	desde 1993 \$120 000 2001	
25173	BID	Despacho Viceministro de Salud			X	2ªsemest 1997	1ª semest 1998	ejecutado	N.D	N.D
25087	PNUD	Oficialia mayor/direccion administrativa	X		X	2ªsemest 2001	1ª semest 1998	ejecutado	N.D	N.D
24730	CESO- Canadá Consultor: Ginette Gagné Koch	Servicios de Salud MS	X					Finalizado		
22355	CESO- Canadá Consultor: Gnette Gagné Koch	Servicios de Salud, MS	X			18/01/2002	27/02/2002	Finalizado		
	CESO- Canadá Consultor: Ginette Gag	Servicios de Salud MS	X			24/11/2001	12/12/2001	Finalizado		
	CESO- Canadá Consultor: Ginette Gagné Koch	Servicios de Salud MS	X			26/06/2001		Finalizado		
	CESO- Canadá Consultor: Ginette Gagné Koch	Servicios de Salud MS	X			Oct-99	Nov-99	Finalizado		

Apc / Programa de Clonación Rural de la Región Brunca	JICA	FEUCAZOSU-(COS) Federación de Unones Cantonales de la Zona Sur, y MS	X			10/01/2000	10/01/2000	Finalizado	\$75.092	\$75.092
Curso Entrenamiento en Grupo Histopathological Diagnosis of Early	JICA	MSP(COS) Ministerio de Salud	x			22/08/2000	29/10/2000	Finalizado	N.D	N.D
Vigilancia de Salud	JICA	MSP(COS) Ministerio de Salud Pública	X			01/01/2000	31/12/2001	Ejecutado	\$120	\$120
Puestos de Salud en Comunidades Indígenas	ACDI	Retojuvenil (COS) Reto Juvenil Internacional, MS			X	01/01/1999	01/01/1999	Ejecutado	\$20.133	\$20.133
Ampliación y Consolidación de los Cuidados Paliativos para los niños y niñas de Costa Rica	COREA	MSP (COS) Ministerio de Salud			X	01/01/1997	01/01/1997	Finalizado	N.D	N.D
Curso Oficial de Geriatría	BRASIL	MS	X			01/01/2002	12/01/2002	Finalizado	N.D	N.D
Programa Nacional de Prevención y atención de Cáncer Cervico	COREA	MS	X			01/01/1999	12/01/1999	Finalizado	\$270.218	

Programa Nacional del Sistema de Disposición de Excretas	AECI	MS (COS) Ministerio de Salud			X	01/01/1999	01/01/1999	Finalizado	\$105,263	
Programa Nacional del Sistema de Disposición de Excretas	AECI	MS (COS) Ministerio de Salud			X	año 2001	año 2002	Finalizado	\$54.079	
Capacitación de Microtoxinas y Asesoría de Especialistas en el Campo	México	UCR- (COS) Universidad de Costa Rica	X			15/01/2001	30/05/2001	Ejecutado	\$101.003	
Articulación de la Docencia, la Investigación y el Servicio en Modelo de la Salud Oral	México	MSP(COS) Ministerio de Salud Pública	X			15/09/2000	31/08/2001	Aprovado	\$37.600	
Fomento a Instituciones de Agua Potable y Saneamiento de Centroamérica, Panamá Y República Dominicana	GTZ	N.D			X	09/01/2000	09/01/2000	Finalizado	\$1.293,103	
Educación Saneamiento a Comunidades Indígenas	ACDI	ARADIKES (COS) Asociació Regional Aborígen del Dikes			X	08/01/2000	07/01/2001	Finalizado	\$28.000	

Certificación de Laboratorios y Equipos para Realizar Ensayos no Destructivos	ARGENTINA	N.D	X			01/01/2000	07/01/2000	Aprobado		
Apoyar a la Selección de Control Químicos Precusores del Ministerio	E.U.A	MSP (COS) Ministerio de Salud Pública			X	01/01/2000	07/01/2000	Finalizado	\$20,00	
Hogar de Día para los Ancianos	AECI	N.D			X	06/01/2000	08/01/2001	Finalizado		
Servicio de Atención a las Personas	OPS/OMS	MSP (COS) Ministerio de Salud Pública	X			01/01/2000	31/12/2001	Ejecutado	\$187,345*	\$148,458*
Acueducto en Punta Cocles	AECI	MIDEPLAN (COS) Ministerio de Planificación y Política Económica		X		05/01/1999	09/01/2000	Finalizado		
Detección Temprana del Cáncer Gástrico	JICA	CCSS (COS) Caja Costarricense del Seguro Social			X	02/03/1995	28/02/2000	Finalizado		
Centro de Salud Indígena	ACDI	Reto Juv. (COS) Fundación Reto Juvenil			X	02/01/2000	12/01/2000	Finalizado	\$4.000,00	\$4.000,00

Curso de Entrenamiento en Gruppo Hitopathological Diagnosis of Early Gastric & Colorectal Carcinomas	JICA	N.D	X			22/08/2000	29/10/2000	Finalizado		
Paquete Básico de Salud Escolar	IMCI	N.D		X		01/08/2000	31/10/2000	Ejecutado	\$12,50	
Adecuación de Servicios Primarios en Salud en Zonas Marginales	ACDI	N.D		X		16/01/1995	19/01/2002	Ejecutado	\$60.000,00	
Apoyo al Hospital de Mujeres	ACDI	N.D	X			01/01/1998	01/01/2000	Finalizado		
PLAGSALUD	DANIDA	MS	X							
Construcción de lineamientos rectores en educación para la salud a nivel local	México	MS	X					En ejecución		
Centros familiares y comunitarios de atención integral a la infancia y a la adolescencia	México	MS	X					Finalizado		
Escuelas Promotoras de la Salud	México	MS, M Educación, CCSS	X					En ejecución		

Protección y Desarrollo del Medio Ambiente	OPS	MS, CCSS, AYA, UCR, UNED, Municipalidades, MINAE, MEP, MAG	x			1998	1999	Ejecutado	\$4,561,253*	\$3,398,994*
Nutrición Seguridad Alimentaria	OPS	MS, CCSS	X			1998	1999	Ejecutado	\$97,663*	\$89,178*
Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud	OPS	MS, CCSS, IAFA, Ministerio de la Presidencia	X			1998	1999	Ejecutado	\$1,826,072*	\$1.723.773
Salud de la Familia y Cuestión Población	OPS	MS, CCSS, IAFA, Ministerio de la Presidencia	X			1998	1999	Ejecutado	\$107,000*	\$103.000
Evaluación de la situación Sanitaria y sus Tendencias	OPS	MS, CCSS, UCR	X			1998	1999	Ejecutado	\$46.300	\$36.882
Vigilancia de Salud	OPS	CCSS, MAG, UNA, UCR, MS	x			2000	2001	Ejecutado	\$239.750	\$225.020
Conducción y Dirección en Salud	OPS	MS, CCSS, UCR, Colegios y Asoc. Profesionales en el área de la Salud	x			2000	2001	Ejecutado	\$126.500	\$104.833
Protección y Desarrollo del Ambiente	OPS	CCSS, AYA, UCR, UNED, Municipalidades, MINAE, MEP, MAG	x			2000	2001	Ejecutado	\$1.662.904	\$1.155.210

Seguridad Alimentaria y Nutricional	OPS	MS, CCSS, UCR, MAG, MEP, Inciensa, Municipalidades.	x			2000	2001	Ejecutado	\$135.074	\$111.145
Regulación Sectorial en Salud	OPS	MS, CCSS, IAFA, Ministerio Presidencia, Municipal.	x			2000	2001	Ejecutado	\$162.057	\$150.801
Mejoramiento servicios de salud (Post Mitch)	OPS	MS CCSS, UCR	x			2000	2001	Ejecutado	\$1,640,287	\$1,118,279
Medio Ambiente y Salud en el istmo CA	OPS	Instituciones públicas de CA	x			2000	2001	Ejecutado	\$198,880	\$181,639
Aspectos ocupacionales y ambientales de exposición a plaguicidas en el istmo CA	OPS	Instituciones públicas de CA	x			2000	2001	Ejecutado	\$224,054	\$182,277
Programa preparativos para situación de emergencias y coordinación del socorro en caso de desastres	OPS	MS, Cruz Roja, CNE, CCSS, Universidades	x			2000	2001	Ejecutado	\$943,642	\$770,411
Mujer, salud y desarrollo	OPS	Ms, CCSS, INAMU, Países de CA	x			2000	2001	Ejecutado	\$366,753	\$298,008

Fuente: (OPS, Direcciones Regionales y Centrales MINSA, informe MICIT (OIEA))

I. SIGLAS

AyA	Instituto Nacional de Acueductos y Alcantarillados
AID	Agencia Internacional para el Desarrollo
BCIE	Banco Centroamericano de Integración Económica
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
BIRF	Banco Internacional de Fomento y Reconstrucción
CATIE	Centro Agrónomo y Tropical de Investigación y Educación
CCSS	Caja Costarricense de Seguro Social
CEPAL	Comisión Económica para América Latina
CIESS	Centro Iberoamericano de Estudios de Seguridad Social
CTPD	Cooperación Técnica para Países en Desarrollo
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación
IICA	Instituto Interamericano
KfW	Kreditanstalt für Wiederaufbau
MINSAL	Ministerio de Salud
MIDEPLAN	Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica
MERC	Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto
ODA	Agencia Oficial para el Desarrollo (Canadá)
OECD	Overseas Economic Cooperation Fund
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organismos No Gubernamentales
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PNUD	Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo
PNUMA	Programa de Naciones Unidas para el Medio Ambiente
SNU	Sistema de Naciones Unidas
SUNFED:	Fondo Especial para el Desarrollo Económico
UCR	Universidad de Costa Rica

UNA Universidad Nacional

UNESCO Organización de Naciones Unidas para la Educación la Ciencia y la Cultura

UNICEF Fundación de las Naciones Unidas para la Niñez

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CAPITULO I

CONTEXTO ECONÓMICO, POLÍTICO Y SOCIAL

CONCLUSIONES

La economía del país está altamente expuesta a los cambios externos y su evolución depende del desenvolvimiento de la economía internacional. Esto ha hecho que la deuda externa sea cada vez más alta, por cuanto aumentó su importancia relativa dentro del pago total de intereses de la deuda pública entre el 2000 y el 2001. Los resultados de la balanza comercial y de la cuenta corriente de la balanza de pagos pusieron de manifiesto esa pérdida de dinamismo de la actividad económica del país. Estas variables inciden negativamente en los programas de carácter social como es la salud.

Desde el punto de vista político, económico y social, Costa Rica a inicios del siglo XX emprende una serie de programas de desarrollo en educación, trabajo, vivienda y salud, entre otros, que lo destacan en la actualidad como un país con indicadores sociales ventajosos, a pesar de las altas fluctuaciones de la economía especialmente las de los últimos años.

Aún cuando Costa Rica se ha caracterizado por su relativa estabilidad política y el apego de la población al sistema democrático, algunos elementos deben ser revisados con mayor detenimiento, pues se arrastran limitaciones importantes en la participación ciudadana y en el nivel de apoyo que tiene el sistema político costarricense.

Los países han considerado que para lograr un desarrollo sostenible en el ámbito nacional, es necesario resolver integralmente diversos problemas políticos, económicos, sociales y ambientales. Entre ellos los relacionados con niveles de pobreza, problemas de salud, deuda interna, migraciones, desastres naturales, patrones inadecuados de asentamientos humanos y crecimiento poblacional desmedido. Asimismo los relacionados con la concentración de la tierra, la administración de la justicia, la corrupción y la democratización de las estructuras políticas que permitan la participación activa de la ciudadanía, entre otros.

Se considera que los logros tras el proceso de reforma del Sector Salud son tangibles. Sin embargo se estima que quedan muchas labores pendientes en dicho proceso, especialmente las relacionadas con la accesibilidad, la distribución de los recursos y la equidad de los servicios.

Recomendaciones

Costa Rica tiene un reto importante al buscar conciliar los intereses que impulsan la estrategia de globalización y la estrategia de desarrollo sostenible, dentro de un contexto internacional que promueve la integración de los países.

Es necesario para consolidar el proceso de reforma del Sector Salud trabajar sobre los siguientes tópicos de interés:

Asegurar la sostenibilidad financiera del sistema.

Fortalecer el rol de rectoría del Ministerio de Salud.

Continuar con el proceso de consolidación del primer nivel de atención.

Fortalecer la red de servicios de salud.

Profundizar el proceso de desconcentración y participación social.

Seguir conduciendo la modernización y del desarrollo de la CCSS y de las demás organizaciones del Sector Salud.

Mejorar los sistemas de información.¹⁹

Crear mecanismos tendientes a la garantía de la calidad, equidad y humanización de los servicios.

Mantener la cobertura de servicios y la prestación con calidad dentro de las restricciones financieras que tiene el sector.

Mejorar la calidad y eficiencia de los servicios de salud que se brindan a la población bajo los principios que fundamentan la seguridad social: universalidad, equidad y solidaridad, dentro de un marco de

¹⁹ Mejorar los sistemas de información significaría dictar políticas nacionales suficientemente flexibles para incorporar las particularidades de cada región, y no aplicar las mismas en todo el país. Se necesita contar con información precisa y detallada de cada región para conocer el índice de desarrollo social particular (por ejemplo, para medir el índice de pobreza)

acción que optimice los sistemas relacionados con la gestión financiera y de materiales, así como con la gestión de los recursos humanos, esta última como básica para llevar adelante los procesos de desarrollo organizacional, por ser los recursos humanos los sujetos pensantes que llevan adelante toda transformación.²⁰

²⁰ Ver capítulo correspondiente a Recursos Humanos.

CAPITULO II**DEMOGRAFIA Y EPIDEMIOLOGIA.**

CONCLUSIONES	RECOMENDACIONES
La expectativa de vida en el 2000 fue de 77.5 años, con notable incremento de la población de adultos mayores de 65 años y la inmigración sigue siendo un fenómeno constante que impacta en la demanda de servicios de todo tipo.	Se deben planificar los servicios de salud para atender la potencial demanda de los adultos mayores y para atender la salud de las poblaciones con alta concentración de inmigrantes.
La mortalidad general se mantiene en niveles bajos, pero la sexta parte de estas muertes corresponde a personas de 15 a 49 años, debido a causas prevenibles.	Poner en marcha programas de promoción y prevención para el grupo de 15 a 49 años para reducir su mortalidad y aprovechar su capacidad productiva en forma óptima.
La mortalidad materna e infantil en gran medida está asociada a causas que son prevenibles y que están asociadas a las condiciones de vida y la capacidad de respuesta de los servicios de salud.	Fortalecer el interés político para reducir la mortalidad infantil y materna, y focalizar estrategias de intervención en cantones seleccionados por su alta tasa de mortalidad.
Las enfermedades prevenibles por vacunación se han reducido en forma importante, pero aún persisten dificultades para el control y vigilancia de otras enfermedades inmunoprevenibles, así como de las emergentes, reemergentes y las no transmisibles.	Incorporar a partir del 2003 nuevas vacunas de acuerdo con el perfil nacional y fortalecer la vigilancia epidemiológica de las enfermedades emergentes y reemergentes y no transmisibles.
Las intoxicaciones por plaguicidas son un problema en zonas de alta explotación agrícola y existe subregistro en su notificación.	Fortalecer el sistema de registro de las intoxicaciones por plaguicidas y regular el uso de estos productos por debajo de los promedios actuales (2kg. por persona por año).
La capacidad de análisis de la información epidemiológica es limitada.	Se debe fortalecer la capacidad de análisis y de investigación epidemiológica y la experiencia en salud pública de los recursos humanos.,
Aún existe insuficiente aporte de la epidemiología a la gestión de los servicios de salud.	Se deben mejorar el monitoreo, supervisión y evaluación de las acciones de salud, utilizando la información epidemiológica disponible.

CAPITULO III

ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DEL SECTOR SALUD

CONCLUSIONES

Se presenta confusión en la conformación del Sector Salud, debido a que existen dos decretos ejecutivos diferentes entre sí y se encuentran vigentes.

Las funciones de rectoría están claramente definidas, sin embargo se conservan acciones operativas en la estructura organizacional del Ministerio de Salud.

La CCSS debe atender a las personas cuando en el INS se les agota la cobertura de las pólizas por riesgos de trabajo y accidentes de tránsito, sin el traslado de los recursos financieros correspondientes.

Existen grados diferentes de desconcentración en las instituciones del sector (mínima y máxima), aspecto que restringe el desarrollo de la organización como un todo.

Los esquemas de regionalización de las instituciones del sector salud no son coincidentes, aspectos que afectan la planificación y coordinación de los planes, proyectos y programas operativos.

No existen mecanismos sectoriales de control y evaluación integral del proceso de modernización.

La población adscrita a los EBAIS en las diferentes zonas geográficas del país, supera los parámetros de adscripción definidos para su cobertura en salud, debido a que el modelo no está totalmente desarrollado.

Existe un crecimiento de establecimientos de salud especializados para la atención de acciones y/o enfermedades específicas (geriatria, mujeres, psiquiatria, oftalmología, control del dolor, cáncer en general y cáncer gástrico en forma específica, entre otros).

La organización de las instituciones del sector, no está debidamente preparada para responder a los cambios de los perfiles epidemiológicos, al incremento de la población mayor de 65 años, crecimiento en las expectativas de vida, aumento de las enfermedades crónicas y degenerativas, modificación de los estilos de vida, prevalencia e incidencia de las enfermedades transmisibles, entre otras.

RECOMENDACIONES:

Solicitar a los órganos políticos correspondientes establecer en forma definitiva la conformación el sector salud.

Trasladar las funciones operativas que realiza el Ministerio de Salud a las Instituciones que corresponda.

Estudiar la factibilidad de asignar a la CCSS la atención directa en salud de las personas producto de los accidentes laborales y de tránsito y el traslado de los recursos financieros correspondientes.

Considerar la factibilidad de otorgar la desconcentración máxima a las unidades de ámbito regional y local.

Determinar la conveniencia de unificar la conformación interna de las regiones geográficas de las instituciones del Sector Salud.

Establecer mecanismos sectoriales de control y evaluación para responder al proyecto de modernización del sector salud.

Desarrollar integralmente el modelo de áreas de salud y de EBAIS a nivel nacional.

Realizar un estudio de costo-beneficio que determine la factibilidad de continuar con la creación de establecimientos de salud para la atención de acciones y /o enfermedades específicas, o determinar la conveniencia de mejorar, ampliar y dotar a los hospitales nacionales, regionales y periféricos de servicios específicos y de la capacidad resolutive requerida.

En algunas instituciones es necesario realizar procesos de modificación organizacional que permitan reducir los costos de administración, orientar la organización a satisfacer los requerimientos de los usuarios, responder a los cambios epidemiológicos de la población y al crecimiento de las expectativas de vida, entre otros aspectos.

CAPITULO IV

COOPERACIÓN EXTERNA

CONCLUSIONES

Costa Rica tiene buena relación con los cooperantes, dada su participación activa en los distintos ámbitos internacionales donde se toman decisiones relacionadas con la gestión de la cooperación nacional, regional o mundial.

Existen pocos controles formales, pero se ha podido constatar, a la fecha, que los recursos externos destinados a la cooperación no se desvían para ser utilizados en otros fines.

Existen nuevos pilares que sustentan el edificio moderno de la cooperación. Externamente están la participación de las Organizaciones No Gubernamentales (ONG), el fortalecimiento de la cooperación técnica y las herramientas de informática que agilizan la gestión en este campo. Internamente se destacan el apoyo político que la define como eje estratégico en el Plan Nacional de Desarrollo, el fortalecimiento de la Dirección de Cooperación Internacional del MREC y de MIDEPLAN que sirve de apoyo a la interrelación entre las instituciones del Sector Salud.

En la actual coyuntura del Sector Salud se crea el espacio para lograr una coordinación efectiva entre los diferentes actores que participan en materia de cooperación internacional por la importancia de política pública que tal materia ha logrado.

RECOMENDACIONES

Desarrollar una imagen atractiva para captar recursos en cooperación externa, a cargo de la instancia técnica respectiva donde uno de los componentes a resaltar dentro de esta estrategia de promoción sean los logros del país en salud. A su vez, el alto nivel técnico que existe permite la ejecución de proyectos con recursos limitados y la posibilidad de brindar asesoría técnica de apoyo al desarrollo de otros países de América Latina.

Crear y fortalecer las Oficinas de Cooperación Externa y Asuntos Internacionales en las instituciones del Sector Salud, con independencia técnica y financiera y con estrecha relación con los tomadores de decisiones del más alto nivel de cada institución, para lo cual es necesario dotar de recursos humanos, tecnológicos económicos y de infraestructura a estas instancias para desarrollar una red de comunicación entre ellas y con las distintas fuentes cooperantes.

El perfil funcional de la Oficina sería:

Proporcionar asesoría técnica a las diferentes estancias de cada institución, en el desarrollo de programas o proyectos de cooperación con instituciones, organismos internacionales gubernamentales y no gubernamentales del ámbito internacional, con el propósito de colaborar en la toma de decisiones.

Recopilar, procesar y divulgar información sobre las posibilidades de cooperación internacional, con base en los lineamientos de política exterior del país, de organismos internacionales y de cada institución, con el fin de contar con información actualizada para el desarrollo de la gestión.

Elaborar por delegación superior propuestas de convenios de cooperación.

Realizar los trámites internos de aprobación de proyectos y la asistencia técnica a las Unidades Ejecutoras.

Considerar la ampliación de intercambio con lo que respecta a la Venta de Oxígeno, que no contemple solamente cambio de deuda por naturaleza, sino que se podría extrapolar para el sector salud para obtener un mayor beneficio mediante la cooperación.

No existe un plan de trabajo estratégico sobre el comportamiento de la Cooperación Externa en el Sector Social, por lo que se considera fundamental la elaboración de un estudio específico que involucre la construcción de parámetros tomando en cuenta los distintos subsectores, a saber: salud, educación (formal, técnica, capacitación), vivienda, trabajo, cultura, juventud y deporte, género, niñez y adolescencia, entre otros que conforman el Consejo Social.

MINISTERIO DE SALUD

ANALISIS
SECTORIAL
DE SALUD

COSTA RICA

2002



CON LA COOPERACION TECNICA DE OPS/OMS



MINISTERIO DE SALUD

**ANÁLISIS SECTORIAL
COSTA RICA
2002**

SECCIÓN II
Dra. Rocío Sáenz Madrigal
Ministra
Coordinadora General

Msc. Edwin Acuña Ulate
Coordinador Análisis Sectorial

OPS/OMS
Cooperación Técnica

San José, Costa Rica 2002

Agradecimientos

A OPS/OMS, Washington, por la cooperación técnica brindada para la ejecución de este análisis.

A la representación OPS/OMS en Costa Rica, por acompañar este proceso desde sus inicios brindando su colaboración técnica y metodológica.

A las instituciones del sector salud que dieron amplio apoyo al proceso.

A funcionarios del sector salud que participaron en cada uno de los grupos de trabajo constituidos.

A académicos de universidades públicas y privadas que participaron en los grupos en carácter de expertos.

A representantes de organizaciones sociales y gremiales del Sector Salud que brindaron su apoyo para la consecución de los objetivos.

A profesionales del Sector Salud que dieron su apoyo en cada una de las áreas de su conocimiento.

Al personal técnico y administrativo del Ministerio de Salud que colaboró en las distintas etapas de la elaboración del análisis.

ANÁLISIS DEL SECTOR SALUD COSTA RICA

2002

EQUIPOS DE TRABAJOS

CONTEXTO ECONÓMICO, POLÍTICO Y SOCIAL

Msc. Eddy Castro Alpízar	Banco Central de Costa Rica
Licda. Katia Fernández	Caja Costarricense de Seguro Social
Lic. Guido Barrientos	Estado de la Nación

EPIDEMIOLOGÍA Y DEMOGRAFÍA

Dr. Willy Carrillo Angulo	Ministerio de Salud
Dra. Teresita Solano Chinchilla	Ministerio de Salud
Dra. Hugo Arguedas Jiménez	Ministerio de Salud
Dra. María Ethel Trejos	Ministerio de Salud
Alejandra Acuña Navarro	Ministerio de Salud
Dra. Leda Charpentier González	Ministerio de Salud
Rosa María Vargas	Ministerio de Salud
Héctor Pérez Brignoli	Universidad Nacional
Teresita Guzmán Duarte	Consejo de Seguridad Vial
Humberto Paredes Montiel	Organización Panamericana de la Salud

ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

Mba. Eduardo Aguilar Jiménez	Caja Costarricense de Seguro Social
Mba. Albán de la O Espinoza	Caja Costarricense de Seguro Social
Msc. Jairo Niño	Organización Panamericana de la Salud
Licda. Ana C. León Vargas	Ministerio de Salud
Dra. Marcela Vives	Ministerio de Salud
Mba. Jorge Sequeira Benavides	Caja Costarricense de Seguro Social
Msc. Ricardo Jiménez Badilla	Caja Costarricense de Seguro Social
Licda. María Rocío Martínez Hidalgo	Caja Costarricense de Seguro Social

COOPERACIÓN EXTERNA

Beatriz Bolaños	Acueductos y Alcantarillados
Bach. Karina Guardia	Ministerio de Salud
Licda. Kattia Fernández	Caja Costarricense de Seguro Social
Licda. Mercedes Méndez	Caja Costarricense de Seguro Social

RECTORÍA Y FUNCIONES ESENCIALES DE SALUD PÚBLICA

Dra. Darlyn Castañedas López	Ministerio de Salud
Dra. Rocío Sánchez	Caja Costarricense de Seguro Social
Msc. Xinia Rodríguez	Ministerio de Planificación Nacional
Msc. Marielos Benavides	Caja Costarricense de Seguro Social
Licda. Xinia Gómez Sarmiento	Ministerio de Salud
Msc. Marielos Rojas Espinoza	Ministerio de Salud

PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

Dra. María Elena López	Ministerio de Salud
Dr. Francisco Gólcher	Ministerio de Salud
Dra. Lidieth Carballo	Ministerio de Salud

GASTO Y FINANCIAMIENTO DE LA ATENCIÓN A LA SALUD

Lic. Gustavo Picado	Caja Costarricense de Seguro Social
Elizabeth Rodríguez	Caja Costarricense de Seguro Social
Msc. Rodolfo Morera	Caja Costarricense de Seguro Social
Msc. Katty Sáenz	Caja Costarricense de Seguro Social
Walter Calderón	Caja Costarricense de Seguro Social
Andrés Acuña	Caja Costarricense de Seguro Social
Shirley Quesada	Organización Panamericana de la Salud
Marcela Román	Proyecto Estado de la Nación
Desirée Castrillo	Banco Central de Costa Rica
Carlos Carrillo	Banco Central de Costa Rica
Paúl Castro	Instituto Nacional de Seguros
Patricia Phillips	Instituto Nacional de Seguros
Sergio Russell	Instituto Nacional de Seguros
Mba. Sandra Barrientos	Ministerio de Salud
Lic. Jorge Enrique Araya	Ministerio de Salud

RECURSOS TECNOLÓGICOS

Ing. Edgar Morales González

Dra. Jacqueline Peraza

Msc. Jennifer Lee

Ing. Marco Antonio Mora

Ing. Germán Cabrera

Dra. Ginnette Castro

Ministerio de Salud

Ministerio de Salud

Ministerio de Salud

Caja Costarricense de Seguro Social

Caja Costarricense de Seguro Social

Caja Costarricense de Seguro Social

RECURSOS HUMANOS

Lic. Lisímaco Guevara

Msc. Anargerí Solano

Msc. Carmen Campos

Lic. Mario Zúñiga

Licda. Mauren Vizcaíno

Msc. Odette Campos

Lic. Jorge Soto

Msc. Rosy Carballo

Dr. Guido Ulate

Msc. Rocío Rodríguez

Licda. Ingrid Behm

Lic. Guillermo Abarca

Msc. Nery Parada

Dra. Sandra Murillo

Ministerio de Salud

Ministerio de Salud

Ministerio de Salud

Acueductos y Alcantarillados

Hospital CIMA San José

ANPE

SIPECO

Ministerio de Salud

Universidad de Costa Rica

Universidad de Costa Rica

Universidad de Costa Rica

Caja Costarricense de Seguro Social

Caja Costarricense de Seguro Social

Organización Panamericana de la Salud

OFERTA Y DEMANDA DE SERVICIOS DE SALUD

Dr. Francisco Gólcher Valverde	Ministerio de Salud
Dra. Lidieth Carballo Quesada	Ministerio de Salud
Msc. Jacqueline Castillo Rivas	Caja Costarricense de Seguro Social
Msc. Norma Ayala Díaz	Caja Costarricense de Seguro Social
Msc. Elizabeth Rodríguez Jiménez	Caja Costarricense de Seguro Social
Msc. Ligia Moya de Madrigal	Caja Costarricense de Seguro Social
Msc. Katty Sáenz Vega	Caja Costarricense de Seguro Social
Msc. Marielos Benavides Alvarado	Caja Costarricense de Seguro Social
Licda. Roxana Aguilar Arguedas	Caja Costarricense de Seguro Social

VIH/SIDA

Dra. Jessica Salas	Ministerio de Salud
Dra. Marcela Vives	Ministerio de Salud
Hilda Salazar	Ministerio de Salud
Dr. Ignacio Salom	Caja Costarricense de Seguro Social
Leylin Méndez	Caja Costarricense de Seguro Social
Zeidy Mata	Caja Costarricense de Seguro Social
Luis Valerio	Defensoría de los Habitantes
Cristina Garita	Coordinadora Red Nacional ONG
Luis Bernardo Villalobos	Universidad de Costa Rica

SALUD AMBIENTAL

Licda. Xinia Alvarado Zeledón	Universidad de Costa Rica
Ing. Luis Bermúdez Jiménez	Ministerio de Salud
Licda. Rosi Carballo Picado	Ministerio de Salud
Ing. Andrés Incer Arias	Ministerio de Salud
Licda. Vilma Pacheco Urpí	Ministerio de Salud
Ing. Federico Paredes Valverde	Ministerio de Salud
Licda. Elizabeth Solórzano Jiménez	Ministerio de Salud
Dr. Gerardo Vicente Salazar	Ministerio de Salud

SALUD MENTAL

Dr. Rigoberto Castro Rojas	Asoc. Cost. de Psiquiatria
Dra. Kattia Jiménez Reyes	IAFA
Dra. Giselle Amador Muñoz	IAFA
Dra. Rosa María Villalobos	Caja Costarricense de Seguro Social
Licda. Agnes Gutiérrez	Caja Costarricense de Seguro Social
Dr. Walter Ureña Quirós	Caja Costarricense de Seguro Social
Licda. Marianela Cubero	Patronato Nacional de la Infancia
Msc. Milagro Somarriba	Ministerio de Salud
Licda. Laura Noguera Quintero	Ministerio de Salud
Licda. Patricia Poltronieri	Ministerio de Salud
Dra. Carmen Macanche Baltodano	Ministerio de Salud

VULNERABILIDAD Y PREPARATIVOS PARA DESASTRES

Ing. Grettel Meneses	Ministerio de Salud
Dra. Azálea Espinoza	Ministerio de Salud
Dra. Sonia Cruz	Caja Costarricense de Seguro Social
Dra. Ileana Herrera	Ministerio de Salud

INTEGRACIÓN DE DOCUMENTOS

Msc. Carlos Fuentes Bolaños	CENDEISSS/Caja Costarricense de Seguro Social
Sr. Marvin Viquez	Ministerio de Salud

COOPERACIÓN TÉCNICA OPS/OMS

Dr. Philippe Lamy	Representante
Dr. Javier Santacruz	Consultor de Sistemas y Servicios de Salud
Dr. Humberto Montiel	Consultor de Epidemiología
Dra. Miryam Cruz	Consultora de Promoción de la Salud
Ing. Ricardo Torres	Consultor de Ambiente
Dra. Sandra Murrillo	Consultora de Nutrición

DIVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Dr. Daniel López Acuña	Organización Panamericana de la Salud
Dr. Priscilla Rivas	Organización Panamericana de la Salud
Dr. Eduardo Levcovitz	Organización Panamericana de la Salud
Dr. Fernando Lavadenz	Organización Panamericana de la Salud

EQUIPO DE APOYO

Mba. Vanesa Sánchez Carvajal	Ministerio de Salud
Sra. Natalia Solano Nájera	Ministerio de Salud

COORDINADOR ANÁLISIS SECTORIAL

Msc. Edwin Acuña Ulate	Ministerio de Salud

Tabla de Contenido

V. RECTORIA Y FUNCIONES ESENCIALES DE SALUD PÚBLICA.....	5
A. RESUMEN	5
B. ANTECEDENTES DE LA RECTORIA EN SALUD EN COSTA RICA.....	5
C. MARCO LEGAL DE LA RECTORIA DEL MINISTERIO DE SALUD	7
D. MARCO CONCEPTUAL.....	10
1. <i>Concepto de Rectoría en Salud</i>	11
2. <i>Autoridad sanitaria</i>	11
3. <i>Funciones de la rectoría</i>	11
4. <i>Funciones esenciales de Salud Pública</i>	13
E. SITUACIÓN ACTUAL DE LA RECTORÍA DE LA SALUD EN COSTA RICA	14
F. MEDICIÓN DEL DESEMPEÑO DE LAS FUNCIONES ESENCIALES DE SALUD PÚBLICA EN COSTA RICA (FESP)	31
1. <i>Antecedentes</i>	31
2. <i>Descripción del proceso de medición</i>	31
3. <i>Identificación de áreas de intervención prioritaria</i>	32
G. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	36
VI. PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD.....	41
A. RESUMEN.....	41
B. LA ESTRUCTURA DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD	41
C. MODALIDADES DE ASEGURAMIENTO EN EL SEGURO DE SALUD	47
D. EVOLUCION DE LA COBERTURA, 1984-2000.....	48
E. RESULTADOS POR AREA GEOGRAFICA.....	49
F. CONCLUSIONES	53
VII. GASTO Y FINANCIAMIENTO DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD	101
A. RESUMEN	101
B. INTRODUCCIÓN	102
C. DESCRIPCIÓN DE LOS FLUJOS FINANCIEROS DEL SECTOR SALUD	103
D. GASTO NACIONAL EN SALUD.....	106
E. GASTO PÚBLICO EN SALUD.....	108
F. GASTO PRIVADO EN SALUD	110
G. RESULTADOS DEL SCNS.....	112
H. FUENTES DE FINANCIAMIENTO DEL GASTO EN SALUD	114
I. FUNCIONES DE ATENCIÓN A LA SALUD Y PROVEEDORES	115
J. FUNCIONES DE ATENCIÓN A LA SALUD Y AGENTES DE FINANCIAMIENTO	116
K. AGENTES DE FINANCIAMIENTO Y PROVEEDORES	117
L. SITUACIÓN DEL SEGURO DE SALUD	118
M. MEJORAS EN LA GESTIÓN DE LOS INGRESOS.....	122
N. SOSTENIBILIDAD FINANCIERA.....	127
O. BIBLIOGRAFÍA.....	129
VIII. LOS RECURSOS HUMANOS EN SALUD.....	173
A. RESUMEN	173
B. INTRODUCCIÓN	175

C.	METODOLOGÍA	177
D.	EL EMPLEO EN SALUD.....	190
E.	LA REGULACIÓN DEL EJERCICIO PROFESIONAL	204
F.	BIBLIOGRAFÍA	210
IX.	RECURSOS TECNOLOGICOS	213
A.	INTRODUCCIÓN	213
B.	INFRAESTRUCTURA FÍSICA Y GESTIÓN TECNOLÓGICA	215
C.	PROGRAMA BANDERA AZUL ECOLÓGICA	226
D.	TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN (TIC).....	231
E.	MEDICAMENTOS	235
F.	BILIOGRAFIA	242
X.	OFERTA Y DEMANDA DE SERVICIOS DE SALUD.....	245
A.	RESUMEN EJECUTIVO.....	245
B.	INTRODUCCIÓN	246
C.	METODOLOGÍA.....	246
D.	OFERTA DE SERVICIOS	248
E.	ESTIMACIÓN DE LA DEMANDA DE SERVICIOS DE SALUD.....	262
F.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	285
	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	289

SECCIÓN II
“FUNCIONES”

CAPÍTULO V

“ RECTORÍA Y FUNCIONES ESENCIALES DE SALUD PÚBLICA ”

V. RECTORIA Y FUNCIONES ESENCIALES DE SALUD PÚBLICA

A. RESUMEN

En la reflexión que se ha venido generando en torno al impacto de los procesos de reforma del Estado en la salud pública de los países en la Región de las Américas, ha sido tema de consistente tratamiento la responsabilidad del Estado en los asuntos relacionados con la salud, reconociéndose como una de sus funciones indeclinables orientada a mejorar el desempeño del Sistema Nacional de Salud y los procesos de Reforma Sectorial.

En este contexto, el tema de la rectoría en salud cobra un amplio reconocimiento como un tópico central en los planteamientos de la Reforma del Sector Salud en Costa Rica.

Ante este desafío, resulta imperativo fortalecer el papel rector del Ministerio de Salud, así como el liderazgo del sector en su conjunto para abogar por la salud y para negociar y concertar con otros sectores. Se requiere, en la coyuntura sociopolítica particular que está viviendo el país, un liderazgo que permita orientar el accionar intersectorial, interinstitucional e interdisciplinario, con miras a reducir la inequidad en las condiciones de salud en el marco de un desarrollo integral y sostenible.

Tomando en cuenta lo anterior, surge la necesidad de realizar un ejercicio de reflexión y análisis sobre la función rectora en el país, así como del avance percibido en el fortalecimiento institucional del Ministerio de Sa

Ello supone incursionar en las fortalezas y debilidades que la Institución tiene para ejercitar la capacidad de conducción en el ejercicio de la Rectoría.

El presente trabajo constituye una sistematización de la revisión bibliográfica y de la utilización de instrumentos que se aplicaron para obtener una visión de la percepción de los diferentes actores sociales sobre el papel de la Rectoría en Costa Rica.

Este documento pretende condensar dicho pensamiento y servirá de insumo importante para la definición de la política de salud.

B. ANTECEDENTES DE LA RECTORIA EN SALUD EN COSTA RICA

En el marco de la negociación del tercer programa de ajuste estructural, a inicios de la década de los noventa, y ante la crisis económica que vive el país, se producen una serie de foros de análisis político y de evaluaciones del sector salud, que plantean la necesidad de producir cambios al interior de las instituciones que lo conforman para orientar los servicios hacia una mayor racionalidad en el uso de los escasos recursos económicos del país. (MS, 1992)

En este contexto, el Ministerio de Planificación y Política Económica, publica el Programa de Reforma del Sector Salud en Costa Rica, cuyo principal objetivo es la modernización y desarrollo del sector salud y de sus instituciones, con un enfoque de salud como producto social y bajo los principios de universalidad e integralidad de la atención, equidad en la prestación de los servicios, solidaridad en el financiamiento, y una amplia participación social. (MS, 1998)

En congruencia con este objetivo, se asumen los compromisos de “Rectoría Sectorial del Ministerio de Salud, Operacionalización del enfoque de atención integral de la salud, Readecuación de la apertura programática presupuestaria, Desconcentración/ descentralización administrativa y funcional, Consolidación de nuevas modalidades de administración de servicios y su financiamiento, Traslado de riesgos del trabajo del

Instituto Nacional de Seguros a la Caja Costarricense de Seguro Social y traslado de acueductos municipales al Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados”.¹

El ámbito y quehacer del Ministerio de Salud en su función rectora lo ubica como la máxima autoridad nacional en aspectos de salud. Por lo tanto, las acciones de las instituciones públicas, privadas, mixtas y no gubernamentales, así como las personas individuales relacionadas con la producción social de la salud, se regirán a partir de las políticas, programas sectoriales y normas que emita el Ministerio de Salud. (Victoria, D. 1994)

En este contexto, la conducción, unificación, fortalecimiento y modernización de las políticas, legislación, planes, programas y proyectos, así como la movilización de los actores relacionados con la producción social de la salud, constituyen una de sus funciones más importantes para garantizar el mejoramiento de la entrega y calidad de los servicios, el fortalecimiento de la atención integral de las personas y la reducción de los factores de riesgo social. (MS, 1992)

Para articular las acciones y propósitos de la rectoría del sector, se formuló el proyecto de Rectoría y Fortalecimiento del Ministerio de Salud, cuyo propósito es fortalecer su función rectora, y así contribuir a garantizar los principios fundamentales de universalidad, solidaridad en el financiamiento, integralidad en la prestación de los servicios de salud a las personas y la equidad en el acceso. (MS, 1992)

Este proyecto, fue producto del trabajo institucional político y técnico, mediante talleres, foros y trabajos de grupo, con amplia participación y compromiso. Entre los años 1994 y 1995, se organizan los equipos técnicos interdisciplinarios para elaborar los planteamientos teóricos de la rectoría, logrando por aproximaciones sucesivas un esquema de cambio y desarrollo que reestructurara esencialmente al Ministerio de Salud, para que pudiera cumplir con su nueva misión conductora, normativa y reguladora. (MS, 1998)

A partir de 1998, el Ministerio de Salud modificó su estructura orgánica, redefinió sus procesos de trabajo, efectuó ajustes en su personal y capacitó a sus funcionarios para desempeñar las nuevas tareas. Se estableció el Consejo Sectorial como un órgano de concertación coordinado por el Ministerio de Salud para ejercer la dirección y conducción sectoriales y la Política y el Plan Nacional de Salud como instrumentos para orientar las acciones nacionales en materia de salud, para dar direccionalidad al sector y para fortalecer de manera integral el proceso interno de planificación. (OPS, 2002)

Con un Ministerio de Salud fortalecido, la rectoría empezó a operar con el desarrollo de cuatro funciones estratégicas: Dirección y Conducción Política, Vigilancia de la Salud, Investigación y Desarrollo tecnológico y Regulación del Desarrollo de la Salud. (MS, 1998)

Estas funciones, ejercidas en forma combinada y simultánea con enfoques múltiples en el análisis y solución de los problemas de salud, contribuirían en la movilización y sinergia de las fuerzas sociales y comunitarias al desarrollo y sostenibilidad de la salud, el bienestar y el ambiente humano. (MS, 1998)

Con este propósito, todos los programas que involucran actividades de atención directa a las personas, incluyendo los servicios de apoyo clínico, la consulta prenatal y postnatal, la consulta de planificación familiar, crecimiento y desarrollo y otras, son transferidas a la Caja Costarricense de Seguro Social.

Asimismo, a principios de 1995 la institución (Ministerio de Salud) inicia también el traslado de otros programas de atención directa a las personas, tales como el Programa de Atención Primaria, el Programa Ampliado de Inmunizaciones, el Programa de Cáncer, el Programa de Tuberculosis, el Programa de Dermatología Sanitaria (Lepra), el Programa de Odontología Sanitaria y el Programa de Control de las Enfermedades de Transmisión Sexual.

Desde 1998, año en que se oficializa la rectoría en el país mediante la aprobación de MIDEPLAN de la reestructuración, el Ministerio de Salud inicia un proceso de desarrollo de metodologías, procedimientos, instrumentos y de adecuación legal y administrativa para afrontar los retos que requieren el ejercicio de la dirección y la conducción de la producción social de la salud.

¹ López, M. “Protección Social en Salud” Análisis del Sector Salud en Costa Rica. San José, Costa Rica, 2002. pag.2.

Durante el periodo 1999 –2000 se llevaron a cabo una serie de acciones dirigidas a consolidar el proceso de transformación institucional, entre ellas: la formulación de la Política Nacional de Salud y el correspondiente Plan Nacional de Salud, elaborado mediante una metodología participativa con los múltiples actores sociales e institucionales involucrados.

Para lograr la modernización y el fortalecimiento institucional se culminó el proceso de reestructuración de los cargos y la aplicación del nuevo manual de clases y cargos, acorde con las funciones rectoras y los esquemas de gestión que fundamentan la transformación del Ministerio. Asimismo se implementó el Sistema de Evaluación y Desarrollo Institucional (SEDI) para la elaboración del Plan Operativo Anual y su seguimiento que permite la rendición de cuentas ante los órganos gubernamentales correspondientes.

También se inició un proceso participativo para la definición de las Cuentas Nacionales en Salud, en el cual se capacitó en la metodología respectiva a representantes del Ministerio de Salud, de la CCSS, de la Dirección de Presupuesto Nacional del Ministerio de Hacienda, del Banco Central, del Instituto Nacional de Seguros y del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC).

Se inicia el proceso de elaboración de los criterios técnicos para conceder la habilitación a establecimientos de salud, amparados por el marco legal establecido mediante la publicación del decreto No. 28828-S de agosto de 2000, en el cual se establece el Reglamento General de habilitación de los Establecimientos de Salud y Afines.

Es así como para el año 2000 se tramitaron 660 solicitudes de habilitación de establecimientos de salud y afines, de las cuales se han aprobado 162 (24,5%), y se encuentran pendientes de requisitos 498 (75,5%).

Para el período 2000- 2001, se aprobó la habilitación a 687 establecimientos, se otorgó la habilitación provisional a 356, se cerraron 26 por no contar con las condiciones mínimas de seguridad para sus usuarios y se iniciaron los trámites para 161.

En el ejercicio de la función de regulación se viene realizando la Evaluación de la Atención Integral en el Primer Nivel de Atención (Evaluaciones de EBAIS). En el año 2000 se evaluaron 302 sectores, que representan el 45% del total existente. A noviembre de 2001 se habían evaluado 168 sectores, los cuales representan un 25% del total. El resultado de dichas evaluaciones fue de un 74% de cumplimiento de los estándares en el 2000 y de un 79% de cumplimiento en el año siguiente.

En 1996 se inicia la implementación del Sistema Nacional de Análisis de la Mortalidad Infantil, como una estrategia desarrollada por los niveles locales y articulada entre los diferentes niveles de gestión. En 1999 se analizaron 449 casos de un total de 722 registrados, lo que corresponde a un 62,2%. En el año 2001, se aumentó el porcentaje de muertes infantiles analizadas a un 70% de los casos, determinándose que el porcentaje de prevenibilidad para ese año fue de un 53%.

Con la publicación de la Ley 8220, en abril de 2002, se ha iniciado un proceso de revisión y normalización de trámites en lo concerniente a la regulación del ambiente. Se han publicado reglamentos, protocolos e instrumentos con miras a estandarizar y fundamentar técnica y legalmente el accionar de la institución en el campo de la protección al ambiente y su impacto en la salud pública. Asimismo, se ha iniciado un consistente proceso de desconcentración y regionalización de la vigilancia, seguimiento y control en materia de regulación ambiental, especialmente como respuesta a lo establecido en el Reglamento de Permisos Sanitarios de Funcionamiento, publicado en mayo del 2002. En dicho reglamento se le trasfiere a los niveles locales la competencia y la responsabilidad para el otorgamiento y el control de los establecimientos sujetos a regulación sanitaria, con miras, paralelamente, a fortalecer el rol normativo y técnico-asesor del nivel central del Ministerio.

C. MARCO LEGAL DE LA RECTORIA DEL MINISTERIO DE SALUD

El tema de la rectoría del Sector por parte del Ministerio de Salud tiene amplio reconocimiento legal. La Ley General de Salud, la Ley Orgánica del Ministerio de Salud, la Ley General de la Administración Pública, así como los decretos ejecutivos que crean el Sector Salud y el Sistema Nacional de Salud entre otros, le asignan, reafirman y amplían la función rectora al Ministerio de Salud. (Victoria, D. 1994)

Para analizar el tema de la Rectoría y Funciones Esenciales de Salud Pública, es prioritario tener plenamente identificada la normativa que dará sustento legal al ejercicio de su rol rector y a las tareas en que se vean circunscritas, en razón de la materia, las autoridades de salud.

El artículo 6° de la Ley General de la Administración Pública señala la jerarquía de las fuentes del ordenamiento jurídico, sujeto al siguiente orden: Constitución Política, los tratados internacionales y las normas de la Comunidad Centroamericana, las leyes y los demás actos con valor de ley; los decretos del Poder Ejecutivo que reglamentan las leyes los de los otros Supremos Poderes en la materia de su competencia; los demás reglamentos del Poder Ejecutivo, los estatutos y los reglamentos de los entes descentralizados y las demás normas subordinadas a los reglamentos, centrales y descentralizados.²

En congruencia con lo señalado, puede decirse que el sustento legal de la rectoría y fortalecimiento del Ministerio de Salud, está establecido en las siguientes fuentes jurídicas:

La Constitución Política que en su artículo 140, incisos 3) y 18) y 146, establece la facultad del Poder Ejecutivo (Presidente y Ministro) para promulgar el reglamento que convenga para el régimen interior de su despacho y expedir los demás reglamentos y ordenanzas necesarios para la pronta ejecución o cumplimiento de las leyes.³ La Ley General de la Administración Pública reconoce la potestad de la reglamentación interna del Poder Ejecutivo para la organización de los Ministerios y responsabiliza al Ministro de la dirección y coordinación de todos los servicios de la institución.⁴

La Ley General de Salud (N° 5395 de 30 de octubre de 1973) la cual, en el ámbito de acción del Estado, consigna en su artículo 1, que la salud de la población es un bien de interés público tutelado por el Estado ⁵, y en el artículo 2 define las funciones que debe asumir el Ministerio de Salud en beneficio y protección de la salud de la población, en los siguientes términos:

“Es función esencial del Estado velar por la salud de la población. Corresponde al Poder Ejecutivo, por medio del Ministerio de Salud, el cual se referirá abreviadamente la presente ley como "Ministerio", la definición de la política nacional de salud, la normación, planificación y coordinación de todas las actividades públicas y privadas relativas a la salud, así como la ejecución de aquellas actividades que le competen conforme a la ley. Tendrá potestades para dictar reglamentos autónomos en estas materias” ⁶.

Esta misma ley establece en su artículo 4:

“Toda persona está sujeta a los mandatos de esta ley y sus reglamentos, así como las órdenes generales y particulares, ordinarias y de emergencia, que las autoridades de salud dicten en el ejercicio de sus competencias. Asimismo la Ley General de Salud en su artículo 7 dispone que la relacionada ley y sus reglamentos y disposiciones administrativas relativas a la salud, son de orden público y en caso de conflicto, prevalecen sobre cualesquiera otras disposiciones de igual validez formal”.⁷

La Ley Orgánica del Ministerio de Salud (No. 5412 de 8 de noviembre de 1973) asigna al Ministerio las siguientes atribuciones.⁸

“Artículo 1°- La definición de la política nacional de salud, y la organización, coordinación y suprema dirección de los servicios de salud del país corresponden al Poder Ejecutivo, el que ejercerá tales funciones por medio del Ministerio de Salud.”

El artículo 2° en forma más detallada especifica funciones como:

2 Ley General de la administración pública. No 6227 del 2 de mayo de 1978.

3 Constitución Política 1949 y sus Reformas

4 Ley General de la administración pública. No 6227 del 2 de mayo de 1978.

5 Ley General de Salud No5395 del 30 de octubre de 1973 y sus reformas.

6 Ley General de Salud No. 5395 del 30 de octubre de 1973 y sus reformas.

7 Ley General de Salud No5395 del 30 de octubre de 1973 y sus reformas

8 Ley Orgánica del Ministerio de Salud (5412) del 08 de noviembre de 1973

Elaborar, aprobar y asesorar en la planificación que concrete la política nacional de salud y evaluar y supervisar su cumplimiento.

Dictar la norma técnica en materia de salud de carácter particular o general; y aquellas que técnicamente procedan en resguardo de la salud de la población.

Ejercer el control y fiscalización de las actividades de las personas físicas y jurídicas, en materia de salud.

Ejercer la jurisdicción y el control técnicos, sobre todas las instituciones públicas y privadas que realicen acciones de salud en todas sus formas.

La fiscalización económica de las instituciones de asistencia médica o que, realicen acciones de salud en general, cuando sean sostenidas o subvencionadas, total o parcialmente, por el Estado o por las municipalidades o con fondos públicos de cualquier naturaleza.

Cabe aclarar, que aunque la Ley Orgánica del Ministerio ya hace referencia al Sector Salud, no es sino mediante Decreto Ejecutivo No 14313-SPPS-PLAN de 15 de febrero de 1983, que se constituye el Sector Salud, quedando integrado de la siguiente manera:

El Ministerio de Salud

El Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica

El Ministerio de la Presidencia

El Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados

La Caja Costarricense de Seguro Social

Además para asuntos específicos, los programas o actividades a cargo de las siguientes entidades que deban enmarcarse dentro de las políticas del Sector:

Instituto Nacional de Seguros, en su programa de riesgos profesionales y cualquiera otros atinentes a prevención y tratamiento; Universidad de Costa Rica, en lo que respecta al Instituto de Investigaciones en Salud y el área de Ciencias Médicas; y cualesquiera otras instituciones que determine el Presidente de la República, atendiendo propuesta del Ministro de Salud. Recientemente mediante Decreto Ejecutivo No. 30461-S-MIDEPLAN de 5 del junio del 2002 se adicionó el inciso h) al artículo 2, del Decreto Constitución del Sector Salud, para que quedara integrado el Instituto Costarricense del Deporte y la Recreación.¹⁰

El Decreto Ejecutivo No 27446-S de 8 de Septiembre de 1998 establece la creación del Consejo Nacional del Sector Salud integrado por los siguientes miembros: Ministra y Viceministro de Salud, Presidente Ejecutivo y Gerente Médico de la Caja Costarricense de Seguro Social, Presidente Ejecutivo del Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados y Gerente del Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados.¹¹

¹⁰ Decreto Ejecutivo No. 30461-S-MIDEPLAN de 5 de junio del 2002

¹¹ Decreto Ejecutivo No 27446-S de 8 de setiembre de 1998

En Costa Rica, pese al sustento legal para el ejercicio de la rectoría, el Ministerio de Salud tenía un doble papel de "rector" y prestador de servicios, diferentes movimientos en el sistema de salud van permitiendo la entrega de la responsabilidad total en la prestación de los servicios de salud a la Caja Costarricense de Seguro Social como ente público y de manera indirecta al mercado de lo privado.

La promulgación de la Ley N° 7374 del 3 de diciembre de 1993 de alguna forma aceleró este proceso proporcionando el apoyo a las reformas del sector salud. Esta Ley expresamente indica:

Puede decirse que la rectoría del Ministerio de Salud, se establece formalmente con la promulgación de la Ley N° 7374 de 3 de diciembre de 1993 “Contrato de Préstamo entre la República de Costa Rica y el Banco Interamericano de Desarrollo”, la cual vino no sólo a apoyar las reformas al Sector Salud, sino que además define al Ministerio de Salud como ente rector del Sector Salud. Esta ley expresamente indica:¹²

Objeto

1.01 El Programa tiene por objeto apoyar las reformas del Sector Salud para lograr la eficiencia y eficacia de la prestación de servicios, en el contexto de las reformas del Sector Pública.

1.02 El programa contempla los siguientes objetivos específicos:

Componente de Reestructuración del Ministerio de Salud, que tiene por objeto la reestructuración del Ministerio de Salud y comprende actividades de consultoría y capacitación (...)

Apoyar el diseño de implantación de reformas que permitan al Ministerio de Salud ejercer su papel de ente rector del Sector y lograr un enfoque más racional de los recursos evitando duplicaciones entre instituciones y programas...”

A continuación se enumeran algunas consideraciones importantes para el desempeño de las funciones esenciales de salud pública:¹³

1. El Estado asume una función de dirección, regulación y control de los entes menores.

2. Corresponde al Poder Ejecutivo dirigir la actividad estatal a fin de orientar las políticas estatales en los diversos ámbitos de interés público. Por ello, la dirección política y administrativa debe estar en manos del Presidente de la República y del Ministro del ramo.

3. El ejercicio de las potestades públicas por parte del Ministerio de Salud depende de la autorización dada por el legislador, es decir, depende de una Ley.

4. En resguardo del derecho fundamental a la salud, el Ministerio puede ejercer potestades de imperio, susceptibles de afectar la libertad de los particulares. Estas potestades constituyen un poder /deber, que fue atribuida por el legislador para que el Ministerio pueda cumplir con sus fines.

D. MARCO CONCEPTUAL

En rectoría y definición de funciones rectoras que debe ejercer el Estado, existen diversos criterios, por lo que es conveniente homologar los principales conceptos y definiciones relacionados con el tema. Es por ello que se ha realizado una recopilación de conceptos tomados de algunas fuentes de información disponibles. Sin embargo, cabe destacar que para efectos del presente análisis, prevalecen los conceptos y los criterios que el país

¹² Ley No 7374 del 3 de diciembre de 1993 “Contrato de préstamo entre la República de Costa Rica y el Banco Interamericano de Desarrollo.”

¹³ Stanley R. Responsabilidades del Ministerio de Salud desde el punto de vista legal y reglamentario para el desempeño de las funciones esenciales de salud pública en el nivel nacional y regional. Presentación en Taller de FESP 16 y 17 de setiembre 2002.

ha definido como rectoría en salud, autoridad sanitaria, funciones rectoras y funciones esenciales de salud pública, en el marco de la reforma del sector salud costarricense.

1. *Concepto de Rectoría en Salud*

Rectoría en el sentido estricto de la palabra, significa “gobernar, dirigir, conducir, guiar, mandar o ejercer la autoridad sobre una comunidad o un conjunto de instituciones o personas”.¹⁴

La OMS/ OPS define la rectoría de la salud como “... la gestión de la política pública de salud en el contexto de un nuevo esquema de relaciones entre el gobierno y la sociedad civil en el Estado moderno, es competencia característica del gobierno, ejercida mediante la autoridad sanitaria nacional. Comprende las funciones de formular, conducir, regular, armonizar y evaluar decisiones y acciones públicas para satisfacer, en el marco del modelo de desarrollo nacional adoptado, necesidades y legítimas aspiraciones en salud de los conjuntos sociales.”¹⁵

En el marco actual del proceso de reforma del sector salud, se define el concepto de Rectoría en Salud como: “... el ejercicio político, técnico, administrativo y legal del Ministerio de Salud, para dirigir, conducir, regular y controlar los diferentes procesos relacionados con la producción social de la salud”.¹⁶

La rectoría se ejerce a todo nivel y sobre todas las personas, grupos y entidades, de los sectores públicos y privados, que intervienen directa o indirectamente en la producción social de la salud.

2. *Autoridad sanitaria*

“La rectoría en salud, como responsabilidad de gobierno, recae en la autoridad sanitaria y no puede ser transferida a otras instancias de la sociedad; aunque puede ser compartida entre distintos actores del Estado, bajo ciertas condiciones y normas preestablecidas. Cuando se trata de la orientación general de todo el sector y toda la política pública de salud es, sin embargo, indispensable la actuación del Estado en su monopolio del derecho de decidir para toda la sociedad y del uso legal del poder de coerción para que las decisiones sean acatadas.”¹⁷

En Costa Rica, el Ministerio de Salud es la institución depositaria de la autoridad sanitaria y, por tanto, es el ente primario responsable de ejercer la rectoría sectorial. Es decir, las decisiones finales sobre la rectoría en salud las ejerce el Ministerio de Salud, como “institución rectora” de la salud.

3. *Funciones de la rectoría*

Asumiendo que el Ministerio de Salud constituye la “institución rectora”, esta denominación enfatiza la naturaleza de sus funciones principales e indica las características institucionales que debería asumir.

La OPS /OMS manifiesta que existe una tendencia creciente a no concentrar todas esas funciones en una sola institución para que las lleve a cabo, sino más bien a crear mecanismos institucionales complementarios, dada la diversidad de actores y la amplitud de objetos y funciones de rectoría. Por tanto, ha definido las siguientes funciones rectoras: ¹⁸

14 Marín, Fernando. **La Rectoría en Salud en Costa Rica: antecedentes y concepción inicial.** San José, Costa Rica, 2002.

15 OPS/OMS. Ibid. p.2.

16 Ministerio de Salud. Memoria Anual 2002. A los 4 años de gestión. Costa Rica, 2002, pág. 15

17 OPS/OMS. Ibid. pág..3

18 OPS. Lineamientos metodológicos para el Análisis del Sector Salud. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. Washington, D.C., setiembre de 2002.

Conducción de la acción sectorial: la capacidad del ente rector de formular, organizar, dirigir la ejecución de la política nacional de salud, mediante procesos de definición de objetivos viables y metas factibles, de elaboración y puesta en marcha de planes estratégicos que articulen los diversos esfuerzos, tanto de instituciones públicas y privadas del sector y de otros actores sociales.

Regulación y fiscalización: del funcionamiento del sistema de atención a la salud y los factores relacionados con la preservación y promoción de la salud de la sociedad. Tiene como propósito diseñar el marco normativo de salud que protege y promueve la salud de la población, así como garantizar su cumplimiento. Es una función técnica y apunta a verificar el cumplimiento concreto de lo dispuesto por la función normativa.

Funciones esenciales de Salud Pública: la organización y ejecución de las FESP que competen directamente al ente rector, que son indelegables en el ejercicio directo o en su garantía.

Orientación y modulación del financiamiento: se refiere a la responsabilidad del Ministerio de: a) establecer las políticas necesarias para garantizar que las diversas modalidades de financiamiento tengan la complementariedad necesaria para permitir el acceso equitativo a los servicios de salud de calidad para todos los habitantes; b) modular y corregir las desviaciones que pueda experimentar el financiamiento sectorial; c) desarrollar una capacidad de vigilancia del proceso de financiamiento sectorial.

Garantía del aseguramiento: con acceso pleno y dignidad en la atención en salud, mediante la definición de un conjunto de estrategias e intervenciones públicas, socialmente aceptadas, destinadas a promover la “protección social” y, particularmente, eliminar la exclusión social. Definir las políticas, regulaciones y otros mecanismos necesarios para velar por el cumplimiento del plan básico de servicios de salud. Debe definir las reglas del juego, para que las transacciones del mercado sean transparentes y eficientes.

Armonización de la provisión: definir los criterios de asignación de recursos que deben ser adjudicados a los organismos y/o establecimientos públicos de provisión de servicios que están descentralizados o desconcentrados, con base en criterios de necesidad, desempeño e impacto; armonizar los planes de acción y de gestión de los distintos organismos públicos desconcentrados; definir los contenidos de los servicios básicos de salud pública que son responsabilidad del estado y definir con criterios de complementariedad la distribución de competencias y recursos entre los distintos ámbitos de la gestión pública; brindar cooperación técnica; definir mecanismos retributivos del gasto corriente y del gasto de inversión; establecer mecanismos de contrato o de compromisos de gestión de servicios que sirvan como base para la asignación de recursos frente a una serie de medidas de desempeño.

En el contexto nacional, el Proyecto de Reforma del Sector Salud, la Ley 7441 y la propuesta de reestructuración del Ministerio de Salud¹⁹, definieron las siguientes funciones de rectoría:

Dirección y conducción: Se inicia con la elaboración de la Política Nacional de Salud y la elaboración del Programa Sectorial de Salud.

Dirección: Definición de objetivos viables y metas factibles de alcanzar en salud. El concepto de dirección se relaciona al proceso de formulación, formalización y evaluación de la Política de Salud.

Conducción: es la capacidad del Ministerio de Salud para concretar intereses y articular recursos y acciones de las diferentes instituciones públicas y privadas, para el cumplimiento de la Política de Salud, mediante la formulación, control evaluación de planes estratégicos en salud y procedimientos de coordinación, fundamentados en los mecanismos de relación preestablecidos.

Regulación del desarrollo de la salud: entendida la *regulación* como un proceso permanente de formulación y actualización de normas y su aplicación por la vía del control y evaluación en áreas de importancia estratégica como la calidad de la atención, economía y financiamiento de la salud, desarrollo de los recursos humanos y el desarrollo tecnológico, entre otros.

19 Ministerio de Salud/Price Waterhouse. **Propuesta de reestructuración del Ministerio de Salud**. San José, Costa Rica, 1998.

Vigilancia de la salud: Trasciende el tradicional concepto de vigilancia epidemiológica. Es el proceso de identificación, medición y seguimiento de las fortalezas y debilidades en salud de la población.

Investigación y Desarrollo tecnológico: la misión del Ministerio de Salud en esta función es la de ejercer la rectoría de la investigación científica y la innovación tecnológica en salud, en el marco de una estrategia de desarrollo nacional, con el propósito de integrar esfuerzos, garantizar calidad y controlar situaciones que puedan poner en riesgo la salud de la población.

Los avances del proceso de reforma del sector salud, han conducido al Ministerio de Salud a considerar las siguientes *funciones estratégicas* para ejercer la rectoría, vigentes a la fecha:²⁰

Dirección y conducción: Constituye la función más importante que desarrolla el Ministerio de Salud. Es un proceso sistémico orientado a dirigir políticamente y a guiar de manera operativa y estratégica, la producción social de la salud. El producto principal de la dirección son las políticas, mientras que la conducción guía la definición y realización de metas de producción relacionadas con el cumplimiento de las políticas.

Vigilancia de la salud: Es entendida como un proceso permanente de identificación, medición, análisis y seguimiento de las fortalezas y debilidades del desarrollo de la salud de la población del país.

Regulación del desarrollo de la salud: Es el proceso constante de adopción, confección y ejecución de medidas sanitarias (leyes, decretos, reglamentos, normas, procedimientos, disposiciones, resoluciones, etc.), de carácter obligatorio y/o consensual, que orientan de manera segura, técnica y operativa los procesos de la producción social de la salud. La regulación implica vigilancia constante, o sea, velar porque los diferentes actores sociales cumplan las medidas sanitarias que rigen de manera oficial los procesos de la producción social de la salud.

Investigación y desarrollo tecnológico: Proceso de dirección, conducción, regulación y control de la investigación científica y del desarrollo tecnológico en salud, que responde a determinadas necesidades, problemas, vacíos de conocimiento y prioridades nacionales en el campo de la salud.

Las funciones estratégicas que el país ha definido contribuyen a que la “acción rectora conduzca a la unificación, fortalecimiento y modernización de las políticas, legislación, planes, programas y proyectos, así como la movilización y sinergia de las fuerzas sociales, institucionales y comunitarias que favorecen la salud, el bienestar y la protección y mejoramiento del ambiente humano”.

4. Funciones esenciales de Salud Pública

“Las funciones esenciales de salud pública (FESP) se sustentan en el concepto de salud pública como una acción colectiva del estado y la sociedad civil para proteger y mejorar la salud de los individuos y las comunidades. El desarrollo de las FESP es competencia de los Ministerios o Secretarías de Salud, en sus diferentes niveles de actuación, como órganos del Estado responsables de velar por el bien público en materia de

²⁰ Ministerio de Salud. DDS/ UDES. Marco Conceptual de la Rectoría en Salud. Documento de Trabajo, 2002

salud, en el marco de un concepto redimensionado de la salud pública como práctica social y de un proceso descentralizados del ejercicio de la autoridad sanitaria.”²¹

Las FESP se han definido como condiciones que permiten una mejor práctica de la salud pública. Si estas incluyen todas las capacidades requeridas para la buena práctica de la salud pública, su funcionamiento apropiado estará asegurado en cada esfera de trabajo de la salud pública.²²

El Ministerio de Salud debe asegurar que las FESP sean cumplidas de la forma más efectiva posible, existiendo áreas de superposición entre las FESP y las funciones de rectoría sectorial. Sin embargo, es importante mencionar que “... el objetivo del análisis de los temas de rectoría y funciones esenciales no es consagrarlos con límites y definiciones claras, sino colocarlos en la agenda de desarrollo de los sistemas de salud y de los procesos de reforma sectorial”.²³

Sin embargo, lo importante es la convicción de que la autoridad del Estado en materia de salud es más legítima y mejor ejercida en la medida en que el desempeño de las FESP sea adecuado.

E. SITUACIÓN ACTUAL DE LA RECTORÍA DE LA SALUD EN COSTA RICA

Hoy, cuatro años después de haberse oficializado la reestructuración del Ministerio de Salud para el ejercicio de la rectoría, la misión, así como las funciones estratégicas de la institución, siguen siendo prácticamente las mismas y en nuestro país se reconoce, cada vez más, la importancia de que las acciones en salud sean dirigidas y conducidas por el Estado, representado por el Ministerio de Salud en este campo, tal como lo refleja una encuesta realizada el pasado mes de octubre, a diferentes personas consideradas actores clave²⁵ en el campo de la salud.

Los resultados de la encuesta mencionada en el párrafo anterior revelaron que, el 100% de los (as) encuestados (as), reconoce la importancia del ejercicio de la rectoría en salud por lo que opina que esta debe realizarse efectivamente y, de estos el 88% opina que, en nuestro país, el Ministerio de Salud debe seguir siendo la institución responsable de su ejercicio.

Entre las razones por las cuales los (as) participantes en la encuesta señalan la importancia de la rectoría en salud, las más mencionadas fueron:

Lograr una mayor coordinación inter- institucional e inter-sectorial para aumentar el impacto en el nivel de salud de la población.

Garantizar la calidad de los servicios de salud y del ambiente humano.

Velar por la equidad en la asignación de los recursos en salud.

Asegurar el acceso de la población a los servicios de salud, según sus necesidades

21 OPS. **Desarrollo Institucional de la capacidad de rectoría en salud (Documento borrador)**. Washington, D.C., 2002. p.23, 24.

22 OPS/ OMS Instrumento para la medición del desempeño de las funciones esenciales de Salud Pública. Marzo 2001

23 OPS/OMS. Ibid, p. 25, 26.

24 Ministerio de Salud: García Rossana, Morales Ma. de los Ágles., Víquez Yeli. Encuesta dirigida a actores clave sobre el tema “Rectoría en Salud en Costa Rica”, San José, octubre del 2002

No obstante lo anterior, entre el 80 y el 100% de las personas encuestadas reconoció que, las funciones y actividades que ha venido ejecutando el Ministerio de Salud para el cumplimiento de su misión, a partir de su reestructuración en 1998, siguen siendo necesarias pero no son suficientes para garantizar el ejercicio de la rectoría en salud, pues señalaron la necesidad de que esta se ejerza además en ámbitos como:

Regulación del gasto en salud

Regulación de la cantidad y calidad del recurso humano en salud

Conducción de la cooperación internacional en salud

Conducción en gestión de desastres

Al respecto, la Dra. María del Rocío Sáenz Madrigal actual Ministra de Salud- considera que el principal reto que enfrenta el Ministerio de Salud en estos momentos consiste en “recuperar la función de Estado que le corresponde”, para lo cual deben reorientarse las funciones y tareas que se han venido ejecutando y, coincidentemente con los actores clave encuestados, señala que el ejercicio de la rectoría en salud debe incluir otras tareas tales como²⁶:

El control del financiamiento en salud

El control del recurso humano en salud

La mejor inserción en los determinantes sociales de la salud

El desarrollo y puesta en operación de un sistema nacional de información en salud, que supere el concepto de un sistema de información de enfermedades

Respecto a las funciones de rectoría que el Ministerio de Salud está ejecutando, la Ministra considera que²⁷:

La vigilancia epidemiológica es una función propia de los servicios de salud ya que la función estratégica de rectoría en salud es la vigilancia de la salud que debe realizarse sobre la base de los análisis de los determinantes de la salud.

La C.C.S.S. y el resto de los servicios de salud del país, deben mejorar su proceso de vigilancia epidemiológica para hacerla más veraz y oportuna. Para ello, deben diversificarse los medios para la vigilancia epidemiológica mediante la ejecución de varias técnicas complementarias al sistema de vigilancia epidemiológica como, por ejemplo: sitios centinela y encuestas. En este proceso, el Ministerio de Salud es la institución que debe asumir el liderazgo para apoyar a los servicios de salud en los procesos de diseño, ejecución y evaluación de la vigilancia epidemiológica.

Además, es necesario que la C.C.S.S. profundice los análisis de gestión de sus servicios de salud, en todos los niveles de complejidad.

El Ministerio de Salud debe asumir directamente la función de investigación científica y gestión tecnológica debido a que se ha comprobado que el INCIENSA no tiene la capacidad de convocatoria necesaria para liderar este proceso.

La función de regulación y control de los productos potencialmente dañinos para los seres humanos (medicamentos, cosméticos, productos naturales, alimentos, entre otros) se ha desarrollado bien, pero ha faltado comunicación con el nivel local.

26 García Rossana, Víquez Yeli. Entrevista a la Ministra de Salud de Costa Rica, San José, 14 de noviembre del 2002

27 Ibid

Los logros alcanzados en regulación de los servicios de salud han estado concentrados en regular y controlar las condiciones de funcionamiento, pero falta involucrarse en temas clave como el financiamiento

Adicionalmente, la Ministra asegura que el Ministerio de Salud tiene una gran deuda en el tema de Promoción de la Salud ya que, entre otras cosas, ha caído en la trampa de hacer de esta estrategia un programa, además de que, en su enfoque, sigue pensándose en enfermedad y no en salud como debe ser.

Por otro lado, el 79% de los (as) participantes en la encuesta de actores clave²⁸ considera que hoy, cuatro años después de haberse oficializado la reestructuración del Ministerio de Salud, este cumple parcialmente con su misión mientras que el restante 21% opina que el Ministerio de Salud no está ejerciendo la rectoría en salud, debido principalmente a:

La corta evolución que tiene el proceso.

La escasez de recursos de todo tipo.

La falta de formación y experiencia del personal de la institución en el tema de la rectoría en salud.

La falta de liderazgo de las autoridades del nivel central.

No se ejerce la autoridad sanitaria por parte de muchos (as) funcionarios de la institución.

La autonomía de algunas instituciones públicas.

El insuficiente marco legal.

Al respecto, la Ministra de Salud considera que, en parte, el insuficiente impacto que ha tenido el Ministerio de Salud en el ejercicio de la rectoría se debe a que, a su juicio, la actual Reforma del Sector Salud de Costa Rica, partió de varios supuestos, entre ellos que:

La Reforma del Sector Salud era sinónimo de la atención individual de las personas en los servicios de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social.

La problemática ambiental podía esperar.

Los servicios de salud podían auto regularse.

La rectoría no ocupaba recursos de ningún tipo.

Debido a lo anterior, la Dra. Sáenz Madrigal considera que estos supuestos son parte de la causa de algunos de los problemas a los que hoy se enfrenta el país y el Ministerio de Salud, como por ejemplo:

La falta de capacidad resolutive del nivel local en el campo de la regulación del ambiente humano como consecuencia de la falta de independencia tecnológica para realizar las mediciones y pruebas necesarias para tomar decisiones.

La falta de control en las investigaciones que se realizan en el país con seres humanos.

Los accidentes tecnológicos.

Algunas de las limitaciones mencionadas para el ejercicio de la rectoría en salud por parte del Ministerio de Salud, sobre todo las relacionadas con el tipo y la cantidad de recursos con que cuenta la institución, fueron confirmadas con información suministrada por funcionarios (as) del nivel central del Ministerio de Salud y con los resultados de la *Consultoría para el Fortalecimiento Operacional de las Áreas Rectoras Locales del Ministerio de Salud* realizada en el presente año, entre lo que se destaca que:

²⁸García Rossana, Víquez Yeli. Op. Cit.

Del recurso humano que labora en el Ministerio de Salud en el área sustantiva y en los tres niveles de gestión de la institución, solamente el 7% es profesional, mientras que el restante 93% se clasifica de la siguiente manera: 41% técnico, 19% calificado y 33% operativo.²⁹

De los (as) funcionarios (as) asignados al área administrativa, solo el 6% cuenta con grado profesional mientras que el 11% es clasificado como técnico, el 41% como personal calificado y el restante 42% como operativo.³⁰

Específicamente, de los 1026 funcionarios que laboran en las 81 áreas de salud del país (nivel local), solamente el 25% es profesional, mientras que el 47% es técnico y el 27% es personal de apoyo.³¹

De los 81 directores (as) de áreas de salud, 38 ocupan plazas en propiedad, mientras que 32 tienen nombramientos interinos y 11 son de servicio social.

De la planta física de las regiones de salud: 3 son propias, 3 son alquiladas y 3 son prestadas, y de las que ocupan las áreas de salud: 47 son propias (59%), 36 son prestadas (32%), 3 son alquiladas (4%) y de 5 de estas no se ha podido establecer su condición de propiedad (6%).

Otras de las conclusiones resultantes del análisis realizado por el Lic. Hernández Orozco³² fueron las siguientes:

Las áreas de salud poseen escasos recursos logísticos para operar adecuadamente.

No existe la combinación óptima de tales recursos para ejercer, de mejor manera, la rectoría en salud.

Existe, en los (as) funcionarios (as) de las áreas de salud y en la ciudadanía local, desconocimiento del fondo y alcances de lo que es rectoría, desmejorando esto la motivación del personal profesional y administrativo.

Todas las áreas de salud poseen al menos 1 línea telefónica pero en 10 no cuentan con facsímil.

17 áreas de salud no cuentan con carro y el 25% de estas no poseen moto.

Además de la escasez de vehículos, los que hay se encuentran en estado regular o en mal estado.

3 áreas de salud no tienen ni una computadora y el equipo de este tipo asignado a las otras áreas de salud se caracteriza por tener *software* y *hardware* viejo, siendo además su condición de regular a mala.

El mobiliario es asignado a las áreas de salud de manera casual y este no satisface las necesidades ergonómicas de los (as) funcionarios (as).

Pese a lo descrito, del 79% de los (as) encuestados (as) que señaló que el Ministerio de Salud está ejerciendo parcialmente la rectoría, el 100% consideró que esta institución puede llegar a cumplir con su misión, mientras que el 60% de los que contestaron que el Ministerio no estaba ejerciendo la rectoría, reconocieron que este podría llegar a hacerlo, para lo que recomendaron (en orden de frecuencia), que³³:

El Ministerio de Salud se fortalezca con recursos (humanos, equipo, materiales, financieros).

Se garantice el apoyo político a la rectoría en salud desde el más alto nivel.

29 Ministerio de Salud, Dirección Apoyo Administrativo, Unidad de Recursos Humanos

30 Ibid

31 Proyecto del Ministerio de Salud y el Banco Interamericano de Desarrollo. Lic. Carlos Hernández Orozco. Taller Informativo, Consultoría para el Fortalecimiento Operacional de las Áreas Rectoras Locales del Ministerio de Salud. San José, octubre – noviembre 2002

32 Ibid

33 García Rossana, Víquez Yeli. Op. Cit.

Los (as) funcionarios (as) del Ministerio ejerzan efectivamente la autoridad sanitaria.

Se fortalezca y amplíe el marco legal de la rectoría en salud.

Se profesionalicen los recursos humanos de la institución.

Se mercadee la rectoría (sus objetivos y resultados).

Se incorporen al quehacer del Ministerio de Salud, las funciones y tareas de la rectoría en salud en las que no ha incursionado.

Se definan claramente los procesos y procedimientos para mejorar la calidad de la ejecución de las funciones de rectoría.

Se fortalezca el nivel central para que apoye al nivel local.

Como parte del proyecto de Fortalecimiento del Ministerio de Salud, el documento de *Sistema de Rectoría en Salud y Perfil Básico para su Gestión*, plantea algunas preocupaciones en la relación con la factibilidad de la aplicación de los procesos rectores, entre los más importantes están: (MS, 1993)

La dificultad en definir la organización administrativa necesaria para que esta se ejerza con racionalidad, eficiencia, eficacia y flexibilidad.

Las diferencias existentes entre las instituciones que integran el sector en cuanto a la capacidad de controlar recursos financieros.

El desarrollo de un cuerpo político y técnico altamente calificado y de una capacidad de dirección y conducción muy desarrollada.

Una base legal que otorgue funciones y responsabilidades a los distintos actores, sean estos estatales, privados, institucionales o individuales.

La capacidad de planificar e influir en la planificación de otros sectores, por medio de propuestas políticas y técnicas e instrumentos legales.

El control de las inversiones institucionales, sectoriales y de otros sectores, si estas influyen en la salud.

El desarrollo de recursos humanos, para asumir el liderazgo político técnico en la conducción de los actores de todos los actores sociales comprometidos en la producción social de la salud.

En la actualidad, algunas de estas preocupaciones siguen teniendo vigencia y evidencian la necesidad de continuar desarrollando esfuerzos en materia de fortalecimiento del papel rector del Ministerio de Salud. Sobre este tema y como parte de la revisión de la *Situación de las Funciones del Sistema de Salud*, la OPS en su estudio sobre el Perfil del Sistema de Servicios de Salud de Costa Rica, realiza algunos aportes:(OPS/ OMS 2002)

En relación con las acciones de regulación y evaluación de los establecimientos y de la producción de servicios de salud, se analiza la necesidad de una mayor coordinación y concertación con la CCSS, para una mejor utilización de sus resultados. Esta situación se evidencia en la escasa utilización por parte de la CCSS de los resultados de la acreditación de establecimientos de salud, - iniciada por el Ministerio de Salud con el fin de mejorar la calidad de la atención - para formular planes de mejora continua.

En materia de financiamiento del sector público, se revisa la poca influencia que el Ministerio de Salud tiene sobre el control y financiamiento del gasto público en salud, ya que este es autorizado y distribuido directamente por el Ministerio de Hacienda. Además, la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (AyA) y el Instituto Nacional de Seguros (INS), como organismos descentralizados, cuentan con mecanismos propios de recaudación, contraloría y auditoría del gasto.

En la regulación del financiamiento sectorial el Ministerio de Salud tiene una participación prácticamente nula ya que no cuenta con apoyo político, ni personal capacitado, además de que no dispone de información sistematizada en una cuenta nacional de salud.

En el campo de los recursos humanos, se plantea que el Ministerio de Salud no tiene influencia legal en la acreditación de instituciones formadoras de recursos humanos en salud, ya que la educación pública es regulada por el Consejo Nacional de Rectores (CONARE) y la privada por el Consejo Nacional de Educación Superior (CONESUP). Un problema adicional, es la insuficiente regulación de la educación privada por parte del CONESUP y del Centro de Desarrollo Estratégico e Investigación en Salud y Seguridad Social de la CCSS, situación que ha propiciado la proliferación de instituciones de educación privadas, que saturan de estudiantes los establecimientos de salud de la CCSS. Por su parte, la Comisión Interinstitucional de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud, solo estimula en forma discreta el análisis y la investigación de necesidades sectoriales de recursos humanos, pero no tiene atribuciones reguladoras.

La Vigilancia de la Salud, está poco desarrollada en el país debido a que predomina un modelo clínico que le resta importancia al quehacer en salud pública. Además, aunque para el desarrollo de esta función se cuenta con diversos sistemas de información sobre la situación de salud, el financiamiento, el aseguramiento y la provisión de servicios, existe gran heterogeneidad en su calidad y oportunidad, además de una deficiente coordinación entre ellos que limita el análisis y la oportunidad en la toma de decisiones.

En materia de Investigación y desarrollo tecnológico aún no se cuenta con programas rectores, debilidad que evidenciaron los resultados del ejercicio de medición de las Funciones Esenciales de Salud Pública donde la investigación para solucionar problemas de salud pública, fue la función que de acuerdo con los evaluadores tiene el menor nivel de desarrollo en el país.

Como complemento de lo expuesto, el pasado viernes 25 de octubre del 2002 en el Hotel Palma Real, funcionarios (as) de la Dirección de Desarrollo de la Salud del Ministerio de Salud, conjuntamente con funcionarios de la Organización Panamericana de la Salud (O.P.S.), convocaron a un grupo de políticos (as) y técnicos de diversas instituciones, con la finalidad de aplicar un instrumento de evaluación denominado *Estudio de la Práctica de la Rectoría en Salud*. El instrumento fue diseñado por funcionarios de la sede de la O.P.S. en Washington para todos los países de la región y fue aplicado, por primera vez, en nuestro país.

Las dimensiones y las variables consideradas en el instrumento de medición fueron evaluadas con diferente número de ítems, tal como se detalla a continuación:

Dimensión 1: CONTEXTO

Variables: Propósito de la rectoría (8 ítems)

Papel de la autoridad sanitaria (8 ítems)

Dimensión 2: FUNCIONES DE LA RECTORÍA EN SALUD

<i>Variables:</i>	<i>Conducción sectorial</i>	(11 ítems)
	<i>Regulación y fiscalización</i>	(9 ítems)
	<i>Funciones Esenciales en salud pública</i>	(7 ítems)
	<i>Orientación del financiamiento</i>	(5 ítems)
	<i>Garantía del aseguramiento</i>	(7 ítems)
	<i>Armonización de la provisión</i>	(7 ítems)

Dimensión 3: DESARROLLO DE CAPACIDAD

<i>Capacidades legales</i>	(4 ítems)

<i>Capacidades organizacionales</i>	(4 ítems)
<i>Capacidades de personal</i>	(4 ítems)
<i>Capacidad de sistemas</i>	(12 ítems)

Con la finalidad de adaptar el instrumento al proceso de rectoría en salud que se desarrolla en nuestro país, previo a su aplicación, un grupo de técnicos (as) nacionales, coordinados por la Dra. Darling Castañedas López –Directora de Desarrollo de la Salud del Ministerio de Salud- le sugirieron a los funcionarios de la O.P.S. que lo diseñaron, varias modificaciones pero estas no fueron incorporadas al realizar el estudio en Costa Rica.

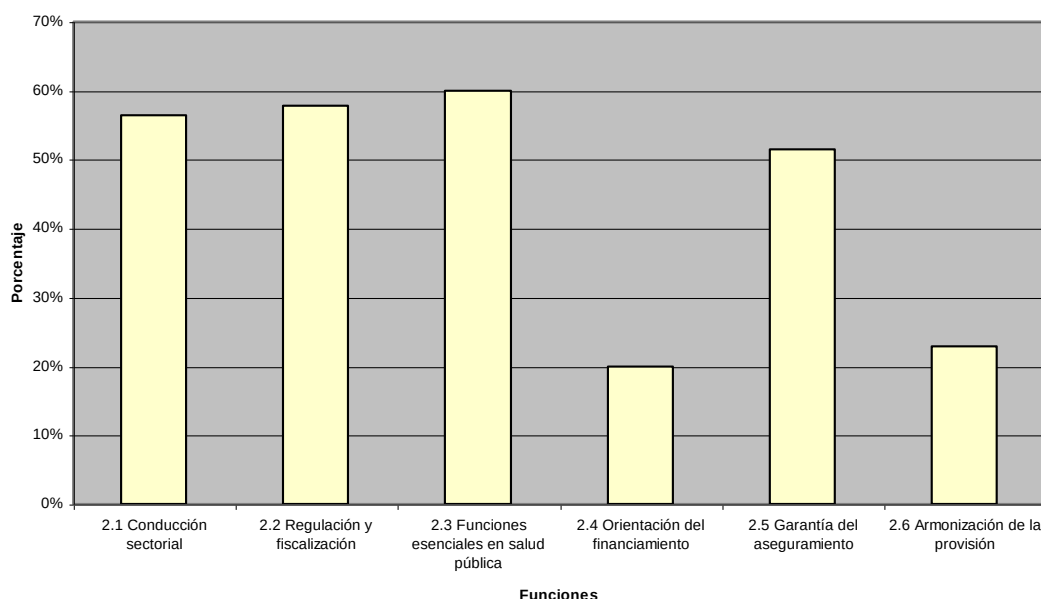
Adicionalmente, durante la aplicación del instrumento, varios (as) de los participantes llamaron la atención a los (as) organizadores (as) y conductores (as) de la actividad con relación a que el marco conceptual sobre el que se partía no estaba siendo compartido por todos (as), por lo que las respuestas podrían estar induciendo a error razón por la cual se considera que, para superar las debilidades señaladas y disminuir la subjetividad del estudio, este debería realizarse nuevamente en nuestro país.

No obstante lo expuesto, se presentan a continuación los resultados obtenidos:

Los (as) participantes en el estudio reconocieron que el propósito de la rectoría, entendido como la “incorporación de los propósitos de la rectoría en las implicaciones para la autoridad sanitaria” y el papel de la autoridad sanitaria, definida como “la base jurídico-institucional de la autoridad sanitaria” han alcanzado en el país un 66% y 68% de avance respectivamente lo que, a nuestro juicio, avala lo señalado con relación a que, en Costa Rica, el proceso de rectoría en salud ha venido impulsándose desde hace varios años; sin embargo, tal como se muestra en el siguiente gráfico, no todas las funciones de rectoría³⁴, han alcanzado el mismo avance.

Gráfico # 1

Perfil de Funciones de Rectoría Sectorial



³⁴ Funciones de la rectoría en salud acordadas por los Ministros de Salud de la Región de la Américas durante la XL Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud

El ejercicio de las funciones esenciales en salud pública propias de la autoridad sanitaria orientadas a asegurar, proteger y mejorar la salud de los individuos y las comunidades obtiene el mayor porcentaje con un 60% de cumplimiento.

Se observa la necesidad de aumentar la capacidad del Ministerio de Salud para desempeñar cabalmente su papel rector y las funciones esenciales de la salud pública que le son propias e indelegables. Cabe señalar que la reforma del sector salud se ha centrado en la implementación de cambios financieros, estructurales e institucionales del sistema de salud y se ha prestado menos atención a los aspectos del desarrollo del sistema orientados a la reducción de inequidades en salud y al ejercicio de la función rectora por parte del Ministerio de Salud.

En segundo lugar se ubicó la función de Regulación y Fiscalización la cual obtuvo un 58%. En esta función se contempla el desarrollo y perfeccionamiento de la legislación nacional de salud y la garantía de su cumplimiento. Se analizó en el grupo que los resultados obtenidos en la medición de esta función reflejan la normativa existente, no obstante la institución rectora no cuenta con la adecuada dotación de los recursos que permita la plena ejecución de las modalidades de regulación y fiscalización.

La función de Conducción Sectorial ocupa el tercer lugar con un 56%. Se anota la capacidad de la institución rectora en formular la Política Nacional de Salud; así como el establecimiento de mecanismos participativos y construcción de consensos intersectoriales.

Ahora bien se considera que la fase de control y evaluación de la ejecución de la Política Nacional de Salud ha estado debilitado. La función 5 (Garantía del aseguramiento) va dirigida a la responsabilidad estatal de tutelar la efectiva protección social en salud, mediante la garantía del acceso a un plan básico de cobertura de servicios de salud para todos los habitantes; esta función obtuvo un puntaje de un 51%. El grupo coincide que la institución rectora no ha incursionado en la regulación del mercado de seguros de salud.

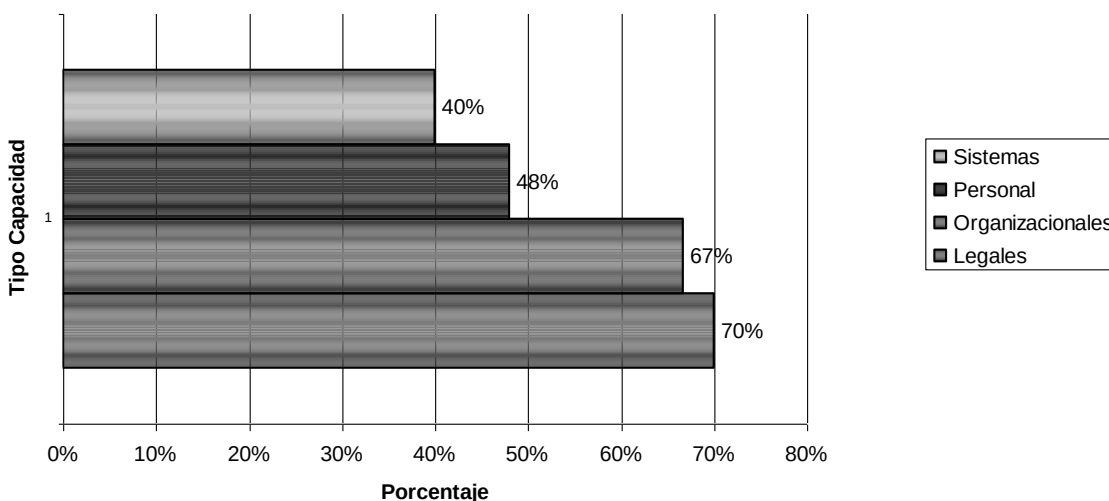
La función 6, (Armonización de la provisión) obtiene un 23% de cumplimiento, evidenciándose que en este momento no se puede garantizar el acceso equitativo de los servicios de salud a la población ni las condiciones básicas de calidad de los servicios.

La función de Orientación al Financiamiento obtiene un 20% de cumplimiento. De hecho, este resultado no sorprendió a los participantes dado que la Institución rectora no ha incursionado en esta función, debido a que no se cuenta con políticas de salud en este campo que puede garantizar que las diversas modalidades de financiamiento puedan brindar el acceso equitativo a los servicios de salud con calidad a todos los habitantes, así como haber desarrollado una vigilancia al proceso de financiamiento sectorial.

Finalmente, coincidiendo con los resultados de la Encuesta dirigida a actores clave sobre el tema “Rectoría en Salud en Costa Rica” y con los resultados de la Consultoría para el Fortalecimiento Operacional de la Áreas Rectoras Locales del Ministerio de Salud, el estudio reveló que, si bien es cierto las capacidades legales para el ejercicio de la rectoría en el país han logrado un avance significativo (70%) al igual que el desarrollo de las capacidades organizacionales (67%), las capacidades de personal (50%) y la capacidad de sistemas (40%) no superan el 50%, tal como se muestra a continuación:

Gráfico #2

Distribución según Capacidades

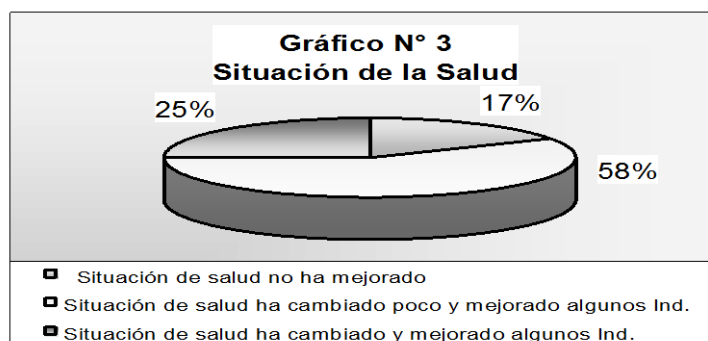


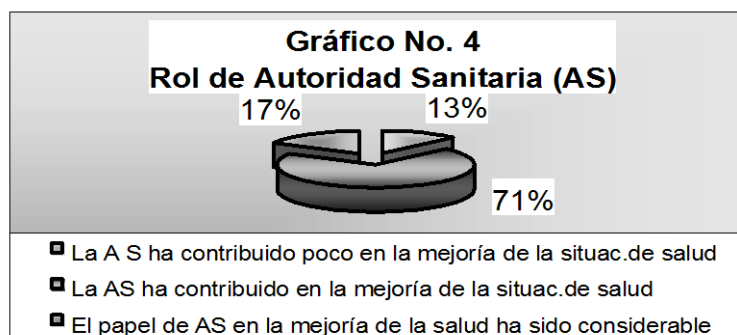
A continuación se presenta el resultado de cada función en particular para ahondar en cada una de ellas. Se consideraron tres dimensiones: Contexto, Funciones y Desarrollo de capacidades en Rectoría. En el análisis del contexto, en el primer aspecto, “propósito de la rectoría”, las interrogantes guardan una correspondencia entre la relación del desarrollo del Estado y la Rectoría del Sector Salud. Para tales efectos se consideran las siguientes variables:

Salud de la población en los últimos cinco años.
 Papel de la Rectoría en la mejora de la salud.
 Funcionamiento integrado del sector y el rol de la rectoría para lograr el funcionamiento integrado.
 Situación estratégica, negociación y abogacía.
 Comportamiento de las iniquidades y papel de la rectoría en su reducción.

En la medición del aspecto sobre el comportamiento de la salud de la población, en los últimos cinco años y la mejoría de los indicadores en general, se debe de anotar que dados los alcances en los índices en Costa Rica los esfuerzos se orientan a mantener los indicadores de salud tales como mortalidad infantil, materna y esperanza de vida, entre otras.

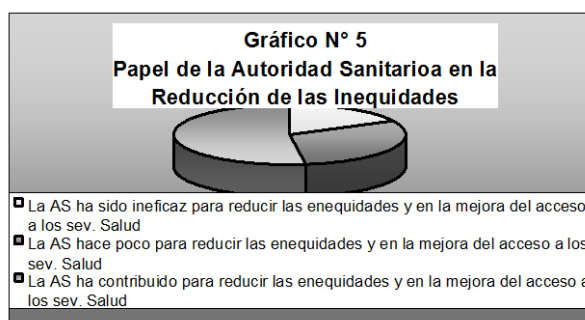
Por tanto, partiendo de esta realidad se obtuvieron los resultados que se expresan a continuación:
 Un 60% de los participantes consideró que el papel de la Rectoría ha contribuido en la mejoría de la salud.





Con respecto, a la integración del sector salud las opiniones fueron debido a que se señala que la tendencia es que en los últimos cinco años se han realizado importantes esfuerzos pero aun falta mucho por lograr. Al comparar el Sector Salud con otros sectores se puede decir que la autoridad sanitaria ha contribuido poco en la consolidación del sector, una consecuencia de ello es una débil situación política, institucional y financiera en el ámbito sectorial.

Un aspecto específico donde se deben hacer mayores esfuerzos es en disminuir las brechas entre diversos grupos, evitándose así las inequidades en la situación de salud.



El segundo aspecto en el análisis del contexto es el Papel de la Autoridad Sanitaria. En el análisis de la base jurídico - institucional, se consideran las siguientes variables:

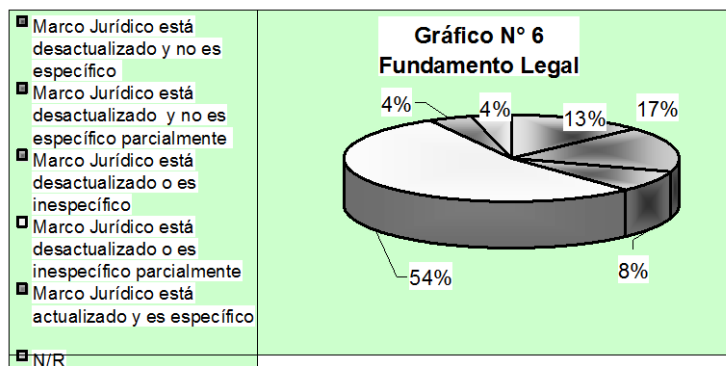
Fundamento Legal de la Rectoría y su composición.

Coherencia y percepción de resultados.

Concentración e integración.

Diseño, formalización, implementación y evaluación de la política sectorial.

El reconocimiento jurídico, es uno de los aspectos donde se puede decir que se ha avanzado considerablemente, lo que se puede mostrar en el siguiente gráfico.



Se deben desarrollar estrategias para lograr una coherente y mejor organización de la autoridad sanitaria, ya que las percepciones variaron considerablemente. Un 13% opinó que hay muy poca definición y escasa composición de roles, mientras que un 17% opinó que es informal la composición de roles. También se percibe que se alcanzaron algunos consensos y resultados, pues el 42% consideró que sí existe una operación de forma integrada y sí hay un considerable nivel de descentralización. Un 8% menciona que sí hay base formal para la composición y roles de la autoridad sanitaria, la cual guarda relación con la forma de Gobierno Nacional y un 20% optó por no responder.

En cuanto a diseño, formalización e implementación de la política sectorial los resultados fueron positivos, la principal limitación se ubica en su evaluación por cuanto el 80% considera que no existen mecanismos de evaluación y la participación en su fiscalización es escasa; un 4% dice que es muy poca y un 16% no responde.

La segunda dimensión, “Funciones”, considera el desarrollo, de la rectoría, para su medición se toman en cuenta las siguientes variables:

Conducción sectorial

Regulación y fiscalización

Funciones esenciales de salud pública

Orientación del financiamiento

Garantía del aseguramiento

Armonización de la provisión

En la conducción sectorial se mide la capacidad de orientar y movilizar instituciones del sector y grupos sociales para apoyar la política nacional de salud. Aspectos considerados:

Análisis de situación y de contexto.

Inteligencia sanitaria.

Marco institucional de desarrollo para dar prioridad y elaborar políticas públicas y objetivos sanitarios.

Capacidades de ajustar la estructura organizacional a la política, objetivos sanitarios y las funciones.

Consensos de política y alianzas estratégicas.

Movilización y puesta en marcha de las políticas.

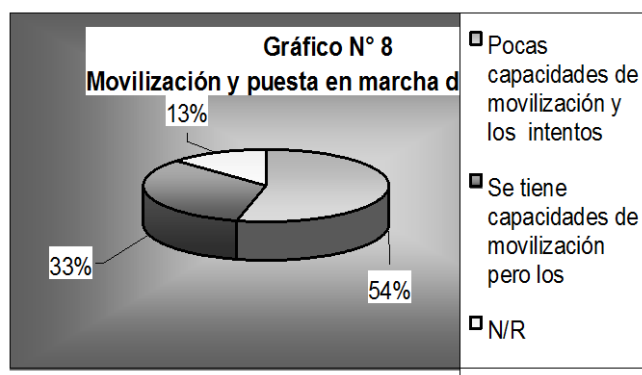
Promoción, participación y cohesión social.

Ejercicio pleno de las atribuciones del ente Rector.

Marco integral de actuación de la cooperación internacional y coordinación internacional para la salud

Un aspecto considerado fue medir si la autoridad sanitaria tiene información suficiente, disponible y actualizada sobre la situación de salud, servicios, demografía, epidemiología e impacto. Después de una amplia discusión se obtienen los siguientes resultados:

Además, el 83% considera que la autoridad sanitaria cuenta con algunas capacidades de inteligencia sanitaria en proceso de desarrollo y fortalecimiento e inicia la toma de decisiones de manera informada. Esto ha permitido lograr articular metas y objetivos, definir y precisar roles y funciones sanitarias, y desarrollar una considerable capacidad instrumental para establecer prioridades. Estos aspectos están en proceso de lograrlos según la opinión del 83% de los participantes. Además, el 29% opina que es muy poca la existencia de capacidades y medios para traducir las prioridades en objetivos sanitarios, políticas, planes, programas, proyectos y presupuestos; el 54% cree que sí existe capacidad, pero no se aprovecha adecuadamente.



El 50% considera que la autoridad sanitaria conoce sus funciones y está en proceso de crear capacidades e instrumentos para ajustar su estructura organizacional a los objetivos sanitarios nacionales y a las políticas de salud. Pero existe una considerable brecha ya que no se tiene capacidad de movilización y los intentos no han sido fructíferos.

Según un 13% es necesario que la Autoridad Sanitaria logre ejercer adecuadamente sus atribuciones ya que sus esfuerzos han sido insuficientes para hacer cumplir la legislación, sancionar, generar incentivos o redimensionar prácticas. Un 46% considera que se ha hecho muy poco, un 33% consideró que se encuentra en proceso, un 4% dice que este proceso tiene un considerable avance y un 4% no opinó.

Cuando se evaluó la movilización de recursos productos de cooperación internacional, el 63% opina que la cooperación se ha movilizado, pero aún es escasa su coordinación y no hay una programación que contenga este elemento vinculado con el desarrollo de la política de salud. Un 25% consideró que no se ha movilizado la ayuda internacional y si existe actúa sin ninguna coordinación con la Autoridad Sanitaria. La movilización de instancias de coordinación internacional es muy poca, según un 25% de las opiniones, un 42% considera que sí se

ha movilizado, pero ha sido ocasional y en algunos casos los resultados han sido insatisfactorios o exigüos. Un 29% opinó que los resultados han sido buenos, mientras que el 21% no respondió.

En la variable, “Regulación y fiscalización”, se parte del análisis del diseño del marco normativo que protege y promueve la salud, así como de la garantía del aseguramiento. Para tales efectos se consideraron los siguientes aspectos:

Desarrollo y perfeccionamiento legislativo.

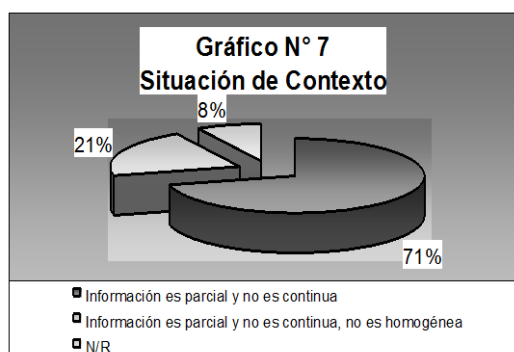
Armonización legal entre sectores.

Análisis y regulación sanitaria de mercados de salud y de otros bienes o servicios.

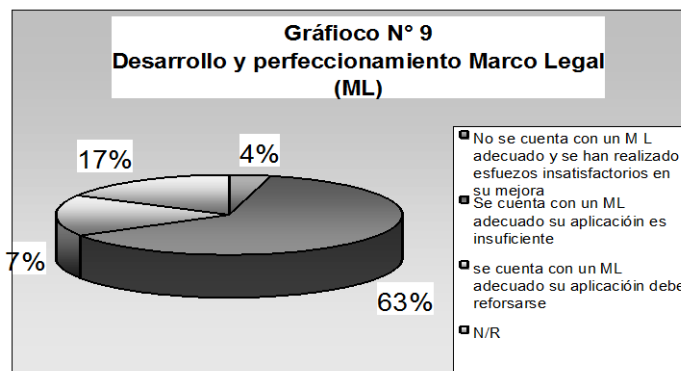
Análisis y regulación de la práctica médica y la calidad de atención en salud.

Análisis y regulación de certificación profesional, formación y educación continua.

Guías pautadas (Protocolos) y normas básicas de atención.

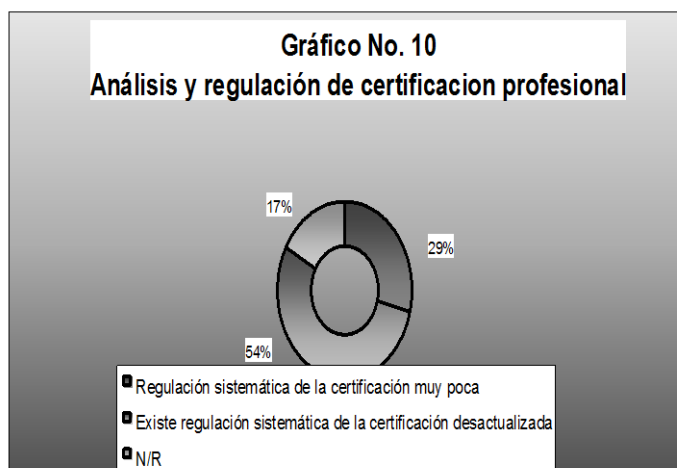


Según la opinión de los participantes, se cuenta con un marco legal de la autoridad sanitaria (Ministerio de Salud) que permite un funcionamiento normativo y fiscalizador, pero no se aplica suficientemente o se hace necesario un mayor desarrollo y perfeccionamiento de este.



Algunas manifestaciones de lo anteriormente expuesto es que la regulación sanitaria de mercados relacionados con la salud es inadecuada, o su aplicación es insatisfactoria, debido a que en algunos campos se ha avanzado más que en otros, pero siempre continúa siendo una debilidad la aplicación del marco legal. Otra es la relacionada con la prestación de servicios de salud, para un 46% es inadecuada o insatisfactoria, para un 17% son ambas cosas. La regulación de praxis médica es inadecuada, y el marco regulador es inespecífico, a pesar de que se realizan esfuerzos para mejorar su calidad, criterio que comparte un 42%. Un 29% opinó que tiene algunas mejoras, mientras que un 25% no respondió.

En el análisis de la regulación de certificación profesional, formación y educación continua, las opiniones fueron muy uniformes. Se percibe que sí existe regulación pero desactualizada, aunque no se obtuvo respuesta de un 17% de los participantes.



En cuanto a la existencia de guías pautadas (protocolos) y normas básicas de atención sí existen, pero no son actualizadas o no se cuenta con mecanismos para certificar o asegurar su calidad. Este criterio es compartido por un 50% de los participantes, a pesar de que un 17% consideró que son muy escasas, mientras que otro 17% opinó que se han logrado importantes avances.

Se demuestra que la evaluación es un aspecto poco desarrollado, en este caso se consideró particularmente lo relacionado con las tecnologías de salud. El 54% consideró que existen muy pocas normas y mecanismos para evaluar su pertinencia e inocuidad. Un 17% dijo que definitivamente no hay normas y un 33% manifestó que sí hay normas y mecanismos de evaluación pero están desactualizados o su aplicación es inadecuada.

La tercera variable considerada, “Funciones esenciales de salud pública”, es una prerrogativa y responsabilidad indelegable del Estado con el fin de proteger y mejorar la salud de los individuos y de la sociedad en su conjunto. Esta variable examina los siguientes aspectos:

Prevención de enfermedades e invalidez.

Protección contra riesgos ambientales.

Promoción de comportamientos saludables.

Respuestas de emergencia y desastres.

Garantía de calidad de servicios y acceso universal.

Evaluación de información.

Políticas de investigación, desarrollo y divulgación.

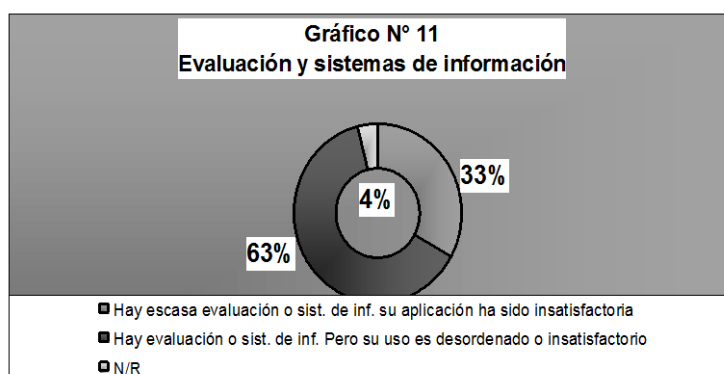
Es de resaltar que en esta variable las opiniones se localizaron entre 2 y 4, con base en una escala de evaluación (de 1 a 5), lo que indica que no existe una total ausencia en cuanto al cumplimiento de las funciones esenciales de salud pública, pero tampoco se encuentra en la mejor situación, por cuanto generalmente existe una aplicación pero los resultados no son los deseables.

El 50% considera que el desarrollo de programas para la prevención de enfermedades e invalidez son insuficientes o sus resultados insatisfactorios; el 29% cree que en algunos casos sí son suficientes y sus resultados satisfactorios, pero el 13% opina que son insuficientes y sus resultados insatisfactorios.

Los esfuerzos de protección contra riesgos ambientales no son bastantes o sus resultados son insatisfactorios. Un 50% consideró, en cuanto a comportamientos saludables, que "los esfuerzos de promoción de comportamientos saludables son insuficientes o de resultados insatisfactorios". Esta área es una de las más criticadas probablemente porque se visualiza la importancia de la promoción y esfuerzos en materia de rectoría en este campo.

Cuando se tratan diferentes funciones esenciales, una vez más se evidencia la necesidad de desarrollar la evaluación en el sector salud. El resultado obtenido se muestra seguidamente:

El 67% consideró que la existencia de políticas de investigación, desarrollo o divulgación es muy limitada, el 21% opinó que no existe y el 13% cree que sí hay pero su impacto sobre los servicios y condiciones



de vida es muy poco.

La cuarta variable es “la orientación del financiamiento”, demostrándose mínimo avance en este aspecto del sector, las respuestas se ubicaron según la escala entre 1 y 2, lo cual indica la necesidad de realizar esfuerzos por parte de la rectoría.

La opinión del 83% es que no se cuenta con recursos, capacidades ni instrumentos en salud que permitan dar prioridad a estos aspectos, el 8% cree que sí hay pero son muy escasos. Unido a lo anterior, se destaca la ausencia de un liderazgo para obtener consensos, acuerdos y financiamientos conforme requerimientos del sector (75% de opinión). Por tanto no hay recursos ni capacidades para focalizar la inversión y los pocos esfuerzos realizados han sido poco satisfactorios, lo que no ha permitido una movilización intersectorial. La calidad e impactos positivos de bienes y servicios financieros no están garantizados.

La función “Garantía del aseguramiento” tuvo sus mayores deficiencias cuando se revisó la evaluación que debe realizar el sistema de salud para asegurarse de que efectivamente se cumplen con las coberturas y el acceso real, así como con la fiscalización y medición del desempeño de los oferentes y la capacidad de compra del Ministerio.

La armonización de la provisión, en todas sus variables evaluadas que fueron definición de criterios de asignación pública, armonización central y descentralización, cooperación técnica y contratación obtuvieron el mínimo puntaje; solo el rubro de garantía de la calidad varió del mínimo posible a evaluarse.

Otro capítulo que se evaluó fue el “Desarrollo de capacidades” entre las que se reconocen como fortalezas las capacidades legales, aunque se mencionan las dificultades para aplicar el marco legal y hacer cumplir sanciones. Las capacidades organizacionales también son reconocidas. Las dos capacidades con menor grado de desarrollo fueron las de Recursos Humanos y las de Sistemas de Información.

Con base en lo anterior y en su propia experiencia, los (as) participantes en el *Taller para la Formulación de la Política Nacional de Salud en Rectoría*, realizado los días 21 y 22 de octubre del 2002, señalaron como prioritarios los siguientes asuntos críticos relacionados con el fortalecimiento del Ministerio de Salud para el ejercicio de la rectoría, en el siguiente orden:

Recursos humanos insuficientes, en calidad y cantidad.

Funciones de rectoría en salud y ámbitos de intervención del Ministerio de Salud desactualizados.

Apoyo político insuficiente para el ejercicio de la rectoría en salud.

Ausencia de un sistema de información en salud que apoye la toma de decisiones en todos los niveles de gestión del Ministerio de Salud.

Recursos financieros insuficientes para dotar al Ministerio de Salud del resto de los recursos requeridos para el desarrollo y ejecución de sus funciones y actividades.

Consultada acerca de la mayor fortaleza y oportunidad que tiene el Ministerio de Salud en el momento actual, así como de su mayor debilidad y amenaza, la Ministra de Salud contestó:

Fortaleza:

La experiencia y formación en rectoría de la salud, acumulada en los últimos años.

Oportunidad:

La necesidad sentida por los diferentes actores sociales en relación con la importancia de la rectoría en salud.

Debilidad:

La desmotivación de un número importante de funcionarios del Ministerio de Salud.

Amenaza:

El presupuesto insuficiente del Ministerio de Salud asignado por el Ministerio de Hacienda.

Finalmente, la Ministra señaló que las prioridades durante su gestión comprendida entre los años 2002 y 2006, serán:

Fortalecer el nivel regional y el nivel local del Ministerio de Salud, para que ejerzan efectivamente la rectoría en salud.

Lograr la independencia tecnológica de la institución, mediante la consolidación del Laboratorio Nacional de Salud Pública, en el que se realicen los análisis de medicamentos, agua y alimentos.

Poner en operación un registro de establecimientos regulados por el Ministerio de Salud con base georreferencial.

Desarrollar mecanismos que le permitan al Ministerio de Salud velar por los derechos de la población en materia de salud.

F. MEDICIÓN DEL DESEMPEÑO DE LAS FUNCIONES ESENCIALES DE SALUD PÚBLICA EN COSTA RICA (FESP)

1. Antecedentes

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), en colaboración con los Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos de Norteamérica y del Centro Latinoamericano de Investigaciones en Sistemas de Salud (CLAISS), y en amplia consulta regional, desarrolló en los últimos dos años un instrumento para la medición del desempeño de las funciones esenciales de salud pública propias de la Autoridad Sanitaria (FESP) como parte de la iniciativa "La Salud Pública en las Américas". Este instrumento, después de ser probado en tres países de la Región – Bolivia, Colombia y Jamaica – fue presentado al Consejo Directivo de la OPS el cual se aprobó para su aplicación en la Región³⁵.

Posteriormente, se realizó una prueba "piloto" de aplicación en Chile, con el propósito de validarlo y afinarlo para su aplicación en el resto de los países de la Región. Finalmente, en marzo del 2001, se lleva a cabo en San José, Costa Rica, un Taller de Capacitación de Facilitadores para apoyar el proceso de medición de las FESP en Centro América y República Dominicana, al cual asistieron profesionales del Ministerio de Salud de Costa Rica, de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) y de la representación de OPS/OMS en el país.

La medición de las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP) en Costa Rica, se llevó a cabo en abril del 2001, con la participación de un grupo evaluador conformado por funcionarios de instituciones nacionales, representativas de la salud pública nacional (anexo 5). Estuvieron representados los sectores académico (tanto público como privado), de investigación, el de los servicios de salud, el componente rector; así como el de financiamiento público. También se buscó la representatividad intersectorial y de los distintos niveles de gestión (regional y local), así como de organismos no gubernamentales vinculados con la salud.

La organización del taller contó en todo momento con el firme respaldo del Ministerio de Salud, quien comprometió el apoyo a la iniciativa dirigida al fortalecimiento de la salud pública en el país. Asimismo, la Representación de la OPS /OMS en el país, brindó el apoyo técnico y financiero necesario para llevar a cabo el ejercicio de medición.

2. Descripción del proceso de medición.

El proceso de medición de las FESP en Costa Rica, incluyó las siguientes actividades: Selección del grupo nacional de evaluación, convocatoria al evento (realizada por el Ministro de Salud), Capacitación nacional de los facilitadores, Selección y reproducción de materiales y Selección del sitio de la reunión de evaluación.

El proceso de medición se efectuó en forma colectiva, mediante preguntas y respuestas ratificadas por consenso o mayoría por parte del grupo. El valor de los indicadores de cada función, se obtuvo con el puntaje de las llamadas "*Preguntas Madres*", a las cuales se le ha asignado un grupo mediciones y submediciones que sólo tienen la alternativa de respuesta "Sí" o "No" y cuyo valor es el promedio de las respuestas "Sí" Por esta razón, la forma en que el grupo construye la respuesta colectiva a cada medida o submedida, es un aspecto importante del ejercicio de medición.

Al final del taller, los resultados de la medición fueron compartidos con la totalidad de participantes y se realizó un análisis colectivo de los resultados logrados por el país. Las conclusiones y comentarios del grupo, fueron un aporte valioso para identificar áreas de intervención necesarias para mejorar la capacidad institucional de la autoridad sanitaria.

35 Resolución CD42.R14. Funciones Esenciales de Salud Pública. 42º Consejo Directivo de OPS. Washington, D.C, 25 al 29 de Septiembre de 2000

3. Identificación de áreas de intervención prioritaria

El objetivo inmediato de este ejercicio de medición es la elaboración de un plan estratégico a mediano plazo con el fin de mejorar el desempeño de la Autoridad Sanitaria Nacional (ASN) en las FESP que son de su competencia, partiendo de dos premisas básicas:

1) Debe ser de carácter interinstitucional: Implica un abordaje integral, más que intervenciones aisladas sobre los actores y los ámbitos de cada función. Para tal propósito se han integrado los indicadores de todas las funciones en tres áreas estratégicas de intervención:

Cumplimiento final de resultados y procesos claves: Componente sustantivo en el que se expresa el quehacer de la autoridad sanitaria en materia de salud pública y, consecuentemente, el objeto central de las intervenciones para mejorar su desempeño.

Desarrollo de capacidades e infraestructura: Las condiciones humanas, tecnológicas, de conocimientos y de recursos, necesarias para el óptimo desempeño de las funciones de la autoridad sanitaria en la materia.

Desarrollo de competencias descentralizadas: Las facultades y capacidades dirigidas a apoyar o transferir competencias a los niveles subnacionales para fortalecer el ejercicio descentralizado de la autoridad sanitaria, acorde a los requerimientos de la modernización del Estado y del sector.

2) Las intervenciones deben estar orientadas a superar las deficiencias y mantener las fortalezas: Se estableció una línea de referencia para separar las fortalezas de las debilidades. Se espera que los hallazgos encontrados en la medición de las FESP, representen un desafío alcanzable y un estímulo razonable al esfuerzo de mejoramiento de continuo.

El valor de referencia se estableció como el promedio de los resultados globales en las once funciones, así, la mayoría de las deficiencias quedan calificadas como debilidades a superar.

Área de Intervención: Cumplimiento final de resultados y procesos claves.

Las principales fortalezas se refieren al desarrollo del marco regulatorio en salud pública; la existencia de políticas de salud; el adecuado funcionamiento del sistema de vigilancia para identificar especialmente, daños a la salud; la existencia de estándares de evaluación para el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud; el desarrollo de normas y lineamientos; y la coordinación y alianza con otros actores que apoyen la reducción de daños por emergencias y desastres. Todas estas áreas deben ser mantenidas y perfeccionadas, especialmente en lo que se refiere al desarrollo de un sistema de vigilancia de amenazas y riesgos para la salud pública.

Las intervenciones prioritarias, para mejorar los procesos y la producción de resultados en las FESP, serían: acciones necesarias para hacer cumplir y monitorear el cumplimiento de las normativas de salud pública; el desarrollo de una agenda de investigación; fortalecer los mecanismos de medición y evaluación de la satisfacción de los usuarios; mejorar la calidad de la información para el monitoreo y evaluación de la situación de salud, así como del acceso a los servicios de salud; desarrollar la capacidad de gestión institucional para la reducción del impacto de emergencias y desastres y; la formulación de políticas para la formación del recurso humano orientado a la entrega de servicios adecuados y las características socioculturales de los usuarios.

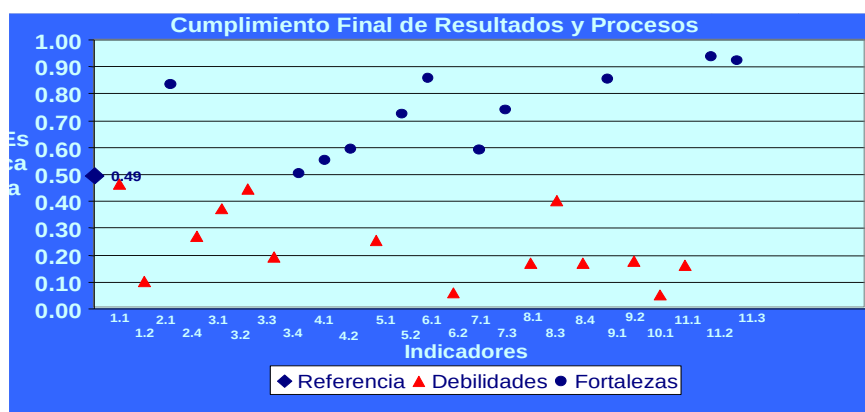
La capacidad de respuesta rápida y oportuna frente a problemas de salud pública, así como el desarrollo de estrategias orientadas a la información, la educación en salud y la comunicación social para la promoción de la salud, se ubicaron en el rango de desempeño intermedio, lo cual determina la necesidad de fortalecer dichas áreas.

El tipo de intervenciones para el mejoramiento de los procesos y de los resultados debe ser de carácter gerencial, mediante la adopción de medidas para que la capacidad instalada se utilice más eficientemente.

Se puede concluir que Costa Rica cuenta con los instrumentos, leyes, normas, políticas y planes para el desempeño óptimo de las FESP. El desafío es fortalecer las estrategias que permitan su implementación y fiscalización así como la definición de metas claras, que identifiquen qué es importante vigilar, cada cuánto y con qué recursos.

La siguiente gráfica resume los resultados obtenidos en esta medición para los indicadores de cada función correspondientes a esta área de intervención.

Gráfico 12



Área de Intervención: Desarrollo de capacidades e infraestructura.

Las principales fortalezas están dadas por la disponibilidad de expertos y de recursos para el monitoreo y evaluación del estado de salud, así como por la capacidad instalada de los laboratorios de la seguridad social y del laboratorio de referencia adscrito al Ministerio de Salud.

Otras fortalezas importantes son: la existencia de mecanismos para asegurar el acceso a los servicios de salud, la capacidad institucional para la investigación en salud pública, así como la capacidad de gestión de la cooperación internacional.

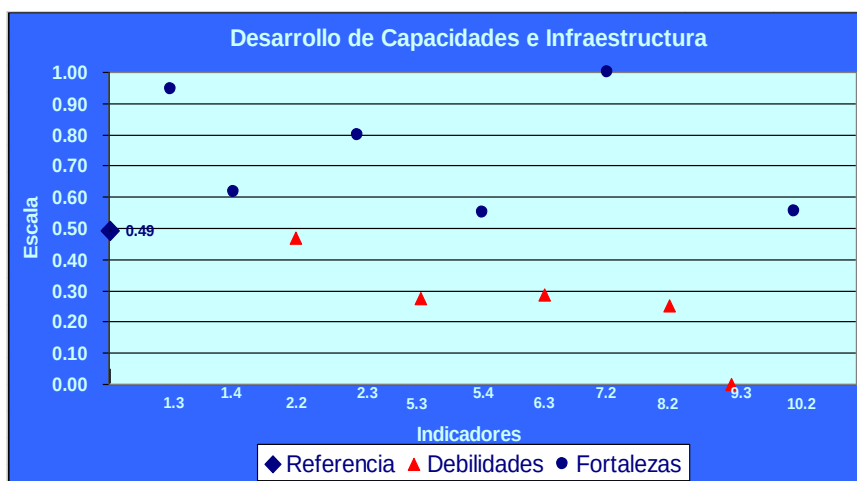
Las debilidades en las que habría que concentrar las intervenciones prioritarias, se relacionan con la ausencia de un sistema de gestión tecnológica y de evaluación de tecnologías en salud y la escasa planificación de la formación del recurso humano adecuado a las necesidades del Sistema de Salud. Además existen debilidades para hacer cumplir las regulaciones sanitarias y el liderazgo de la ASN, así como para la conducción y dirección del Sector Salud.

En el rango de desempeño intermedio se deben fortalecer: la capacidad institucional para hacer cumplir la normativa en salud pública y, las competencias de evaluación de los sistemas de vigilancia epidemiológica.

De este perfil, queda claro que las intervenciones para incrementar las capacidades institucionales son más de inversión en formación, capacitación y desarrollo de los recursos humanos. No se visualizan grandes deficiencias en el ámbito de la infraestructura para el desempeño de la salud pública.

La siguiente gráfica resume los resultados obtenidos en esta medición para los indicadores de cada función correspondientes a esta área de intervención.

Gráfico 13



Área de Intervención: Desarrollo de competencias descentralizadas

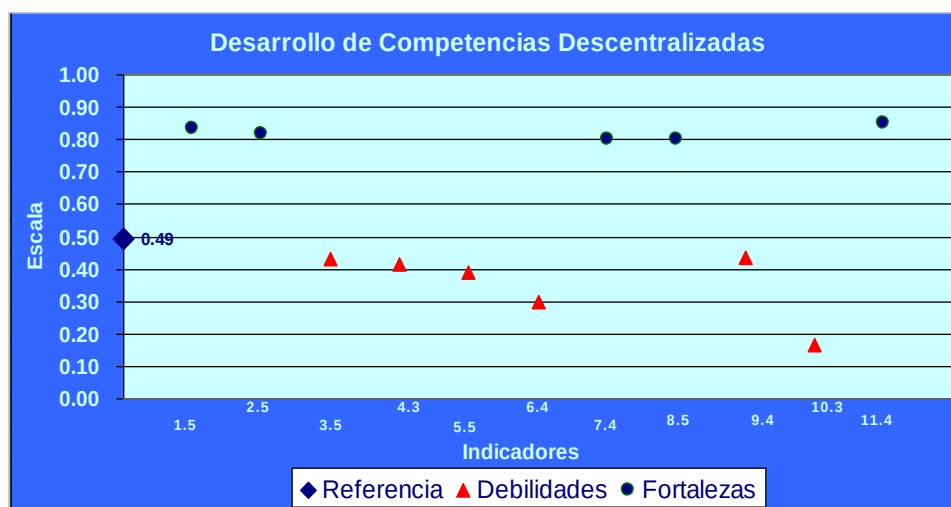
En general, el desarrollo de las competencias en los niveles subnacionales aparece como un área con fortalezas y con un nivel de desarrollo elevado para todas las funciones de salud pública.

Las principales debilidades en las que habría que enfatizar las intervenciones para fortalecer el ejercicio descentralizado de las FESP, son las relativas a la investigación en salud pública y a la falta de asesoría y de apoyo técnico para hacer cumplir la normativa vigente, así como fortalecer la capacidad del nivel local de supervisión y monitoreo de la situación de salud.

Además, se plantea la necesidad de asesoría para la promoción de la participación social en salud así como de apoyo técnico de los niveles centrales para el óptimo cumplimiento en los niveles subnacionales.

La siguiente gráfica resume los resultados obtenidos en esta medición para los indicadores de cada función correspondientes a esta área de intervención.

Gráfico 14



Principales logros del país después del proceso de medición

A partir de este primer análisis se vio la necesidad de avanzar en el desarrollo de planes de acción dirigidos a atender en forma prioritaria las funciones esenciales que resultaron con menor nivel de desarrollo en el nivel nacional: Investigación Esencial para el Desarrollo e Implementación de Soluciones Innovadoras en Salud Pública y Desarrollo de Recursos Humanos y Capacitación en Salud Pública. Para ello se realizó un Foro Nacional que revisó y se mantienen trabajando el tema.

A la vez se vio la conveniencia de iniciar el proceso que permitiera contar con un instrumento ajustado para realizar la medición en el nivel regional. El proceso desarrollado por el país para el cumplimiento de acuerdos se resume a continuación:

Evaluación de medición de FESP en el nivel nacional (noviembre 2001).

Publicación y distribución de los resultados de la primera medición de FESP en Costa Rica (abril 2002).

Publicación del informe ejecutivo de FESP (abril 2002).

Definición de estrategias para la medición de las Funciones Esenciales de Salud Pública en las 9 regiones del país (junio 2002).

Presentación de la propuesta de trabajo para la medición regional a autoridades del sector salud y fuera del sector (agosto 2002).

Conformación y capacitación de equipos conductores del proceso en el nivel regional (septiembre 2002).

Reuniones de pequeños grupos de expertos (según función esencial) del nivel nacional y regional para ajustar el instrumento al nivel subnacional (septiembre a noviembre 2002).

Preparación de la nueva versión de software para procesar la información del nivel regional (octubre 2002).

Formulación de lineamientos de política y estrategias en salud para las funciones esenciales prioritarias: Investigación y Desarrollo de Recursos Humanos. (octubre- noviembre 2002).

Prueba piloto de la medición en una región (febrero 2002).

Medición de FESP en el nivel subregional (febrero a junio 2003)

G. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Costa Rica. Decreto Ejecutivo No 14313-SPPS-PLAN de 15 de febrero de 1983

Decreto Ejecutivo No 27446-S de 8 de setiembre de 1998

Decreto Ejecutivo No. 30461-S-MIDEPLAN de 5 de junio del 2002

responsabilidades del Ministerio de Salud desde el punto de vista legal y reglamentario para el desempeño de las funciones esenciales de salud publica en el nivel nacional y regional.

Ley General de la administración pública. No 6227 del 2 de mayo de 1978.

Ley General de Salud No. 5395 del 30 de octubre de 1973 y sus reformas.

Ley No 7374 del 3 de diciembre de 1993 “ Contrato de préstamo entre l a República de Costa Rica y el Banco Interamericano de Desarrollo.

Ley Orgánica del Ministerio de Salud (5412) del 08 de noviembre de 1973

López, M. “Protección Social en Salud” Análisis del Sector Salud en Costa Rica. San José, Costa Rica, 2002. Pág. 2.

Marín, Fernando. La Rectoría en Salud en Costa Rica: antecedentes y concepción inicial. San José, Costa Rica, 2002.

Ministerio de Salud. DDS/ UDES. Marco Conceptual de la Rectoría en Salud. Documento de Trabajo, 2002

Ministerio de Salud. Presentación en Taller de FESP 16 y 17 de setiembre 2002.

Ministerio de Salud. Memoria Anual 2002. A los 4 años de gestión. Costa Rica, 2002, Pág. 15

Ministerio de Salud. Propuesta de reestructuración del Ministerio de Salud. Presentada a MIDEPLAN y aprobada en nota D.M: 113-98. San José, Costa Rica 1998. Pág. 21.

Ministerio de Salud. Proyecto de Rectoría y fortalecimiento del Ministerio de Salud. “Sistema de Rectoría en Salud y perfil estructural básico para su gestión”. San José, Costa Rica 1993

Ministerio de Salud. Proyecto rectoría y fortalecimiento del Ministerio de Salud. “Programa de mejoramiento de servicios de salud”. San José, Costa Rica 1992, Pág. 1.

Ministerio de Salud. Proyecto rectoría y fortalecimiento del Ministerio de Salud. “Perfil Funcional”. San José, Costa Rica 1992, Pág. 2

Ministerio de Salud/ Price Waterhouse. Propuesta de reestructuración del Ministerio de Salud. San José, Costa Rica, 1998.

OPS. Desarrollo Institucional de la capacidad de rectoría en salud (Documento borrador). Washington, D.C., 2002. Págs. 23, 24.

OPS. Lineamientos metodológicos para el Análisis del Sector Salud. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. Washington, D.C., setiembre de 2002.

OPS/ OMS Instrumento para la medición del desempeño de las funciones esenciales de Salud Pública. Marzo 2001

Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud. Organización Panamericana de la Salud. “Perfil del Sistema Servicios de Salud de Costa Rica”.

Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud. Organización Panamericana de la Salud. Perfil del Sistema de Servicios de Salud de Costa Rica. San José Costa Rica. 2002. Págs. 10,11,19

Stanley R. R Victoria, D. “El Sistema de Rectoría de la Producción Social de la Salud” . En Rectoría y Vigilancia de la Salud. Capítulo 2, . San José Costa Rica, 1994 Pág. 17.

Victoria, D. “Sistema de Rectoría de la Producción Social de la Salud”. En Rectoría y Vigilancia de la Salud. Capítulo II. San José, Costa Rica, 1994. Pág. 17.

CAPÍTULO VI

“PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD”

VI. PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

A. Resumen

Los propósitos de este capítulo son colaborar en el análisis del estado de protección social en salud y su contraparte, la exclusión, como determinantes importantes del estado de salud del país, presentando algunos indicadores disponibles para medir la exclusión por zonas geográficas o por grupos de enfermedad y para evaluar los factores del entorno que pueden afectar las estrategias destinadas a disminuir la exclusión.

Las estrategias destinadas a eliminar la exclusión en salud se encuentran dentro de las llamadas iniciativas de protección social, entendiéndose estas como un conjunto de intervenciones públicas, orientadas a disminuir el impacto negativo de eventos adversos personales - como las enfermedades o el desempleo- o generales - como los desastres naturales- sobre los grupos sociales pobres y/o vulnerables¹.

La protección social en salud puede definirse como la garantía que los poderes públicos otorgan para que un individuo o grupo de individuos puedan satisfacer sus demandas de salud, obteniendo acceso a los servicios en forma oportuna y de una manera adecuada a través de alguno de los subsistemas de salud existentes. Es importante notar que la definición no sólo se refiere a garantizar acceso, sino también calidad y oportunidad de la atención.

Conceptualmente, cuando se producen fallas en los sistemas de protección social en salud aparece la exclusión. Por lo tanto, las estrategias destinadas a eliminar la exclusión en salud constituyen un conjunto de intervenciones públicas orientadas a expandir la protección social.

Para la realización de este análisis es útil distinguir tres componentes:

La estructura de los sistemas de protección social en salud

La exclusión y su medición

Las estrategias destinadas a reducir la exclusión.

B. La Estructura del sistema de protección social en salud

Se distinguen tres grandes funciones: rectoría, aseguramiento y provisión.

Rectoría

La función de rectoría es la que impone las reglas del juego que rigen el funcionamiento del sistema, por medio de las acciones normativas y de regulación.. Esta figura teóricamente se ejerce por el Ministerio de Salud o por otro organismo, generalmente una Superintendencia, que puede o no depender del Ministerio de Salud. Para contribuir al buen funcionamiento del sistema, es recomendable que la función de rectoría esté nítidamente separada de las otras funciones, tanto en su diseño como en su implementación.

Este no es el caso de Costa Rica y pudiera explicitarse en que en el país tomó la decisión política, en forma muy temprana, de dejar la función reguladora, el aseguramiento y la provisión de los servicios en una sola institución: la Caja Costarricense del Seguro Social

¹ Una definición similar se puede encontrar en “Shielding the poor: social protection in the developing world” Editado por Nora Lustig/IDB, 2001, Pág.1.

¿Cómo ha variado el sistema de protección social a la salud en Costa Rica con la Reforma del Sector Salud? ¿Cuál es el desarrollo de la función reguladora?

Costa Rica, logró la cobertura universal en los servicios de salud, a inicios de la década de los setentas al definirse el traslado de todos los establecimientos hospitalarios del Ministerio de Salud a la CCSS, al romperse los topes salariales a las contribuciones de la Seguridad Social y al fortalecerse los programas de extensión de cobertura en salud a poblaciones rurales y urbano marginadas, a cargo del Ministerio de Salud. Gran parte de este progreso social fue financiado con recursos externos y mientras la coyuntura internacional fue favorable, esta deuda pudo mantenerse dentro de límites relativamente manejables. Después de 1980, dado el deterioro en las condiciones del comercio exterior y agotado el recurso al endeudamiento externo, el país se enfrentó a la inevitabilidad del ajuste, 36 a la Reforma de Estado y dentro de esta a la Reforma del Sector Salud

Durante la crisis económica de la década de los ochentas, los programas financiados por el Ministerio de Salud, recibieron el mayor peso de la crisis, ocasionando el cierre de establecimientos y movilidad laboral, especialmente en la categoría de personal técnico, originando la caída de las coberturas en las acciones de los programas de atención primaria, dirigidos a poblaciones rurales dispersas y urbano marginales y en forma general de los programas de Salud Pública.³⁷

En este contexto, se aprueba una nueva modalidad de aseguramiento, “Asegurados por el Estado”, por medio de la cual se da un subsidio del Estado a la CCSS, para cubrir la atención médica de los indigentes. Esta modalidad de aseguramiento, creada por Decreto Ejecutivo en el periodo 86-90, establecía que la selección de esta población estaría a cargo de los funcionarios de los Programas de Atención primaria del Ministerio de Salud, sin embargo al final de ese periodo, por el fracaso en el desarrollo de mecanismos de coordinación interinstitucionales, se traslada esta responsabilidad a la CCSS, quien a partir de esa fecha, es la responsable de definir los criterios de este tipo de seguro.

En el periodo 90-94, en el marco de la negociación del III Programa de Ajuste Estructural (PAEIII) se publica por el Ministerio de Planificación³⁸ la primera versión de la Reforma del Sector Salud en Costa Rica, que parte de los principios de racionalidad, eficiencia y democratización, asumiendo los compromisos de “Rectoría Sectorial del Ministerio de Salud; Operacionalización del enfoque de atención integral de la salud; Readecuación de la apertura programática presupuestaria; Desconcentración/descentralización administrativa y funcional; Consolidación de nuevas modalidades de administración de servicios y su financiamiento; Traslado de riesgos del trabajo del INS a la CCSS y traslado de acueductos municipales a AyA.

En 1995, se inicia la transferencia de los servicios de atención a las personas del Ministerio a la CCSS, entre ellos: el Programa de atención primaria, el Programa ampliado de inmunizaciones, el Programa de Cáncer, el de Tuberculosis, el Programa de Dermatología Sanitaria; el Programa de odontología sanitaria; el de Control de Enfermedades de Transmisión sexual. “Con la transferencia de todos estos programas a la CCSS, el Ministerio podía dedicar cada vez más energía a la Rectoría (...) estaría en condiciones de reorganizarse internamente para desarrollar y fortalecer gradualmente la excelencia técnica y la capacidad operativa necesarias para ejercer la rectoría....”³⁹

Entre 1994 y 1995, se organizan diferentes equipos técnicos interdisciplinarios en el Ministerio de Salud, con el propósito de elaborar los planteamientos teóricos para el desarrollo de la rectoría. Uno de ellos es la Comisión de Regulación que, con el apoyo técnico de la OPS/OMS, elabora los marcos conceptuales de la propuesta.⁴⁰ A la función estratégica de regulación se le señalan dos productos concretos: el control de la calidad

36 Garnier Leonardo. La política social en tiempos de ajuste, 1994

37 Ministerio de Salud, Comisión de Regulación. Función de Regulación del Desarrollo de la Salud, pág5-7, 1995

38 MIDEPLAN. La reforma del Sector Salud en Costa Rica, 1993

39 Ministerio de Salud. Informe Anual 1996, pág88-90.

40 Ministerio de Salud. Proyecto de Rectoría y Fortalecimiento del Ministerio de Salud. Función de Regulación del Desarrollo de la Salud. Programa Nacional de Acreditación y Garantía de Calidad, junio 1995

de atención y el control de gastos, inversión y costos en salud, como resultado del desarrollo de cinco tipos básicos de tareas:

La normalización y reglamentación sanitaria.

La coordinación entre organizaciones, niveles de gobierno y sectores de la economía.

El desarrollo del sistema que incluye: la formulación de políticas, la planeación estratégica, la participación social en salud, la evaluación y la identificación de prioridades de inversión en infraestructura y recursos humanos.

La gestión financiera, que incluye la identificación y movilización de nuevas fuentes de financiamiento, control de costos y la promoción de la equidad financiera.

La defensa del consumidor, que supone la difusión de información sobre precios, características y calidad de servicios; la interacción con el poder judicial y con las instancias de protección de los derechos humanos.

De esta propuesta, como función reguladora, a finales de este periodo, en el Ministerio de Salud, se reconocen los subsistemas de controles y registros de medicamentos, alimentos y equipos médicos; el de servicios de salud y los de protección al ambiente humano.

En 1997 se publica⁴¹ el “Manual de Organización y Funciones”, que define la misión de la rectoría en los siguientes términos:

“Garantizar que la producción social de la salud se realice de manera eficiente y contribuya a mantener y mejorar la calidad de vida de la población y el desarrollo del país bajo los principios de equidad, solidaridad y universalidad”, por medio de una función general de Dirección y Conducción y cuatro funciones estratégicas específicas de: planificación estratégica; vigilancia de la salud, Investigación científica y tecnológica y regulación. Los productos señalados en el Manual son la misma “rectoría ejercida sobre los actores sociales que intervienen en la producción social de la salud y los servicios brindados por los programas operativos.”

En este Manual, se define la regulación⁴² como función que se “...encarga de controlar y evaluar las actividades que afectan los niveles de salud, velando por el cumplimiento de las políticas, decretos, leyes, normas y reglamentos vigentes: El control y la evaluación se realizarán por medio de mecanismos ágiles y eficientes de monitoreo, observación, auditoría, aseguramiento de la calidad y otros.” En este documento, claramente se elimina toda mención relacionada con el financiamiento, control de costos, gastos o inversión en salud.

A finales de 1996, en un informe de consultoría del BID sobre el tema, se señalaron los siguientes problemas en el desarrollo y consolidación de la Rectoría⁴³

Falta de delimitación del concepto de “producción social de la salud”, que puede conferir a la misión institucional una dimensión inabarcable e ineficiente.

Retardo en el tiempo de desarrollo del proceso

Conceptualización predominante de una rectoría normativista (de control de la legalidad) y poco desarrollo de una conceptualización de evaluación de la eficiencia y la eficacia de los servicios.

Debilidad o inexistencia de una coordinación operativa entre la CCSS y el MS, que se agrava porque no coinciden en la definición de las regiones de salud.

41 Ministerio de Salud. Manual de Organización y Funciones del Ministerio de Salud. Funciones rectoras y programas especiales de salud pública. San José, diciembre 1997

42 Ministerio de salud. Manual de Organización y Funciones, pág 9, 1997

43 Ministerio de Salud, OPS/OMS. Evaluación de la aplicación de la estrategia de salud para todos en el 2000, tercera evaluación, pág 9, marzo de 1997

Excesiva centralización administrativa y disfunciones de coordinación entre los diferentes niveles de gestión secundarias a la inexistencia de un sistema de programación e información y de autonomía presupuestaria.

Recursos humanos no motivados y con deficiente capacitación en los procesos de análisis, priorización y evaluación, fundamentales para el ejercicio de la rectoría

En 1998 el Ministerio de Planificación, aprueba el ya citado Manual de Funciones, y bajo esta perspectiva, se aprueban en el 2000-2001 la estructura organizativa y el manual de puestos. De esta forma se abandona oficialmente, por parte del Ministerio de Salud, sus responsabilidades en el aseguramiento de la población y en el control del financiamiento del sector salud

Como conclusión del tema se tiene que en Costa Rica la protección social en salud opera por medio de una institución, estatal, autónoma, la Caja Costarricense del Seguro Social. El financiamiento es de tipo tripartito: empleado, empresa y estado, con una tendencia clara en los últimos años a ser más bipartito que tripartito. No existe seguro de desempleo, pero sí un tipo de seguro por el Estado, que subsidia la atención de la población indigente. Las regulaciones del financiamiento en salud y de las prestaciones en salud dependen directamente de esta única entidad. La integración con el sector privado de atención, se da en grados variables por la compra directa de servicios y últimamente por la intervención creciente de este sector en la atención del primer nivel bajo la modalidad de pago per cápita anual de la población adscrita.

Además el INS, que opera bajo la modalidad de protección a los riesgos del trabajo y a los accidentes de tránsito, se financia y atiende estos incidentes por medio de pólizas de seguro individuales, financiadas bipartitamente por el empleador y el trabajador para los riesgos del trabajo y por medio de las pólizas obligatorias del seguro automotor en el caso de accidentes de tránsito. Tiene servicios de prestación directa y además de compra de servicios al sector privado y a la misma Seguridad Social. La función reguladora de este componente se ejerce desde el mismo INS.

Cuadro 1

Organización de los Sistemas de Protección de Salud

Sistema	Único	Mixto	Mixto	
Administración	Seguridad social	Sector privado	INS	
	Estatad	Privada	Estatad	Grados variables de Integración
Financiamiento	- Aportes afiliados (trabajadores formales) - Aportes empleadores - Aporte Estado	Pago por servicios Pago per cápita	Riesgos del trabajo Accidentes Seguros privados	

La integración del sistema de protección social es alta, sin embargo, en su conjunto, se evidencia un sistema regulatorio débil, fragmentado y poco desarrollado, que impiden el establecimiento de reglas del juego justas, no tanto en la relación usuario - proveedor de servicio, como en el flujo de las relaciones con el sector privado y entre sí de las dos instituciones estatales responsables de la protección social en salud.

Cada institución estatal (CCSS e INS) tiene integradas todas las funciones: regulación, aseguramiento y provisión, estableciendo cada una sus propias reglas de juego en sus interacciones entre sí y con el sector privado.

Existe evidencia de la importancia creciente de la compra de servicios por parte de la Seguridad Social y por otra parte, este tipo de compra es usual en el INS. Ante la ausencia de regulaciones externas y en un mercado de pequeño tamaño, las reglas del juego serán impuestas por el sector privado, quien decidirá cuándo, cómo y adónde.

cuadro2

Caja Costarricense de Seguro Social
Seguro de Salud
Contratación de Servicios
Años 1997-2001
(En millones de colones)

AÑO	2188	2190	2191	2192	2193	TOTAL	% VAR..
1997	301,7	1.843,0	300,1	376,5	37,7	2.859,0	-
1998	566,3	2.267,4	404,3	517,8	46,1	3.801,9	33,0
1999	4.544,6	0,0	600,5	670,2	51,7	5.867,0	54,3
2000	6.819,1	0,0	789,0	962,9	56,6	8.627,6	47,1
2001	7.630,4	0,0	1.012,2	1.259,4	60,3	9.962,3	15,5

FUENTE: Informes de Liquidación Presupuestaria más Inf. Liquidación Compromisos Presupuestarios 1

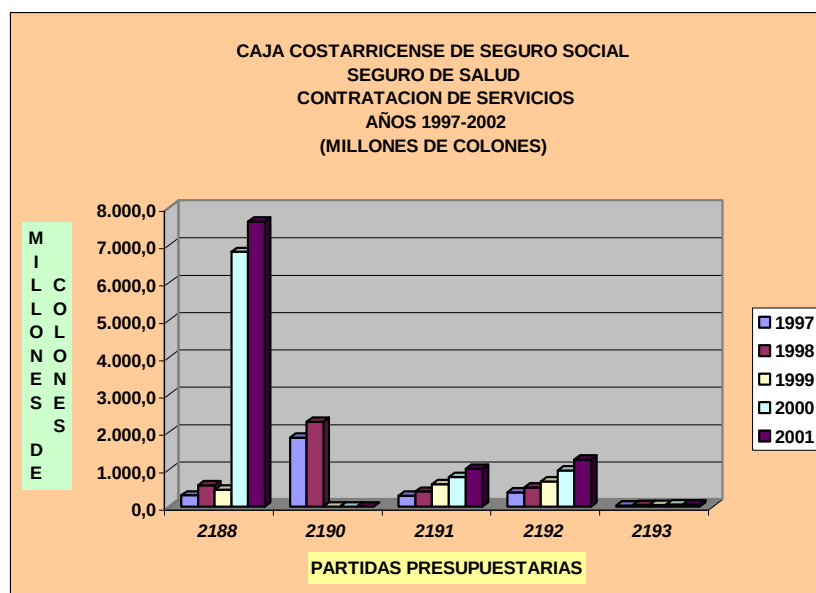
2188- Contratación Serv. Méd. Farmacia y Lab.

2190- Contratación Serv. Area Salud

2191- Contratación Limpieza de Edificios

2192 Contratación de Servicios de Vigilancia

2193 Contratación de Serv. Mant. Zonas Verdes



Aseguramiento

La función de aseguramiento tiene que ver con garantizar o asegurar el acceso a las atenciones de salud desde el punto de vista económico y se compone a su vez de las funciones de financiamiento y compra. Al interior de la función de financiamiento se puede distinguir, entre otras, la función de recaudación de los aportes. Al interior de la función de compra, están las funciones de establecimiento de costos y precios y de pago a proveedores.

Cobertura del Seguro Social de salud a partir del Censo de Población 2000.⁴⁴

Uno de los rasgos fundamentales del sistema de salud costarricense, es el predominio de un seguro público, universal y solidario, responsable del financiamiento y provisión de la mayor parte de los servicios de salud brindados en el país. El principio de universalidad que rige al denominado Seguro de Salud, dispuesto legalmente desde 1961, refleja la voluntad de los legisladores de extender esta protección a todos los ciudadanos del país, conforme al reconocimiento de la salud como un derecho fundamental de todo hombre por su simple condición como tal. No obstante, es importante señalar que este concepto no implica el acceso irrestricto en todo momento y circunstancia por parte de cualquier ciudadano a los servicios otorgados por los centros de atención públicos, pues teóricamente debe encontrarse de antemano inscrito en alguna de las modalidades de aseguramiento creadas por la Caja Costarricense de Seguro Social (C.C.S.S.). Los únicos servicios que son otorgados independientemente de la condición de aseguramiento son los definidos como de atención primaria y las consultas de urgencias, pero incluso estas últimas, están sujetas al cobro posterior, en el caso de las personas no aseguradas.

C. MODALIDADES DE ASEGURAMIENTO EN EL SEGURO DE SALUD

Los seguros sociales en Costa Rica nacen bajo principios doctrinales “bismarckianos”, en el sentido de que la población sujeta a protección en un inicio estaba constituida únicamente por los trabajadores asalariados y sus familiares. No obstante, con la promulgación de la Ley de universalización de los seguros sociales en 1961, la C.C.S.S adquiere la responsabilidad constitucional de cubrir a la totalidad de la población nacional.

En los años siguientes, la institución diseña un conjunto de nuevas modalidades de aseguramiento, con el propósito de incorporar aquellos contingentes no afiliados al Seguro de Salud. Durán (1998) enumera cuatro cambios fundamentales relacionados con este fin:

En 1975 se establece la protección para los trabajadores no asalariados; inicialmente la afiliación es obligatoria, pero por limitaciones de carácter jurídico pasa a ser voluntaria a partir de 1978.

En 1976 se obliga a todos los pensionados, de la CCSS y de los regímenes especiales (contributivos y no contributivos), a contribuir al Seguro de Salud; los aportes están a cargo de cada programa que otorga la pensión, o bien son responsabilidad directa del pensionado.

En 1984 se crea una modalidad de aseguramiento para la protección de los pobres, financiada por el Estado, y sobre la base de núcleos familiares, denominada Seguro por Cuenta del Estado.

A mediados de la década del 80, se desarrolla una modalidad de aseguramiento colectivo para trabajadores independientes y no remunerados, agrupados en organizaciones gremiales o comunitarias, denominada Convenios Especiales.

Este esquema se complementó con una directriz del Poder Ejecutivo, avalada e implantada por la Caja a inicios del decenio de 1980, mediante la cual se abre la atención de los servicios de urgencias en los centros de salud (clínicas y hospitales) a toda la población, independientemente de la condición de aseguramiento, de manera tal que prevalece el derecho a la salud instituido en la Constitución Política.

⁴⁴ Gustavo Picado Chacón y & Virginia Salazar Figueroa, C.C.S.S.

En consideración al desarrollo histórico reseñado, es posible identificar las siguientes modalidades de aseguramiento del Seguro de Salud:

Asalariado: Es un seguro obligatorio y aplica para todos aquellos trabajadores que mantienen una relación obrero-patronal convencional, caracterizada por los principios de subordinación, prestación de servicio y remuneración. El patrono es el responsable de reportar a la Caja sus trabajadores y deducir de los salarios las correspondientes cuotas.

Por cuenta propia o convenio: Es un seguro voluntario y es suscrito fundamentalmente por personas que trabajan por cuenta propia, como patronos, familiar no remunerado y en algunos casos por desocupados.

Esta categoría incluye también a los trabajadores asegurados mediante convenios especiales entre la C.C.S.S. y entidades públicas o privadas tales como asociaciones, sindicatos, cooperativas y otras más.

Pensionado: Esta modalidad cubre a las personas que se pensionaron bajo alguno de los regímenes de pensiones existentes en el país a saber: Régimen No Contributivo, Régimen de I.V.M., Régimen de Hacienda, Magisterio Nacional, Régimen del Poder Judicial y otras instituciones públicas.

Familiar: Es el tipo de seguro que protege a los familiares de los asegurados directos asalariados, pensionado, por cuenta propia o por convenio, considerando dependencia económica por motivos de edad, estudios o discapacidad.

Por cuenta del Estado: Incluye a todas aquellas personas de escasos recursos económicos y que no tienen posibilidades de asegurarse mediante ninguna otra forma. La ley obliga al Estado a asegurar esta población previo estudio de su situación socioeconómica. Este seguro cubre a todo el núcleo familiar del asegurado directo por cuenta del Estado.

En todas estas modalidades de aseguramiento, el acceso a los servicios de salud se realiza bajo las mismas condiciones, tanto para el asegurado titular como para sus familiares.

D. EVOLUCION DE LA COBERTURA, 1984-2000

En el período intercensal la tasa de aseguramiento del Seguro de Salud aumentó poco más de diez puntos porcentuales, pues pasó de 71.2% en 1984 a 81.8% en el 2000. La causa fundamental de este avance responde a la creación del Asegurado por Cuenta del Estado, el cual permite a las familias y personas pobres afiliarse al Seguro de Salud, previa comprobación del estado de necesidad. La discrepancia en las tasas de aseguramiento por género se mantiene, pero con una ampliación de la brecha a favor de las mujeres.

Cuadro 3
Población nacional según modalidad de aseguramiento
Censos 1984 y 2000

Modalidad de aseguramiento	1984			2000		
	TOTAL	Hombres	Mujeres	TOTAL	Hombres	Mujeres
Asalariado	19.2	26.5	11.9	18.7	25.0	12.5
Seguro Voluntario	4.5	6.7	2.3	6.6	10.0	3.2
Asegurado Familiar	44.6	33.6	55.7	43.2	32.0	54.3
Por Cuenta del Estado				8.5	7.4	9.6
Otro tipo	2.8	2.7	3.0	4.7	4.9	4.5
No tiene	28.8	30.4	27.1	18.2	20.6	15.9
Principales Indicadores						
Tasa de aseguramiento	71.2	69.6	72.9	81.8	79.4	84.1
Dependencia contributiva	3.0	2.1	5.1	3.2	2.3	5.4

Fuente: Gustavo Picado y Salazar, CCSS

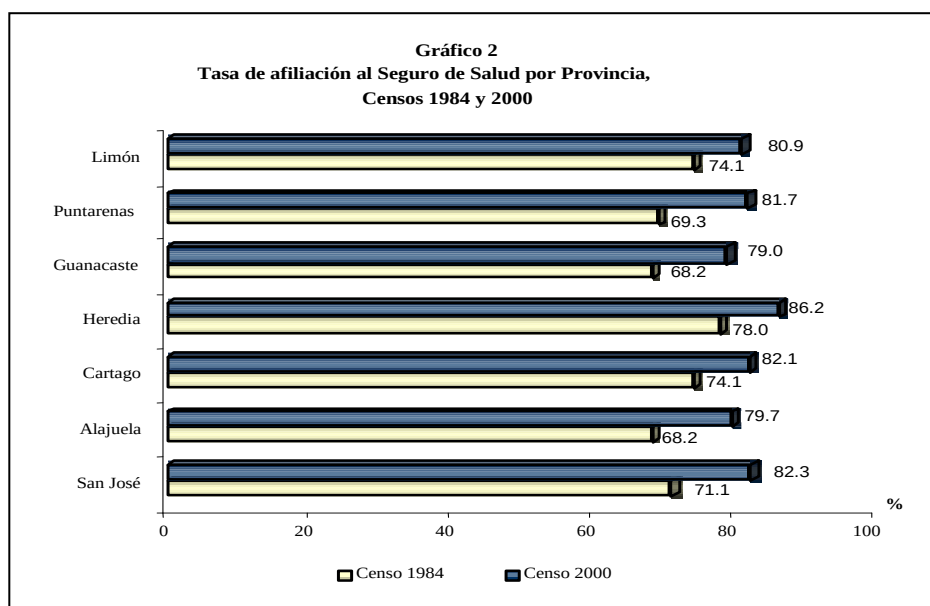
Por otro lado, se denota un aumento relativo de la importancia del Seguro Voluntario respecto al Seguro de los Asalariados, variación que es producto en parte del aumento en la fuerza de trabajo que se desempeña en actividades por cuenta propia, así como, gracias al establecimiento de una nueva modalidad de aseguramiento destinada a cierto segmento de este grupo de trabajadores denominada Convenios Especiales. (Podría señalarse otra posible razón a este aumento en esta modalidad, y es la flexibilización laboral⁴⁵)

La cifra aportada por el Censo del 2000, constituye una señal de alerta para los hacedores de políticas a lo interno de la C.C.S.S, pues indica que casi una quinta parte de los habitantes de este país no están incluidos en ninguna de las modalidades de aseguramiento existente.

E. RESULTADOS POR AREA GEOGRAFICA

El progreso exhibido en la tasa de afiliación al Seguro de Salud, es un resultado casi generalizado por provincia y cantón. En el caso de las provincias, todas muestran un aumento, con la particularidad de que aquellas con una menor tasa en 1984, crecieron más aceleradamente. En consecuencia la brecha entre ellas tiende a reducirse, aunque las posiciones según el valor de este indicador se mantienen.

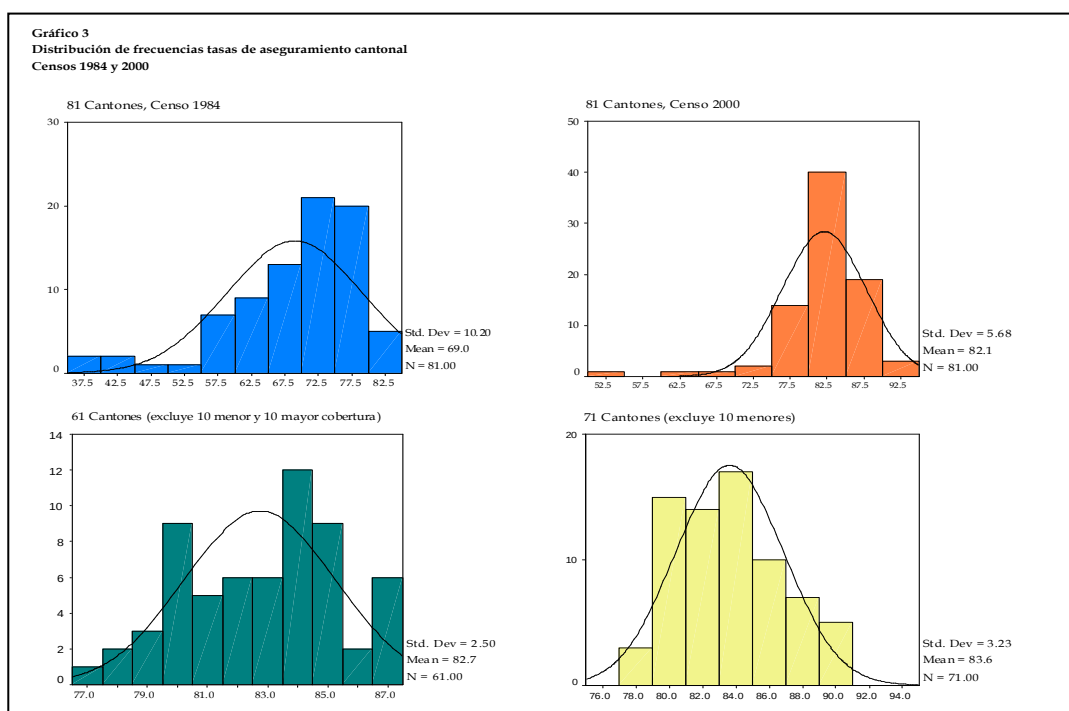
⁴⁵ Observación personal: MELópez



De acuerdo con el censo del 2000, Heredia continúa siendo la provincia con la más alta tasa de afiliación, en tanto, Alajuela y Guanacaste conservan los menores valores de este indicador. En las posiciones intermedias, el cambio de mayor importancia es el arribo de San José al segundo lugar, en contraposición a la caída de Limón hasta el quinto puesto.

El análisis del nivel de aseguramiento por cantón indica ganancias en la tasa de cobertura de casi todos, con excepción de Upala y La Cruz, que precisamente son los dos cantones con el porcentaje de personas afiliadas al Seguro de Salud más bajo del país. Los cantones con mayor avance en la cobertura en el período 1984-2000 son Acosta, Los Chiles y León Cortes, en ese orden, respectivamente.

Otro aspecto positivo en esta evolución, es que la brecha entre el cantón de mayor y el de menor cobertura descendió respecto a la registrada en 1984. Además, la variabilidad alrededor del promedio también es, una medida que evidencia la similitud de tasas de cobertura entre los cantones.



La desviación estándar de la tasa de cobertura desciende casi a la mitad, con la exclusión de los diez cantones con menor cobertura y los diez cantones con mayor cobertura. Este resultado evidencia una extraordinaria paridad entre una gran cantidad de cantones.

De manera más precisa, el Cuadro 4 presenta los diez cantones con mayor y menor nivel de cobertura, así como el valor de algunas variables consideradas explicativas de las diferencias entre estos grupos opuestos.

Cuadro 4
Cantones con mayor y menor nivel de afiliación del Seguro de Salud

Cantón	Tasa de Cobertura		Posición	IDS 2000	% Población		% Aseg. Cta. Estado
	2000	1984			Extranjera	Pobre	
Montes de Oro	90.8	78.8	1	63.9	2.8	29.7	13.2
Flores	90.4	81.5	2	100.0	4.6	1.0	6.3
Jiménez	90.0	83.7	3	59.3	1.9	19.3	5.4
León Cortés	89.4	57.1	4	38.0	3.0	30.2	6.4
Barva	89.3	78.9	5	63.3	4.0	17.2	10.1
Santa Bárbara	88.9	76.6	6	69.4	5.0	14.1	10.0
Pérez Zeledón	88.5	75.8	7	48.9	1.6	24.6	11.9
Atenas	88.1	77.6	8	68.8	5.5	7.5	4.9
San Pablo	87.6	79.6	9	74.3	4.8	11.6	5.6
Belén	87.5	80.6	10	94.9	9.2	1.0	4.6
Promedio	88.7	76.9		62.0	3.5	18.7	9.3
Los Chiles	77.0	36.0	72	8.9	27.1	43.8	6.8
Alajuelita	76.7	67.0	73	58.7	11.2	31.3	18.5
Nandayure	76.5	59.3	74	53.1	1.7	33.1	22.6
Santa Cruz	76.4	64.5	75	52.8	3.9	33.2	11.9
San Carlos	75.7	63.3	76	45.5	12.1	19.5	7.9
Garabito	73.2	56.1	77	48.3	13.5	24.9	7.9
Golfito	73.0	57.6	78	44.0	4.2	35.9	14.0
Talamanca	67.9	40.1	79	0.0	18.6	49.7	21.2
La Cruz	63.9	66.1	80	16.4	21.2	44.6	8.5
Upala	53.3	58.1	81	17.4	15.3	38.2	32.8
Promedio	72.6	60.2		40.0	12.1	31.3	11.9
Promedio Nacional	81.8	71.3		60.1	7.7	21.3	8.5

Fuente: Elaboración propia de los autores con base en los Censos de 1984 y 2000.

Esta lista de los diez cantones con menor nivel de aseguramiento está compuesta básicamente por los cantones fronterizos con Nicaragua y Panamá, que tienen un alto componente de población migrante, empleada en actividades agrícolas, y niveles de pobreza elevados. El único cantón urbano de esta lista es Alajuelita, una de las más importantes áreas marginales del Gran Área Metropolitana y donde, de acuerdo con la clasificación de segmentos censales propuesta por el INEC, uno de cada cuatro segmentos se ubica en el nivel bajo, que corresponde al estrato de mayor deterioro socioeconómico (MIDEPLAN, 2001).

En relación con el Censo de 1984, los cantones que se mantienen en la categoría de menor cobertura son Talamanca y Los Chiles. No obstante, este último tuvo un avance de poco más de 40 puntos porcentuales,

situación que le permitió pasar del cantón con menor cobertura al décimo puesto en esta categoría en el año 2000. En el grupo de los de mayor cobertura, la mitad de los cantones que lo forman también se encontraban incluidos en 1984 (Montes de oro, Flores, Jiménez, Barva, Belén).

En esta etapa del estudio, una de las interrogantes fundamentales es ¿cuáles son los determinantes de los niveles de cobertura? La construcción de una posible respuesta requiere, en primer lugar, revisar el enfoque simplista de que la condición de aseguramiento de las familias depende comúnmente de la exhibida por el jefe de familia. Por otro lado, es necesario esquematizar la presencia de personas no asegurados como el resultado de tres posibles situaciones: evasión (asalariados), decisiones personales (cuenta propia) y la no-gestión administrativa del Seguro por Cuenta del Estado (personas en estado de pobreza).

El Cuadro 4 sugiere un par de determinantes. El porcentaje de población extranjera es cuatro veces mayor en los cantones con menor cobertura respecto a los de mayor cobertura. El conocimiento en el tema, apunta a la contratación de estas personas en condiciones laborales precarias y donde uno de los incumplimientos de ley habituales es la negación de su derecho a contribuir al Seguro de Salud. Lógicamente, el entorno inmediato en que se da la relación de trabajo, permite al patrono actuar de este modo, pues generalmente el empleo es ocasional y la abundancia de mano de obra a bajo costo reduce las demandas de quienes pretenden ser contratados.

Por otro lado, la concentración de pobreza es otro elemento que está asociado positivamente con la presencia de altas tasas de personas no aseguradas. Los tres cantones con peor cobertura, Upala, La Cruz y Talamanca, promedian poco más de un 40% de las personas pobres, y el grupo en general un 31.3%. En esta variable, la diferencia es acentuada respecto al grupo opuesto, que muestra un 18.7% en promedio de pobreza.

Las áreas geográficas con niveles de pobreza altos, deben contar con proporciones mayores de asegurados por cuenta del Estado. La evidencia apunta en esa dirección, no obstante, los niveles no parecen corresponder entre sí, cuestión que sugiere la necesidad de apoyar un proceso de divulgación entre estos cantones de baja cobertura sobre la protección del Seguro por Cuenta del Estado. No obstante, en este aspecto es indispensable señalar que la práctica común de las personas de escasos recursos es tramitar este seguro en el momento justo que requieren la atención médica. Por otro lado, las unidades responsables en cada centro de atención de tramitar este seguro, presentan a menudo débiles controles y la falta de un seguimiento adecuado del curso que toma la gestión del seguro en cuestión.

En lo que corresponde a los asalariados, los estudios sobre la evasión han evidenciado que no son las características socio-económicas a nivel individual o familiar que diferencian el grupo de trabajadores que tienen seguro de aquellos que no. Dada la obligatoriedad que tiene el seguro para los asalariados, Por el contrario, características de la actividad y el tamaño de la empresa. Por ejemplo, aspectos tales como: informalidad del empleo, ocasionalidad, jornada laboral (total o parcial), una empresa de pequeño tamaño en términos de empleados y la rama de actividad económica que desarrolla, son algunas importantes características que definen la propensión a evadir las responsabilidades con el seguro social. Por ejemplo, existe abundante evidencia nacional e internacional, que señala a la agricultura e industria manufacturera de pequeños establecimientos, la construcción en general y el servicio doméstico, con actividades con una cobertura de apenas un 25 % o 30%.

De acuerdo con la Encuesta de Hogares del 2001, la tasa de utilización de consultas ambulatorias de la categoría de no aseguradas fue de 1.1 consultas por persona al año, que aunque es la tasa más baja de toda la población, y casi la mitad del promedio general, apoya la afirmación de que, a pesar de su condición de aseguramiento, este grupo humano tiene acceso a la red de servicios públicos de salud. Ciertamente, este resultado puede interpretarse como una consecuencia de las barreras administrativas que se imponen a su ingreso a la red de servicios públicos, la satisfacción de sus necesidades de atención médica por otros medios (servicios del sector privado), una cierta “represión de la demanda” y en última instancia, un requerimiento real inferior a los otros grupos de asegurados.

F. CONCLUSIONES

De acuerdo con los datos recopilados en el Censo de Población y Vivienda la tasa de cobertura del Seguro de Salud aumentó poco más de 10 puntos porcentuales respecto a la registrada en 1984, para ubicarse en un 81.8% de la población total. El incremento estuvo impulsado por el establecimiento de la modalidad de aseguramiento por Cuenta del Estado, que permite el acceso a los servicios de salud públicos a las personas en estado de pobreza sin capacidad para pertenecer a ninguna de las otras modalidades existentes. No obstante, aunque de manera más modesta, es importante destacar la contribución de otra nueva modalidad creada en el período entre los respectivos Censos, conocida como Convenios Especiales.

Por otro lado, una circunstancia que preocupa, es que la dependencia contributiva creció, es decir, los trabajadores que contribuyen directamente con el financiamiento del Seguro de Salud son proporcionalmente menos respecto aquellos que no aportan. Esta situación que es notoria en la realidad, convierte las transferencias gubernamentales en una fuente indispensable de ingresos. En un futuro no muy lejano, es necesario llevar a cabo una revisión sobre el papel del Estado en el financiamiento del Seguro de Salud, pues como se señaló en el estudio, el acceso a la red de servicios públicos no está condicionado por la condición de aseguramiento.

En el aspecto geográfico, los resultados destacables son un progreso generalizado en la tasa de cobertura del Seguro de Salud en el ámbito provincial y cantonal, con tan solo un par de cantones que exhibieron retrocesos en este indicador. Pero además de esta avance, las diferencias entre cantones disminuyó, con al menos 60 cantones con una cobertura por encima del 80%. Los cantones expuestos a problemas en la cobertura del Seguro de Salud son principalmente aquellos fronterizos a Nicaragua y Panamá, caracterizados por una alta concentración de personas pobres, extranjeras indocumentadas y empleados en actividades agrícolas de carácter ocasional. La Caja Costarricense de Seguro Social debe establecer programas focalizados para identificar las personas no cubiertas de estas zonas, e incluirlas en la modalidad de aseguramiento que les corresponda.

El estudio aporta alguna evidencia sobre los determinantes de las diferencias en el nivel de aseguramiento por cantón. Es factible sugerir que poblaciones con una alta concentración de pobreza y población extranjera, condiciones que guardan una estrecha relación, están expuestas a niveles de aseguramiento bajos.

Aseguramiento según etnia⁴⁶

Un 96.2% de la población, dice no pertenecer a ninguna etnia específica de las mencionadas en el censo, este grupo demuestra un nivel de cobertura (82.0%) que define por su amplia ponderación el nivel de la generalidad de la población (81.8%). En cambio puede apreciarse que los miembros de etnias aborígen y china, demuestran proporciones inferiores (70.1% y 71.1% respectivamente) y la etnia afrocaribeña, sobrepasa el indicador nacional con un 83.6% de aseguramiento.

Cuadro 5

Aseguramiento según Etnia en el año 2000

	Indígena	Negra o afrocostarricense	China	Ninguna anterior	Ignorado
Porcentaje de la Población	1,68%	1,91%	0,21%	93,66%	2,55%
Aseguramiento	70,1%	83,6%	71,1%	81,9%	82,8%
Aseg. Cta. Estado / Aseg. Total	42,1%	7,0%	3,9%	10,0%	11,6%
Aseg. Contributivo / Aseg. Total	21,5%	38,4%	48,0%	36,0%	33,0%

Fuente: Censo del año 2000.

Como razones de mayor peso para tal comportamiento, pueden citarse las diferentes distribuciones en lo referente a categoría ocupacional y actividad económica presentadas por los distintos grupos étnicos, así como el grado de acoplamiento con el resto de la sociedad costarricense (que va desde un aislamiento social y económico en el grupo indígena a una cohesión casi plena de la población negra con el resto de la población, pasando por un aislamiento social del grupo oriental pese a su amplia comunión en aspectos económicos); además tiene un peso

importante la existencia de medicina tradicional propia de la etnia, en el caso de los indígenas y chinos, sin dejar de mencionar aspectos geográficos.

Indígenas

Las personas declaradas pertenecientes (por ascendencia, mestizaje o autoadscripción) a cualquier grupo originario de Costa Rica, aunque no se encuentren en los llamados territorios indígenas del país, así como quienes pertenecen a un grupo indígena no costarricense, son tomadas en el censo 2000 como parte de esta etnia. Como ya se mencionó tal grupo muestra el menor nivel de aseguramiento (70.1%); así como una cobertura por cuenta estatal, que abarca un 42% de los asegurados totales, mientras solo 21.5% de los asegurados contribuyen al sistema.

Dentro de los censados que dijeron pertenecer a esta etnia un 58%, vive fuera de los territorios indígenas (40% viven fuera de los distritos donde se ubican los territorios), y a su vez no se les reconoce pertenecientes a ninguno de los grupos indígenas (ya que la pregunta sobre grupo indígena solo se aplicó dentro de los territorios); dentro de este grupo el porcentaje de cobertura es de 73.3%, mientras un 20.1% de los asegurados lo son por cuenta estatal, valores poco halagüeños en comparación con la población en general, pero mejores que los del resto de la población indígena.

Los indicadores de aseguramiento para los habitantes de los territorios indígenas van desde un 0.4% en el Telire (100% de los asegurados por cobertura estatal), hasta un 100% en Zapatón (75.9% del aseguramiento otorgado por el estado, y solo 3.7% contributivo). La cobertura estatal dentro del aseguramiento indígena, varía de un 39% en Quitirrisí, a un 100% en Telire; el valor medio de ambos indicadores es de 65.7% de aseguramiento, y 74.4% para la cobertura por medio del estado.

En lo concerniente a grupos indígenas el que menor porcentaje de personas aseguradas muestra es el cabécar (46%) mientras el maleku o guatuso (98.6%). En razón de la proporción de asegurados por el estado entre los asegurados totales los valores van desde 41.4% los huetares a 98.6% los malekus.

Parte de las características que pueden propiciar la distribución particular de la cobertura en la población indígena, es la preponderancia del trabajo informal en actividades que de por sí poseen bajos niveles de aseguramiento (especialmente la agricultura), la existencia de minifundios donde el trabajo familiar es el más habitual e indicadores de pobreza ampliamente superiores a los del resto de la población (según el método de necesidades básicas insatisfechas).

Debe de reconocerse dentro de los datos el sesgo habitual existente en la información sobre la cobertura (la persona encuestada –por lo habitual un ama de casa- no conoce el estado de aseguramiento del jefe de familia o de otros miembros de esta). Además la población de escasos recursos –como la mayoría de la población indígena- es asegurada por el estado en razón de tal condición, mas la mayoría no formaliza el beneficio hasta ocupar los servicios del Seguro Social.

La lejanía de los centros de atención y administración que hace poco viable el traslado hasta ellos por parte de la población indígena y la falta de información sobre sus derechos debido al aislamiento cultural y geográfico, son motivos para que la relación con el seguro social no sea formalizada en una mayor proporción; además propician la autoexclusión, o la preferencia por tratamientos tradicionales, en lugar de los métodos ofrecidos por la Caja.

Chinos

Personas autoidentificadas a la tradición cultural de China Continental, Taiwán o Hong Kong, se toman dentro de esta etnia. En la etnia la cobertura del aseguramiento (71.1%) es inferior al promedio, y tan solo un punto porcentual por sobre el nivel de aseguramiento de la población indígena, mas contrario a esta última muestra el porcentaje de aseguramiento por parte del estado dentro de su cobertura, inferior al de todas las etnias censadas.

Parte de este comportamiento, se debe a que la mayor parte de los pertenecientes a esta etnia, trabajan como patronos, cuenta propia o familiar, y menos de la mitad lo hacen como asalariados. La autoexclusión por

cuestiones culturales puede argumentarse en el caso de la etnia, ya que existe mayor confianza en su medicina tradicional, por sobre las modalidades occidentales practicadas en la seguridad social, además la colonia china por lo habitual presenta un alejamiento del resto de la población costarricense en el acontecer social, no así en lo económico, donde participan activamente (especialmente en el comercio).

Afrocaribeños

Las personas autoadscritas a la tradición cultural cuyas raíces ancestrales se relacionan con grupos originarios de África y su diáspora, sin relación de raza, color y nacionalidad, son tomadas dentro de la etnia negra o afrocaribeña. Contrario a las demás etnias minoritarias, la negra posee una cobertura de la seguridad social mayor al promedio nacional, y con una proporción aportada por el estado inferior a la de los demás grupos (con excepción de los chinos).

Tal comportamiento muestra relación, con una distribución ocupacional similar a la del resto de la población (población sin etnia específica), donde predominan los asalariados y el trabajo formal, consecuencia de un mayor acoplamiento a la sociedad costarricense que las demás etnias; producto del cual se da una mayor utilización de los servicios de salud de la Caja.

Además pese a que la población negra tiende a concentrarse en una provincia (en Limón viven casi tres cuartas partes), tiene un mayor acceso a los servicios de salud e instancias administrativas de la Caja, que otras etnias (especialmente los aborígenes) ya que la mayoría del grupo vive en zonas urbanas (57.2%) o en periferia urbana (7.3%), indicadores de residencia urbana solo superados por los chinos.

Cobertura de la Seguridad Social según Índice de Desarrollo Social

La cobertura de la Seguridad Social se presenta a continuación usando una estratificación de cantones por el Índice de Desarrollo Social (IDS), que constituye 5 grupos de cantones según su grado de desarrollo, medido por 7 indicadores: mortalidad infantil, peso de la mortalidad en la niñez, retardo de talla en escolares, consumo de electricidad residencial, nacimientos en madres solteras, infraestructura educativa, programas de educación especial.

La proporción de población asegurada promedio, varía de un 84% en el primer quintil de cantones a un 80% en el último. La población asegurada por el Estado, mientras tanto, representa el 6% de la población asegurada en el primer quintil a un 18% del quinto y con respecto a la población total de los diferentes quintiles de un 5% a un 15%.

Cuadro 6

Cobertura de la Seguridad Social y de Asegurados por el Estado
en Cinco Grupos de Cantones, agrupados según Índice de Desarrollo Social
Costa Rica, Censo 2000

	Total Nº	Asegurados		Estado		A Estado/ Población total	Rango IDS	Nº Cantones
		Total Nº	%	Nº	%			
COSTA RICA	3.810.179	3.115.414	81,77	324.302	10,4	8,51		81
1º Quintil Nº	558216	471669	84,50	27191	5,76	4,87	100- 68,8	16
% respecto a población total	14,65	15,14		8,38				
2º Quintil Nº	1242732	1024447	82,44	71224	6,95	5,73	67,8 62	16
% respecto a población total	32,62	32,88		21,96				
3º Quintil Nº	790602	638698	80,79	69324	10,854	8,77	61,8 51,8	16
% respecto a población total	20,75	20,50		21,38				
4º Quintil Nº	670290	544646	81,26	74115	13,608	11,06	51,2 44	16
% respecto a población total	17,59	17,48		22,85				
5º Quintil Nº	522482	418402	80,08	76599	18,308	14,66	43,9 0	17
% respecto a población total	13,71	13,43		23,62				

Fuente: INEC, Censo 2000

los quintiles, se observa que solamente para el primer quintil, se encuentra una proporción de asegurados por el Estado, significativamente menor que en el resto de los otros grupos, (variando de 21,38 % en el tercero a un 23,62% en el quinto). En resumen, un 85% de la población del país presenta de un 21 a un 24% de asegurados por cuenta del Estado.

Si bien la proporción de población asegurada presenta pocas variaciones entre los 5 grupos de cantones, se observan diferencias en la proporción de población asegurada por el Estado entre los 5 grupos de cantones, aumentando la proporción de población en esta categoría, al disminuir el IDS. Sin embargo, al analizar internamente esta proporción en cada quintil, no se encuentra una correlación evidente con este índice ni con el % de población asegurada. Por ejemplo Upala, La Cruz y Talamanca, cantones pertenecientes al quinto quintil, con las menores proporciones de población asegurada del país, presentan valores de población asegurada por el Estado, comparativamente más bajas que otros cantones con mayor desarrollo y con mejores coberturas de la Seguridad Social.

Lo anterior podría evidenciar que los criterios utilizados para seleccionar a los beneficiarios de esta modalidad de seguro no son uniformes en el país.

Cuadro 7

Índice de Aseguramiento por Cantones según Índice de Desarrollo Social
I Quintil de Desarrollo, Censo 2000

	Total Nº	Asegurados				% A Estado/ Población Total	IDS
		Total Nº	%	Estado Nº	%		
COSTA RICA	3.810.179	3.115.414	82	324.302	10,4	8,51	
Total I Quintil Nº	558.216	471.669	84	27191	5,8	4,87	
Total I Quintil %	14,7	15,1		8,4			
FLORES	15.038	13.595	90	950	7,0	6,32	100
BELEN	19.834	17.359	88	903	5,2	4,55	94,9
MONTES DE OCA	50.433	42.162	84	1.338	3,2	2,65	85
SAN ISIDRO	16.056	13.972	87	915	6,5	5,70	78,5
ALVARADO	12.290	10.090	82	668	6,6	5,44	76,8
SAN PABLO	20.813	18.236	88	1.172	6,4	5,63	74,3
PALMARES	29.766	25.359	85	2.594	10,2	8,71	73,4
ESCAZU	52.372	41.849	80	1.305	3,1	2,49	73,3
CURRIDABAT	60.889	49.247	81	3.183	6,5	5,23	73,3
V. CORONADO	55.585	47.260	85	3.196	6,8	5,75	71
TIBAS	72.074	60.835	84	2.830	4,7	3,93	70,6
MORAVIA	50.419	42.453	84	1.690	4,0	3,35	70,5
VALVERDE VEGA	16.239	13.395	82	1.192	8,9	7,34	70,3
SANTO DOMINGO	34.748	30.102	87	1.223	4,1	3,52	70,2
SANTA BARBARA	29.181	25.949	89	2.922	11,3	10,01	69,4
ATENAS	22.479	19.806	88	1.110	5,6	4,94	68,8

Fuente: INEC

Cuadro 8
Indice de Aseguramiento por Cantones según Indice de Desarrollo Social
2º Quintil de Desarrollo, Censo 2000

	Total Nº	Asegurados				% A Estado/ Población Total	IDS
		Total Nº	%	Estado Nº	%		
COSTA RICA	3.810.179	3.115.414	82	324.302	10,4	8,51	
2º Quintil Nº	1.242.732	1.024.447	82	71.224	7,0	5,73	
2º Quintil %	32,6	32,9		22,0			
HEREDIA	103.894	90.233	87	6.048	6,7	5,82	67,8
SAN RAFAEL	37.293	31.230	84	2.057	6,6	5,52	67,3
ALFARO RUIZ	10.845	9.116	84	409	4,5	3,77	67,1
GRECIA	65.119	55.346	85	3.103	5,6	4,77	67,0
GOICOECHEA	117.532	98.305	84	6.151	6,3	5,23	66,7
CARTAGO	132.057	109.085	83	5.752	5,3	4,36	66,7
DESAMPARADOS	193.478	155.162	80	12.139	7,8	6,27	66,1
OREAMUNO	39.032	31.559	81	2.159	6,8	5,53	65,4
OROTINA	15.705	13.136	84	2.045	15,6	13,02	64,6
MONTES DE ORO	11.159	10.131	91	1.468	14,5	13,16	63,9
SAN JOSE	309.672	248.636	80	15.376	6,2	4,97	63,7
BARVA	32.440	28.982	89	3.265	11,3	10,06	63,3
TILARAN	17.871	14.168	79	2.253	15,9	12,61	63,2
ESPARZA	23.963	19.612	82	2.209	11,3	9,22	62,8
LA UNION	80.279	64.895	81	3.543	5,5	4,41	62,7
PARAISO	52.393	44.851	86	3.247	7,2	6,20	62

Fuente: INEC

Cuadro 9
Indice de Aseguramiento por Cantones según Indice de Desarrollo Social
4º Quintil de Desarrollo, Censo 2000

	Total Nº	Asegurados				% A Estado/ Población Total	IDS
		Total Nº	%	Estado Nº	%		
COSTA RICA	3.810.179	3.115.414	82	324.302	10,4	8,51	
4º Quintil Nº	670.290	544.646	81	74.115	13,6	11,06	
4º Quintil %	17,6	17,5		22,9			
ASERRI	49.319	40.837	82,8	5.297	13,0	10,74	51,2
CAÑAS	24.076	19.764	82,1	2.409	12,2	10,01	49,9
TURRUBARES	4.877	3.761	77,1	808	21,5	16,57	49,1
PEREZ ZELEDON	122.187	108.079	88,5	14.599	13,5	11,95	48,9
LIBERIA	46.703	38.629	82,7	6.331	16,4	13,56	48,9
NICOYA	42.189	33.690	79,9	12.288	36,5	29,13	48,4
GARABITO	10.378	7.599	73,2	816	10,7	7,86	48,3
LIMON	89.933	72.188	80,3	4.766	6,6	5,30	48
PARRITA	12.112	9.972	82,3	2.463	24,7	20,34	47,9
GUACIMO	34.879	29.336	84,1	2.173	7,4	6,23	47,8
AGUIRRE	20.188	16.707	82,8	2.233	13,4	11,06	47,5
ACOSTA	18.661	15.617	83,7	3.162	20,2	16,94	47,3
CARRILLO	27.306	21.933	80,3	2.424	11,1	8,88	46,1
DOTA	6.519	5.651	86,7	332	5,9	5,09	45,9
SAN CARLOS	127.140	96.206	75,7	9.999	10,4	7,86	45,5
GOLFITO	33.823	24.677	73,0	4.015	16,3	11,87	44

Fuente: INEC

Cuadro 10

Indice de Aseguramiento por Cantones según Índice de Desarrollo Social
3º Quintil de Desarrollo, Censo 2000

	Total Nº	Asegurados				% A Estado/ Población Total	IDS
		Total Nº	%	Estado Nº	%		
COSTA RICA	3.810.179	3.115.414	82	324.302	10,4	8,51	
3º Quintil Nº	790.602	638.698	81	69.324	10,9	8,77	
3º Quintil %	20,7	20,5		21,4			
EL GUARCO	33.788	28.458	84,2	2.069	7,3	6,12	61,8
MORA	21.666	18.192	84,0	2.282	12,5	10,53	61,7
ALAJUELA	222.853	181.725	81,5	9.631	5,3	4,32	61,5
POAS	24.764	20.939	84,6	1.266	6,0	5,11	61,4
JIMENEZ	14.046	12.641	90,0	765	6,1	5,45	59,3
SAN MATEO	5.343	4.363	81,7	863	19,8	16,15	59
ALAJUELITA	70.297	53.918	76,7	5.976	11,1	8,50	58,7
HOJANCHA	6.534	5.470	83,7	1.634	29,9	25,01	56,9
SANTA ANA	34.507	28.032	81,2	1.725	6,2	5,00	55,8
NARANJO	37.602	31.010	82,5	3.731	12,0	9,92	55,4
PUNTARENAS	102.504	81.175	79,2	15.381	18,9	15,01	54,8
SAN RAMON	67.975	55.142	81,1	6.252	11,3	9,20	54,6
TURRIALBA	68.510	53.539	78,1	5.192	9,7	7,58	53,6
NANDAYURE	9.985	7.642	76,5	2.121	27,8	21,24	53,1
SANTA CRUZ	40.821	31.204	76,4	5.710	18,3	13,99	52,8
PURISCAL	29.407	25.248	85,9	4.726	18,7	16,07	51,8

Fuente: INEC, Censo 2000

Cuadro 11

Indice de Aseguramiento por Cantones según Índice de Desarrollo Social
5º Quintil de Desarrollo, Censo 2000

	Total Nº	Asegurados				% A Estado/ Población Total	IDS
		Total Nº	%	Estado Nº	%		
COSTA RICA	3.810.179	3.115.414	82	324.302	10,4	8,51	
5º Quintil Nº	522.482	418.402	80	76.599	18,3	14,66	
5º Quintil %	13,7	13,4		23,6			
BAGACES	15.972	12.804	80,2	1.315	10,3	8,23	43,9
POCOCI	103.121	82.798	80,3	8.935	10,8	8,66	43,8
TARRAZU	14.160	12.326	87,0	768	6,2	5,42	43,3
ABANGARES	16.276	12.911	79,3	2.438	18,9	14,98	43,1
OSA	25.861	21.968	84,9	5.720	26,0	22,12	41,3
GUATUSO	13.045	10.133	77,7	4.010	39,6	30,74	40,5
LEON CORTES	11.696	10.456	89,4	743	7,1	6,35	38
SIQUIRRES	52.409	44.603	85,1	3.902	8,7	7,45	36,4
CORREDORES	37.274	31.601	84,8	9.680	30,6	25,97	35,4
COTO BRUS	40.082	33.993	84,8	4.024	11,8	10,04	30,9
SARAPIQUI	45.435	36.163	79,6	6.133	17,0	13,50	28,5
MATINA	33.096	28.033	84,7	2.795	10,0	8,45	22,6
BUENOS AIRES	40.139	34.796	86,7	14.035	40,3	34,97	22,2
UPALA	37.679	20.077	53,3	2.577	12,8	6,84	17,4
LA CRUZ	16.505	10.548	63,9	3.048	28,9	18,47	16,4
LOS CHILES	19.732	15.192	77,0	6.476	42,6	32,82	8,9
TALAMANCA	25.857	17.552	67,9	5.849	33,3	22,62	0

Fuente: INEC

2 La Exclusión

2.1 Acceso y disponibilidad de servicios de salud en Costa Rica⁴⁷

Luis Rosero Bixby, presenta en su estudio un sistema de información geográfica (SIG) y uso de técnicas de análisis espacial para relacionar la población del censo del 2000 (la demanda) con un inventario de los establecimientos de salud (la oferta).

Se valoran el acceso de la población a los servicios y su equidad. La mitad de la población Costarricense reside a 1 km o menos de un centro de atención médica y a 5 kilómetros o menos de un hospital. Alrededor del 10% de la población tiene acceso deficiente o inquitativo a servicios de salud según varios indicadores que establecen un umbral mínimo de acceso, como 4 kilómetros a un centro médico o 25 kilómetros a un hospital.

La oferta de servicios de salud

El inventario de establecimientos actualizado al 2002 contiene 820 unidades de atención de salud. Esta cifra se reduce a los 692 establecimientos cuando se excluyen, entre otros, 42 centros y 83 puestos de salud que han dejado de ofrecer consulta médica. Una nueva reducción a 476 ocurre cuando se consideran únicamente los aquí definidos como centros de atención médica; i.e. que ofrecen consulta médica por lo menos dos días por semana. El inventario incluye 23 hospitales y 153 clínicas o centros integrados. Incluye también 268 establecimientos de otro tipo (centro, puesto, consultorio comunal o EBAIS) en los que existen EBAIS y 243 establecimientos menores sin EBAIS. En este grupo la información disponible tiene alto grado de incertidumbre y, por tanto, puede contener errores de consideración. El número de EBAIS en funcionamiento asciende a 664 (no se cuentan alrededor de 60 EBAIS funcionando en zonas que aún no se han incorporado a la reforma), los cuales se localizan en hospitales, clínicas o establecimientos menores como puestos de salud o consultorios comunales.

Los establecimientos tienen gran variedad en cuanto a tamaño, la que se refleja en el número de horas médico de consulta (Cuadro 12, última columna). En los hospitales, el promedio es 670 horas semanales de consulta externa, es decir una veintena de médicos por establecimiento. En contraste, en los establecimientos menores que no tienen EBAIS el promedio es tan solo 11 horas semanales, es decir poco más de un día de consulta.

La presencia de EBAIS en un establecimiento, especialmente si es una unidad pequeña, significa una mejora sustantiva en la calidad y cantidad de servicio ofrecido. Así lo reconoce la población y lo atestigua el resultado del modelo econométrico de elección de establecimiento presentado en la sección anterior. La posibilidad de elección de establecimiento se incrementa en 28% cuando contiene un EBAIS, manteniendo constantes otros factores como distancia o tamaño de la unidad.

Cuadro 12
Establecimientos de Salud en Costa Rica

Tipo de Establecimiento	Nº establecimientos		Nº EBAIS	Horas MD Semanal
	Total	Atención MD*		
Hospital	28	28	32	670
Clínica	153	150	291	141
Otros con EBAIS	268	268	341	24
Otros sin EBAIS	243	30	0	11
TOTAL	692	476	664	72

Operan al menos con 2 días de consulta por semana

Fuente: Rosero B, Luis

La reforma y su relación con la demanda y oferta

Los 3,8 millones de habitantes censados en el 2000 se dividen aproximadamente en partes iguales en los tres grupos de adopción de la reforma: pioneros (1995-96), intermedios (1997/2000) y tardíos (2001 o aún sin reforma). La reforma se inició de preferencia en áreas periféricas, con menor densidad demográfica. Las áreas de mayor concentración poblacional al centro del país (incluyendo la Gran Área Metropolitana) se incorporaron más tarde o aún no lo han hecho. Las áreas pioneras se caracterizan, además, por ser de menor desarrollo relativo, como lo ilustra el hecho de que, según el censo, el 34% de los adultos tienen educación secundaria, comparado con el 49% y 55% de los otros dos grupos. Otros indicadores, como la pobreza, también sugieren que la reforma atendió primero las áreas geográficas de menor desarrollo relativo. La mortalidad infantil antes del inicio de la reforma es mayor en las áreas pioneras

Los datos sugieren, por tanto, que la incorporación de las distintas áreas del país a la reforma no ocurrió al azar, sino que hubo una concentración de esfuerzos en áreas dispersas y poblaciones menos privilegiadas.

En lo que respecta a la oferta de servicios de salud, hay un número sustancialmente mayor de establecimientos en la primera oleada de la reforma, pero estos establecimientos son en promedio mucho más pequeños que en otras áreas. En las áreas pioneras predominan los puestos de salud, consultorios comunales y pequeñas clínicas. Los hospitales y grandes clínicas se concentran en zonas que se incorporaron más tarde a la reforma o que aún no lo han hecho.

Cuadro 13

Características de la población y de los Servicios de Salud según época de inicio de la Reforma de Salud

Indicador	Total	Reforma 95-96	Reforma 97-2000	Sin Reforma
Población (millones)	3,81	1,27	1,31	1,23
Con educación secundaria	46%	34%	49%	55%
Inmigrantes Nicaragüenses	13%	12%	15%	14%
Tasa Mortalidad Infantil (mil n.v.) 93-95	13,4	14,5	12,5	13,2
Nº Establecimientos	692	397	162	134
Nº establecimientos con MD	476	269	140	67
Nº EBAIS	665	343	264	58
Horas MS semanal	72	41	85	151

Fuente: Rosero Bixby, L.

Acceso de la población a servicios de salud

El acceso a los servicios está dado por la confluencia de la oferta y la demanda. Una forma simple de caracterizarlo es con indicadores de la cercanía de un establecimiento al lugar de residencia de los individuos.

Alrededor del 50% de la población reside a 1 km. o menos de centros de atención médica y de atención primaria, pero solamente un 8% reside a esa distancia de una hospital. La distancia media a un hospital es poco más de 5 km. El umbral de 4 km. identifica a 9% de la población con acceso deficiente a atención primaria y 13% con acceso deficiente a atención médica. El 12% carece de un hospital a una distancia menor que el umbral de 25 km. definido para este tipo de establecimiento.

¿Cómo han cambiado en años recientes los porcentajes de población con acceso deficiente a servicio de salud?

Existe un ligero deterioro en los porcentajes de acceso deficiente a atención primaria y a centros hospitalarios entre 1994 y 2000. En estos años no se abrieron nuevos hospitales y se cerraron puestos y centros de salud, al tiempo que la población aumentó en casi 20%. En contraste se observa una disminución considerable en el porcentaje de población con acceso deficiente a centros de atención médica de 22% en 1994 a 13% en el 2000.

Como consecuencia de esto, se observa también una mejora en el índice de disponibilidad de servicios, que se traduce en una disminución de la población con disponibilidad deficiente de 18% en 1994 a 14% en el 2000. La principal causa de esta mejora es la creación de los EBAIS.

Las mejoras de equidad de acceso apuntadas cubren el periodo en que se ha estado ejecutando la reforma del sector salud. La desagregación de estos cambios en los tres grupos poblacionales definidos según su participación en la reforma permite evaluar mejor el impacto de ésta en las tendencias anotadas.

Los datos muestran, entre 1994 y 2000, importantes mejoras en el acceso -y su equidad-. Se muestra una clara asociación entre la reducción del porcentaje con acceso deficiente y participación en la reforma. Las áreas pioneras redujeron en 15 puntos el porcentaje con acceso inequitativo a los servicios médicos, comparado con la reducción de 7 puntos en las áreas con reforma más tardía y el progreso de solo 3 puntos en el grupo control que no había hecho la reforma a diciembre del 2000. Los datos aportan evidencia de que la reforma ha reducido sustancialmente las brechas de inequidad de acceso a servicios médicos y de disponibilidad general de servicios de salud.

La proporción de población con acceso deficiente a servicios de salud (según un complejo índice propuesto en este estudio) pasó de 30% a 22% en las áreas pioneras que iniciaron la reforma en 1995-96. En contraste, en las áreas que a diciembre del 2000 no se habían incorporado a la reforma, esta proporción aumentó de 7 a 9%. El promedio nacional se redujo de 18% a 14%.

Cuadro 14
Cambios en el porcentaje con acceso deficiente a servicios de salud
1994-2000

Año	Reforma 1995-1996	Reforma 1997-2000	Sin Reforma Junio 2000
Atención Médica			
1994	36	14	14
2000	21	6	11
Cambio	-15	-7	-3
Densidad de acceso a servicios			
1994	30	14	7
2000	22	10	9
Cambio	-8	-4	1

Fuente: Rosero Bixby, L.

Geografía y equidad de acceso a servicios de salud

Dado que los indicadores de acceso se estimaron para todos los puntos del territorio de Costa Rica, es posible tener mapas detallados para caracterizar las inequidades espaciales en acceso a servicios de salud.

Destaca el arco de localidades con acceso deficiente al nordeste y norte del país, el cual se inicia en el sur de la península de Nicoya, continúa por la zona de Cañas y Abangares y sigue por las llanuras del Norte y parte del Atlántico. Otras zonas fácilmente identificables por su carencia de servicios hospitalarios son las de Talamanca al Sudeste y la de Jacó en el Pacífico central.

Entre las aglomeraciones de acceso deficiente que llaman la atención está la localizada en los cantones de Buenos Aires y Pérez Zeledón.

También hay un grupo importante en Matina. Una virtud de estas representaciones es que permite también aislar localidades pequeñas con carencias a pesar de encontrarse dentro de zonas más grandes con abundancia de servicios. Un ejemplo de esto son los puntos negros en el Sur y Sudeste del Área Metropolitana de San José (AMSJ), que corresponden a Salitral de Alajuelita y Río Azul. Otro ejemplo es la localidad de la Guácima al Este del AMSJ.

Con el propósito de resumir la información detallada de los mapas, se agregaron los resultados para áreas de tamaño intermedio: los cantones. Los resultados se muestran en el anexo. Una veintena de cantones no tienen población con acceso deficiente a los diferentes tipos de servicios de salud. Veinte cantones adicionales tampoco incluyen población con deficiencia en el acceso a un centro hospitalario.

En el otro extremo, los cantones del cuadro 15 son los que presentan mayores deficiencias. Buenos Aires de Puntarenas y La Cruz de Guanacaste muestran deficiencias en todo tipo de servicios de salud. En Turrubares y Golfito el problema más grave es la falta de centros médicos de consulta externa (aunque en Golfito esta carencia se compensa en parte con centros de atención primaria). En Garabito, Talamanca, y Tilarán-Cañas-Abangares la gran carencia es la de un hospital en la zona respectiva: entre el 90 y 100% de las poblaciones reside a 25 km. o más de un hospital (distancia en línea recta, que es mucho mayor por carretera).

Información más desagregada por distrito (no se muestra) permite identificar otras áreas con acceso deficiente a servicios de salud, las cuales quedaron ocultas en los promedios cantonales. Entre ellas destacan los distritos San Pedro, Plataneros y Cajón de Pérez Zeledón que son contiguos a los de Potrero Grande, Boruca y Boly de Buenos Aires. Estos seis distritos conforman la zona posiblemente más importante por sus deficiencias en el acceso a servicios médicos. Otros distritos con grandes deficiencias son Río Azul de Tres Ríos, San Carlos de Tarrazú, Barra de Colorado y Carrantí de Matina.

Para guiar acciones futuras se identifican las localidades con mayores deficiencias en el acceso a servicios de salud, entre las que destaca el cantón de Buenos Aires y zonas aledañas de Pérez Zeledón, así como zonas de Golfito, Turrubares y la Cruz y los distritos Río Azul de Tres Ríos, San Carlos de Tarrazú, Barra de Colorado y Carrantí de Matina. También merecen mencionarse por el acceso deficiente a un hospital, los cantones Garabito, Talamanca, y Tilarán-Cañas-Abangares.

Cuadro 15
Porcentaje con acceso deficitario a servicios
Cantones en peor condición

Cantones deficitarios	Atención Primaria	Atención Médica	Hospital	Densidad servicios
Buenos Aires	57	71	75	53
La Cruz	32	57	100	55
Turrubares	63	63	58	37
Golfito	35	74	16	44
Garabito	40	40	90	78
Talamanca	24	41	99	49
Cañas-Abangares-Tilarán	19	26	100	25

Fuente Rosero Bixby, Luis

Estos cantones muestran problemas estructurales de acceso. Se agrega un cuadro que permite observar en ellos los porcentajes de cobertura de la seguridad social, según tipo de seguro y de asegurados por el estado.

Cuadro 16
Porcentaje con acceso deficitario a servicios y Cobertura de la Seguridad Social,
por tipo de seguro. Cantones en peor condición

Cantones deficitarios	% Población Asegurada	% Asalariados	%Cuenta propia	% Pensionados	% Familiares	% Asegurado Estado	% Otro
Buenos Aires	86,7	9,4	5,4	1,1	35	35	0,4
La Cruz	63,9	8,2	4,4,4	1,1 1,1	31,3 31,3	18,5 18,5	0,5
Turubares	77,1	9,0	8,4	2,5	38,5	16,6	2,2
Golfito	73,0	12,2	7,4	2,1	39	11,9	0,4
Garabito	73,2	17,2	6,2	2,0	39,2	7,9	0,7
Talamanca	67,9	9,4	4,5	0,9	30,1	22,6	0,4

En resumen, el acceso a servicios médicos está ligado al proceso de reforma del sector salud. La focalización de esfuerzos iniciales en lugares apartados y de menor condición socioeconómica, así como el establecimiento de los equipos básicos de atención integral de la salud (EBAIS) para atender a estas poblaciones, son los elementos de la reforma que han mejorado el acceso y reducido las inequidades.

2.2 Salud Reproductiva

Acceso y Uso de Métodos Modernos

El acceso y uso de servicios de control de la fecundidad, puede ser un indicador del grado de integración del sistema de salud y servir de parámetro para el estudio de la exclusión del sistema de salud a un tipo de servicio básico de salud.

En la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva⁴⁸ de 1999, la prevalencia anticonceptiva de mujeres en unión fue de un 80%, lo que representó un aumento importante con respecto a la encuesta de 1992 que arrojó un 75%. Se observa una tendencia creciente desde la encuesta de 1986.

El lugar de residencia de las mujeres, no establece diferencias muy marcadas en la prevalencia anticonceptiva. Hay una mayor prevalencia en el Valle Central y en las áreas urbanas. La tasa más alta se encuentre en el Valle Central Urbano (84%) y la más baja en las áreas rurales fuera del Valle Central (75%). Este mínimo es elevado, es sustancialmente mayor que el de cualquier país del istmo centroamericano y semejante a la prevalencia observada en países más desarrollados.

Los mayores proveedores de métodos de planificación familiar en Costa Rica son los hospitales y clínicas de la CCSS. De las parejas que usan anticonceptivos modernos (esterilización, orales, condón y DIU), 52% los obtienen de estos establecimientos, un 11% de los antiguos centros del Ministerio de Salud, un 2% de los EBAIS o de consultorios comunales; un 3% por médicos de empresas y un 25% del sector privado(consultorios privados, farmacias y comercios varios). En resumen el 72% de las usuarias se abastecen de métodos modernos en los servicios públicos provistos por el Estado y este porcentaje fue del 77% en el encuesta de 1992.

Este último segmento del mercado presenta un aumento importante de 5 puntos con respecto a la encuesta de 1992. Parece que en el país está ocurriendo un silencioso y paulatino proceso de privatización de la planificación familiar, según la opinión de los autores.

⁴⁸ Chen Mock,M,Rosero Bixby, L.; Brenes Camacho, G; León Solís, M; González Lutz, Miy Vanegas Pissa,JC. Salud reproductiva y migración nicaragüense en Costa Rica: Resultados de una Encuesta Nacional de Salud Reproductiva. Programa Centroamericano de Población, Escuela de Estadística e Instituto de Investigaciones en Salud, Universidad de Costa Rica, Enero 2001

Los servicios públicos de planificación familiar sirven en mayor medida a las mujeres de mayor edad, residentes en el área rural o fuera del Valle Central y de menor condición socioeconómica (medida por la educación). Mientras que el 87% de las usuarias del área rural fuera del Valle Central acuden al sector público, sólo el 57% de las usuarias con secundaria completa o universidad, o el 59% de las residentes en el Área Metropolitana de San José se abastecen allí. Estas diferencias socioeconómicas en el uso de los servicios públicos son similares a las encontradas en encuestas anteriores, aunque se alota, que la caída de un 5% en el uso de servicios públicos se concentra en ciudades intermedias dentro y fuera del Valle Central y en las mujeres que no han completado estudios primarios, lo que podría señalar una tendencia de exclusión del sistema de poblaciones pobres no aseguradas.

Cuadro 17

Porcentaje usando anticonceptivos según lugar de residencia
y educación, 1986-1999
(Mujeres en unión)

Variable	1986	1992	1999
Total	69	75	80
Residencia			
AMSJ	74	77	83
Urbano Valle Central	72	78	84
Rural Valle Central	67	75	80
Resto urbano	74	74	77
Resto rural	62	70	75
Años de educación			
<3 primaria	62	68	*
3-5 primaria	66	64	71
Primaria completa	70	75	83
Secundaria incompleta	72	81	79
Secundaria completa y +	73	78	82

*Un solo grupo de primaria
Fuente: ENSR,

Cuadro 18

Porcentaje que obtuvo el anticonceptivo del sector público según
características seleccionadas, 1986-1999
(Mujeres en unión usando anticonceptivos modernos)

Variable	1986	1992	1999
Total	76	77	72
Residencia			
AMSJ	60	61	59
Urbano Valle Central	75	72	69
Rural Valle Central	81	81	81
Resto urbano	78	81	64
Resto rural	90	87	87
Años de educación			
<3 primaria	94	95	*
3-5 primaria	88	91	80
Primaria completa	83	82	84
Secundaria incompleta	70	72	69
Secundaria completa y +	51	58	57

*Un solo grupo de Primaria incompleta
Fuente: ENSR, 1999

Fecundidad

El número de nacidos vivos por mujer es mayor conforme disminuye la escolaridad. Se anotan diferencias por región de residencia, en donde las mujeres que residen en áreas rurales presentan un número mayor de hijos nacidos vivos.⁴⁹

Cuadro 19
Número de hijos nacidos vivos según grupo de edad
de la mujer y nivel de escolaridad, ENSR, 1999

Grupo de edad	Ninguna	Primaria	Secundaria	Universitaria
18-19		0,7	0,4	0,0
20-24	2,0	1,2	0,8	0,2
25-29	4,5	2,1	1,4	0,7
30-34	3,0	2,7	2,0	1,6
35-39	5,3	3,5	2,7	2,0
40-44	2,7	3,6	3,5	2,4

Fuente: ENSR, 1999

Cuadro 20
Número de hijos nacidos vivos según grupos de edad de la mujer
y residencia urbana o rural

Grupos de edad	Area Urbana	Area Rural
18-19	0,3	0,6
20-24	0,7	0,9
25-29	1,5	1,9
30-34	2,0	2,5
35-39	2,7	3,4
40-44	3,0	3,7

Fuente: ENSR, 1999

2.3 Salud reproductiva y uso de servicios de salud en migrantes nicaragüenses en Costa Rica 2000⁵⁰

La fecundidad de las mujeres en Nicaragua, según la Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud de 1998, es mayor que la fecundidad de las mujeres nicaragüenses en Costa Rica. Las tasas globales de fecundidad (TGF) son de 2,8 hijos por mujer para las costarricenses, de 3,6 para las inmigrantes y de 3,8 hijos por mujer para sus compatriotas en Nicaragua.

Prevalencia anticonceptiva

La prevalencia anticonceptiva de mujeres inmigrantes nicaragüenses es muy alta, del 70%, aunque menor al de las costarricenses (80%), pero mayor al 60% de la reportada en las mujeres residentes en Nicaragua.

49 Venegas Pissa Juan Carlos. Nupcialidad, práctica sexual y fecundidad. Capítulo V. Encuesta Nacional de Salud Reproductiva, 1999, pág 92

50 Brenes Camacho Gilbert; León Solís, M y Rosero Bixby Luis. Migrantes Nicaragüenses en Costa Rica 2000: Volumen, características y salud reproductiva II parte de Encuesta Nacional de Salud Reproductiva, Universidad de Costa Rica, 2001

Proveedor de métodos modernos

El 64% de las mujeres inmigrantes nicaragüenses indicaron que el principal proveedor de métodos es el sector público. El 18% de estas mujeres señalaron el sector privado como fuente para obtener el método de planificación familiar, y en este sector son las farmacias privadas el principal proveedor con un 15%.

El porcentaje de mujeres inmigrantes que se abastecen de anticonceptivos modernos en el sector público, aumenta conforme aumenta el tiempo de residir en el país. Un 51% de las que tienen un año o menos de residencia, y un 69% de las que tienen 5 años o más de vivir en el país

Atención del parto

La ENSRM de 1999 muestra que el 15% de los partos de inmigrantes ocurren en el hogar, comparado con el 2% de las costarricenses. El 84% de los partos de las inmigrantes tuvieron atención en hospitales de la CCSS, versus el 96% de las costarricenses.

La atención profesional del parto (médico o enfermera) se dio en un 91% de los partos de las mujeres inmigrantes en Costa Rica, comparado con un 96% de las costarricenses. En Nicaragua el 65% de las mujeres tuvieron su último hijo nacido vivo atendido por un profesional.

Prevención del cáncer del útero

El porcentaje de mujeres inmigrantes que alguna vez se ha hecho el PAP es de un 75%, en comparación de un 79% de las costarricenses. Esta proporción con PAP aumenta conforme aumentan los años de residir en Costa Rica: Un 63% de las que tienen un año o menos de vivir en el país, comparado con el 81% de quienes tienen 5 o más años de residencia.

Consulta médica y lugar de consulta

El 70% de las mujeres nicaragüenses inmigrantes residentes en el área rural consultaron al médico durante el último año. Este porcentaje fue del 63% en las residentes en el Área metropolitana. Los porcentajes para las costarricenses fueron del 81 y 84% respectivamente

Las inmigrantes nicaragüenses indicaron como proveedor principal de sus consultas médicas al sector público. Un 79% consultó en establecimientos de la CCSS, versus un 71% de las costarricenses. Sin embargo, sólo el 48% de las entrevistadas nicaragüenses indicó ser asegurada, versus el 78% de las costarricenses. La proporción que usa el sector privado es muy reducido, el 8%, en comparación del 22% de las costarricenses.

Control prenatal

El 10% de las mujeres inmigrantes no tuvieron control prenatal en su último embarazo y sólo un 62% lo inició en el I trimestre de gestación. Estos porcentajes para las mujeres costarricenses fueron del 3 y el 84%. En Nicaragua el porcentaje de mujeres sin control prenatal es del 16%.

Bajo peso al nacer

En mujeres inmigrantes nicaragüenses se reporta un 8% de los nacimientos con pesos menores a 2500 gramos, comparado con el 5% de las costarricenses. En Nicaragua este dato se reporta en un 10%

2.4 Uso de servicios de salud en hijos menores de 5 años de mujeres inmigrantes nicaragüenses

Inmunizaciones

Alrededor del 80% de los niños de 1 a 4 años de mujeres inmigrantes han recibido 3 dosis de polio y DPT, comparado con el 95% de los hijos de costarricenses. La cobertura de la vacuna contra el sarampión es de 75% entre los hijos de inmigrantes y un 89% entre costarricenses. Un alto porcentaje de madres inmigrantes desconocen si sus hijos han sido vacunados (13 a 14%).

Con relación a la BCG, el 88% de los hijos nacidos fuera del país están vacunados, versus un 100% de los hijos nacidos en Costa Rica.

Lo anterior, puede significar un alto riesgo de posibles focos poblacionales con coberturas menores de vacunación, que las útiles definidas para evitar brotes epidémicos de estas enfermedades.

Atención médica del niño enfermo

Este indicador refiere a la atención médica recibida por el niño enfermo de diarrea o fiebre/tos en los 15 días anteriores a la encuesta. Esta encuesta señala que sólo la mitad de los niños enfermos consultaron al médico y se encontró que esta proporción fue igual para los hijos de madres costarricenses

Cuadro 21
Porcentaje que obtuvo el anticonceptivo del sector público.
Mujeres de 18 a 44 años que usan anticonceptivos modernos

Variable/característica mujer	Costa Rica	Nicaragua
Lugar de consulta		
Sector público, CCSS	72,0	64,5
Médico de empresa	2,1	1,2
Sector privado	21,2	18,5
consultorio privado	5,4	3,8
Farmacias	16,3	14,7
Otro	5,9	14,1
Ns/Nr	0,5	2,1
Lugar de residencia		
Area metropolitana, San José	61,2	49,3
Resto urbano	63,8	73,5
Area rural	79,8	76,0
Educación		
Primaria incompleta	80,4	65,5
Primaria completa	82,4	61,4
Secundaria incompleta	67,3	65,8
Secundaria completa y +	57,3	
Tiempo de vivir en Costa Rica		
1 año o menos		51,0
2-5 años		62,8
Más de 5 años		69,3

Fuente: ENSRM, 2000

Cuadro 22
Porcentaje de atención profesional del parto y lugar del parto
Mujeres con embarazo en los últimos 5 años, nativas y migrantes

Variable/característica mujer	Costa Rica	Nicaragua
Lugar del parto		
Hospital público	96,3	84,2
Hospital/clínica privada	1,1	0,8
Hogar /otro	2,3	15,0
Ns/Nr	0,3	-
Atención del parto		
Médico	56,4	67,1
Enfermera obstetra	36,7	21,4
Enfermera	2,9	2,1
Partera empírica	0,9	5,3
Pariente	1,4	1,1
Otro	1,4	2,9
Parto con atención profesional	96,3	90,6

Fuente: ENSRM,2000

Cuadro 23
Porcentaje que consultó al médico en el último año.
Mujeres de 18 a 44 años nativas y migrantes

Variable/característica mujer	Costa Rica	Nicaragua
Años desde última consulta		
< de un año	82,6	66,3
1 año	8,0	19,1
2 años	3,8	5,7
3 o más	4,1	8,1
Nunca ha consultado	0,3	0,4
Ns/Nr	1,3	0,4
Educación		
Primaria incompleta	76,1	67,0
Primaria completa	80,1	65,4
Secundaria incompleta	85,3	66,8
Secundaria completa y +	85,2	-
Tiempo de vivir en Costa Rica		
1 año o menos		64,7
2-5 años		65,0
Más de 5 años		68,4

Fuente: ENSRM,2000

Cuadro 24
 Porcentaje que consultó al médico en el sector público.
 Mujeres de 18 a 44 años nativas y migrantes

Variable/característica mujer	Costa Rica	Nicaragua
Lugar de consulta		
Sector público, CCSS	71	78,9
Médico de empresa	4,0	0,7
Puesto del INS		0,3
Sector privado	21,8	8,2
Otro	2,4	11,1
Nunca han consultado	0,3	0,4
Ns/Nr	0,5	0,3
Lugar de residencia		
Area metropolitana, San José	66,7	76,7
Resto urbano	69,1	83,7
Area rural	81,4	81,8
Educación		
Primaria incompleta	88,9	81,8
Primaria completa	85,6	79,9
Secundaria incompleta	77,0	77,4
Secundaria completa y +	57,9	
Tiempo de vivir en Costa Rica		
1 año o menos		59,0
2-5 años		82,7
Más de 5 años		85,4

Fuente: ENSRM, 2000

Cuadro 25
Control prenatal adecuado del último hijo nacido vivo
Mujeres con embarazo en los últimos 5 años, nativas y migrantes

Variable/característica mujer	Costa Rica	Nicaragua
Primer control prenatal		
I trimestre	83,5	61,5
II trimestre	12,8	20,9
III trimestre	1,1	7,8
Sin control	2,6	9,9
Control adecuado	83,1	59,2
Lugar de residencia		
Área metropolitana, San José	84,3	53,4
Resto urbano	93,9	57,1
Area rural	78,9	65,1
Educación		
Primaria incompleta	75,0	52,8
Primaria completa	82,3	59,6
Secundaria incompleta	81,7	67,5
Secundaria completa y +	90,0	
Tiempo de vivir en Costa Rica		
1 año o menos		61,0
2-5 años		58,3
Más de 5 años		59,2

Fuente: ENSRM, 2000

Cuadro 26
 Porcentaje de niños con bajo peso al nacer (menor de 2500 gramos)
 Mujeres con embarazo en los últimos 5 años, nativas y migrantes

Variable/característica mujer	Costa Rica	Nicaragua
Total	5,0	8,4
Edad madre		
18-29	7,0	8,6
30 y más	2,2	7,8
Lugar de residencia		
Área metropolitana, San José	7,2	13,1
Resto urbano	3,1	2,0
Area rural	4,7	6,1
Educación		
Primaria incompleta	5,2	7,9
Primaria completa	7,2	8,2
Secundaria incompleta	4,9	9,0
Secundaria completa y +		
Tiempo de vivir en Costa Rica		
1 año o menos		2,0
2-5 años		10,1
Más de 5 años		9,0

Fuente: ENSRM, 2000

Cuadro 27
Porcentaje de niños vacunados con BCG, Polio, DPT y Sarampión
Niños vivos menores de 5 años. ENSRM, 2000

Vacuna	Costa Rica Edad en años cumplidos						Nicaragua Edad en años cumplidos					
	% Total	0	1	2	3	4	% Total	0	1	2	3	4
BCG												
No vacunados	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Si vacunados	98	95	99	95	99	100	97	96	98	100	98	91
Polio												
No vacunados	5	23	0	0	0	0	9	39	0	1	2	0
3 dosis o más	83	36	94	94	96	97	70	25	78	86	81	81
DPT												
No vacunados	5	25	0	0	0	0	9	39	0	1	2	0
3 dosis o más	84	36	94	94	97	97	70	25	78	86	81	81
Sarampión												
No vacunados	18	64	21	1	3	3	30	87	30	16	9	5
Si vacunados	75	20	75	93	96	94	61	4	59	80	82	80

Fuente: ENSRM, 2000

2.5 Tendencia de los indicadores de salud y equidad, Costa Rica 1980-2000⁵¹

Los indicadores de salud en Costa Rica han tenido una mejoría en las últimas dos décadas. La tasa de mortalidad general se redujo en el periodo 1980-2000 un 10,3%, la tasa de mortalidad infantil disminuyó un 44,6% y los Años de Vida Potencial Perdidos descendieron en un 42,9%.

En el periodo la estructura etaria de la población cambió significativamente. El porcentaje de población menor de 15 años disminuyó en un 17,4% y la proporción de individuos de 65 y más años creció un 30%, en tanto la tasa de natalidad pasó de 30,7 por mil a 19 por mil, con una disminución del 38,3%.

La estructura de las causas de muerte acompañó este proceso. En 1980 el % de defunciones por enfermedades transmisibles fue del 15,5% y en el 2000 esa proporción bajó al 4,9%. En ese sentido las enfermedades cardiovasculares crecieron del 8,7% al 28,1% en el periodo

Metodología

En este estudio, realizado por la OPS/OMS; se utilizó una estratificación de cantones por el Índice de Desarrollo Social (IDS), que constituye 5 grupos de cantones según su grado de desarrollo, medido por 7 indicadores: la tasa quinquenal de mortalidad infantil, peso de la mortalidad en la niñez, retardo de talla en escolares, consumo de electricidad residencial, nacimientos en madres solteras, infraestructura educativa, programas de educación especial.

Los indicadores de salud se estudiaron en cada quintil y se calculó el Índice de Desigualdad de la Pendiente (IDP) y el Índice Relativo de Desigualdad (IRD). Este análisis se realizó en los diferentes años analizados, para examinar la tendencia de los valores IDP y el IRD.

Además la experiencia colectiva de los 81 cantones fue explorada por las curvas de Lorenz y de concentración calculándose el Coeficiente de Gini y de concentración para 1980, 1990 y el 2000-2001.

⁵¹ OPS/OMS Condiciones de salud ¿Mejóro la equidad? Costa Rica 1980-2000, Ministerio de Salud, 2002

Resultados

a) Mortalidad general

Los valores de los 81 cantones de las tasas de mortalidad ajustadas por edad para el total de la población y por sexo, muestran una disminución de las desigualdades con un coeficiente de Gini que pasa de 0,095 en 1980 a 0,069 en el 2000.

b) Años de Vida Potencial Perdidos (AVPP)

Los AVPP son un indicador de mortalidad prematura. Para comparar este tipo de mortalidad entre los diferentes quintiles se calcularon los AVPP considerando la diferencia entre la edad al morir y los 75 años, incluyendo en el cálculo las defunciones de menores de 1 año.

En las dos décadas analizadas, la mortalidad prematura, medida como AVPP disminuyó a casi la mitad. La correlación entre los AVPP por quintiles y la mortalidad prematura se hace evidente en el periodo considerado. En cada año estudiado el primer y segundo quintil presentaron menos AVPP que los quintiles cuarto y quinto. En la década de los 90's las diferencias entre los quintiles se mantuvieron relativamente estables, en la última década las diferencias disminuyeron en forma importante.

Cuadro 28
AVPP por quintiles, IDP e IRD, 1980-2000

	1980	1985	1990	1995	2000
Total	1070,5	911,5	773,4	729,6	625,4
1 quintil	996,9	778,4	627,4	624,5	605,5
2 quintil	993,0	876,0	733,9	724,3	632,2
3 quintil	1045,7	875,8	750,2	676,0	574,5
4 quintil	1132,5	986,7	824,7	744,5	649,7
5 quintil	1294,8	1096,3	994,6	920,2	673,7
IDP	320,11	331,85	366,33	263,89	63,69
IRD	1,35	1,45	1,62	1,44	1,11

Fuente: OPS/OMS

c) Mortalidad por causas

El análisis por quintiles de las tasas ajustadas de mortalidad de las principales causas de muerte, muestra tanto en las enfermedades cardiovasculares como en las neoplasias, que las tasas son mayores en los quintiles de mayor desarrollo. Lo anterior se hace evidente en el IDP con valores negativos, sin embargo esta relación se hace menos evidente en el 2000 y los índices se acercan a 0.

Para las tasas de muerte por enfermedades infecciosas y causas externas, los quintiles menos desarrollados tuvieron tasas más elevadas en 1980, pero las diferencias han disminuido y los IDP también se han acercado a 0.

En el periodo analizado los Coeficientes de Gini y los de correlación han disminuido, mostrando que las diferencias entre las tasas de mortalidad para los grandes grupos de mortalidad son ahora menores que hace 20 años.

Cuadro 29
Tasas de mortalidad de principales causas por quintiles, IDP e IRD
Costa Rica, 1980-2000. Tasas por 100000 habitantes

	Cardiovasculares			Neoplasias			Causas externas			Infecciosas		
	1980	1990	2000	1980	1990	2000	1980	1990	2000	1980	1990	2000
1 quintil	165,2	126,5	139,8	102,0	91,2	85,4	53,8	39,7	43,4	39,9	26,3	21,7
2 quintil	175,3	138,3	133,3	104,9	97,8	85,5	57,7	45,6	46,6	43,0	32,5	23,8
3 quintil	152,9	131,7	121,7	96,3	94,1	84,5	65,0	46,0	43,9	41,1	27,7	22,1
4 quintil	148,8	132,3	116,0	101,7	88,3	77,8	72,1	49,7	55,3	43,4	31,2	20,5
5 quintil	125,2	124,8	120,7	83,0	82,1	74,6	82,2	59,9	54,4	57,4	32,8	20,6
IDP	-47,1	-3,4	-26,6	-17,7	-11,8	-13,0	31,8	19,7	13,7	14,9	5,1	-2,5
IRD	0,74	0,97	0,81	0,83	0,88	0,85	1,65	1,52	1,33	1,40	1,19	0,89
C. Gini	0,150	0,122	0,085	0,156	0,119	0,118	0,185	0,204	0,165	0,231	0,197	0,212
C.Correl	0,056	0,012	0,037	0,033	0,035	0,031	0,080	0,059	0,052	0,056	0,021	0,017

Fuente: OPS/OMS

La tasa de mortalidad por cáncer de cuello del útero es un excelente indicador de equidad, del grado de desarrollo del programa de tamizaje y del acceso de la población a los servicios de salud.

Los resultados señalan que para 1980 el 5 quintil tiene valores más bajos que los esperados, con valores menores con respecto a los quintiles superiores.. Una posible explicación a esto, es que en 1980 se diera un subregistro de esta causa de muerte en los cantones con menor de desarrollo.

Obviando este problema, se observa que los Coeficientes de Gini se mantienen cercanos a 0,5 durante todo el periodo, y que el IRD en el 2000 fue de 3,73, indicando que en los cantones menos desarrollados el riesgo de morir por esta causa es 373% comparada con los cantones del 1 quintil.

Cuadro 30
Mortalidad por cáncer de útero
Costa Rica, 1980-2000

	1980	1990	2000
1 quintil	6,78	3,35	3,41
2 quintil	4,92	4,08	4,35
3 quintil	7,85	4,62	3,17
4 quintil	6,88	6,84	5,41
5 quintil	1,74	8,01	9,72
IDP	-3,14	5,40	5,81
IRD	0,57	3,17	3,73
Coef Gini	0,50	0,50	0,43
Coef Correl	0,05	0,17	0,17

Fuente: OPS/OMS

d) La Mortalidad Infantil

En Costa Rica la tasa de mortalidad infantil pasó de 19,5 muertes por 1000 nacidos vivos en 1980, a 10,8 en el 2001, lo que representa una reducción del 44,5%. Las tasas mantienen una correlación con los quintiles de desarrollo, siendo más marcada en 1980.

La reducción de las tasas fue mayor en los quintiles de menor desarrollo y producto de ello, la desigualdad entre los quintiles disminuyó en forma significativa. El coeficiente de Gini se mantuvo en 0,17 en el periodo y el coeficiente de concentración disminuyó de 0,048 a 0,026

Cuadro 31
Tasas de Mortalidad Infantil por quintiles, IDP e IRD, Costa Rica 1980-2001
Tasas por 1000 nacidos vivos

	1980	1985	1990	1995	2000	2001	% reducción 1980/2001
1 quintil	17,91	16,98	11,99	10,94	9,54	11,31	36,8
2 quintil	18,11	16,78	13,63	12,88	10,41	10,21	43,6
3 quintil	19,67	18,49	13,80	13,03	9,34	10,88	44,7
4 quintil	20,25	18,04	17,25	13,04	9,71	10,18	49,9
5 quintil	22,86	18,23	19,79	16,09	12,04	12,30	46,2
Total	19,52	17,63	15,12	13,24	10,23	10,82	44,5
IDP	5,44	1,80	8,65	4,76	1,86	0,80	
IRD	1,32	1,11	1,80	1,44	1,20	1,08	

Fuente: OPS/OMS

e) Madres adolescentes y partos no institucionales

El porcentaje de madres menores de 15 años se ha mantenido estable en estas dos décadas, con proporciones de nacimientos del 1 al 1,2%. La relación de estos % con los quintiles de desarrollo es clara y no se han registrado cambios en el periodo.

La proporción de partos no institucionales decreció notablemente en el periodo, pasando de 9,4% en 1980 a 1,6% en el 2000. La relación del parto no institucional con el grado de desarrollo del quintil es muy marcada. Al inicio del periodo, en el quintil menos desarrollado, la frecuencia de este tipo de partos era más de

20 veces superior comparado con el nivel del quintil de mayor desarrollo. La reducción de los partos no institucionales en los cantones de menor desarrollo, hizo que esta diferencia se redujera en más del 50%. Este es un factor que ha contribuido a la disminución de la mortalidad infantil y a una distribución de los beneficios de los servicios más equitativa.

f) Mortalidad Materna

Para esta tasa de mortalidad, los quintiles de menor desarrollo presentaron tasas menores que los de mayor desarrollo. Los índices de desigualdad resultaron con valores negativos. Este patrón varió para el año 2000, cuando la tasa del 5 quintil fue casi 3 veces superior a la del primero, por lo que el índice de desigualdad de la pendiente resultó de 4,59.

Este comportamiento sugiere que existió un importante subregistro de estos eventos, en los grupos de cantones con menor desarrollo, y que por tanto el descenso de la tasa nacional, seguramente es mucho mayor que el registrado.

Cuadro 32
Tasa de mortalidad materna por quintiles, IDP e IRD,
Costa Rica, 1985-2000
Tasa por 10000 nacidos vivos

	1985	1990	1995	2000
1 quintil	5,76	2,81	2,90	2,95
2 quintil	3,02	1,90	2,36	2,08
3 quintil	5,44	1,22	1,28	3,89
4 quintil	1,18	2,57	2,60	2,00
5 quintil	2,86	0,76	0,73	8,13
Total	3,4	1,8	2,0	3,6
IDP	-3,47	-1,57	-1,91	4,59
IRD	0,36	0,41	0,36	4,08

Fuente: OPS/OMS

g) Sífilis congénita

La sífilis congénita es un evento grave y evitable. Los casos de esta enfermedad denotan fallas en la calidad del sistema o falta de acceso a los servicios de salud.

El análisis de la incidencia de estos casos en el periodo analizado señala que este es un problema en crecimiento. Las tasas registradas en los últimos 16 años muestran un incremento de casi 5 veces. Las tasas por quintiles revelen mayores incidencias en los quintiles de menor desarrollo, con excepción del último año en que esta tendencia se invierte, lo que podría estar señalando un problema importante de subregistro de estos casos.

h) Discapacidad.

Los datos de discapacidad del Censo del 2000, fueron analizados con la misma metodología y muestran que la prevalencia de discapacidad fue creciendo a medida que disminuye el nivel de desarrollo. El riesgo del 5 quintil es un 47% mayor que el primero.

Cuadro 33
Prevalencia de discapacidad,
Costa Rica 2001

	% Discapacidad
1 quintil	4,6
2 quintil	5,0
3 quintil	5,7
4 quintil	6,0
5 quintil	6,2
Total	5,4
IDP	2,1
IRD	1,47

Fuente: OPS/OMS

Conclusiones

El IDS se correlaciona con la mayoría de los indicadores de salud, lo que señala la utilidad de este indicador para discriminar condiciones de vida y salud.

La mayor parte de los indicadores presentan netas mejorías en el nivel nacional, con excepción de la tasa de mortalidad materna. Puede estimarse que ha mejorado el registro de la mortalidad materna y que en realidad sí se ha dado un descenso en la tasa.

Las diferencias entre grupos de cantones se han estrechado progresivamente de 1980 al 2000 o 2001. Lo anterior sugiere que las políticas y programas sociales, han logrado enfocar sus acciones en los grupos más vulnerables y compensar las diferencias en el desarrollo que presentan los diferentes grupos.

Aún cuando todavía persisten diferencias entre los grupos de cantones, es evidente que se ha logrado un importante grado de homogeneidad en las condiciones de vida y acceso a los servicios de salud.

En este contexto, los desafíos a asumir deberán orientarse a mantener el grado de equidad alcanzado, continuar las políticas dirigidas a los más vulnerables y profundizar y priorizar la calidad de los servicios.

2.6 Las Condiciones de vida y la Mortalidad Infantil⁵²

A partir de 1994, se inició el desarrollo teórico y metodológico del Sistema Nacional de Análisis de la Mortalidad Infantil (SINAMI) en el Ministerio de salud, como evento trazador de la calidad del sistema de salud y de la equidad de la respuesta social a las necesidades en salud de la población.

El análisis de la mortalidad infantil propuesto, parte de la caracterización de:

Las condiciones de vida familiares y las particularidades de sus necesidades en salud, para en ese contexto.

Analizar la respuesta del sistema social y la calidad de las acciones brindadas a la madre y al niño/a por el sistema de atención en salud, incorporando la vivencia y conocimientos expresados por las familias, con relación a estas acciones.

La identificación de puntos críticos en la respuesta del sistema

La identificación de acciones sectoriales e intersectoriales dirigidas a la transformación de la situación inicial encontrada, que conduzca a la satisfacción de las necesidades en salud y a la reducción de las inequidades cuya máxima expresión es la muerte.

Los Objetivos del SINAMI son:

Mejorar la calidad de atención en salud, especialmente en los grupos más vulnerables por condiciones de vida y género.

Mejorar la calidad de los registros de estadísticas vitales, de manera que sean fidedignos y oportunos.

Contribuir a disminuir a mediano y largo plazo, las brechas existentes entre las diferentes áreas geográficas, con relación a la Tasa de Mortalidad Infantil.

Apoyar y fortalecer un sistema nacional de calidad en los servicios de salud

⁵² SINAMI, Ministerio de Salud, CCSS, Universidad de Costa Rica. Marco de referencia del Sistema Nacional de Análisis de la Mortalidad infantil, 2000

El Sistema Nacional de Análisis de la Mortalidad Infantil está conformado por una Comisión nacional (CONAMI), nueve Comisiones regionales (CORAMI) y 92 Comisiones locales (COLAMI), teniendo una cobertura nacional.

Propósito del Análisis

Analizar en forma autocrítica y desde el principio de equidad, cada muerte de menores de un año para conocer sus características, con el fin de identificar los puntos críticos del sistema de atención en salud y realizar las transformaciones pertinentes. La pregunta a la cual debe responder todo el proceso de análisis y la reflexión del caso en estudio es:

¿Qué fue lo que hicimos, dejamos de hacer o pudimos haber hecho con esta madre y este niño o esta niña para evitar su muerte?⁵³

Resultados

Condiciones de Vida

Los casos analizados de mortalidad infantil, ofrecen un promedio de un 39 a un 42% de hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas, principalmente de alta dependencia económica, vivienda y servicios básicos inadecuados. Esta situación revela una concentración de muertes infantiles en este tipo de hogares con características de pobreza estructural y señala que persisten diferencias importantes entre la población asociadas a condiciones socioeconómicas.

En un país con altos niveles de cobertura de servicios básicos estas diferencias probablemente reflejan por un lado, algunos problemas de disponibilidad de servicios, como los que pueden estar reflejando las tasas más altas en algunos cantones de la Región Huetar Atlántica, como Talamanca, pero también, problemas de acceso no asociados con limitaciones geográficas sino con barreras que se originan en las condiciones económicas y sociales de la población y en especial de la calidad de la salud reproductiva de las mujeres.

Edad materna y estado civil

Si bien en Costa Rica, el número total de nacimientos ha descendido en el periodo 1990-2000, no se observa lo mismo para el grupo de mujeres menores de 20 años. Para éstas los nacimientos se han incrementado en 3624 nacimientos en el periodo analizado, casi igualando el descenso promedio para todos los grupos de edad de mujeres.

Se observa además, que la proporción de nacimientos en madres no casadas, ha aumentado de un 38,5% en 1990 a un 52,7% en el año 2000, lo que representa un 14,2% de aumento en el periodo. Los nacimientos de “padres desconocidos”, también han aumentado de un 21 a un 31%, con un aumento porcentual de un 10% en total.

Al analizar la fecundidad por grupos de edad, se observa para el periodo 1990-2000, que en Costa Rica se ha registrado un descenso importante de la Tasa de Global de Fecundidad que pasó de 3,17 hijos por mujer a 2,35. en el periodo Los grupos etarios que más han contribuido a esta disminución son los mayores de 30 años, (en un 54% las mujeres de 45 a 49 años; en un 46% las mujeres de 40 a 44 años,; en un 37% las mujeres e 35 a 39 años y con un 33% las de 30 a 34 años) mientras que el grupo de adolescentes menores de 20 años solamente han reducido su fecundidad en un 7%.

53 Ministerio de Salud, opus citae, pág 14-16, 1999

Cuadro 34

Tasas de Fecundidad por grupos de edad
Costa Rica 1990-
2000

Esta relativa	Grupos de edad maternos								
	Año	Tasa Global	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
	1990	3,17	0,0933	0,1689	0,1577	0,117	0,0703	0,0243	0,0026
	1991	3,08	0,0927	0,1665	0,1513	0,1114	0,0675	0,0235	0,0025
	1992	2,99	0,09	0,1621	0,1467	0,1083	0,0662	0,0223	0,0021
	1993	2,92	0,0876	0,1612	0,1448	0,1051	0,0624	0,021	0,0017
	1994	2,89	0,0904	0,1618	0,1431	0,1016	0,0599	0,0197	0,0019
	1995	2,84	0,0903	0,1584	0,14	0,1011	0,0575	0,0189	0,0017
	1996	2,66	0,0862	0,1467	0,1319	0,0957	0,0531	0,0171	0,0014
	1997	2,52	0,086	0,1392	0,1216	0,0908	0,0492	0,0166	0,0012
	1998	2,43	0,0847	0,1371	0,1177	0,0849	0,0465	0,014	0,0014
	1999	2,42	0,0861	0,1368	0,1173	0,0828	0,0457	0,0138	0,0011
2000	2,35	0,0864	0,1316	0,1143	0,0784	0,0442	0,0133	0,0012	
Cambio									
%	-26%	-7%	-22%	-28%	-33%	-37%	-46%	-54%	

Constancia de la fecundidad de las mujeres menores de 20 años en el país ha determinado el aumento constante de la proporción de los nacimientos de este grupo de madres; señalando además que persisten patrones de inicio temprano de la reproducción biológica en nuestra población, que han permanecido relativamente invariables a lo largo del tiempo.

Antecedentes obstétricos de las madres

El 21% de las madres de menores de un año fallecidos, presentaron antecedentes de 1 o más abortos, de hijos nacidos muertos el 3% y el antecedente de otros hijos vivos fallecidos el 11%.

Al analizar la edad de las madres con antecedentes de aborto, el 21% tenían antecedentes de abortos, de las cuales el 5,6% tenían antecedentes de 2 o más abortos. Por grupos de edad este antecedente corresponde a un 9% de las madres adolescentes, un 21,2% de las de 20 a 34 años y un 37 % de las de 35 y más años.

Complicaciones en el Embarazo según Tipo

En el 77% de las madres de menores de un año fallecidos en 1999 que asistieron al control prenatal, se reporta algún tipo de complicaciones durante el embarazo. La más frecuente es la Amenaza de parto prematuro con un 41% y en orden descendente, le sigue la ruptura prematura de membranas (22%); la infección urinaria (20%) y el embarazo múltiple (16%).

Otros antecedentes de riesgo que se anotan en los expedientes son: tabaquismo en 10 casos; alcoholismo en 6 casos y otras drogadicciones en 8 casos.

La Mortalidad Infantil, el Peso al Nacer y la Edad de las Madres

Un factor de riesgo conocido para la Mortalidad Infantil, lo constituye el Bajo Peso al Nacer. Se estima que la mortalidad en el primer año de vida es 11 veces mayor en los niños que nacen con un peso al nacer inferior a los 2.500 gramos, cuando se comparan con niños recién nacidos a término con pesos iguales o superiores a los 3.000 gramos.

El 20,6% de los menores de un año fallecidos, presentaron un peso al nacer menor de 1000 gramos. El 23,6% pesaron al nacer entre 1000 a menos de 2000 gramos.

El 55% eran de bajo peso al nacer (menor de 2500 g) y el 15 % presentó peso insuficiente (menor de 3000 g).

El peso al nacer de los niños fallecidos según grupos de edad maternos, señala que existen diferencias significativas del peso al nacer entre los diferentes grupos de edad de las madres, (p 0,004). El 48% de los hijos fallecidos de madres adolescentes presentaron pesos al nacer menores de 1500 g versus el 31% de las de 20 a 34 años y el 32% de las de 35 años y más.

Con peso normal al nacer (igual o mayor de 3000g) solamente el 12% de los hijos fallecidos de las madres adolescentes, mientras que en esta categoría se encuentran el 33% de las madres de 20 a 34 años y el 38% de los hijos de madres con 35 años y más.

Duración de la Gestación y Edad Materna

El 55% de los menores de un año fallecidos fueron de pretérmino, de los cuales el 74% correspondían a hijos de madres menores de 20 años. En los otros grupos de edad materna los hijos de pretérmino representaron aproximadamente el 50% del total.

Las diferencias por edad de las madres y duración de la gestación son estadísticamente significativas (p 0,001)

En el total de menores de un año fallecidos solo el 15,4% correspondían a la categoría de pequeños para su edad gestacional.

Cuadro 35
Causas de muertes infantiles presuntamente prevenibles

Defunciones Infantiles según Criterios de Reducibilidad* en el Embarazo, Parto, Atención del Recién Nacido y en el Período Postneonatal
Análisis de la Mortalidad Infantil
SINAMI 1998 y 1999

	Años			
	1998		1999	
	Nº	%	Nº	%
TOTAL	445	100	496	100
Reducibles por prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno Embarazo	87	19,6	140	28,2
Reducibles por prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno Parto	23	5,2	37	7,5
Reducibles por prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno RN	36	8,1	17	3,4
Otras reducibles Perinatales	23	5,2	29	5,8
Reducibles Postneonatales	94	21,1	52	10,5
Difícilmente reducibles	177	39,8	140	28,2
Mal definidas	5	1,1	20	4,0
Otras causas			61	12,3

* Adaptación de Taucher, E. y Rutstein, D. Criterios de reducibilidad de la Mortalidad Infantil

Fuente: SINAMI, MS

En 1999 del total de 496 defunciones infantiles analizadas, un 55,4% se consideran evitables, según este criterio, por acciones de prevención, diagnóstico o tratamiento en el embarazo, parto, atención al recién nacido o en el período post-neonatal. El mayor peso lo aporta aquellas reducibles por acciones en el embarazo con un 28,2%. Las muertes infantiles no reducibles representan un 28,2%.

Nivel educativo de las madres

En las madres de niños menores de un año fallecidos se observa que según el nivel de instrucción, un 30,5% corresponde a madres analfabetas o con primaria incompleta, lo que expresa una sobre representación de madres con bajo nivel educativo en la mortalidad infantil.

Cobertura de la seguridad social

El 12% de las madres no estaban cubiertas por ningún tipo de seguro. El 23% eran aseguradas por el Estado, el 46% tenían seguro familiar, el 12% tenían seguro directo, el 6% por cuenta propia y un 1% por otro tipo de seguro.

Al analizar la cobertura de la Seguridad Social de las madres, según satisfacción de las Necesidades Básicas del hogar, el 67,4% de las madres sin seguro provienen de hogares con Necesidades Básicas insatisfechas. Así mismo, el 65% de las madres aseguradas por el Estado son de hogares con características de pobreza estructural.

El 76,4% de las madres cubiertas por el seguro familiar provienen de hogares con necesidades básicas satisfechas.

Existen diferencias altamente significativas entre los hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas y Satisfechas ($p,0000$) y el tipo de seguro que tienen sus madres.

Resumen de las Dimensiones de las Condiciones de Vida de los Menores de un año Fallecidos:

Cuadro 36

Las Condiciones de Vida para la Sobrevida Infantil
Análisis de la Mortalidad Infantil, SINAMI, 1999

Dimensiones del problema	%
Problemas de predominio de la dimensión biológica	
Madres menores de 20 años	20,5
Madres con 5 o más embarazos	20,0
Hijos fallecidos previos	11,0
Antecedente abortos	21,0
Madres adolescentes con antecedente de aborto	9,0
Complicaciones del embarazo	77,0
Peso al Nacer < 1500 gramos	34,0
Bajo Peso al Nacer	55,0
Nacimientos de pretérmino	55,0
Problemas de predominio de la dimensión ecológica	
Hacinamiento crítico	17,5
Vivienda inadecuada	25,0
Servicios básicos inadecuados	19,0
Problemas de predominio de la dimensión económica	
Alta dependencia económica	17,0
Madre trabaja como empleada domestica	6,0
Instrucción de la madre analfabeta o primaria incompleta	30,5
Madre sin cobertura Seguro Social	12,0
Jefe familia analfabeto o con primaria incompleta	35,0
Hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas	39,0
Problemas de predominio de la dimensión de Conciencia y conducta	
Madres sin convivencia con padre	17,5
Hogares con niños < 12 años sin asistencia a escuela	5,0
Total de Muertes prevenibles identificadas por SINAMI	36,0

Fuente: SINAMI, MS

La Calidad de Atención en Salud y la Mortalidad Infantil

El Control Prenatal

Uno de los factores protectores asociados a la sobrevida en el periodo perinatal es la asistencia al control prenatal por la madre. La asistencia al control se observa en proporciones menores en madres adolescentes o en mujeres en condiciones de pobreza o inadecuadas condiciones de vida.

El 84% del total de madres asistieron al Control Prenatal. Por grupos de edad existen diferencias significativas ($p<,003$), puesto que esta cifra desciende a un 75% en el grupo de madres adolescentes.

Oportunidad de captación de la embarazada

El 50% del total de madres que asistieron al Control prenatal, lo hicieron durante el primer trimestre de embarazo. Un 41% en el segundo trimestre y casi un 10% en el tercero.

La captación en el control prenatal, varía de acuerdo con la edad de las madres. Estas variaciones son estadísticamente significativas ($p<0,011$).

Número de controles prenatales

El 44,6% de las embarazadas registran 4 o menos controles, lo cual se encuentra debajo de los 5 controles exigidos por norma. El 55% registra 5 o más controles y el 7% 10 o más.

Al analizar el número de controles por edad de las madres, en el grupo menor de 20 años un 71% recibió 4 o menos controles. La variación por grupos de edad materna es estadísticamente significativa ($p<0,000$).

Calidad del Control Prenatal según Satisfacción de Necesidades Básicas

Cuadro 37

Asistencia al Control Prenatal, Edad Gestacional al Primer Control y
Número de Controles Prenatales según Satisfacción de Necesidades Básicas
Análisis de la Mortalidad Infantil, SINAMI, 1999

	Necesidades Básicas Insatisfechas					
	sí		no		Total	
Control embarazo	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Si	120	75,0	248	92,2	368	85,8
No	40	25,0	21	7,8	61	14,2
Total	160	100	269	100	429	100
p<0,000						
Edad gestacional al primer control						
< de 14 semanas	41	38,0	133	57,8	174	51,5
14 a 26 semanas	54	50,0	80	34,8	134	39,6
27 y más semanas	13	12,0	17	7,4	30	8,9
Total	108	100	230	100	338	100
p<0,003						
Numero de controles prenatales						
De 1 a 4	65	55,6	90	39,3	155	44,8
De 5 a 7	42	35,9	84	36,7	126	36,4
De 8 y más	10	8,5	55	24,0	65	18,8
Total	117	100	229	100	346	100
p<0,001						

Fuente: SINAMI, MS

La asistencia al control prenatal, la oportunidad en la captación de la gestante, así mismo como el número de controles recibidos, guardan relación significativa con la satisfacción de las necesidades básicas en el hogar de la gestante.

La asistencia al control prenatal es alta en promedio (86%), sin embargo esta cifra desciende a un 75% en las madres con necesidades básicas insatisfechas y asciende a un 92% en las madres de hogares con necesidades satisfechas.

Con respecto a la captación temprana en el control prenatal, en las más pobres sólo el 38% tuvo su primer control durante el primer trimestre, versus un 58% en el grupo con necesidades satisfechas.

Según el número de controles prenatales recibidos, el 56% de las madres con necesidades básicas insatisfechas recibió menos del número normado de controles, versus el 39% del otro grupo.

Clasificación del Riesgo en el Control Prenatal

En un 54% de las madres que asistieron al control prenatal se clasificó el riesgo en el embarazo. De ellas un 79% correspondió a alto riesgo

Manejo del Alto Riesgo Prenatal

El 44% del alto riesgo prenatal fue clasificado en los EBAIS, el 22% en las clínicas públicas de la CCSS, el 13,5% en los servicios privados y el 9% en los Hospitales Nacionales.

La atención de las madres clasificadas de alto riesgo prenatal, no muestra grandes variaciones en el nivel de atención: De 69 casos diagnosticados como alto riesgo en los EBAIS, se refirieron 30 (43%) a otro nivel de atención y 39 (57%) permanecieron en ese mismo nivel.

Cuadro 38

Madres de Alto Riesgo Prenatal y Manejo del Riesgo según Nivel de Atención
Análisis de la Mortalidad Infantil, SINAMI, 1999

Clasificación Alto Riesgo en primer lugar de control	Tipo Establecimiento de Atención del Alto Riesgo						Total	
	HN	HR	HP	Clinica CCSS	EBAIS	Privado	Nº	%
Hospital Nacional (HN)	14	0	0	0	0		14	9,0
Hospital Regional (HR)	1	7	0	0	0		8	5,1
Hospital Periférico (HP)	4	0	5	0	0		9	5,8
Clínicas CCSS	12	2	4	17	0		35	22,4
EBAIS	9	11	7	3	39		69	44,2
Sector Privado	7	1	1	1	1	10	21	13,5
Total	47	21	17	21	40	10	156	100,0

Fuente: SINAMI, MS

Cumplimiento Resumen de Normas en Control Prenatal

Según la revisión de expedientes de la atención prenatal, solamente en el 50% de los casos se cumplieron las normas de atención.

Calidad de la atención en el parto

El 93% de los nacimientos de los menores de un año fallecidos en 1999, se registraron en Hospitales públicos. En el hogar se registran 17 nacimientos con un 3,5% del total.

En el 50% de los casos de nacimientos en establecimientos de salud se cumplió con la norma de la clasificación del riesgo intraparto, proporción que se eleva a un máximo de un 58% en los H. Nacionales.

Tipo de Personal que atiende el parto

Cuadro 39

Tipo de Personal que atiende el parto
Análisis de la Mortalidad Infantil
SINAMI, 1999

Parto atendido por	Nº	%
Total	434	100
Ginecobstetra	179	41,2
Residente ginecobstetricia	80	18,4
Médico general	31	7,1
Enfermera obstetra	113	26
Médico interno	9	2,1
Otro	22	5,1

Fuente: SINAMI, MS

La mayoría de los partos fueron atendidos por Ginecoobstetras y Enfermeras Obstétricas.

Forma de Terminación del Parto

Cuadro 40

Forma terminación del parto
Análisis de la Mortalidad Infantil
SINAMI, 1999

Forma	Nº	%
Total	484	100
espontáneo	307	63,4
forceps	9	1,9
cesárea	168	34,7

Fuente: SINAMI, MS

La proporción total de nacimientos por cesárea fue del 35%, excediendo en un 10% el promedio nacional de partos por cesárea.

Tipo de Indicaciones para la Cesárea

La causa anotada más frecuente para la indicación de cesárea es la Hipoxia fetal con el 30% del total, en segundo lugar los trastornos hipertensivos de la madre y en tercer lugar las cesáreas electivas con un 13%.

B. Calidad de la atención del Recién Nacido

Clasificación del recién nacido según Peso y Edad gestacional

Del total de menores de un año fallecidos analizados, en un 89% se cumple con la norma de clasificación según peso y edad gestacional.

Condición al nacer del Recién Nacido

De los menores de un año fallecidos el 82% presentó problemas desde el nacimiento, en el 2,6% se desconoce la información.

La calidad de la atención recibida, juzgada por la madre

Cuadro 41

Calidad de la Atención percibida por la madre, según Satisfacción de Necesidades Básicas
Análisis de la Mortalidad Infantil, SINAMI, 1998

	Total		Necesidades Básicas			
	Nº	%	Insatisfechas		Satisfechas	
Control Prenatal			Nº	%	Nº	%
Buena	221	72,5	91	74,6	130	71,0
Regular	52	17	19	15,6	33	18,0
Mala	32	10,5	12	9,8	20	10,9
Total	305	100	122	100,0	183	100,0
Parto						
Buena	266	66,5	118	65,6	148	67,3
Regular	63	15,8	26	14,4	37	16,8
Mala	71	17,8	36	20,0	35	15,9
Total	400	100	180	100,0	220	100,0
Hospitalización niño/a ultimo evento						
Buena	147	71,7	65	73,0	82	70,7
Regular	31	15,1	10	11,2	21	18,1
Mala	27	13,2	14	15,7	13	11,2
Total	205	100	89	100,0	116	100,0

Fuente: SINAMI,MS

La percepción de las madres y familiares de los menores de un año fallecidos respecto a la calidad de la atención en el Control Prenatal, Parto y en el último evento de hospitalización del menor, no demuestran diferencias significativas entre los hogares con necesidades básicas satisfechas y los hogares con necesidades insatisfechas.

2.7 Las malformaciones congénitas y la mortalidad infantil⁵⁴

La Mortalidad Infantil en el ámbito mundial se considera un indicador muy sensible que nos permite medir los cambios en la condición de vida y de salud de la población. Esta condición se debe a la vulnerabilidad que manifiesta la población menor de un año ante los cambios socioeconómicos, culturales, educacionales y de acceso a los servicios de salud (Suárez, 1992; Sáenz, 1995; Morice y col. (1999).

En Costa Rica, la mortalidad infantil ha experimentado un importante descenso en las últimas décadas, acompañada de una disminución en la mortalidad general, disminución de la natalidad, el consecuente envejecimiento de la población y la modificación en la estructura poblacional y del perfil epidemiológico.

La causalidad de la mortalidad también ha sufrido cambios en el tiempo, es así como emergen las causas perinatales y las anomalías congénitas como importantes causas de mortalidad. Al tener las malformaciones congénitas un elevado peso relativo como factor asociado a las muertes infantiles, se consideró importante identificar los condicionantes de vida sobre las muertes infantiles por malformaciones congénitas en las Regiones Central Norte y Central Sur.

⁵⁴ Investigación realizada por: Alejandra Acuña Navarro y María del Carmen Bolaños Zamora

Para ello se realizó un estudio Epidemiológico de la Mortalidad Infantil por Malformaciones Congénitas en la Región Central Norte y Sur, de tipo analítica, retrospectivo de casos y controles.

Se encontraron asociaciones entre la mortalidad infantil por malformaciones congénitas y algunas de las variables estudiadas:

En la dimensión conciencia y conducta, se concluyó que los estilos de vida y comportamientos tienen un impacto sobre la salud de los individuos, en esta materia se encontró que la madre con adicción a drogas, como el alcohol y el crack, puede tener siete veces más riesgo (OR 7.55) (p 0.03), de presentar una muerte infantil por malformaciones congénitas, comparado, con las que no se encuentran expuestas a esta condición.

Por otra parte se determinó que las familias con necesidades básicas insatisfechas, principalmente vivienda inadecuada, carencia de servicios básicos y alta dependencia económica, tienen dos veces más riesgo (OR 2.08) (p 0.037), de presentar una muerte infantil asociada a malformaciones congénitas; situación que no es exclusiva de esta causa de fallecimiento, pero incrementa el riesgo de fallecimiento en un niño con una patología como es la malformación congénita.

La prestación de servicios de salud materno infantiles tienen influencia sobre los problemas de salud, reafirmando en la presente investigación que la mortalidad infantil por malformaciones congénitas representa un riesgo tres veces mayor en los casos en que no dio cumplimiento de las normas de atención prenatal (OR 3.16) (p 0.0003) y del parto (OR 3.76) (p 0.0000). El riesgo es dos veces mayor (OR 2.03) (p 0.05) por la falta de cumplimiento de las normas del recién nacido.

Condicionantes ecológicos como los antecedentes maternos a la exposición a sustancias tóxicas: agroquímicos, derivados de hidrocarburos y desinfectantes, tienen una importancia significativa en una muerte infantil por malformaciones congénitas, siendo el riesgo dos veces mayor (OR 2.60) (p 0.05), en las madres que presentaron algún contacto con alguna de las sustancias mencionadas, que las que no lo tuvieron.

Otras asociaciones estadísticas obtenidas modificándose artificialmente el tamaño de la muestra, fueron las relacionadas con la edad materna de 35 a 46 años, antecedente de aborto, bajo nivel educativo y tipo de ocupación materna, y la exposición del padre a tóxicos.

Se puede concluir además, que las sociedades no son homogéneas, tienen diferencias sustanciales en aspectos socioeconómicos, políticos y en los problemas de salud; por lo tanto la identificación de las condicionantes de vida permite determinar las posibles asociaciones existentes entre los factores de riesgo y un problema de salud determinado.

La influencia de los condicionantes de vida en la mortalidad infantil por malformaciones congénitas constituye un problema de salud pública que requiere la intervención de diversos sectores de la sociedad y en especial del Sistema Nacional de Salud, mediante la aplicación del principio de equidad.

Por lo anterior se recomienda incluir en la Política de Salud la utilización del concepto de equidad relacionado con los condicionantes de vida; para ello se requieren establecer adecuadas coordinaciones intersectoriales e interinstitucionales, a fin de superar estas carencias y disminuir las desigualdades. En países como el nuestro, donde los recursos son escasos, los problemas de costo efectividad y costo oportunidad deben ser atendidos de esta manera, tratando de minimizar los efectos de las iniquidades sociales e intentar transformarlas mediante una gestión organizada del sector salud y de la sociedad en general.

En la actualidad, alrededor de un 20% de la población de América latina y El Caribe está excluida de los mecanismos de protección existentes contra los riesgos de enfermedad y no cuenta con los recursos mínimos para resolver sus problemas en esta área. La exclusión social es un fenómeno multicausal y complejo que presenta grandes variaciones entre países y al interior de los países, y se relaciona con las siguientes variables:

Pobreza

Desigualdad entre grupos sociales

Discriminación racial

Desempleo, subempleo y empleo informal

Insuficiencia de la red de servicios que otorga el Estado

Debilitamiento de la red de protección social tradicional sin un reemplazo adecuado

Bajo gasto en salud

Fallas en la estructura de los sistemas de protección de salud La exclusión no debe confundirse con la pobreza aunque a menudo se superponen. La exclusión responde a diversas causas que determinan que el sistema no pueda en la práctica garantizar cobertura de salud para toda la población que por mandato legal o por afiliación está teóricamente cubierta por él. Las principales causas de exclusión se pueden clasificar como sigue:

Cuadro 42
Causas de exclusión

Causa	Ámbito	Categoría
Déficit de infraestructura adecuada	Provisión de servicios de salud Entrega de servicios no directamente relacionados con el sector salud, pero que afectan la salud	Inexistencia o insuficiencia de establecimientos de salud Falta de agua potable, alcantarillado, caminos, transporte, etc.
Barreras que impiden el acceso a las atenciones de salud, en condiciones en que existe la infraestructura adecuada	Geográficas Económicas Culturales/étnicas Determinadas por la condición de empleo	Asentamientos humanos en sitios remotos o geográficamente poco accesibles Incapacidad de financiar las atenciones de salud La atención de salud se entrega en un idioma o en una modalidad que no es comprendida por el usuario o que está en conflicto con su sistema de creencias d) Subempleo, empleo informal, desempleo
Problemas relacionados con la calidad de los servicios otorgados	Problemas asociados a la calidad técnica de la atención Problemas relacionados con la calidad en el trato y del lugar donde se realiza la atención de salud	Errores de diagnóstico/ tratamiento, utilización de insumos poco apropiados Mal trato al público, establecimientos en malas condiciones físicas

Instrumentos para medir la exclusión

El método más certero de medir exclusión es a través de encuestas domiciliarias. Sin embargo, este método tiene limitaciones que hacen poco práctica su implementación para este tipo de estudios en particular (su alto costo, el que habitualmente no indaga acerca del sistema de protección social y por lo general no alcanza a la población con mayores problemas de exclusión). Cuando las encuestas de hogar existen e incluyen la información requerida, son la fuente a la que se debe acudir en primer lugar. En caso de que no existan y también para comparar, complementar y validar los datos de ellas cuando existen, se pueden utilizar distintas aproximaciones y datos procedentes de diversas fuentes secundarias, mayoritariamente referidos a déficit o brechas de acceso en diversos aspectos de la atención de salud.

La medición puede realizarse utilizando indicadores propios del sector salud (indicadores internos) o externos a él.

Los indicadores internos más utilizados son aquellos ligados al proceso de atención salud:

El número de partos no asistidos por personal entrenado, multiplicado por el tamaño de la familia promedio (generalmente 4 personas) y dividido por la tasa de fecundidad

El número de niños que abandonan el programa de vacunas o la tasa de abandono entre la vacuna BCG y la vacuna con menor porcentaje de cobertura, multiplicado por el tamaño de la familia promedio (generalmente 4 personas) y dividido por el porcentaje de niños en edad de recibir vacunas

El porcentaje de población sin acceso a agua potable/ alcantarillado

El número de médicos y enfermeras por cada 1.000 habitantes

El porcentaje de distribución territorial de la red de salud

Los dos últimos indicadores son poco exactos cuando se usan en la forma de porcentajes nacionales o subnacionales, porque no reflejan el fenómeno de concentración de la oferta de servicios en las grandes ciudades. Por lo tanto, deben ser utilizados con precaución en estos casos.

Por su parte, los indicadores externos más utilizados son:

El porcentaje de personas no cubiertas formalmente por un sistema de seguridad social

El porcentaje de trabajadores informales respecto de la masa total de trabajadores

La magnitud del gasto de bolsillo en el financiamiento de las atenciones de salud o, a falta de disponibilidad de esa información, el gasto privado en salud per cápita⁵⁵

La magnitud del gasto en medicamentos versus el gasto en servicios en el gasto de bolsillo

El nivel de pobreza (medido a través del número de personas cuyo ingreso se encuentra por debajo del ingreso mínimo para el país, o medido a través del número de personas que viven con menos de \$1 o \$2 al día)

El gasto público en salud como porcentaje del PIB⁵⁶

Existen además otros indicadores internos y externos que reflejan aspectos de la exclusión en salud relacionados con grupos específicos de población. Ellos son:

Para medir la cantidad de personas que no accede a los servicios de salud por razones étnicas o culturales, se puede considerar como indicador el porcentaje de población indígena que no está cubierta en forma regular por un conjunto básico de servicios de salud.

A su vez, para medir el número de personas que no acceden a los servicios de salud por razones geográficas, se puede considerar el porcentaje de población rural que vive a más de una hora y población urbana que vive a más de 30 minutos de un centro de atención.

55 El gasto de bolsillo es un componente del gasto privado en salud y da cuenta del gasto que se realiza directamente para pagar un servicio o bien de salud, tal como una atención de salud, un copago o medicamentos. El gasto privado en cambio refleja todo el gasto en salud que no sea público e incluye, además del gasto de bolsillo, el gasto en cotizaciones, aportes o pago de primas.

56 Este resulta un buen indicador porque se ha encontrado en diversos estudios que un alto gasto público se relaciona con menores niveles de exclusión, independientemente de la eficiencia de dicho gasto.

Validación de los datos

La importancia relativa de cada indicador depende de la situación específica del país, región, estado o provincia. Con el fin de validar los datos y la fuente utilizada, es importante triangular los datos. La triangulación se realiza comparando los datos obtenidos de una fuente con datos de otras fuentes para la misma categoría. Se recomienda utilizar por lo menos dos o tres fuentes de distinto origen para la comparación (por ejemplo datos obtenidos en investigaciones realizadas por centros académicos, datos de Organizaciones no gubernamentales (ONG) y datos de investigaciones realizadas por organismos internacionales), especialmente si existen dudas respecto de la fidelidad de los datos.

POSIBLES PREGUNTAS ORIENTADORAS

. ¿Cuál es el porcentaje de la población excluida de los sistemas de protección de salud de acuerdo a la encuesta de hogar?

Déficit de infraestructura

. Cuáles son las brechas en la distribución territorial de la red de salud?

¿Cuál es la tasa de atención del parto por personal entrenado?

¿Cuál es la cobertura de vacunación por tipo de biológico y grupo de edad?

¿Cuál es la tasa de abandono entre la vacuna BCG y la vacuna con menor porcentaje de cobertura?

¿Cuál es el número de médicos y enfermeras por cada 1.000 o 100.000 habitantes?

¿Cuál es la cobertura de alcantarillado y agua potable?

Existencia de barreras

¿Qué porcentaje de la población vive a más de una hora del centro de atención más cercano? (población rural);

¿Qué porcentaje de la población vive a más de 30 minutos del centro de atención más cercano? (población urbana);

¿Qué porcentaje de la población vive con menos de US\$1/día (extrema pobreza);

¿Qué porcentaje de la población vive con menos de US\$2/día o que se encuentra por debajo de la línea de pobreza?;

¿Qué porcentaje de la población no está legalmente cubierta por un sistema de protección social?;

¿Cuál es la magnitud del gasto directo en salud como porcentaje del PIB?;

¿Cuál es la magnitud del gasto directo en salud como porcentaje del gasto total?;

¿Cuál es la magnitud del gasto público en salud como porcentaje del PIB?;

¿Cuál es la magnitud del gasto privado en salud como porcentaje del PIB?;

¿Qué porcentaje de la población es de origen indígena?;

¿Qué porcentaje de la población de origen indígena se encuentra bajo la línea de pobreza?;

¿Cómo es este porcentaje en relación con la población no indígena?;

¿Qué porcentaje de la población indígena no habla español?;

¿Qué porcentaje de la población indígena prefiere la medicina tradicional?;

¿Cuál es el porcentaje de trabajadores informales respecto de la masa total de trabajadores?

¿DÓNDE OBTENER LA INFORMACION?

En los Ministerios de Salud, Trabajo, Educación, Finanzas (Hacienda) y Economía de los países. Para aquellos países donde la calidad de los registros no es adecuada, se puede recurrir a publicaciones de OPS, la OMS, la CEPAL, el BID, el Banco Mundial, ONG y centros académicos.

¿CÓMO PRESENTAR LA INFORMACION?

En forma de gráficos.

En forma de tablas que reúnan los indicadores sugeridos disponibles para cada país y si es posible para cada región, estado o provincia.

Resumen de la situación de exclusión de acuerdo al cuadro.

Listado de la información que no fue posible obtener y la que presentó mayores dificultades para su obtención.

Listado de otros indicadores que se utilicen para medir exclusión en el país y que no se encuentren en el listado sugerido.

Descripción de estudios requeridos para complementar el análisis en caso de ser necesario.

Estrategias implementadas para reducir la exclusión

En América Latina y El Caribe no se han desarrollado estrategias destinadas al objetivo específico de reducir la exclusión en salud. Las políticas desplegadas durante los últimos veinte años en la mayoría de los países han estado más bien orientadas a contener costos y disminuir el gasto en salud, dadas las restricciones presupuestarias producto de las crisis económicas. Sin embargo, sí se han implementado medidas destinadas a mejorar la eficiencia y la productividad en la provisión de servicios, aumentar la participación local en la administración del sistema, reducir barreras financieras y culturales de acceso a las atenciones de salud y mejorar la cobertura de salud para los grupos vulnerables. De ese conjunto de políticas, aquellas orientadas específicamente a mejorar el acceso a las atenciones de salud o a aumentar la cobertura de los sistemas de protección de salud se relacionan directamente con la reducción de la exclusión. No obstante, las medidas restantes también pueden haber tenido efectos sobre la exclusión, aunque hayan sido implementadas con otros fines. Las estrategias implementadas se pueden clasificar como sigue:

Cuadro 43
Estrategias implementadas de acuerdo a su objetivo, tipo de bien que busca garantizar
y sector de impacto

ESTRATEGIA	TIPO DE BIEN		SECTOR AL QUE IMPACTA
	Público	Asegurable	
1) Destinadas a mejorar la oferta de servicios			
- Refuerzo de la atención primaria		X	PUBLICO
- Participación comunitaria en gestión/control de servicios		X	PUBLICO
- Iniciativas de control social		X	PUBLICO
- Descentralización		X	PUBLICO
- Autogestión hospitalaria		X	PUBLICO
- Medicamentos esenciales		X	PUBLICO
- Municipios saludables		X	PUBLICO
- Estándares de calidad de la atención		X	PUBLICO
- Estímulo a la oferta privada de servicios		X	PRIVADO
- Sistemas locales de salud		X	PUBLICO
- Colaboración público- privada en la provisión de servicios de salud		X	AMBOS
- Cambios en el modelo de atención		X	PUBLICO
- Instalación de redes de alcantarillado y agua potable	X		AMBOS
- Implementación/extensión programas de vacunación	X		AMBOS
- Programas de atención focalizados en grupos vulnerables		X	PUBLICO
- Prevención y control de enfermedades específicas	X		PUBLICO
- Campañas sanitarias	X		PUBLICO
- Expansión de la atención en zonas rurales		X	PUBLICO
- Participación de ONGs en la provisión		X	AMBOS
- Refuerzo de la red pública de servicios		X	PUBLICO
- Mejoramiento de la gestión de la provisión		X	PUBLICO
- Incentivos al desempeño		X	PUBLICO
- Orientación al usuario		X	PUBLICO
- Programas de alimentación complementaria	X		AMBOS
2) Orientadas a fortalecer la demanda			
- Paquetes básicos de salud		X	AMBOS
- Colaboración público-privada en financiamiento de servicios		X	AMBOS
- Seguro Público		X	PUBLICO
- Seguro Catastrófico		X	PUBLICO
- Gratuidad en la atención de pobres e indigentes		X	PUBLICO
- Extensión de la seguridad social a grupos no asegurados		X	PUBLICO

- Microseguros		X	PRIVADO
- Paquetes de prestaciones para grupos vulnerables a precios preferentes		X	PUBLICO
- Paquetes para reducción de listas de espera		X	AMBOS
- Subsidio a la demanda por prestadores		X	AMBOS
- Subsidio a la demanda por seguros		X	AMBOS
- Derechos de los pacientes		X	AMBOS
3) Orientadas a optimizar el marco regulatorio			
- Fortalecimiento rol rector Min. De Salud	X		AMBOS
- Separación de funciones	X		PUBLICO
- Explicitación de la función reguladora	X		AMBOS
- Creación de agencias para la fiscalización	X		PRIVADO
- Regulación subsector privado	X		PRIVADO

Fuente: “Elementos para el análisis comparado de la extensión de la cobertura social en salud en América Latina y El Caribe”. Documento preparado para la Reunión regional tripartita de ILO con la colaboración de PAHO. México, Nov.29-Dic.1, 1999.

Es importante tener en cuenta que las estrategias que deberían predominar en una política explícita antiexclusión, son:

Aquellas destinadas a expandir y mejorar la provisión de bienes públicos

Las estrategias destinadas a fortalecer la demanda por prestaciones

Las que se orientan a fortalecer el marco regulatorio con el fin de proporcionar a las personas herramientas para hacer valer sus derechos en salud (empowerment).

Por otra parte, el resultado de las estrategias implementadas puede variar de modo considerable acuerdo a condiciones específicas imperantes en cada país. Estas condiciones capaces de modificar el resultado de las estrategias implementadas se denominan condiciones del entorno y aparecen en el cuadro siguiente.

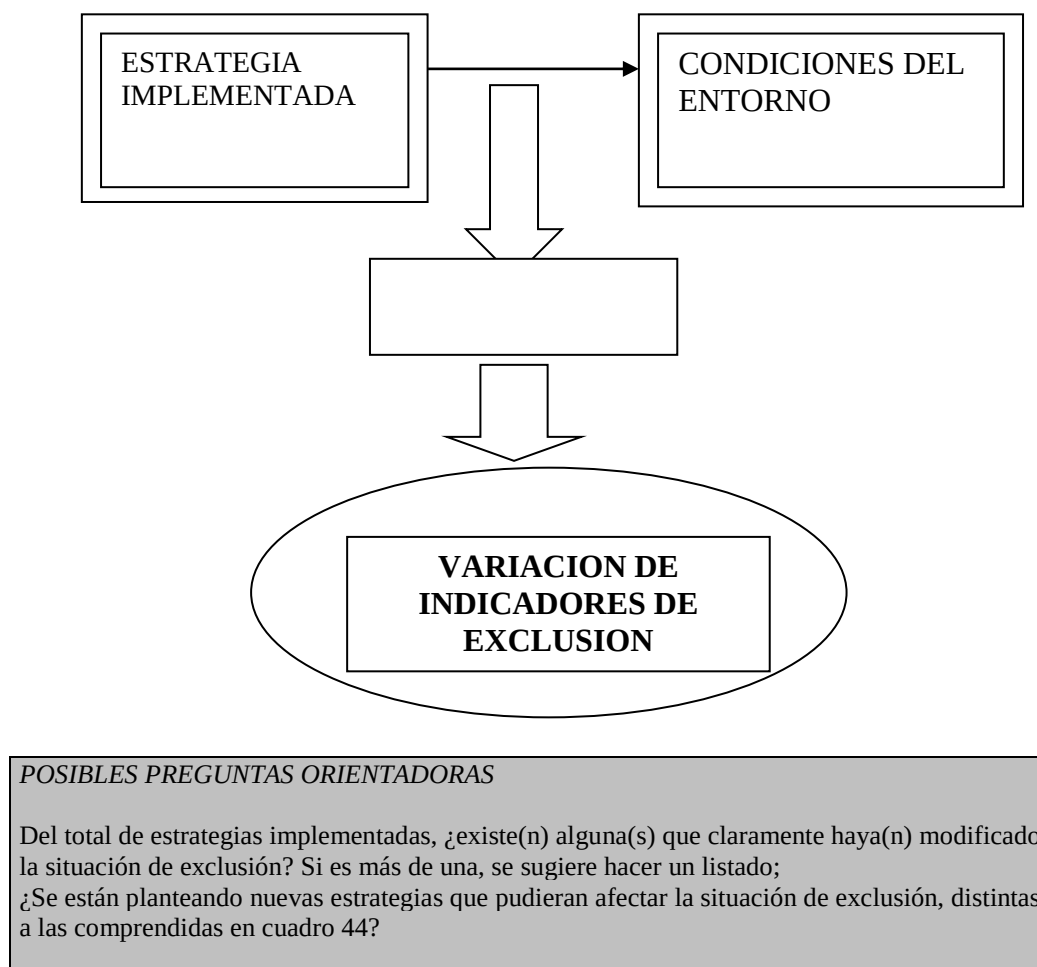
Cuadro 44

Matriz de análisis de las estrategias implementadas en los países de América Latina y el Caribe

Tipo de estrategia implementada	Condiciones del Entorno					
	Gasto en salud	Tipo de sistema	Nivel de Pobreza	% Población de origen indígena	Barreras geográficas	Contexto político y grupos de interés
Destinadas a mejorar la oferta de servicios						
Orientadas a fortalecer la demanda por servicios						
Orientadas a optimizar el marco regulatorio						

Se sugiere utilizar la siguiente pauta metodológica para realizar el análisis de las diversas estrategias:

Figura 1
Metodología de análisis para evaluar el resultado de las estrategias implementadas



¿DÓNDE OBTENER LA INFORMACION?

En los Ministerios de Salud de los países. En publicaciones de OPS, BID, OMS, Banco Mundial y la CEPAL.

¿CÓMO PRESENTAR LA INFORMACION?

En la forma de cuadros.

Cuadro resumen con identificación de los grupos de interés más importantes y en qué modo han modificado el resultado de las estrategias implementadas

Gráficos comparativos con la variación de indicadores debido a estrategias implementadas en un período de 5 a 10 años.

Cuadro sinóptico de las estrategias que han producido cambios en indicadores, mencionando los indicadores, su porcentaje de variación y el período de tiempo transcurrido

De acuerdo al cuadro siguiente:

Cuadro 45

Estrategia	Indicador	Resultado: Variación del indicador
		Aumento- Disminución – Sin variación*

*Expresado en la unidad de medición correspondiente al indicador (porcentajes, x1.000, otros)

Se sugiere analizar al menos las tres principales estrategias desarrolladas en los últimos 10 años de acuerdo a la figura 1 y con la información obtenida llenar el cuadro 45.

CAPÍTULO VII

**GASTO Y FINANCIAMIENTO DE LA ATENCIÓN DE LA
SALUD**

VII. GASTO Y FINANCIAMIENTO DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD

A. RESUMEN

Este capítulo tiene como propósito fundamental aportar evidencia útil, que permita describir y evaluar la situación actual, tendencias, aspectos críticos y retos del sector salud, en el tema de gasto y financiamiento de las atenciones a la salud. El mayor desafío de nuestro país en esta materia, no es distinto al de otros muchos países del mundo, es decir, garantizar el acceso equitativo a los servicios de salud de calidad, protegiendo en todo momento, la sostenibilidad financiera del sistema.

Uno de los principales obstáculos que enfrentó el estudio, es el poco desarrollo de los sistemas de información financiera y económica que presenta el sistema de salud costarricense. El ejemplo más claro de esta carencia, es la presencia de al menos cuatro metodologías distintas para estimar el gasto público en salud, sin considerarse ninguna de ellas como de carácter oficial. Por otro lado, la información relativa a la producción y gasto privado es escasa y de difícil acceso, y los datos en general no cuentan con la desagregación y clasificación necesaria para responder ciertas preguntas básicas sobre el gasto y financiamiento de la salud en el país.

En este contexto, uno de los principales esfuerzos de los miembros de la Comisión responsable de este capítulo, fue la estimación del gasto nacional en salud para dos propósitos diferentes. En primera instancia, una estimación agregada del gasto para un período relativamente extenso (1991-2001), que permitió efectuar consideraciones interesantes sobre ciertos indicadores básicos como: proporción respecto a la producción nacional, gasto por habitante en dólares, composición pública y privada, peso relativo en el gasto público social, entre otros más, y un análisis comparativo respecto a los resultados de otros países del mundo.

La segunda medición, se llevó a cabo por medio de la construcción de las matrices principales del Sistema de Cuentas Nacionales en Salud, según la propuesta metodológica de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE). Esta labor permitió ampliar el análisis tradicional, hacia uno concentrado en el origen y uso de los recursos, y la forma en que éstos transitan entre los principales actores sectoriales, clasificados en tres dimensiones: Fuentes de Financiamiento, Agentes de Financiamiento y Proveedores de Servicios.

Las conclusiones más relevantes del estudio señalan: i) el crecimiento sostenido del gasto por habitante en el período 1991-2001; ii) un gasto dominado por el componente público, pero con un crecimiento acelerado en la participación del gasto privado; iii) el logro de altos indicadores de salud, con un gasto por habitante muy por debajo del efectuado por otros países con indicadores similares; iv) el predominio del Seguro de Salud, como el principal agente de financiamiento y proveedor de atenciones a la salud en el país; v) un gasto privado concentrado en servicios ambulatorios y en medicamentos; vi) un esquema de financiamiento basado en las contribuciones de los grupos asalariados a la seguridad social, complementada por la compra directa o gasto de bolsillo de los usuarios; vii) un uso prácticamente nulo de los seguros privados como mecanismo de financiamiento; viii) el poco apoyo financiero del Estado en términos efectivos, debido al incumplimiento de sus obligaciones estipuladas por ley; ix) la adopción de un nuevo sistema de asignación de recursos en el Seguro de Salud, con la inclusión de los Compromisos de Gestión y las formas de pago por niveles que pretende premiar la productividad, pero aún sin resultados claros; y x) una sostenibilidad financiera del Seguro de Salud presionada por factores de diversa índole, entre los que destacan, el envejecimiento de la población y los cambios del perfil epidemiológico.

De igual manera, se establecieron un total de nuevos retos, a modo de una lista en proceso de construcción, los cuales están dirigidos en lo esencial, a fortalecer la sostenibilidad financiera del sistema público de salud, y al desarrollo de una regulación rigurosa de la actividad privada.

B. Introducción

El interés por el análisis del financiamiento y gasto en salud se ha convertido en un tema prioritario en muchos países del mundo, pues la tarea de garantizar el acceso equitativo a los servicios de salud de calidad, está condicionada indefectiblemente por las posibilidades financieras, actuales y futuras, con las que cuenta el sistema. En el caso particular de Costa Rica, el exitoso sistema de salud basado en un seguro de carácter público y de acceso universal, con un fuerte componente solidario en el financiamiento, ha empezado a dar señales de alerta sobre su sostenibilidad de largo plazo. Las fuentes de financiamiento no han evolucionado de manera paralela a la extensión de la cobertura en la prestación de los servicios, y las obligaciones asumidas por el Estado, sin omitir su falta habitual de cumplimiento, no parecen ser suficientes para sufragar los costos de la atención de una proporción significativa de la población.

Por otro lado, la insatisfacción con la calidad y oportunidad de los servicios públicos de salud, ha dado paso a una creciente participación de la producción y gasto privado en atenciones a la salud. Los individuos y las personas de ingresos altos, consumen una cantidad cada vez mayor de servicios producidos por proveedores privados, empleando la red de establecimientos públicos únicamente para episodios de hospitalización, tratamientos especializados y obtención de medicamentos costosos. El cuestionamiento de fondo, es que en el tanto estos contribuyentes, quienes son los que sostienen financieramente el seguro, no reciban una contraprestación acorde con sus aportaciones, las presiones por implementar mecanismos alternos de aseguramiento y prestación de servicios, será una cuestión de tiempo únicamente. Las discusiones recientes en torno a la libre elección médica, son una clara señal en este particular.

De igual manera, la tendencia hacia una generación de empleo mayoritariamente informal y la proliferación de nuevas formas de contratación laboral, el cuestionamiento de empresarios y productores sobre la distorsión que imponen las contribuciones salariales, la difícil situación fiscal que vive el país, y la presión creciente del sector privado por apropiarse de un monto mayor de recursos, son condicionantes externas que deben tenerse presentes al interpretar la evolución del gasto y financiamiento de la salud en los últimos años.

En este sentido, el presente capítulo tiene como propósito fundamental aportar evidencia útil, que permita establecer los elementos característicos de la situación actual, los aspectos críticos y los retos sectoriales, propios del financiamiento de las atenciones a la salud. Las propuestas finales están dirigidas en lo esencial, a fortalecer la sostenibilidad financiera del sistema público, y al desarrollo de una regulación rigurosa de la actividad privada.

Dentro de la lógica de trabajo seguida para cumplir con estos objetivos, una de las etapas iniciales implicó la revisión minuciosa del conjunto de estadísticas financieras y económicas que produce el sector salud de una manera regular. Los hallazgos fueron poco alentadores, pues entre otras cosas, se encontró: i) una multiplicidad de estimaciones relativas al gasto público en salud, las cuales responden a metodologías de cálculo sustentadas en criterios, categorías, límites del gasto e instituciones y organizaciones incluidas, que no coinciden entre ellas; ii) una escasez de información relativa al gasto y producción privada de atenciones a la salud, y enormes dificultades de acceso a ésta; y iii) un nivel de agregación de los datos que no permite responder de manera consistente preguntas básicas, tales como, ¿cuáles son las fuentes de financiamiento más importantes?, ¿qué tipos de bienes y servicios son producidos?, ¿cuáles son los principales proveedores del sistema?.

Considerando el panorama antes descrito, y los requerimientos del Análisis del Sector Salud, se tomó la decisión de llevar a cabo el estudio, empleando dos estimaciones del gasto nacional en salud. Por un lado, una estimación agregada del gasto para un período relativamente extenso (1991-2001), incluyendo en el componente público los egresos incurridos por el Ministerio de Salud y otras dependencias públicas menores (IAFA, INCIENSA, CENADRO), el Seguro de Salud de la CCSS, los seguros de Riesgos de Trabajo y Accidentes de Tránsito del INS, el Instituto de Acueductos y Alcantarillados (ICAA) y la Universidad de Costa Rica. El gasto privado deriva de la combinación de dos estudios puntuales, Kleysen (1992) y Picado y Sáenz (2000), los cuales utilizaron procedimientos similares para estimar esta variables para el año 1986 y 1998, respectivamente.

Por otro lado, un cálculo del gasto nacional en salud únicamente para el año 2001, aplicando los principios generales del Sistema de Cuentas Nacionales en Salud, propuesto por la Organización de Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE). La construcción de las matrices centrales de este sistema, permitió sugerir valiosas respuestas en cuanto al origen, administración y usos de los flujos financieros dedicado a la atención de

la salud. Este es un interesante avance, en la importante tarea, de mejorar la información disponible del gasto y financiamiento de la salud, y el desarrollo de insumos valiosos para la toma de decisiones⁵⁷.

El capítulo está dividido en ocho secciones, incluyendo la presente introducción. La sección dos describe el sistema de salud costarricense, con especial énfasis en los principales actores que participan en el proceso de gasto y financiamiento de la salud, y las relaciones que los vinculan. La sección tres incluye algunas observaciones relativas a la evolución del gasto nacional en salud, público y privado, desde principios de los noventa.

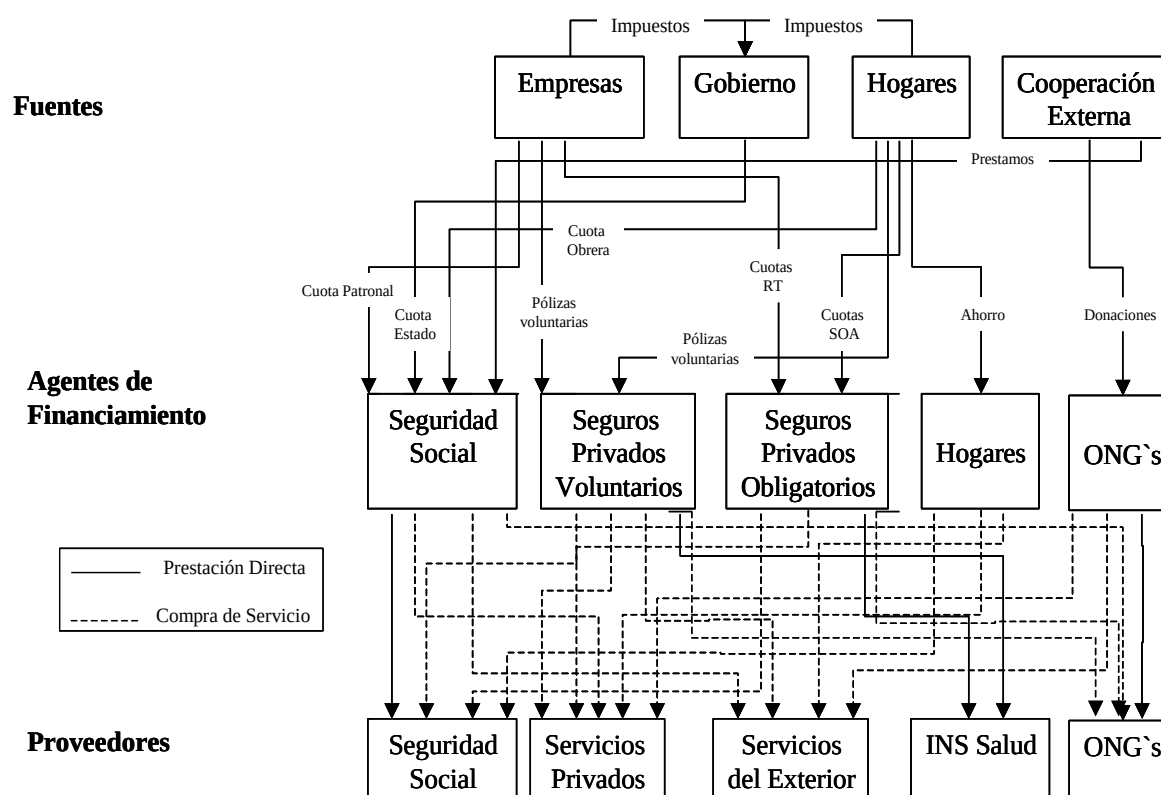
Los resultados de la aplicación de las matrices centrales que componen el Sistema de Cuentas Nacionales en Salud, tiene un examen detallado en la sección cuatro. La siguiente sección incorpora un análisis del Seguro de Salud, enfocado a los ingresos, gastos y la sostenibilidad financiera del régimen. Las últimas tres secciones se dedican a las conclusiones, retos y oportunidades del sector salud en materia de financiamiento y gasto de las atenciones a la salud.

C. Descripción de los flujos financieros del sector salud

En el capítulo de Análisis Organizacional, se ha expuesto una interesante y amplia reseña sobre la estructura organizacional del sistema de salud costarricense. El énfasis estuvo concentrado en la descripción de las funciones y atribuciones de las principales instituciones y actores que participan directamente en las actividades características del sector, identificando sus respectivos ámbitos de acción y las relaciones de poder que los vinculan.

⁵⁷ Una descripción más detalla de los aspectos metodológicos propios de ambas estimaciones, se encuentra en el Anexo 1 de este capítulo. En la cuarta sección también se hacen algunas precisiones conceptuales respecto a la construcción de las matrices del SCNS.

Diagrama 1
Flujos Financieros del Sistema de Salud Costarricense



No obstante, el análisis del financiamiento de la salud en el país, demanda otras referencias más específicas. Es necesario una descripción de los agentes, instituciones y organizaciones que intervienen en el sistema de salud nacional, pero considerando el rol que desempeñan como fuentes de financiamiento, agentes o fondos de financiamiento y proveedores de servicios de salud. Las líneas que los unen, sugieren la forma en que los recursos financieros transitan entre los distintos participantes y los mecanismos que se emplean para tales efectos. El Diagrama 1, es un intento por capturar de una manera simplificada la realidad del sistema costarricense.

Una de las conclusiones básicas que se derivan de este diagrama, es que los recursos financieros dedicados al financiamiento de la salud se movilizan a través de una estructura relativamente simple, pues los canales de transmisión son directos de un nivel a otro. Esta característica responde en buena parte al predominio de un seguro social de carácter público, universal y de contribución obligatoria para una proporción significativa de la fuerza de trabajo del país, que ejecuta funciones de asegurador, financiador y prestador de los servicios de salud.

En las fuentes de financiamiento destacan los hogares, sus aportaciones tienen varias motivaciones: i) en su condición de trabajadores, ellos contribuyen al Seguro de Salud con cuotas sobre sus salarios o ingresos; ii) como propietarios de vehículos automotores deben contribuir, sin excepción, con el Seguro Obligatorio de Automóviles (SOA); iii) adquieren por medio del pago de una prima, seguros comerciales de gastos médicos, tanto del Instituto Nacional de Seguros como de asegurados privadas internacionales, y iv) guardan recursos en forma de ahorro para sufragar pagos directos de servicios de salud.

Las Empresas en su calidad de patronos están obligados a contribuir con el Seguro de Salud y el Seguro de Riesgos del Trabajo. Por otro lado, un grupo relativamente pequeño de empresas financia parcialmente la

atención privada a la salud de sus empleados, en el marco de un programa que se denomina “Sistema Médico de Empresa”, el cual es un convenio donde el empleador sufraga los gastos relacionados con la prestación de la consulta médica en sus propias instalaciones, en tanto, la Caja Costarricense de Seguro Social tiene el compromiso de suministrar los servicios de apoyo y medicamentos que requiera el trabajador⁵⁸.

El Gobierno cumpliendo una de las funciones asignadas por el Estado, tiene la obligación de cubrir el financiamiento de la atención de las personas en estado de pobreza, marginados o en riesgo social. De igual manera, el Gobierno en su rol de patrono contribuye a la seguridad social a través de las cuotas calculadas sobre los salarios de sus empleados. En este particular, también debe dotar de recursos al Ministerio de Salud para que ejerza la rectoría y conducción del sector salud costarricense. El Gobierno no cuenta con impuestos específicos para sufragar estas erogaciones, excepto por algunos tributos de menor cuantía, circunstancia que define los impuestos generales como su principal fuente de financiamiento

La Cooperación Externa, considerada en el aspecto financiero, ingresa al país mayoritariamente como préstamos al Seguro de Salud, con la finalidad de llevar a cabo programas específicos de inversión en infraestructura física, adquisición de equipo médico o para apoyar el proceso de reforma sectorial. No obstante, algunas Organizaciones No Gubernamentales realizan actividades directamente en el país, gracias a donaciones de países e institucionales extranjeras.

En el nivel de agentes o fondos de financiamiento destacan fundamentalmente tres. La Caja Costarricense de Seguro Social como responsable de gestionar el Seguro de Salud, es quien administra la mayor proporción de los recursos del sistema de salud. El Instituto Nacional de Seguros, con el Seguro de Riesgos del Trabajo, el Seguro Obligatorio de Automóviles y las líneas de seguros comerciales de gastos privados, es otro de los fondos importantes. Por último, los Hogares tienen un doble rol como fuentes y agentes de financiamiento, pues ellos realizan pagos directos a los proveedores de atención a la salud en un monto nada despreciable.

En el apartado relativo a los proveedores de atención a la salud, la gama de participantes es bastante más diversa, aunque ciertamente, la red de centros públicos prestadores de servicios de salud que mantiene el Seguro de Salud es por mucho la más importante. No obstante, en los últimos años los oferentes privados han exhibido una expansión constante, con especial intensidad en clínicas de baja o media complejidad, y laboratorios clínicos. La infraestructura hospitalaria privada es relativamente pequeña, aunque algunas intervenciones que requieren estancias cortas, como la atención de partos y ciertas cirugías menores, su producción está aumentando en este sector.

Hasta hace pocos años, la compra de servicios privados por parte de la Caja era un concepto marginal. Sin embargo, con la puesta en marcha de las clínicas administradas por las Cooperativas de Autogestión a principios de los noventa, y más recientemente, la contratación a proveedores privados de ciertos diagnósticos y tratamientos de alta tecnología, así como, algunos procedimientos quirúrgicos ambulatorios, el vínculo se ha intensificado.

El Instituto Nacional de Seguros también cuenta con una unidad especializada dedicada a satisfacer las necesidades de atención a la salud de sus seguros obligatorios. Este dispositivo se conoce como el INS-Salud, el cual es un híbrido, entre un prestador directo y un comprador de servicios. En su función como proveedor, posee un centro hospitalario y un conjunto de dispensarios distribuidos a lo largo del país, que atienden con personal y recursos propios parte de la demanda de servicios. Por otro lado, como comprador de servicios, establece los mecanismos y regulaciones necesarias para satisfacer la demanda de sus asegurados vía la contratación de proveedores privados. De igual manera, la normativa legal vigente indica que las urgencias en caso de accidentes de tránsito y accidentes laborales, deben ser atendidas en los centros médicos propiedad de la Caja, con el traslado posterior del costo del servicio al INS.

Por último, los agentes de financiamiento de la seguridad social y los seguros privados transfieren una cantidad pequeña de recursos a proveedores de servicios médicos del exterior, contratando para sus asegurados

⁵⁸ Las Empresas no solo financian gastos de atención a la salud de sus empleados por medio del citado programa. Es conocido que algunas de ellas, cuentan con servicios médicos contratados en su totalidad al sector privado, así como, que cancelan las primas cobradas en las líneas de seguros comer gastos médicos del INS a nombre de sus trabajadores.

determinados procedimientos quirúrgicos que no se practican en el país. En el caso de los Hogares, el gasto es incurrido de manera directa, condición que no permite tener información confiable sobre las características de este tipo de gasto.

D. Gasto Nacional en Salud

En el año 2001, el gasto nacional en salud ascendió a 405,702 millones de colones (US \$1,275 millones), cifra que representa un 7.4% del Producto Interno Bruto. En términos constantes, el gasto muestra un crecimiento acumulado en el período 1991-2001 de un 78.1%, equivalente a un 5.9% de crecimiento anual promedio; con la única excepción de 1996, el monto de gasto total aumentó en todo los años del período de referencia. En cuanto a los componentes público y privado del gasto, se manifiesta una dinámica mayor en este último, con una tasa de expansión promedio de 8.3%, en contraposición al 5.1% exhibido por el sector público (Anexo II).

La consecuencia lógica de esta discrepancia en la pauta de crecimiento, es una ganancia de peso relativo del gasto privado en el gasto total en salud. Esta tendencia, es un fenómeno evidenciado con anterioridad en las pocas investigaciones que sobre el tema del gasto privado se han llevado a cabo en el país⁵⁹ y confirmado por un aumento significativo en el número y complejidad de los proveedores privados de atención a la salud. Ciertamente, esta manifestación es una señal de los fallos del sistema público, pues una parte importante de los usuarios declaran como motivo del uso de los servicios privados problemas de acceso, atención poco oportuna y de menor calidad en la red de servicios públicos. No obstante, también se encuentra presente un grupo de usuarios de altos ingresos, que toman su decisión basados en un sentimiento de exclusividad.

Uno de los más importantes indicadores asociados al gasto en salud, expuesto en el Cuadro 1, el gasto per cápita, aumentó durante toda la década de los noventas, con la única excepción de 1996. Es importante señalar, que este aumento en parte corresponde a una recuperación de los niveles de gasto anteriores a la crisis económica de principios de los ochenta. De acuerdo con datos de la Organización Panamericana de la Salud, cifras que en términos absolutos no coinciden con la serie estimada para los efectos de este capítulo pero son útiles como referencias, el gasto en salud del país en 1980 ascendía a U \$202 por habitante. En los dos años siguientes, la citada crisis económica, provocó una brusca caída de este indicador, hasta alcanzar los U \$89 por habitante en 1983.

En síntesis, el incremento del gasto por habitante en dólares hasta 1993 es la culminación de un proceso de rescate de los niveles perdidos una década antes. Este objetivo fue posible cumplirlo, gracias a la reactivación y crecimiento de la economía doméstica, en el contexto de un nuevo modelo de desarrollo sustentado en las exportaciones no tradicionales a terceros mercados. Por lo tanto, es en la segunda mitad de los noventa donde realmente se puede interpretar la ocurrencia de un incremento neto en el gasto nacional en salud.

El estancamiento del indicador en el año 1996, es una señal inequívoca de la fuerte relación que existe en el desempeño de la actividad económica y las posibilidades financieras que tienen las instituciones públicas y los hogares para ampliar su gasto en atención a la salud. Precisamente, en ese año, y en relación con el período 1991-2001, se dio el menor incremento de la producción nacional (0.9%) y la mayor tasa de desempleo abierto (6.2%).

Cuadro 1
Costa Rica: Principales indicadores del gasto en salud
1991-2001

⁵⁹ De acuerdo con Kleysen (1992), el mix público-privado del gasto en 1986 era de 80-20. En el informe de la OPS “La salud de las Américas” se reporta un 74-26 para 1995. Por último, las dos más recientes, Picado y Sáenz (2000) y Durán y Herrero (2001) coinciden en un 70-30 que corresponde a 1998.

Año	Per cápita (US\$)	% PIB	Composición (%)		% Gasto público social
			Público	Privado	
1991	156.7	6.9	76.8	23.2	32.3
1992	171.6	6.5	75.3	24.7	30.0
1993	194.5	6.7	76.2	23.8	29.4
1994	218.8	7.1	76.0	24.0	29.2
1995	238.5	7.1	74.8	25.2	30.1
1996	238.1	7.2	75.1	24.9	28.9
1997	250.0	7.2	73.5	26.5	27.3
1998	256.1	6.8	73.7	26.3	28.3
1999	269.9	6.6	72.7	27.3	29.7
2000	286.7	7.1	71.8	28.2	29.0
2001	295.6	7.4	71.0	29.0	28.5

Fuente: Elaboración con base en información del Banco Central , Ministerio de Salud, CCSS, INS y ICAA

La proporción del gasto en salud respecto al PIB, ha sido empleada como una medida del valor o la prioridad que una sociedad asigna a la atención de la salud de sus miembros. No obstante, la evidencia empírica sobre el tema, demuestra que el resultado final en términos de mejoras en el estado de la salud de las poblaciones, dependen más de la calidad de gasto (eficiencia, equidad y efectividad) que de su nivel, así como, de la forma en que actúan los otros macro-determinantes de la salud. En última instancia, pese a la dificultad intrínseca de asignar pesos específicos a cada uno de los elementos antes señalados, es justo indicar que un gasto en salud en el rango del 6%-7% del PIB como el costarricense, asociado con los altos resultados registrados, por ejemplo, en la esperanza de vida al nacer y la mortalidad infantil, es un gasto que debe considerarse relativamente bajo.

Herrero y Picado (2002), determinan con datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (WHO, 2001), que Costa Rica tiene el gasto en salud por habitante más bajo del conjunto de países que tienen una Esperanza de Vida al Nacer mayor o igual que la de nuestro país. Más concretamente, el gasto por habitante de Costa Rica en 1998, estimado por la OMS en US \$245 (US \$256 en el Cuadro 1), fue inferior al presentado por los diez países con una esperanza de vida inmediatamente superior (US \$2,062 en promedio) y al correspondiente a los diez países con una esperanza de vida inmediatamente inferior (US \$499 en promedio) a la nuestra.

En el contexto de los países latinoamericanos, el gasto en salud en Costa Rica, tanto en términos per cápita como en relación con el PIB, puede catalogarse como relativamente bajo. Molina et.al. (2000) reportan un promedio regional de US\$ 397 y 7.7%, respectivamente. De igual manera, este autor señala como uno de los rasgos sobresalientes del gasto en salud en América Latina una gran heterogeneidad en sus principales indicadores.

El Cuadro 2 expone de manera comparativa, los indicadores de Costa Rica con el promedio regional y con aquellos países que representan las situaciones opuestas en cada uno de los tres indicadores. Así por ejemplo, el gasto per cápita más bajo de toda la Región corresponde a los US \$ 24 de Haití, que únicamente equivalen a un 2% del valor más alto que presenta las Islas Caimán. Por otro lado, Nicaragua destina un 13.3% del total de su producción para financiar gasto en salud, en contraposición al 2.4% de Granada.

Cuadro 2
Análisis comparativo con otros países de la Región, 1998

País	Per cápita	% PIB	% Privado
Promedio Regional	392	7.7	58
Costa Rica	225	6.0	30
Haití	24	5.6	62
Islas Caimán	1,217	4.3	44
Nicaragua	58	13.3	32
Granada	154	2.4	42
Guyana	33	3.9	24
República Dominicana	133	8.0	75

Fuente: Elaborado a partir de información de Molina et al (20001)

E. Gasto público en salud

Este es el componente más importante del gasto nacional en salud. No parece que exista ninguna duda o cuestionamiento sobre el impacto positivo que este predominio haya tenido sobre los grandes logros alcanzados por el país en materia de salud. Aunque no debe entenderse como una consecuencia directa, el análisis comparativo de datos internacionales, muestra que de los veintinueve países que tienen una Esperanza de Vida al Nacer superior a Costa Rica en el año 1998, diecinueve de ellos, tienen un gasto público dominante dentro del gasto total en salud (Herrero y Picado, 2002).

Los recursos de carácter público destinados a la atención de la salud provienen mayoritariamente de las contribuciones aportadas al seguro social y no de impuestos generales o específicos recaudados por el Gobierno. Esta condición, permitió que el gasto público en salud, creciera casi sin interrupción durante el período 1991-2001, pese a las recurrentes y crecientes dificultades financieras enfrentadas por el fisco en los últimos años. En el año 2001, el gasto público en salud arribó a un total de 288,238 millones de colones (US\$877 millones), es decir, un 5.4% del PIB. La tasa de crecimiento anual promedio fue de un 5.1%, y su comportamiento ha sido bastante consistente, aún después de iniciada la ejecución de la reforma sectorial, en la segunda mitad de la década anterior.

Un análisis del gasto por institución, establece la lógica concentración de éste en el Seguro de Salud administrado por Caja Costarricense de Seguro Social, que en promedio representó en los años de estudio, un 76.5% del total de egresos públicos en salud. Por otro lado, se manifiesta una pérdida de importancia relativa del Ministerio de Salud, explicada por la transferencia de las actividades de atención primaria, y la consecuente y significativa reducción del número de sus trabajadores.

Cuadro 3
Distribución relativa del Gasto Público en Salud, 1991-2001

-millones de colones de 1991-

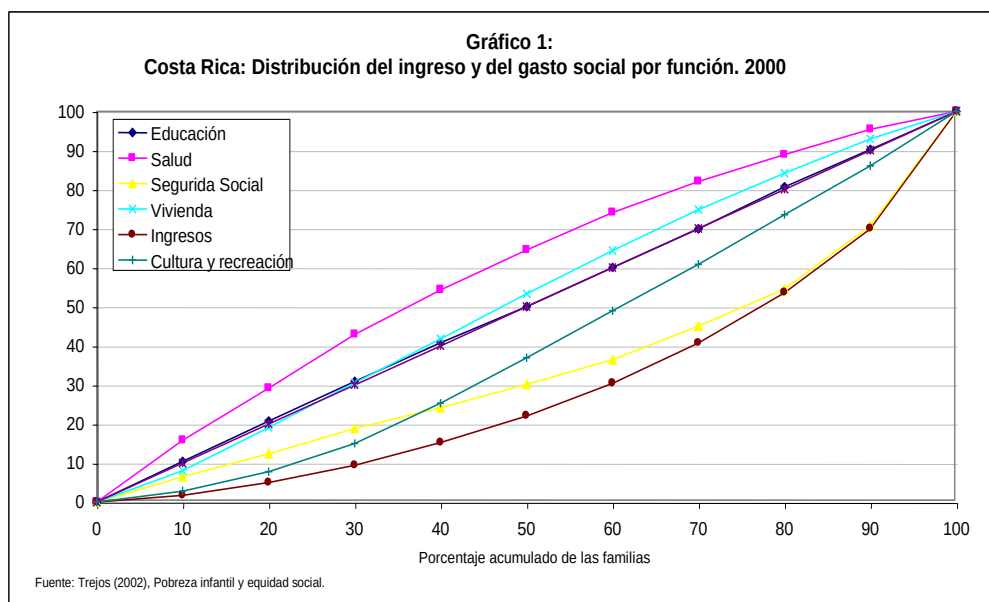
Año	MINSA	CCSS	AYA	INS	UCR	TOTAL
1991	9.8	74.5	8.2	6.2	1.3	100.0
1992	9.1	74.0	9.3	6.2	1.4	100.0
1993	8.0	74.3	9.3	7.1	1.3	100.0
1994	8.1	75.9	8.8	6.1	1.1	100.0
1995	8.5	74.9	8.6	7.0	1.0	100.0
1996	7.9	74.0	10.1	6.7	1.3	100.0
1997	7.6	73.3	11.7	6.0	1.3	100.0
1998	6.6	77.1	10.8	4.1	1.4	100.0
1999	6.0	80.7	9.2	2.8	1.2	100.0
2000	5.5	80.2	9.5	3.6	1.2	100.0
2001	5.1	82.1	7.8	3.9	1.1	100.0

Fuente: Elaboración con base en información del Banco Central , Ministerio de Salud, CCSS, INS y ICAA

El gasto de la Universidad de Costa Rica muestra una extraordinaria estabilidad, con una participación relativa que oscila alrededor de un 1%. El Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (ICAA), tuvo un fuerte incremento en su gasto en el trienio 1996-1998, debido a que asumió la administración de algunos acueductos que anteriormente eran gestionados por asociaciones locales o municipalidades; no obstante, en los años siguientes los gastos descendieron y su participación retornó al inicial 8% del total. El Instituto Nacional de Seguros, desciende de un 6.2% en 1991 a un 3.9% en el 2001, con una evolución marcada por las fuertes fluctuaciones.

En relación con el gasto público social (Cuadro 1), el gasto en salud pierde peso relativo, a causa del crecimiento acelerado que exhibieron los pagos por pensiones de regímenes contributivos con cargo al Presupuesto Nacional, particularmente en el último quinquenio de los noventa. Una de las preguntas más relevantes respecto al gasto público en salud, es la forma en que se distribuye entre los distintos grupos poblacionales, con especial énfasis en los estratos de ingresos. En un estudio elaborado para el Proyecto Estado de la Nación, Trejos (2002) efectúa una estimación de la equidad de la inversión social para el año 2000. Una de sus principales conclusiones es que el gasto público en salud es el componente del gasto social más equitativo de todos, en el sentido que las familias más pobres reciben recursos en una proporción mayor a su peso poblacional. Dado que este gasto se distribuye más equitativamente que los ingresos, se afirma que es progresivo, pues ayuda a reducir la desigualdad de los ingresos⁶⁰.

60 El estudio de Trejos también concluye que: i) el gasto en salud muestra un sesgo hacia la atención curativa, que absorbe casi el 78% de los recursos del sector, ii) manifiesta una baja inversión con solo el 5% del gasto asignado a gastos de capital y un poco más de la mitad a salarios, y iii) lo destinado a atención primaria es limitado, con solo el 17% del gasto del sector.



F. Gasto privado en salud

Dado el predominio de un sub-sector de seguridad social, que agrupa las actividades de administración, financiación y provisión de los servicios de salud de un seguro de carácter universal, el subsector privado siempre ha tenido un papel minoritario como complemento de la provisión pública. Hasta hace pocos años, la etiqueta marginal, pequeño o poco desarrollado era común al referirse al sector privado como proveedor de atenciones a la salud.

No obstante, en los últimos años la producción de servicios de salud en la esfera privada ha crecido de una manera significativa. El financiamiento de esta producción está a cargo fundamentalmente de los hogares, no obstante, el Seguro de Salud ha transferido una cantidad creciente de recursos para la contratación de servicios integrales de salud o bien diagnósticos y tratamientos que requieren personal especializado y equipos de alta tecnología. El Instituto Nacional de Seguros, como gestor del Seguro Riesgos del Trabajo, Seguro Obligatorio de Automóviles y las líneas comerciales de gastos médicos, compran mayoritariamente servicios privados para satisfacer las demandas de sus asegurados. Las empresas o patronos aportan también recursos en este financiamiento; aunque las formas en que llevan a cabo este proceso son diversas, es posible identificar como la principal los gastos en que incurrir en el Sistema Médico de Empresa⁶¹.

En Costa Rica, la literatura sobre el papel y dimensión del sector privado en el financiamiento, administración y provisión de atenciones a la salud, ha sido hasta el momento relativamente escasa. No obstante, el interés por investigar y documentar su realidad está creciendo, en la misma medida que su participación aumenta. Así por ejemplo, de acuerdo con la Encuesta de Hogares y Propósitos Múltiples del 2001, casi un 18% del total de consultas externas brindadas por los centros de atención del país, fueron producidas por centros privados. El gasto privado en consultas odontológicas es muy superior al correspondiente al sector público, y el gasto en medicamentos de las familias mantiene una relación 2 a 1 con su contraparte pública. La enseñanza y formación de profesionales en ciencias de la salud en universidades privadas ha crecido aceleradamente en la última década, en contraposición a un virtual estancamiento de las universidades públicas.

⁶¹ Este es un convenio entre la CCSS y la empresa en su calidad de patrono. El último adquiere la responsabilidad de contratar el personal médico y facilitar las instalaciones físicas para brindar consulta médica a sus trabajadores, en tanto, la primera tiene la obligación de proveer los servicios de apoyo y entregar los medicamentos correspondientes.

Debido a las enormes limitaciones en cuanto a disponibilidad y acceso de información relativa a la producción y gasto privado en atenciones a la salud, los pocos estudios sobre el tema han tenido que apoyarse en un sinnúmero de fuentes de información, con características y niveles de confianza muy diversos, y una metodología de estimación de los flujos financieros que no es posible replicar de manera anual. No obstante, contrario a este panorama un poco oscuro, algunas instituciones y grupos de estudio han empezado a recolectar información del sector privado de una manera sistemática y periódica. Por ejemplo, la Unidad de Habilitación del Ministerio de Salud a través de sus dependencias regionales, efectuaron durante el primer semestre del año 2002, un inventario detallado de todos los establecimientos de salud privados que operan en el país. De igual manera, el Departamento de Contabilidad Social del Banco Central de Costa Rica, unidad responsable de administrar el Sistema de Cuentas Nacionales, inició recientemente la aplicación de encuestas trimestrales a una muestra estratificada de proveedores de servicios y bienes privados de salud, con el propósito de contar con una estimación de la producción de estas unidades⁶².

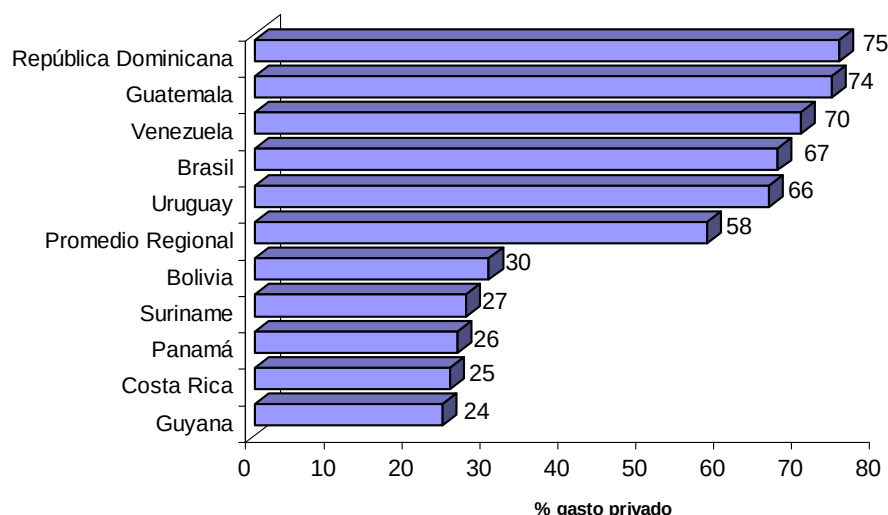
Considerando todos estos antecedentes, es indispensable precisar el origen de la serie del gasto privado empleada en el presente capítulo. En primera instancia, los datos del período 1991-2000 corresponden a una estimación lineal, efectuada con base en los montos determinados para el año 1986 y 1998 por dos estudios independientes⁶³. El valor consignado para el año 2001, corresponde a un cálculo que combina básicamente información en poder del Banco Central de Costa Rica, con datos sobre la utilización de servicios privados de la Encuesta de Hogares y Propósitos Múltiples del 2001; así mismo, se usan estándares de producción del Seguro de Salud y algunas cifras de las líneas de gastos médicos del Instituto Nacional de Seguros. El grado de detalle es alto, pues la estimación se da bajo los principios del Sistema de Cuentas Nacionales en Salud.

Las cifras globales del 2001, indican que el gasto privado en salud fue de 117,238 millones de colones (US \$ 357 millones), cifra que representa un 2.0% del PIB. De esta manera, la tasa de crecimiento anual promedio del gasto real fue de un 8.3% en el período 1991-2001, circunstancia que le permitió duplicar su monto inicial. Si bien es cierto, el peso relativo del gasto privado ha crecido en la última década, Costa Rica continúa en la lista de los cinco países de América Latina con una menor participación del gasto privado, muy por debajo del promedio regional ubicado en 58% y una situación completamente contraria al 75% de República Dominicana, el país con más porcentaje de gasto privado en 1998.

⁶² Estos progresos aún son incipientes y no cuentan con una coordinación apropiada. En un futuro cercano, es necesario evaluar seriamente la posibilidad de establecer alianzas estratégicas entre las instituciones que forman parte del sector salud, el Banco Central y centros de investigación universitarios, como un mecanismo útil para mejorar el conocimiento y la producción de información apropiada para el diseño de políticas que consideren el impacto real que tiene en la actualidad el sector privado en el sistema de salud costarricense.

⁶³ Kleysen (1992) y Picado y Sáenz (2000).

Gráfico 2
América Latina: Gasto privado en salud para los cinco
países con mayor y menor porcentaje, 1998



Fuente: Molina et al (2000)

G. Resultados del SCNS

Después de tomada la decisión de hacer una estimación del gasto en atenciones a la salud conforme a los principios metodológicos propuestos por el Sistema de Cuentas en Salud (SCNS), la Comisión de Gasto y Financiamiento se abocó, con base en el manual desarrollado por la Organización de Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE), la experiencia reciente de otros países y las posibilidades de información con las que cuenta el país en la actualidad, a definir los conceptos, clasificaciones, instituciones y organizaciones a incluir, y el año o período de cálculo.

Uno de los primeros acuerdos, fue efectuar el cálculo de únicamente tres de las matrices que componen el SCNS. Estás son: i) matriz de función de atenciones de salud y Proveedores; ii) matriz de función de atenciones de salud y Agentes de Financiamiento; y iii) matriz de Proveedores y Agentes de Financiamiento. Además se desarrolló una matriz con las nociones básicas (impuestos generales, impuestos específicos, contribuciones a la seguridad social, etc.) que adoptan los flujos financieros trasladados desde las fuentes de financiamiento institucionales (Gobierno, Hogares y Empresas) a los agentes de financiamiento.

La clasificación de las funciones de atención a la salud tuvo que ajustarse, pues el registro de los servicios de salud brindados en Costa Rica, no permite identificar si su objetivo es curativo, de rehabilitación o promoción y prevención, tal como lo propone el manual de la OCDE. La solución fue la apertura de categorías de acuerdo a nivel donde se presta el servicio, en dos grandes grupos: Servicios Ambulatorios y Servicios de Hospitalización.

Los servicios ambulatorios incluyen la Atención Integral a la Salud brindada por las Áreas de Salud, un concepto que engloba desde actividades de promoción y prevención, curación y rehabilitación de la salud, hasta acciones de educación comunitaria o familiar, con la participación de un grupo de profesionales compuestos por médicos, enfermeras, nutricionistas, psicólogos, trabajadores sociales y otros más. El registro presupuestario de las Áreas de Salud, no permite desagregar el gasto según sus principales actividades, una situación que sólo puede resolverse con un estudio especializado de costos.

En cuanto a las instituciones y organizaciones incorporadas en la estimación, destaca un grupo denominado como “Gobierno”, el cual incluye el Ministerio de Salud, la Universidad de Costa Rica y otras instituciones menores tales como: Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), Instituto Costarricense de Investigación en Salud (INCIENSA), Centro Nacional contra las Drogas (CENADRO), y el

Instituto Costarricense contra el Cáncer (ICCC). La Caja Costarricense de Seguro Social, en lo correspondiente a gastos del Seguro de Salud. El Instituto Nacional de Seguros en su doble rol, como gestor de los Riesgos del Trabajo y Accidentes de Automóviles y las líneas comerciales de gastos médicos. Por último, los proveedores privados se desglosaron en hospitales, cooperativas de salud, clínicas, consultorios, farmacias y laboratorios clínicos.

De las diferencias básicas del cálculo del gasto nacional en salud bajo el SCNS, respecto a los métodos convencionales, es la exclusión del ICAA, pues la producción de agua no debe interpretarse como una acción que directamente pretenda aliviar o mejorar la salud de la población. Por otro lado, erogaciones de gran importancia para el funcionamiento del sistema de salud, pero que no cumplen con la definición adoptada de gasto directo en salud, son clasificadas bajo el título de “Funciones Relacionadas con la Salud”, incluyendo en ésta la formación de capital de instituciones proveedoras de salud, educación y capacitación del personal en salud, control de alimentos, y salud ambiental, en otros.

La escogencia del año de cálculo, respondió a un criterio de conveniencia, particularmente respecto a la información disponible del sector privado. La presencia de un módulo especial en la Encuesta de Hogares sobre utilización de servicios de salud, y la aplicación de la encuesta de actividad económica a los proveedores privados de atenciones a la salud, convirtieron el 2001, como el año más apropiado para la llevar a cabo el cálculo del gasto en salud. Ciertamente, el interés por las cuestiones metodológicas no es central para los efectos del Análisis del Sector Salud, no obstante, el lector interesado puede consultar el Anexo III que se encuentra la final del capítulo y que cuenta con una descripción más detallada sobre la metodología empleada.

En cuanto a los resultados obtenidos, es preciso indicar que son completamente consistentes con los determinados en investigaciones anteriores. El gasto total en salud representa un 7.6% del PIB, con un predominio del financiamiento y provisión público. Considerando únicamente el gasto corriente, una medida más comparable con las estimaciones tradicionales del gasto, la proporción respecto al PIB desciende a 6.8%. Por lo tanto, los gastos en funciones relacionadas con la salud ascienden al restante 0.8%, categoría dominada por los pagos efectuados a los asegurados por la pérdida temporal de su salud, en la forma de subsidios salariales.

H. Fuentes de financiamiento del gasto en salud

El esquema de financiamiento del gasto en salud en Costa Rica es relativamente simple, pues descansa en las contribuciones a la Seguridad Social y los pagos directos de los Hogares. El rubro de contribuciones al Seguro de Salud significa un 59.7% del financiamiento del gasto en salud, en tanto, las recibidas por el INS arriban a un 4.8%. Los Hogares tienen un gasto de bolsillo de 25.4% más los pagos que efectúan por la adquisición de seguros privados de salud.

Los pagos directos de los usuarios no son despreciables, considerando la obligatoriedad de los trabajadores activos de contribuir con el Seguro de Salud. Por otro lado, uno de cada dos colones que financian las atenciones a la salud provienen de los Hogares, tanto como pagos directos como aportaciones a la Seguridad Social.

Cuadro 4.
Gasto Nacional en Salud
Principales Fuentes de Financiamiento
-porcentajes-

CONCEPTO	FUENTES DE FINANCIAMIENTO				TOTAL
	Gobierno	Hogares	Empresas	Recursos Externos	
Impuestos	4.9	0.0	0.0	0.0	4.9
Contribuciones al Seguro de Salud	2.3	24.2	33.2	0.0	59.7
Contribuciones al INS	0.0	0.0	4.8	0.0	0.0
Préstamos externos	0.0	0.0	0.0	3.4	3.4
Gastos de Bolsillo	0.0	26.1	0.0	0.0	26.1
Gastos Empresas	0.0	0.0	1.0	0.0	1.0
TOTAL	7.3	50.3	39.0	3.4	100.0

Fuente: Comisión Gasto y Financiamiento (2002)

El Gobierno Central tiene un rol limitado, con escaso 7.3% del financiamiento. Este un tema que debe estudiarse a profundidad, debido a la gran población pobre que cubre en la actualidad el Seguro de Salud, sin obtener una contrapartida en términos de recursos adicionales. En la sección 5.1 de este capítulo se tratará con más atención las obligaciones financieras del Estado con el sector salud costarricense.

La empresas cargan con casi dos quintas partes del financiamiento de la salud en Costa Rica, situación que no puede omitirse, al momento de diseñar políticas y redistribuir responsabilidades en el fortalecimiento de las finanzas de la salud, con el cuidado máximo de no atentar contra la competitividad de las empresas. Los recursos externos son una fuente con un peso relativamente bajo. En los últimos años, sus flujos han disminuido de manera considerable y han adoptado la forma de préstamos para adquirir equipo médico, construir infraestructura para la prestación de los servicios de salud o paga personal dedicado a guiar la reforma sectorial.

Uno de los rasgos fundamentales de la estructura de financiamiento nacional, es que su dependencia de las contribuciones a la seguridad social, vía aporte obligatorio de los trabajadores asalariados y sus patrones, convierten a ésta en una estructura expuesta al desempeño de la actividad económica y el mercado laboral, en términos de generación de empleos y salarios reales crecientes. Un mal desempeño de la economía doméstica, condiciona las posibilidades reales que tienen los ingresos del Seguro de Salud de incrementarse a un ritmo apropiado.

I. Funciones de atención a la salud y proveedores

El gasto en salud se concentra en los Servicios Ambulatorios y Servicios de Hospitalización, con un peso relativo de 30.1% y 25.9%, respectivamente. La brecha entre uno y otro, es en la práctica inferior, pues como se indicó previamente, la Atención Integral a la Salud cubre actividades de prevención y promoción y las clásicas de salud pública.

Cuadro 5. Gasto Nacional en Salud

Importancia relativa de las Funciones de atención según proveedor, 2001

-porcentajes-

FUNCIÓN DE ATENCIÓN	PROVEEDOR		
	Público	Privado	Total
Servicios Ambulatorios	15.7	14.4	30.1
Servicios de Hospitalización	23.9	2.0	25.9
Servicios de Atención de Rehabilitación	0.6	0.0	0.6
Servicios Auxiliares de atención a la salud	4.7	3.0	7.7
Producción de bienes y servicios intermedios	0.6	0.0	0.6
Bienes médicos dispensados a pacientes ambulatorios	5.4	9.5	14.9
Servicios de Prevención y Salud Pública	1.3	0.0	1.3
Administración gubernamental general de salud	1.0	0.0	1.0
Administración y apoyo fondos de seguridad social	7.2	0.0	7.2
Administración de salud y seguros de salud: privados	0.0	0.0	0.0
Funciones relacionadas a la salud	10.7	0.0	10.7
Gasto Total en Salud	71.0	29.0	100.0
Gasto Corriente en Salud	67.6	32.4	100.0

Fuente: Comisión Gasto y Financiamiento (2002)

Es interesante reseñar que el gasto en Servicios Ambulatorios está compuesto en proporciones muy similares por el sector público y el sector privado. Esta paridad, pese a que el número total de consultas externas privadas representan apenas un 18% del total de consultas, sugiere una demanda privada dirigida más acentuadamente a médicos especialistas, y una significativa diferencia de precios respecto a las consultas públicas. De igual manera, parte de la explicación obedece a las erogaciones por consultas odontológicas, pues el Seguro de Salud brinda una oferta de servicios bastante limitada y el mercado privado se ha adueñado de una participación mayoritaria en la prestación de servicios, combinando los servicios básicos con tratamientos de alto costo.

El segundo rubro en importancia, es la atención hospitalaria, la cual está casi en su totalidad vinculada con la provisión pública. La participación privada es bastante baja, pues sus costos son excesivamente altos, en comparación con la posibilidad de ingresar a la red de hospitales públicos en el momento que se necesite sin costo alguno, y además, los usuarios mantienen niveles altos de satisfacción de los cuidados recibidos. Pero también, los mismos prestadores privados han limitado su ofrecimiento de prestaciones hospitalarias, pues requieren inversiones cuantiosas, sin contar con una demanda mínima asegurada. Pese a todo, la actividad hospitalaria privada muestra en los últimos tiempos un interesante dinamismo en servicios como partos y cirugías menores.

El rubro de productos médicos es el 14.9% del gasto total en salud, siendo el único componente de éste con un dominio del gasto privado. Este predominio, es únicamente en cuanto al valor monetario de los flujos transados, pues en número de unidades físicas el sector público mantiene el control. El mercado de medicamentos y la forma en que se distribuye en gasto entre las familias de los distintos estratos de ingresos,

necesitan investigaciones más profundas, pues existe la presunción aún no confirmada, que el gasto privado en este rubro puede ser bastante iniquitativo, incidiendo sobre la estabilidad económica de las personas más pobres.

La relación del gasto privado en medicamentos respecto al gasto en consultas médicas es casi de dos tercios, mientras la correspondiente al sector público es de apenas un tercio. Kleysen (1992) asoció este fenómeno a una posible sustitución por parte de la población de las visitas médicas con la compra privada de medicamentos; sin embargo, otro factor explicativo de peso, es la diferencia de precios relativos que prevalece en ambos sectores

La suma del gasto en administración de los seguros sociales, el Seguro de Salud y el Seguro de Riesgos de Trabajo, y las funciones relacionadas con la salud es igual a un 17.9%. Esta cifra significa que casi una quinta parte de los gastos no son destinados a la atención directa de la salud, sino empleados en otras necesidades del sistema.

De acuerdo con el análisis anterior, un tercio del gasto corriente en salud es pagado a proveedores privados. El crecimiento de este sector es innegable, y la necesidad de regular adecuadamente su actividad es cada vez más imperiosa. Es indispensable contar con reglas claras y transparentes respecto a las condiciones en que debe operar, con una apropiada normativa sobre la calidad técnica y humana de los servicios prestados, promover una competencia sana entre los productores que beneficie a los usuarios, y establecer límites bien definidos de la relación de éstos con el sector público.

J. Funciones de atención a la salud y Agentes de Financiamiento

Esta matriz responde a la pregunta ¿quién paga por las atenciones a la salud? Los datos consignados en el Cuadro 6, son más que categóricos. El 74.4% del gasto en salud es financiado por el sector público, la Seguridad Social destaca con un aporte del 65%, el Gobierno Central un 5.2%, y el INS el restante 4.3%, correspondiente a los seguros obligatorios de accidentes de tránsito y riesgos laborales. El gasto privado asciende a 25.6% del total, con un 24.5% de desembolsos directos de los Hogares, es decir, un 96% es vía gasto de bolsillo. No obstante, empleando como base de cálculo únicamente el gasto corriente, la participación de los Hogares aumenta hasta el 28.7%, un porcentaje muy consistente con los descritos en la sección 3.

Como bien apuntan Herrero y Collado (2001), esta elevada importancia del gasto de bolsillo no está asociada con un riesgo alto por gastos catastróficos ni de enfermedades crónicas, pues el Seguro de Salud es siempre un prestador de última instancia. Esta realidad, junto con la actuación del INS en calidad de monopolista, ha ejercido un límite al desarrollo de los seguros comerciales de gastos médicos en el país.

Cuadro 6
Gasto Nacional en Salud
Funciones de atención según Agente de Financiamiento, 2001

-porcentajes-

FUNCIÓN DE ATENCIÓN	AGENTES DE FINANCIAMIENTO					
	GOB	CCSS	INS	HOGARES	SEGUROS PRIVADOS	ONG'S
Servicios Ambulatorios		16.2	1.3	12.5	0.1	
Servicios de Hospitalización		24.5	0.5	0.8	0.1	
Servicios de Atención de Rehabilitación	0.4	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0
Servicios Auxiliares de atención a la salud	0.0	4.7	0.4	1.9	0.0	0.7
Producción de bienes y servicios intermedios	0.0	0.6	0.0	0.0	0.0	0.0
Bienes médicos dispensados pacientes ambulatorios	0.0	5.3	0.2	9.3	0.1	
Servicios de Prevención y Salud Pública	1.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Administración gubernamental general de	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

salud

Administración y apoyo fondos de seguridad social

0.0 6.9 0.3 0.0 0.0 0.0

Administración de salud y seguros de salud: privados

0.0 0.0 0.0 0.0 0.0 0.0

Funciones relacionadas a la salud

2.5 6.6 1.6 0.0 0.0 0.0

TOTAL

5.2 65.0 4.3 24.5 0.4 0.7

Fuente: Comisión Gasto y Financiamiento (2002)

Contrario a otros muchos países, la participación de los Seguros Privados como mecanismo de financiamiento es insignificante. En este aspecto, la ignorancia y el desinterés por las modalidades de seguros privados y medicina prepaga son generalizados entre los habitantes del país, pues de acuerdo con la una encuesta aplicada en el año 2001 por la empresa consultora CID-Gallup, a personas de ingresos medios y altos que residen en el Área Metropolitana, únicamente un 22% declaró tener alguna información sobre los seguros privados.

Los hogares compran básicamente servicios ambulatorios, en especial consultas especializadas y consultas y tratamientos odontológicos. El rubro de medicamentos es el único donde los Hogares gastan más que el sector público, y debe constituir una preocupación de las autoridades sanitarias supervisar los procesos involucrados en la formación de precios y las estructuras que prevalecen en el mercado de medicamentos. Las atenciones hospitalarias son financiados por el Seguro de Salud casi en su totalidad, con alguna pequeña participación del INS.

K. Agentes de Financiamiento y proveedores

Esta matriz pone en evidencia, el papel preponderante que tiene el Seguro de Salud como proveedor y agente de financiamiento, pero también la escasa relación que mantiene con otros proveedores. El papel del sector privado como proveedor de atenciones a la salud financiadas con recursos públicos es aún marginal, pues la suma de lo pagado por la CCSS (1.9%) más lo correspondiente al INS (1.6%) es apenas un 3.5% del total.

El 60% de las compras del Seguro de Salud son por concepto de la atención integral a la salud contratada a cuatro Cooperativas Autogestionarias de Salud y recientemente a la Universidad de Costa Rica, las cuales cubren diversas poblaciones del Área Metropolitana. El restante gasto se concentra en consultas y cirugías oftalmológicas, exámenes de diagnóstico especializado y tratamientos de alta tecnología contra el cáncer. Estos últimos proveedores germinaron a la sombra de la incapacidad del Seguro de Salud para prestar el servicio, y su fuente principal de ingresos, está constituida por los pagos efectuados por concepto de los pacientes referidos y financiados por la CCSS.

Cuadro 7
Gasto Nacional en Salud
Agentes de financiamiento según Proveedores
-porcentajes-

PROVEEDORES	AGENTE DE FINANCIAMIENTO					
	GOB.	CCSS	INS	HOGARES	SEGUROS PRIVADOS	ONG'S
GOBIERNO	5.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
CCSS	0.0	63.1	0.0	0.0	0.0	0.0
INS	0.0	0.0	2.7	0.0	0.0	0.0
PRIVADOS	0.0	1.9	1.6	24.5	0.4	0.0
ONG'S	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.7
TOTAL	5.2	65.0	4.3	24.5	0.4	0.7

Fuente: Comisión Gasto y Financiamiento (2002)

El Cuadro 7 indica que los hogares únicamente compran servicios a prestadores privados, aunque existe una pequeña proporción de pago al Seguro de Salud, de aquellas personas no asegurados o patronos en condición de morosos, cuyos trabajadores fueron atendidos en la red de establecimientos públicos. Los montos de éstos son insignificantes, reflejando en parte, la ausencia de un sistema de cobro efectivo en manos de la CCSS, para todos los usuarios que con capacidad contributiva no cotizan al seguro social.

Por último, los datos del INS demuestran que esta es una institución con un fuerte vínculo con los proveedores privados. El complejo del INS-SALUD y los dispensarios médicos de su propiedad, tienen una capacidad de producción bastante limitada, motivo por el cual, el ente asegurador contrata un alto porcentaje de estos servicios en el sector privado.

L. Situación del Seguro de Salud

No cabe ninguna duda del papel preponderante que juega el Seguro de Salud, administrado por la Caja Costarricense de Seguro Social, en el funcionamiento y resultados obtenidos por el sistema de salud costarricense. En este sentido, se ha interpretado como apropiado, llevar a cabo un análisis más minucioso de éste, con un enfoque centrado en tres aspectos básicos: ingresos, gastos y sostenibilidad financiera.

Ingresos

La estructura de financiamiento del Seguro de Salud está sustentada en las contribuciones aportadas por trabajadores, patronos y Estado. Las formas que adoptan estas contribuciones son diversas, pues los mecanismos de afiliación establecidos por la CCSS son múltiples. No obstante, es digno resaltar que el peso mayor recae sobre el grupo de asalariados, pues es el único contingente obligado legalmente a participar en la financiación del Seguro de Salud.

Con la promulgación de la Ley de Universalización de los Seguros Sociales en 1961, la CCSS adquiere la responsabilidad constitucional de cubrir la totalidad de la población nacional. Este compromiso rompe con los principios doctrinales “bismarckianos”, que hasta ese momento caracterizaban los seguros sociales en el país, pues la protección únicamente se otorgaba a los trabajadores asalariados. La respuesta de la CCSS ante este mandato, fue el diseño y desarrollo de un conjunto de nuevas modalidades de aseguramiento, con el propósito de incorporar aquellos grupos de la población aún no afiliados a sus seguros.

Una de las primeras acciones en esta dirección, fue la extensión en 1965 de la protección del régimen a todas las personas que conforman el núcleo familiar del asegurado directo y que conviven en un estado de dependencia económica por motivos de edad, estudios o discapacidad.

Después, durante la década de los setenta se creó el seguro voluntario, un esquema contributivo dirigido a los trabajadores independientes, caracterizado por una tasa de cotización parcial con el complemento del Estado. Además, se permitió el acceso a los beneficiados del Régimen No Contributivo de Pensiones por Monto Básico, programa financiado por el Fondo de Desarrollo de Asignaciones Familiares. Y en 1976 se obliga a todos los pensionados, de la CCSS y de los regímenes especiales (contributivos y no contributivos), a cotizar para el Seguro de Salud; los aportes están a cargo de cada programa que otorga la pensión, o bien son responsabilidad directa del pensionado.

En la década los ochenta, se establecieron los convenios de aseguramiento colectivo con organizaciones de trabajadores no asalariados de bajo ingreso, modalidad denominada Convenios Especiales (1984). De igual manera, el programa Asegurados por el Estado, el cual permite la cobertura de la población indigente con financiamiento a cargo del Estado (1984).

De esta manera, junto con el clásico seguro obligatorio de los asalariados, el Seguro de Salud ha desarrollado una amplia gama de mecanismos que permiten la cobertura del resto de la población. El resultado de sus esfuerzos queda de manifiesto en el Cuadro 8, en el cual se presenta la evolución de la tasa de cobertura del Seguro de Salud desde el año 1960. El porcentaje de personas registradas en alguna de las modalidades de aseguramiento del Seguro de Salud asciende en el 2001 al 87.5%, el restante 12.5% se encuentra “no asegurado”. La causa fundamental del avance en las dos décadas anteriores, es la creación del Asegurado por Cuenta del Estado y en menor medida a los Convenios Especiales.

Cuadro 8
Población Nacional según modalidad de Aseguramiento
1960, 1970, 1980, 1990, 2001

Tipo de Seguro	1960	1970	1980	1990	2001
Asalariado-Obligatorio	7.6	11.7	19.3	18.0	18.4
Seguro Voluntario	-	-	3.8	6.0	5.1
Asegurado Familiar	7.7	35.1	47.9	40.9	42.1
Por Cuenta del Estado	-	-	-	9.2	12.4
Pensionado	0.1	0.2	3.0	4.6	6.2
Familiar Pensionado	0.0	0.2	1.7	3.3	3.4
No asegurado	84.6	52.8	24.3	18.0	12.5
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Principales Indicadores					
Tasas de aseguramiento	15.40	47.15	75.70	81.95	87.50
Dependencia Contributiva	12.0	7.4	2.8	2.5	2.4

Fuente: Dirección Actuarial y de Planificación Económica

Otro resultado interesante del Cuadro 8, es el descenso de la dependencia contributiva, definida ésta como la relación entre los asegurados que contribuyen directamente con el Seguro de Salud (asalariados, voluntarios y pensionados) y aquellos que no lo hacen o las categorías a las que pertenecen son financiadas por el Estado. El indicador sugiere una presión menor sobre el equilibrio financiero del sistema, sin embargo, es necesario considerar también la calidad contributiva, particularmente de quienes están afiliados al Seguro Voluntario.

La característica común de todas las modalidades de aseguramiento no tradicionales, es el papel del Estado como financiador total o complementario de las aportaciones establecidas. El concepto básico, es que todo nuevo asegurado debe tener un respaldo en términos financieros, y que sus contribuciones particulares se limiten a su capacidad económica. Por ejemplo, el Seguro Voluntario diseñado fundamentalmente para trabajadores independientes y patronos, establece que la tasa de contribución de un trabajador no calificado o semi-calificado es de 4.75% sobre el 70% del salario mínimo establecido para su categoría; el Estado subvenciona un 3.25%, y de esta forma la contribución total al sistema es de un 8.0%.

En el caso particular del Seguro por Cuenta del Estado y los Pensionados del Régimen No Contributivo, debido a que en su mayoría son personas en condición de pobreza, el Estado contrae el pago total. No obstante, pese a todo el diseño financiero involucrado en estas formas no tradicionales de aseguramiento, su impacto en los ingresos del Seguro de Salud ha sido escaso. Dentro de los factores principales que explican esta desafortunada conclusión, pueden señalarse los siguientes:

i) Baja afiliación en el Seguro Voluntario: De acuerdo con la Encuesta de Hogares 2001, la afiliación de los trabajadores independientes y patronos a este seguro, no supera el 45%, y además los ingresos que generan son desproporcionados con el número que representan. Si bien es cierto, son casi una cuarta parte del total de asegurados directos activos, aportan tan sólo un 2% de los ingresos totales del Seguro de Salud.

ii) Incumplimiento de las obligaciones estatales: Por otro lado, el Estado, como ente responsable de financiar el complemento de la contribución de los trabajadores independientes y de los otros esquemas de protección no tradicionales –Régimen No Contributivo y Asegurados por Cuenta del Estado- no ha cumplido con su rol. El grado de cumplimiento de las obligaciones del Estado con la C.C.S.S. en el año 2000, fue de tan sólo un 51.6%.

iii) Inconsistencia entre aportes y costos: Los costos de ciertas modalidades subsidiadas por el Estado, no guardan relación con sus aportes. Aguilar y Calderón (2002) estiman que el costo de los servicios prestados a la población cubierta por el Seguro por Cuenta del Estado en el año 2001, ascendió a ₡54,545 millones; no obstante, el monto facturado por la CCSS a la Dirección de Desarrollo de Asignaciones Familiares (DESAF) fue de ₡13,564 millones (un 25% de su costo real) y la cancelación efectiva por parte de DESAF de únicamente ₡208 millones.

iv) Incentivos para la evasión: La creación de modalidades de aseguramiento con tasas globales de contribución inferiores a las aplicadas en el seguro obligatorio de los asalariados, introduce un importante incentivo económico para afiliarse a un menor costo. La Encuesta de Hogares 2001, evidencia que un 25% de los asegurados en el Seguro Voluntario eran realmente trabajadores asalariados.

Problemas para identificar beneficiarios: Una práctica común que se ha desarrollado en el país, es que cuando una persona no asegurada requiere los servicios brindados por los establecimientos de atención públicos, argumenta no tener capacidad para sufragar los gastos correspondientes, y solicitan la adjudicación del seguro por Cuenta del Estado. Las Unidades de Validación de la CCSS, no tiene las posibilidades materiales de verificar la condición de necesidad del usuario y en un trámite poco confiable, normalmente, conceden la cobertura a cargo del Estado.

En este contexto, la principal fuente de financiamiento del Seguro de Salud continúan siendo las aportaciones de los trabajadores asalariados y sus patronos (Cuadro 9). Las contribuciones de esta categoría en el período 1997-2000 representaron 86.5% del total de ingresos, con casi tres quintas partes que provienen de la Empresa Privada. El predominio de este sector en la generación de ingresos, provoca que la evolución de las finanzas del Seguro de Salud esté fuertemente condicionada por el desempeño de la economía nacional, pues el empleo asalariado, tanto en los procesos de creación de nuevos empleos y formación de salarios o ingresos, responde de una manera más rápida, directa e intensa a estas circunstancias.

Cuadro 9
Estructura relativa de los ingresos del Seguro de Salud
1997-2000

Concepto	1997	1998	1999	2000	Promedio
1. Rentas de la propiedad	2.5	3.1	4.1	4.4	3.5
2. Contribuciones Sociales	86.7	85.8	86.6	87.0	86.5
Empresa Privada	46.9	45.7	45.6	45.1	45.8
Instituciones Autónomas	17.7	17.6	18.7	19.5	18.4
Gobierno Central	16.9	17.5	17.0	17.2	17.2
Trabajadores Independientes	2.2	2.0	1.9	1.8	2.0
Pensionados	3.0	3.0	3.3	3.3	3.2
3. Transferencias Corrientes	10.8	11.1	9.3	8.6	9.9
Estado como tal	2.2	1.6	1.6	1.6	1.8
Asegurados por el Estado	3.3	4.3	4.4	4.0	4.0
Cuota Complementaria Independientes	4.8	4.7	2.9	2.3	3.7
Otras varias	0.5	0.5	0.4	0.7	0.5
Total Ingresos Corrientes	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Tomado de Herrero y Picado (2002)..

En consecuencia, pese a que los trabajadores públicos y privados asalariados, que se encuentran afiliados al Seguro de Salud, tan sólo representan un 18.4% del total de la población nacional, contribuyen con un 81.5% de los ingresos que recibe este régimen. Los problemas esenciales del seguro obligatorio pueden agruparse en dos: la evasión de las contribuciones y la morosidad.

La evasión de las contribuciones puede darse de diversas formas. La principal y más reconocida es el no aseguramiento. No obstante, también existe el aseguramiento en una modalidad que no le corresponde; por ejemplo, un asalariado inscrito como trabajador independiente o bien un asalariado que se protege con el Beneficio Familiar derivado de su cónyuge. Por otro lado, una de las formas más frecuentes de evasión, pero de enorme dificultad al momento de identificar es el reporte de salarios o ingresos inferiores a los realmente percibidos, fenómeno conocido como subdeclaración salarial.

Durán (1997) estimó que la evasión en 1996 por concepto de no aseguramiento y subdeclaración de salarios equivalía a un 23% de los ingresos por cuotas, o a un 21% en términos de los ingresos reglamentarios. De manera complementaria a este dato, el cálculo de un indicador de calidad de aseguramiento que pondera el hecho de que si el trabajador activo se acoge a la modalidad en función de su categoría ocupacional o no⁶⁴, revela que un 27.1% de los trabajadores activos ocupados del país no participan en el financiamiento del Seguro de Salud, pese a contar con capacidad contributiva para tales efectos. El problema afecta a un 22.4% de los trabajadores de la Empresa Privada y a más de la mitad de los cuenta propia.

64 El concepto básico de este indicador es que a cada categoría ocupacional le corresponde una única forma de asegurarse. En términos simples, el trabajador asalariado debe aportar a la modalidad obligatoria y el cuenta propio o patrono a la voluntaria. En aquellos casos donde esta situación se verifica, la calidad de aseguramiento es igual a 3 (valor máximo). En la situación en que aporte a la modalidad contributiva contraria o bien como un pensionado, se le otorga un 2 (valor medio). El no estar incluido en ninguna de las modalidades contributivas le concede un valor de 1, el más bajo posible.

Cuadro 10
Población Económicamente Activa Ocupada
Calidad de aseguramiento de la Población

Categoría Ocupacional	Bueno	Regular	Malo	TOTAL
Patrono o Socio Activo	44.7	15.3	39.9	100
Trabajador Cuenta Propia	41.6	7.6	50.8	100
Empleado Estado	95.9	0.9	3.2	100
Empleado Empresa Privada	71.5	6.1	22.4	100
Servidor Doméstico	38.3	36.2	25.5	100
Promedio	65.2	7.8	27.1	100

Fuente: Elaboración de los autores con base en la Encuesta de Hogares 2001.

La morosidad acumulada total del Seguro de Salud ascendió en el 2000 a ¢33,134 millones, monto del cual ¢10,841 millones correspondía a cuotas obrero-patronales facturadas en ese mismo año, para una tasa equivalente respecto a los ingresos reglamentarios de 4.6% (CCSS, 2001)

Uno de los aspectos interesantes relacionados con el financiamiento del Seguro de Salud, es que están concentrados en las contribuciones de los trabajadores asalariados de los deciles de más altos ingresos, precisamente, aquellos cuyo patrón de utilización de los servicios públicos es muy inferior al promedio nacional. La salida de los grupos medios y altos como usuarios de la red de atención pública, fundamentalmente en atenciones a la salud de carácter ambulatoria, es una realidad innegable. El 40% de las personas del quintil más rico que recibieron al menos una consulta médica en el primer semestre del año 2001, acudieron solamente a centros de atención privados; este patrón no varía significativamente con el número de consultas.

No obstante, pese al bajo consumo de servicios públicos, estos grupos mantienen las tasas de cobertura contributiva más altas del Seguro de Salud. Los posibles motivaciones que explican esta situación son: i) el posible acceso a los servicios hospitalarios y especializados con que cuenta el Seguro de Salud; ii) cuando son asalariados las empresas para las que laboran pertenecen en su mayoría al sector formal de la economía, con un alto grado de cumplimiento de la normativa vigente sobre la materia de aseguramiento; iii) la forma de evasión más común en este grupo es la sub-declaración de salarios y no la falta de aseguramiento; iv) recibir las prestaciones económicas que presta el Seguro de Salud en respuesta a la pérdida temporal de la salud, en la forma de subsidios por incapacidad o licencias por maternidad; v) la obligatoriedad impuesta de cotizar simultáneamente para el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte y el Seguro de Salud, y vi) un sentimiento de solidaria con el resto de la población.

Sin duda alguna, el tema requiere ser tratado de una manera más minuciosa, no obstante, la conclusión general es que al menos por el momento, no parece haber una evidencia fuerte sobre la salida de los grupos de ingresos medios y altos como contribuyentes del Seguro de Salud. Pero aún así, persiste la duda de hasta cuándo continuará esta situación.

M. Mejoras en la gestión de los ingresos

Las ideas originales planteadas en el proyecto de Reforma del Sector Salud, establecieron como prioridades del modelo de financiamiento del Seguro de Salud, el desarrollo de mecanismos que estimularán la afiliación universal, la reducción de la evasión y mejora de la recaudación en pro del equilibrio financiero del sistema de salud. Estas actividades no representaban un rediseño del modelo de financiamiento, sino mejoras en algunas áreas históricamente débiles de éste, enfatizando en la necesidad de conceder mayores facilidades al patrono para cancelar sus cuotas y una disminución el tiempo de recolección de los ingresos de la CCSS.

La coyuntura, a la aprobación de la Ley de Protección al Trabajador y las nuevas atribuciones asignadas a la C.C.S.S., fue aprovechada por las autoridades de esta para llevar a cabo la actualización del sistema de facturación y recaudación de cuotas, para lo cual se recurre a la contratación de entes externos.

Como resultado del proceso se aumenta la disponibilidad de centros de recaudación y mecanismos de pago para que los patronos cancelen sus adeudos con la institución, por ejemplo, dentro de los mecanismos de cancelación, se incorpora la posibilidad de que a través de la planilla electrónica del cliente o bajo la aprobación del cliente, se pueda solicitar a la CCSS que se realice un débito en la cuenta identificada del patrón.

Uno de los mecanismos para mejorar la recaudación, introducidos previo a las mejoras mencionadas pero favorecidos por éstas, es el cobro de las planillas de la Caja por medio de las agencias de algunos bancos que operan en el país. Esta modalidad inició en 1998 y al final del 2001 se contaba con 368 agencias de pago, pertenecientes a cuatro entidades bancarias distintas. El crecimiento también puede evidenciarse en los montos totales recaudados externamente (Cuadro 11).

Cuadro 11
Recaudación externa de cuotas: Montos según Banco
1998-2001-

Año	Banco				Total
	BCAC	BCR	BNCR	Bancrecen	
1998	9,785	723			10,508
1999	24,663	13,939			38,602
2000	42,223	22,906	6,830		71,959
2001	47,752	35,414	20,344	131	103,511
Total	124,423	72,983	27,174	131	224,580

BCAC: Banco Crédito Agrícola de Cartago

BCR: Banco de Costa Rica

BNCR: Banco Nacional de Costa Rica

Fuente: Departamento Tesorería

En otro de los temas propuestos en el Proyecto de Reforma, en los últimos años la CCSS muestra un aumento en los medios y herramientas que dispone para controlar o disminuir la evasión del pago de las contribuciones. En términos de personal, el área de inspección tuvo el bienio 1995-1996, un incremento significativo en el número de funcionarios encargados de llevar a cabo las actividades normales de fiscalización.

Por otro lado, uno de los aspectos históricamente débiles, los instrumentos jurídicos que permiten la sanción de los patronos que incurren en la evasión, fueron fortalecidos con la aprobación de una serie de reformas a la Ley Constitutiva de la CCSS incluida en un capítulo especial de la Ley de Protección al Trabajador. Se establecen sanciones con multas con base a número de salarios mínimos de ley, los cuales varían de acuerdo a la infracción. Además, se refuerzan las atribuciones otorgadas a los Inspectores de la Caja, los cuales tendrán carácter de autoridades, con los deberes y atribuciones señaladas en los artículos 89 y 94 de la Ley Orgánica del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

Por último, con la modificación del artículo 48 de la Ley Constitutiva, se autoriza a la Caja para ordenar, administrativamente, el cierre del establecimiento, local o centro, cuando éstos o algún representante nieguen injustificada y reiteradamente la información solicitada y cuando exista morosidad patronal por más de dos meses.

Gastos

Los gastos totales del Seguro de Salud guardan una relación estrecha con sus ingresos, pues el mecanismo de financiamiento del régimen es definido como “de reparto simple modificado”. Esto significa que

los ingresos de un año deben distribuirse entre sus diferentes usos, guardando un pequeño porcentaje para la formación de ciertas reservas de contingencias.

La tasa de crecimiento anual promedio de los gastos efectivos del Seguro de Salud en el período 1991-2001 es de un 6.7%, y la correspondiente a los Ingresos Efectivos 6.9%. De acuerdo con la clasificación por objeto del gasto, los egresos por servicios personales representan un 62.0% del total, circunstancia que los convierten en el rubro más importante al momento de establecer políticas de contención del gasto. Límites en el crecimiento de los desembolsos por concepto de horas extraordinarias y personal sustituto, así como, restricciones en el aumento de la cantidad total de trabajadores, son las medidas más usadas para moderar la variación del gasto.

De acuerdo con clasificación de funciones de atención a la salud, el 24.9% de los gastos se destinan a la prestación de servicios ambulatorios y el 37.7% a los servicios de hospitalización. Es prudente no omitir la presencia del gasto por atención integral de salud dentro de los servicios ambulatorios y el sesgo que esto produce, pues el concepto en cuestión incluye actividades múltiples, más allá de lo convencionalmente interpretado como atención ambulatoria.

La provisión de fármacos es un 8.0% del gasto total. Esta partida ha estado expuesta, recientemente, a ciertos fallos de los Tribunales de Justicia, los cuales han obligado a la CCSS a suministrar ciertos medicamentos a grupos particulares de enfermos, siendo el caso más conocido la entrega de los antirretrovirales a pacientes con SIDA. En una investigación efectuada por Molina y Rodríguez (1998) sobre el mercado de medicamentos en Costa Rica, se determinó que la provisión pública de éstos, mayoritariamente mediante el Seguro de Salud, significa en términos de volumen un 70% contra el 30% de lo privado, aunque esta relación se invierte al 40-60 cuando se considera el valor monetario.

Los gastos administrativos del régimen son relativamente bajos (3.6%), y por lo tanto, no constituyen una preocupación en la gestión del seguro. Las funciones relacionados con la salud (10.1%) están compuestas por la formación neta de capital y las prestaciones económicas brindadas a los usuarios, durante los tiempos que se encuentran incapacitados a realizar sus trabajos remunerados, debido a la pérdida temporal de la salud.

Cuadro 12
Caja Costarricense de Seguro Social
Clasificación Funcional de la Atención a la salud (CICS-AS), 2001
-en millones de colones corrientes-

Función	Proveedor				TOTAL
	Hospitales	Áreas de salud	Admin. y Apoyo	Sector Privado	
Servicios Ambulatorios	7.3	16.1	0.0	1.5	24.9
Atención Integral de la Salud	2.1	15.3	0.0	1.5	19.0
Consulta Externa	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Consultas de Urgencias	3.1	0.3	0.0	0.0	3.4
Consultas Especializada	2.0	0.5	0.0	0.0	2.6
Servicios de Hospitalización	36.4	0.0	0.0	1.2	37.7
Hospitalización general	34.7	0.0	0.0	0.1	34.8
Hospitalización de día	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Procedimientos Mayores Ambulatorios	0.9	0.0	0.0	0.7	1.6
Cirugía Mayor Ambulatoria	0.8	0.0	0.0	0.6	1.4
Servicios de Atención de Rehabilitación	0.3	0.0	0.0	0.0	0.3
Servicios Auxiliares de atención a la salud	4.7	2.5	0.0	0.0	7.2
Producción de bienes y servicios intermedios	0.0	0.0	0.9	0.0	0.9

Bienes médicos dispensados a pacientes ambulatorios	6.0	2.2	0.0	0.0	8.2
Fármacos y otros no durables médicos	5.7	2.2	0.0	0.0	8.0
Accesorios terapéuticos y otros no durables médicos	0.2	0.0	0.0	0.0	0.3
Administración, Operación y apoyo fondos de seguridad social	0.0	0.0	3.6	0.0	3.6
Funciones relacionadas a la salud	3.2	1.9	5.1	0.0	10.1
TOTAL	57.9	22.7	8.7	2.8	100.0

Fuente: Comisión Gasto y Financiamiento (2002)

En cuanto a los proveedores, el 57.9% del gasto es efectuado por los hospitales y un 22.7% por las Áreas de Salud, constituidas por Clínicas y Equipos Básicos de Atención Integral de la Salud. Un 2.6% es contratado a proveedores privados, particularmente a Cooperativas Autogestionarias, con las que se tiene un vínculo de más de una década, con excelentes resultados en cuanto a calidad de los servicios y satisfacción de los usuarios, pero con algunos inconvenientes en materia de costos.

Una de las interrogantes más interesantes, es la forma en qué se asignan los recursos entre los diferentes proveedores. Precisamente, uno de los componentes centrales de la Reforma del Sector Salud es el nuevo modelo de asignación de recursos financieros, que trata de eliminar la asignación presupuestaria histórica, que no considera desempeño de las unidades prestadoras, sino que más bien está determinada por la capacidad de presión de cada uno de los centros de atención, por un mecanismo que incentive la productividad y la gestión eficiente de los recursos del sistema.

El eje central de este modelo es la introducción de los Compromisos de Gestión, como instrumento jurídico donde se materializa el acuerdo entre financiador-comprador (Gerencia Administrativa) y el proveedor (máxima autoridad del hospital o Área de Salud) en relación con cantidad y calidad de servicios a ofrecer, los recursos financieros asignados, el tipo de evaluación al que debe someterse y los incentivos a otorgar, entre otros aspectos. Un efecto inherente a los Compromisos de Gestión, es el traslado del riesgo implícito en el uso de los recursos y la toma de decisiones a los proveedores. El incumplimiento de las metas pactadas está sujeto a un conjunto de sanciones, previa evaluación de la producción en términos de ciertos indicadores de calidad.

En el caso de las Áreas de Salud, el Compromiso fija el pago de un monto histórico per cápita del gasto para el nivel primario de atención, mientras que para los Hospitales plantea el pago por actividad con base en la Unidad de Producción Hospitalaria (UPH). El modelo también considera un componente presupuestario variable condicionado al logro de objetivos y metas, el cual asciende a un 10% del presupuesto total, y se divide en partes iguales entre un fondo de incentivos y un fondo de compensación solidaria que compensa imprevistos en la ejecución presupuestaria.

Pese a todo, aún no se ha podido vincular directamente la asignación de recursos con la producción con calidad de los proveedores, pero al menos, se ha avanzado en conducir los recursos hacia las áreas de producción de interés institucional. Este nuevo modelo de asignación de recursos ha permitido la introducción en los hospitales de servicios alternativos a los egresos, como son los procedimientos mayores ambulatorios y la hospitalización domiciliaria, que aunque no se ven reflejados de manera positiva en las estadísticas de egresos y, por el contrario, pueden tener un efecto negativo sobre los mismos, sí han tenido un impacto positivo en la producción medida en UPH.

En lo que a atención de primer nivel se refiere, la mejora en producción se da principalmente en materia de coberturas de atención integral con calidad en los diferentes programas de atención, que se han establecido para los diferentes grupos poblacionales (Niños, adolescentes, adulto, salud de la mujer y salud del adulto mayor). En materia de producción de consultas, también se ha dado un crecimiento sostenido en los últimos años.

En un futuro, los modelos de asignación deben avanzar hacia modelos de asignación que ligen cada vez más los recursos a la producción, pero garantizando la viabilidad de los centros y el respeto a las legislación vigente (en contratación del recurso humano, por ejemplo). En el primer nivel de atención, el financiamiento

histórico hacia un pago ajustado por riesgo, medido por variables tales como: mortalidad infantil, sexo y estructura de edades de las poblaciones atendidas.

En atención secundaria el objetivo de largo plazo, es un pago por caso cubierto, pero basando el costeo en las normas de atención. En este nivel también se buscan alternativas para dar peso dentro del financiamiento a las actividades de coordinación y apoyo al primer nivel, tendientes a fortalecer los mecanismos de referencia y contrarreferencia entre niveles.

En lo relativo a la atención de tercer nivel, se avanza hacia la utilización de los GDR, pero posiblemente habrá que hacer ajustes a los costos relativos internacionales para reconocer costos estructurales diferenciados entre unidades o entre servicios o para ponderar correctamente las particularidades en la escala de planta de los hospitales. En este momento, existe una propuesta para llevar a cabo un plan piloto en el 2004, de pago por GDR, en varios centros hospitalarios)⁶⁵.

Gastos por nivel

Uno de los grandes avances de la reforma sectorial, es el mejoramiento de la composición del gasto. En el quinquenio 1997-2001, el gasto real destinado al primer nivel de atención ha crecido mucho más que el segundo y tercer nivel, pasando de una participación relativa del 18.8% a una del 22.2%. Ramírez y Sánchez (2001), argumentan que la eficiencia del primer nivel se basa en su papel de filtro hacia niveles especializados, con los consiguientes ahorros para todo el sistema de salud.

Cuadro 13
Gasto del Seguro de Salud según actividades y nivel de atención
-distribución relativa-

CONCEPTO	1997	1998	1999	2000	2001
Atención Hospitalaria	61.6	62.5	61.2	60.0	59.8
Atención Hosp. Segundo Nivel	20.0	19.0	18.7	16.9	17.1
Atención Hosp. Tercer Nivel	41.6	43.5	42.5	43.1	42.7
Atención Ambulatoria	38.4	37.5	38.8	40.0	40.2
Atención Amb. Primer Nivel	18.8	18.2	20.1	22.4	22.2
Atención Amb. Segundo Nivel	10.0	11.6	11.4	11.0	9.9
Atención Amb. Tercer Nivel	9.5	7.7	7.3	6.6	8.0
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Dirección de Presupuesto. Caja Costarricense de Seguro Social.

Pese al aumento de los fondos destinados al primer nivel de atención, algunos estudios recientes han concluido que la distribución en el ámbito geográfico continúa siendo iniquitativa, pues ciertas Áreas de Salud reciben una cantidad de recursos por habitante hasta 60 veces más que otras, sin que exista una relación aparente respecto a las necesidades de salud de las poblaciones adscritas.

⁶⁵ En la actualidad, una comisión intergerencial está revisando el modelo de asignación de recursos, con el fin de hacer una propuesta que permita avanzar a un ritmo más acelerado. Sus primeros productos se esperan para el próximo año.

N. Sostenibilidad Financiera

El término sostenibilidad financiera no debe interpretarse como el equilibrio, en un determinado período, de los ingresos y egresos del régimen. El concepto más bien trata, sobre las posibilidades financieras que se tendrán en un futuro, para mantener un cierto paquete de atenciones a la salud, condicionado por un patrón de consumo, la estructura de edades de la población, los costos unitarios de los servicios, los gastos de administración, las inversiones en equipo e infraestructura necesarios, y otros elementos más. Las atenciones deben brindarse con calidad técnica y humana, eficiencia, eficacia y equidad.

En este particular, cabe preguntarse cuáles factores pueden incidir en la sostenibilidad financiera del Seguro de Salud. La lista es extensa, pero es posible mencionar como aquellos más relevantes los siguientes:

Ineficiencia productiva interna

Envejecimiento de la población

Perfil epidemiológico actual y en proceso

Poblaciones de inmigrantes

Imposiciones de los Tribunales de Justicia

Necesidades de inversión en equipo e infraestructura

Evasión Contributiva

Morosidad

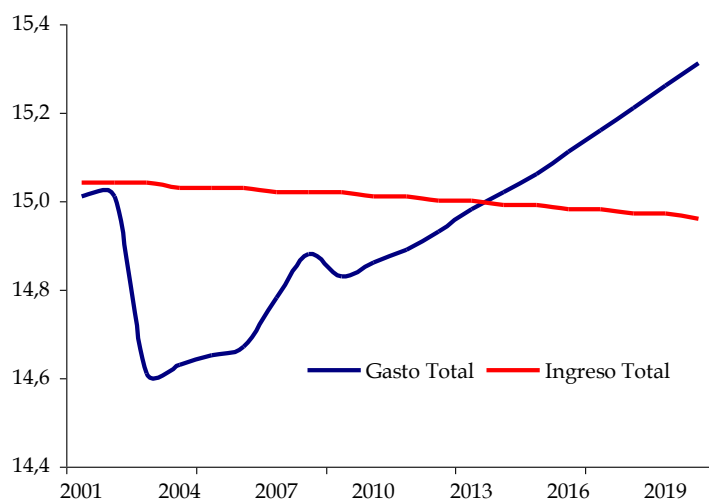
Deuda del Estado

Corrupción

Una evaluación realizada por la Dirección Actuarial de la CCSS, con base en un modelo de proyección de largo plazo, estableció que el costo operativo del seguro expresado como porcentaje de la masa cotizante efectiva será mayor a la contribución a partir del año 2014 (Calderón, 2002). Este resultado debe interpretarse con extrema cautela, pues lógicamente está condicionado por los supuestos adoptados. No obstante, de acuerdo con su autor, el modelo presenta con certeza lo que sucede en la actualidad.

Las acciones más probables de adoptarse para revertir esta tendencia, se encuentran del lado de los ingresos. Una tasa de recaudación efectiva mayor, el cumplimiento oportuno de las obligaciones financieras del Estado, la participación forzosa de los trabajadores independientes como contribuyentes, la reducción de los niveles de evasión, y otras medidas más, apoyarían la sostenibilidad del sistema más allá del año 2014.

Gráfico 3
Seguro de Salud
Ingresos y Gastos en porcentajes de la masa cotizante
2001-2020



Aunque la versión oficial no acepta el racionamiento actual de las prestaciones del Seguro de Salud, la presencia de largas colas, listas de espera y “biombos médicos” evidencian lo contrario, pues de una u otra forma estos actos desvían o moderan los gastos del régimen. Esta es una de las razones fundamentales, por las cuales el tema de imponer un paquete básico de servicios y la administración del régimen con un enfoque de seguro clásico, han empezado a trascender las discusiones de carácter informal a propuestas concretas.

O. Bibliografía

Aguilar, J. y W. Calderón (2002). Características de la Población, Sistema de Aseguramiento por el Estado y Costo de Atención en Salud de los Indigentes (1998-2001). Documento de Trabajo de la Dirección Actuarial y de Planificación Económica N° 06. CCSS.

Caja Costarricense del Seguro Social (1997). Propuesta de Reforma Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social: Ley de Justicia Contributiva. Justificación, objetivos y resultados esperados. Dirección Actuarial y de Planificación Económica. CCSS.

_____ (2001a). Indicadores y Estadísticas de los Seguros Sociales. Departamento de Planificación Económica y Financiera. Dirección Actuarial y de Planificación Económica. CCSS.

_____ (2001b). Informe de Gestión Corporativa 2000. Dirección Actuarial y de Planificación Económica. CCSS.”

Calderón, W. (2001). Valoración Actuarial del Seguro de Salud 2000. Documento de Trabajo de la Dirección Actuarial y de Planificación Económica N° 21. CCSS.

Castro, C. y L. Sáenz (1998). La Reforma del Sistema Nacional de Salud: Estrategias, avances, perspectivas. MIDEPLAN. San José.

Consultoría Interdisciplinaria en Desarrollo S.A. (2001). Estudio de conocimiento, uso y actitudes entre usuarios de servicios de salud privados, residentes en la Aglomeración Metropolitana.

Contraloría General de la República (1999). Panorama de la reforma del sector salud. Documento en Internet, www.cgr.go.cr.

Herrero, F. y A. Collado (2001). El gasto en el sector salud de Costa Rica. Un Acercamiento a las Cuentas Nacionales en Salud. Serie Cuadernos de Trabajo N°. 2001-01. San José, PROCESOS.

Herrero, F. y Durán F. (2001). El Sector Privado en el Sistema de Salud de Costa Rica. CEPAL, Proyecto CEPAL/GTZ “Reformas a los sistemas de salud en América Latina”

Herrero, F. y Picado, G. (2002). Gasto y Financiamiento de la salud en Costa Rica: Situación actual, tendencias y retos. Informe preparado para el Proyecto Estado de la Nación. San José, Costa Rica.

Kleysen, B. (1992). Los Gastos Privados en Salud en Costa Rica. Documento de Trabajo del Instituto de Investigaciones en Ciencias Económica N° 154.

Molina, R. et al (2000). “Gasto y Financiamiento en salud: situación y tendencias”. En Revista Panamericana de la Salud 8, 1-2:71-83, julio-agosto.

Picado G. (2002). Guía de Trabajo del Proyecto: Construcción del Sistema de Cuentas en Salud para Costa Rica. Inédito. San José.

Picado, G. y K. Sáenz (2000). Estimación del Gasto Privado en Servicios de Salud en Costa Rica. Documento de Trabajo de la Dirección Actuarial y de Planificación Económica N° 25. CCSS.

Picado, G. y Salazar, V. (2002). Análisis de la cobertura del Seguro de Salud a partir del Censo de Población 2000. Inédito. San José.

Proyecto Estado de la Nación (2002). Octavo Informe Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible. San José.

Trejos, Juan Diego (2002). Pobreza infantil y equidad social. Informe preparado para el Estado de situación de la Infancia en Costa Rica, 2001. San José, Costa Rica: UNICEF, PNUD. Documento mimeografiado.

ANEXOS

ANEXO I

Aspectos metodológicos: Estimación del gasto en Salud

Aspectos metodológicos: Estimación del gasto en salud

En Costa Rica, las estadísticas financieras y económicas del sector salud tienen un carácter bastante limitado y su uso agregado responde comúnmente a la única necesidad de disponer de medidas muy generales. El usuario promedio de los indicadores del gasto nacional en salud se da por satisfecho, conociendo la relación de éste con el Producto Interno Bruto y la correspondiente composición institucional. No es común, que se empleen en el diseño o evaluación de políticas sectoriales que promuevan principios básicos como equidad, eficiencia, efectividad y sostenibilidad de los recursos financieros que intervienen directamente o indirectamente en las actividades relativas a la construcción de la salud de los habitantes del país.

Los inconvenientes inician con la ausencia de una estimación oficial del gasto público en salud. Diversas instituciones, como el Ministerio de Hacienda, la Contraloría General de la República, la Caja Costarricense de Seguro Social, el Ministerio de Salud y el Banco Central de Costa Rica, calculan anualmente un agregado del gasto en salud, todas bajo un número igual de metodologías, con límites conceptuales e institucionales diferentes. El resultado lógico es la presencia de una pluralidad de estimaciones del gasto público en salud, circunstancia que provoca en muchos casos interpretaciones y análisis contradictorios sobre el tema en cuestión. Esta circunstancia, no es en realidad un problema de información, sino más bien refleja la ausencia de un consenso entre los actores del sector salud por implementar una metodología única y consistente en la consolidación de los flujos de financiamiento y gasto en salud.

El problema en cuanto a las estadísticas de producción y gasto privado en la atención de la salud es aún mayor. En una conclusión común a otros países, la estimación de estos rubros, es sin duda alguna el componente del gasto nacional en salud menos confiable. Las razones son múltiples, pero en lo esencial están asociadas a una deficiente identificación de los proveedores privados, un acceso restringido a los estados financieros e informes de interés generados por las empresas privadas, la falta de una cultura de registro en establecimiento pequeños (consultorios privados unipersonales), la incertidumbre respecto a los pagos de bolsillo a proveedores de atención a la salud y a farmacias, y la falta de datos confiables sobre la participación de compañías aseguradoras internacionales. Algunos de estas carencias pueden aliviarse con la aplicación de encuestas específicas de hogares para determinar el gasto privado sobre una base regular; otras demandan acciones más puntuales.

Un tercer elemento, tan importante como los dos anteriores, es que el país no posee un sistema de cuentas nacionales en salud, y en consecuencia no es posible darle un seguimiento apropiado a los flujos financieros que participan en las actividades características del sector salud. Esta es una limitante de orden mayor, pues la respuesta a preguntas básicas como ¿de dónde proviene el financiamiento?, ¿quién administra los fondos? y ¿qué tipos de servicios se ofrecen y qué tipo de bienes son adquiridos?, no pueden darse de una manera consistente sin un sistema integrado de cuentas en salud. De igual manera, temas como la eficiencia y equidad, así como, estudios comparativos a nivel internacional pueden desarrollarse a partir de este instrumental.

Considerando esta realidad, y con el propósito de contribuir de la mejor manera con el Análisis del Sector Salud, los miembros de la Comisión de Gasto y Financiamiento, tomaron la decisión de construir para Costa Rica la matrices esenciales que componen el SCNS, partiendo de la información regularmente producida y disponible en los entes públicos, además de un cálculo del gasto privado que combina datos de la Encuesta de Hogares 2001 y el Banco Central de Costa Rica⁶⁶. De las cuatro metodologías reconocidas internacionalmente para la elaboración de cuentas en salud, se juzgo oportuno la aplicación de la propuesta desarrollada e impulsada por la Organización de Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE), contenida en el Manual para un Sistema de Cuentas de Salud.⁶⁷

⁶⁶ En los últimos años, el Banco Central de Costa Rica en la actualidad cuenta con estados financieros de los seis hospitales privados de l país y una encuesta de producción trimestral aplicada a proveedores de menor complejidad,

⁶⁷ Las otros tres son: un Manual de Productores de Cuentas Nacionales de Salud (preparación por la OMS, en cooperación con el Banco Mundial y la Agencia para el Desarrollo de los Estados Unidos-USAID); una metodología de Cuentas Nacionales de Salud (desarrollada por la Universidad de Harvard y PHR; auspiciada por USAID) y las estimaciones de indicadores financieros de las actividades de salud desarrollados dentro del marco del Sistema de Cuentas Nacionales de Naciones Unidas.

El esquema ofrecido por la OCDE, proporciona un conjunto de cuentas exhaustivas, coherentes y flexibles; además sugiere una clasificación internacional de las cuentas de salud que abarca tres dimensiones: funciones de atención de la salud, proveedores de servicios de atención de la salud y fuentes de financiamiento. De estos tres ejes, la adaptación de las funciones de atención a la salud a la información estadística producida en el país, es quizás, la que mayores problemas causó. Por ejemplo, la contabilidad de las instituciones públicas registra los gastos por objeto y no por su relación con la producción de los servicios específicos que se brindan.

Una de los primeros pasos que deben darse al momento de estimar el gasto en el marco de las cuentas en salud, es contar con una respuesta clara a la pregunta ¿qué es gasto en salud? En este sentido, una de las definiciones más ampliamente aceptadas es la sugerida por la OCDE, la cual es consistente con el Sistema de Cuentas Nacionales, y establece que:

“ Las actividades de salud de un país son la suma de actividades ejecutadas por instituciones o individuos que buscan, por medio de la aplicación de conocimientos y tecnologías médicas, paramédicas y de enfermería, las metas de promoción y prevención de la enfermedad, curación de enfermedades, reducción de la mortalidad prematura, atención de las personas afectadas por enfermedades crónicas que necesitan atenciones de enfermería, atención a personas con impedimentos, discapacidades y minusvalías quienes requieren atenciones de enfermería, asistencia a personas para morir con dignidad, provisión y administración de la salud pública y provisión y administración de programas de salud, seguros de salud y otros arreglos de financiamiento” (OCDE, 2000).

En consecuencia, una de las diferencias básicas de la estimación del gasto en este informe con respecto a las publicaciones oficiales, es que el concepto de gasto en servicios de salud se delimita bajo el criterio de la existencia de un requisito previo de algún conocimiento básico médico o de enfermería y el fin primordial de mejorar la salud de las personas. Por lo tanto, el gasto total incurrido por un ente como el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (ICAA) no se debe incluir en la estimación, pues la producción de agua para consumo humano no tiene como finalidad directa el mejoramiento de la salud. Criterio que no pretende omitir su importancia como un macro-determinante de la salud, ni los efectos nocivos que el suministro de agua no potable puede causar en el estado de salud de las poblaciones, sino más bien refleja que la decisión sobre lo qué se entiende como gasto en salud, es una escogencia a favor de la especificidad y en contra de la amplitud del concepto.

La solución al debate generado por la exclusión del ICAA en el gasto en salud, es simple, aunque exige un poco de trabajo adicional. Magnoli (2001) señala que el grupo nacional que desarrolló en Honduras las CNS, tomó la decisión de construir dos grupos de cuentas: i) una incluyendo el abastecimiento de agua y el saneamiento, y ii) otra sin este tipo de gastos. Este es un ejemplo que ilustra como las necesidades nacionales de análisis y la comparabilidad internacional de las cuentas, no son mutuamente excluyentes, y que ambos objetivos pueden cumplirse de manera simultánea, gracias a la búsqueda de consensos y la interpretación de la propuesta como una guía y no como una prisión del pensamiento.

La discusión aún no está agotada, el proceso de construcción de un Sistema de Cuentas Nacionales en Salud apenas inicia, y lógicamente aún requiere numerosos ajustes y consideraciones sobre sus límites, estructura y desagregación interna. El uso frecuente de las Cuentas en Salud, en el diseño y evaluación de políticas e intervenciones, y en el análisis de principios básicos como eficiencia, eficacia y sostenibilidad del sistema, es el único ejercicio que puede permitir consolidar este instrumento como una práctica permanente en el quehacer sectorial.

En atención a las inquietudes planteadas por numerosos participantes en el Análisis del Sector Salud, se ha pensado conveniente llevar a cabo un análisis de las cifras agregadas del gasto nacional en salud, en el período 1991-2001, que incluya los egresos incurridos por el Instituto de Acueductos y Alcantarillados. Y por otro lado, un análisis más minucioso de la forma en que transitan los flujos financieros dentro del sistema de salud costarricense y sus relaciones a nivel de fuentes de financiamiento, agentes de financiamiento, proveedores y funciones de atención a la salud, gracias a la aplicación de los principios, estructura, conceptos y categorías de clasificación del Sistema de Cuentas Nacionales en Salud con la información financiera relativa al año 2001.

Es un compromiso firme de la Comisión de Gasto y Financiamiento elaborar en un futuro cercano un prospecto metodológico donde se pueda documentar esta experiencia relativa a la construcción de cuentas en salud. Lógicamente, esta actividad ha requerido una labor intensa de aprendizaje y acomodo de las estructuras

propuestas a las posibilidades estadísticas actuales del país. Las grandes partidas estimadas, como los gastos por servicios ambulatorios o de hospitalización, han requerido muchas horas de discusión y una búsqueda permanente de consensos, en medio de importantes deficiencias y carencias de la información óptima que requiere esta valiosa herramienta.

ANEXO II

COSTA RICA:

GASTO PÚBLICO Y PRIVADO EN SALUD, 1991-2001

Anexo 2.1

Gasto Público y Privado en Salud
-millones de colones corrientes-

Año	Gasto		
	Público	Privado	Total
1991	46.337	14.031	60.367
1992	56.195	18.451	74.646
1993	70.041	21.925	91.966
1994	89.161	28.190	117.351
1995	112.284	37.902	150.186
1996	133.396	44.279	177.675
1997	157.339	56.696	214.036
1998	182.972	65.256	248.228
1999	216.058	81.230	297.288
2000	250.140	98.302	348.442
2001	288.238	117.482	405.720

Fuente: Banco Central de Costa Rica

Anexo 2.2

Gasto Público y Privado en Salud
-millones de colones constantes-

Año	Gasto		
	Público	Privado	Total
1991	46.337	14.031	60.367
1992	46.140	15.150	61.290
1993	52.381	16.396	68.777
1994	58.736	18.570	77.306
1995	60.046	20.269	80.315
1996	60.702	20.149	80.851
1997	63.224	22.782	86.006
1998	65.846	23.484	89.330
1999	70.654	26.563	97.218
2000	73.718	28.970	102.688
2001	76.352	31.120	107.473

Fuente: Banco Central de Costa Rica

Anexo 2.3

Gasto Público y Privado en Salud
-millones de dólares corrientes-

Año	Gasto		
	Público	Privado	Total
1991	378,3	114,5	492,8
1992	417,8	137,2	555,0
1993	492,6	154,2	646,8
1994	567,7	179,5	747,1
1995	624,7	210,9	835,6
1996	642,3	213,2	855,5
1997	676,4	243,8	920,2
1998	711,4	253,7	965,2
1999	756,3	284,3	1.040,6
2000	811,6	319,0	1.130,6
2001	876,5	357,2	1.233,7

Fuente: Banco Central de Costa Rica

Anexo 2.4

Gasto Público y Privado en Salud
-dólares por habitante-

Año	Gasto		
	Público	Privado	Total
1991	120,30	36,43	156,7
1992	129,17	42,41	171,6
1993	148,17	46,38	194,5
1994	166,26	52,57	218,8
1995	178,29	60,18	238,5
1996	178,76	59,34	238,1
1997	183,75	66,21	250,0
1998	188,76	67,32	256,1
1999	196,12	73,74	269,9
2000	205,83	80,89	286,7
2001	217,48	88,64	306,1

Fuente: Banco Central de Costa Rica

Anexo 2.5

Crecimiento interanual del Gasto Público y Privado en Salud en colones constantes
-crecimientos porcentuales-

Año	Gasto		
	Público	Privado	Total
1992	-0,42	7,98	1,53
1993	13,53	8,23	12,22
1994	12,13	13,26	12,40
1995	2,23	9,15	3,89
1996	1,09	-0,59	0,67
1997	4,16	13,07	6,38
1998	4,15	3,08	3,86
1999	7,30	13,11	8,83
2000	4,34	9,06	5,63
2001	3,57	7,42	4,66
Promedio 1991-2001	5,71	9,25	6,62

Fuente: Banco Central de Costa Rica

Anexo 2.6

Gasto Público y Privado en Salud
-porcentajes del PIB-

Año	Gasto		
	Público	Privado	Total
1991	5,3	1,6	6,9
1992	4,9	1,6	6,5
1993	5,1	1,6	6,7
1994	5,4	1,7	7,1
1995	5,3	1,8	7,1
1996	5,4	1,8	7,2
1997	5,3	1,9	7,2
1998	5,0	1,8	6,8
1999	4,8	1,8	6,6
2000	5,1	2,0	7,1
2001	5,4	2,2	7,6

Fuente: Banco Central de Costa Rica

Anexo 2.7

Gasto Público en Salud según Instituciones
-millones de colones corrientes-

Año	INSTITUCIONES					TOTAL
	MINSa	CCSS	AYA	INS	UCR	
1991	4.529	34.514	3.800	2.886	607	46.337
1992	5.121	41.612	5.222	3.458	783	56.195
1993	5.584	52.058	6.504	4.997	899	70.041
1994	7.215	67.661	7.840	5.451	995	89.161
1995	9.577	84.119	9.605	7.821	1.161	112.284
1996	10.485	98.678	13.533	8.960	1.739	133.396
1997	12.025	115.268	18.455	9.507	2.084	157.339
1998	12.142	141.135	19.731	7.426	2.538	182.972
1999	12.959	174.366	19.965	6.135	2.634	216.058
2000	13.712	200.549	23.775	8.987	3.117	250.140
2001	14.641	236.638	22.521	11.257	3.182	288.238

Fuente: Banco Central de Costa Rica

Anexo 2.8

Gasto Público en Salud según Instituciones
-millones de colones constantes-

Año	INSTITUCIONES					TOTAL
	MINSa	CCSS	AYA	INS	UCR	
1991	4.529	34.514	3.800	2.886	607	46.337
1992	4.426	35.967	4.513	2.988	677	48.571
1993	4.056	37.809	4.723	3.629	653	50.870
1994	4.153	38.942	4.512	3.137	573	51.317
1995	4.346	38.171	4.359	3.549	527	50.951
1996	4.156	39.112	5.364	3.552	689	52.872
1997	4.304	41.259	6.606	3.403	746	56.318
1998	3.774	43.874	6.134	2.308	789	56.879
1999	3.388	45.582	5.219	1.604	689	56.481
2000	3.195	46.734	5.540	2.094	726	58.290
2001	3.036	49.064	4.669	2.334	660	59.763

Fuente: Banco Central de Costa Rica

Anexo 2.9
Gasto Público en Salud según Instituciones
-millones de dólares-

Año	INSTITUCIONES					TOTAL
	MINSA	CCSS	AYA	INS	UCR	
1991	37	282	31	24	5	378
1992	38	309	39	26	6	418
1993	39	366	46	35	6	493
1994	46	431	50	35	6	568
1995	53	468	53	44	6	625
1996	50	475	65	43	8	642
1997	52	496	79	41	9	676
1998	47	549	77	29	10	711
1999	45	610	70	21	9	756
2000	44	651	77	29	10	812
2001	45	720	68	34	10	876

Fuente: Banco Central de Costa Rica

Anexo 2.10
Gasto Público en Salud según Instituciones
-dólares por habitante-

Año	INSTITUCIONES					TOTAL
	MINSA	CCSS	AYA	INS	UCR	
1991	11,8	89,6	9,9	7,5	1,6	120,3
1992	11,8	95,6	12,0	7,9	1,8	129,2
1993	11,8	110,1	13,8	10,6	1,9	148,2
1994	13,5	126,2	14,6	10,2	1,9	166,3
1995	15,2	133,6	15,3	12,4	1,8	178,3
1996	14,1	132,2	18,1	12,0	2,3	178,8
1997	14,0	134,6	21,6	11,1	2,4	183,8
1998	12,5	145,6	20,4	7,7	2,6	188,8
1999	11,8	158,3	18,1	5,6	2,4	196,1
2000	11,3	165,0	19,6	7,4	2,6	205,8
2001	11,0	178,5	17,0	8,5	2,4	217,5

Fuente: Banco Central de Costa Rica

Anexo 2.12

Gasto Público en Salud según Instituciones
-porcentajes del PIB-

Año	INSTITUCIONES					TOTAL
	MINSA	CCSS	AYA	INS	UCR	
1991	0,5	3,9	0,4	0,3	0,1	5,3
1992	0,4	3,6	0,5	0,3	0,1	4,9
1993	0,4	3,8	0,5	0,4	0,1	5,1
1994	0,4	4,1	0,5	0,3	0,1	5,4
1995	0,5	4,0	0,5	0,4	0,1	5,3
1996	0,4	4,0	0,6	0,4	0,1	5,4
1997	0,4	3,9	0,6	0,3	0,1	5,3
1998	0,3	3,9	0,5	0,2	0,1	5,0
1999	0,3	3,9	0,4	0,1	0,1	4,8
2000	0,3	4,1	0,5	0,2	0,1	5,1
2001	0,3	4,5	0,4	0,2	0,1	5,4

Fuente: Banco Central de Costa Rica

Anexo 2.11

Gasto Público en Salud según Instituciones en colones corrientes
-porcentajes de crecimiento interanual-

Año	INSTITUCIONES					TOTAL
	MINSA	CCSS	AYA	INS	UCR	
1992	-2,3	4,2	18,8	3,6	11,4	4,8
1993	-8,4	5,1	4,7	21,4	-3,5	4,7
1994	2,4	3,0	-4,5	-13,6	-12,3	0,9
1995	4,7	-2,0	-3,4	13,1	-8,0	-0,7
1996	-4,4	2,5	23,1	0,1	30,8	3,8
1997	3,6	5,5	23,2	-4,2	8,2	6,5
1998	-12,3	6,3	-7,2	-32,2	5,8	1,0
1999	-10,2	3,9	-14,9	-30,5	-12,7	-0,7
2000	-5,7	2,5	6,2	30,6	5,5	3,2
2001	-5,0	5,0	-15,7	11,5	-9,2	2,5
Promedio 1991-2001	-4,3	4,0	2,3	-2,3	0,9	2,9

Fuente: Banco Central de Costa Rica

ANEXO III

MANUAL DE CUENTAS, PARA LA CONFECCIÓN DE LAS MATRICES DE FINANCIAMIENTO Y GASTO DEL SECTOR SALUD

MANUAL DE CUENTAS, PARA LA CONFECCIÓN DE LAS MATRICES DE FINANCIAMIENTO Y GASTO DEL SECTOR SALUD.
(Versión preliminar)

Esta es una versión preliminar del Manual de Cuentas, cuyo objetivo es servir de guía metodológica para la confección de las matrices, que aparecen en el documento sobre Gasto y Financiamiento en el Sector Salud costarricense. En el manual se recurre normalmente a citar como fuente la Estructura Presupuestaria de la C.C.S.S. lo que quiere dar a entender la existencia de una actividad homónima en tal estructura; así como al mencionar los Estados Financieros, o Registros Contables, se da a entender que hay cuentas por conceptos similares dentro de tales documentos.

En función de la existencia de múltiples tipos de registros dentro de la Seguridad Social, que funcionan como fuente de información, se utiliza como primera fuente los Registros contables, una vez agotada la información que estos brindan se recurre a la estructura presupuestaria, y finalmente a los Registros de Costos Hospitalarios.

En la mayoría de las demás instituciones públicas se cuenta con información brindada por estas, ya sea mediante informantes internos, o utilizando la información que estos entes remiten al Banco Central. En el caso del Ministerio de Salud, se conoce la estructura programática, de donde se extrae la información de las distintas matrices, en cambio en el I.N.S. las fuentes últimas son manejadas por los informantes internos, por lo que solo se recurre a citar la existencia de la cuenta en el I.N.S..

Además dentro del Sector Privado se cita la existencia, pues este fue estimado con información del Banco Central de Costa Rica, cuya metodología, es manejada por los informantes de esta entidad.

Dentro del manual, se definen las distintas cuentas, así como se mencionan las fuentes de información de manera acorde con la antes realizada. Tanto para las funciones propias del Sector como a las funciones relacionadas con este.

AS.1. Servicios Ambulatorios

AS.1.1. Atención Integral de la Salud (Consulta Externa)

Atención diferenciada e integral a los distintos grupos etáreos de la población en todas las etapas de su desarrollo y de su vida, mediante acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación. Deberá incluir todas las acciones en torno a la atención de la morbilidad prevalente de cada grupo etáreo.

Para su estimación dentro de la C.C.S.S se utiliza la estructura presupuestaria, para el I.N.S. se utilizan los registros particulares de la entidad, en lo correspondiente a Seguros de Servicios Médicos, así como en el caso de los entes privados.

AS.1.2. Consulta Externa

Atención ambulatoria, con objeto de diagnóstico, curación o control, de distintas enfermedades, que se realiza sin necesidad del ingreso del paciente. Puede ser recuperada dentro del I.N.S. o en el Sector Privado.

AS.1.3. Consulta de Urgencias

Es aquella atención inmediata que se le brinda a una persona en cualquier momento de las 24 horas del día, por justificarlo así su aparente grave estado de salud.

Dentro de la C.C.S.S. se estima utilizando nuevamente la estructura presupuestaria; mientras en el caso de los seguros obligatorios del I.N.S. se estima mediante las atenciones compradas a la C.C.S.S.; mientras en los seguros voluntarios no puede separarse de otras formas de servicios ambulatorios incluidos en Consulta Médica General.

AS.1.4. Consultas Especializadas

Atención ambulatoria brindada por un médico especialista

La estructura presupuestaria de la C.C.S.S. brinda la información pertinente, así como en el I.N.S. se reconocen dentro de los Gastos.

AS.2. Servicios de Hospitalización

AS.2.1 Hospitalización General

Atención a personas hospitalizadas, según la capacidad instalada del respectivo servicio, y que genera para efectos de la atención hospitalaria, un egreso.

En el caso de la C.C.S.S la estimación se obtiene a partir de la estructura presupuestaria, mientras en el del I.N.S responde a la suma de Procedimientos y Cirugías junto con Gastos por hospitalización, al igual que en el sector privado.

AS.2.2. Hospitalización de Día

Actividad típica de atención hospitalaria desarrollada en el domicilio del paciente con el persona del hospital. Incluye, además, la atención durante el día en el centro hospitalario de pacientes que no ameritan ingreso

Es exclusiva de la C.C.S.S para el país, obtenida también de la Estructura Presupuestaria.

AS.2.3 Procedimientos mayores ambulatorios

Aquellos procedimientos médicos de diagnóstico o tratamiento que refieren equipo de alta tecnología y personal altamente especializado. Es únicamente lo realizado a pacientes ambulatorios ya que los procedimientos efectuados a los hospitalizados se consideran parte de los egresos hospitalarios

Se produce tanto en la C.C.S.S. (estructura presupuestaria), como en el Sector Privado, dentro de los hospitales, y bajo compra por parte de la misma C.C.S.S.

AS.2.4. Cirugía Mayor Ambulatoria

Procedimiento quirúrgico programado que forma parte de un programa establecido y que implica un ingreso y egreso hospitalario de menos de 24 horas, de acuerdo con la normativa institucional vigente.

Su obtención es similar a la de AS.2.3.

AS.3. Servicios de Atención de rehabilitación

AS.3.1. Atención Hospitalaria de Rehabilitación

Comprende los servicios médicos y paramédicos prestados a pacientes hospitalizados durante un episodio de atención de rehabilitación a paciente ingresado

Se realiza dentro de la C.C.S.S. a través del CENARE, por lo que se extrae del presupuesto de esta institución, así como dentro de una institución pública menor como el CENADRO, donde se utiliza como fuente sus registros contables

AS.3.2. Atención ambulatoria de Rehabilitación

Comprende servicios médicos y paramédicos a pacientes del día durante un episodio de atención de rehabilitación

Se realiza dentro de la C.C.S.S. a través del CENARE, por lo que se extrae del presupuesto de esta institución, así como dentro de instituciones públicas menores como IAFA y Consejo de Rehabilitación, donde se utilizaron los Registros presentados al BCCR

AS.4. Servicios Auxiliares de atención a la salud

AS.4.1. Laboratorio Clínico

Cubre los servicios: orina, pruebas químicas y físicas, químicas sanguíneas, perfiles químicos automatizados de sangre, hematología, inmunología, heces, cultivos microbiológicos, exámenes microscópicos, citología especializada y patología de tejidos demás pruebas de laboratorio misceláneas

Se basa en los registros del área de costos de la C.C.S.S., y en las estimaciones del Sector Privado.

AS.4.2. Imágenes de Diagnóstico

Imágenes diagnósticas provistas a pacientes ambulatorios, y se estima de manera similar a AS.4.1

AS.4.3. Transporte de pacientes y rescate de emergencias

Transporte en vehículos especialmente equipados o en una ambulancia aérea designada para y desde establecimientos con el propósito de recibir casos de atención médica o quirúrgica. También incluye transporte en vehículos convencionales, tal como taxi, cuando son autorizados y reembolsados al paciente.

Se utiliza los registros contables de la C.C.S.S., así como la información de la Cruz Roja Costarricense, y los Seguros Voluntarios y Obligatorios que administra el I.N.S.

AS.4.4. Otros servicios auxiliares misceláneos

Los demás servicios misceláneos de apoyo ya atención a la salud. Suma el gasto que realiza INCIENSA en esterilización y limpieza de instrumentos.

AS.5. Producción de bienes y servicios intermedios

AS.5.1. Producción de bienes

Elaboración de productos intermedios que se utilizan en la prestación de servicios de salud, a través de la red de clínicas y hospitales, tales como medicamentos, sueros, reactivos, productos hemoderivados, anteojos y la confección de ropa.

Es exclusivo de la C.C.S.S. y se estima a partir de la Estructura Presupuestaria.

AS.5.2. Producción de servicios

Los servicios que presta la institución a la red de servicios de salud, en lavado de ropa y control de calidad de medicamentos e implementos médicos que constituyen un producto intermedio a los productos finales de consultas e ingresos. Se obtiene de manera similar AS.5.1

AS.6. Bienes médicos dispensados a pacientes ambulatorios

AS.6.1. Fármacos y otros no durables médicos

Productos farmacéuticos, como preparaciones medicinales, medicinas de marca y genéricos, drogas, medicinas patentadas, vacunas, sueros, vitaminas y minerales y contraceptivos orales.

AS.6.1.1. Medicinas prescritas

Medicinas vendidas exclusivamente a clientes con un comprobante médico, independientemente de si es cubierto por financiamiento público o privado e incluye productos de marca y genéricos.

Corresponde a medicinas otorgadas dentro del IAFA y Consejo de Rehabilitación, así como los medicamentos recetados dentro del Seguro de Salud, en base a los Estados Financieros.

AS.6.1.2 Medicinas sin prescripción

Gasto privado de los hogares para medicinas sin receta.

AS.6.1.3. Otros no durables médicos*

Una amplia variedad de artículos no durable médicos tales como vendas, medias elásticas, artículos para incontinencia, condones y otros aparatos mecánicos contraceptivos.

AS.6.2. Accesorios terapéuticos y otros durables médicos

AS.6.2.1. Lentes y otros productos para la visión

Lentes correctivos y lentes de contacto, al igual que los líquidos correspondientes para limpieza. También la adaptación de los lentes por el optometrista.

Se obtiene en base a la estructura presupuestaria de la C.C.S.S.

AS.6.2.2. Accesorios ortopédicos y otras prótesis

Aparatos ortopédicos y otras prótesis; zapatos ortopédicos, miembros artificiales y otros aparatos protésicos, abrazaderas ortopédicas, cinturones quirúrgicos, arneses y apoyos; y cuellos ortopédicos.

Basado en estados financieros de la C.C.S.S.

AS.6.2.3. Ayudas para audición

Este rubro contiene todo tipo de aparatos removibles para ayudas de audición (incluye limpieza, ajuste y baterías)

AS.6.2.4. Aparato técnico-médicos, incluyendo sillas de ruedas

Comprende una variedad de aparatos técnico-médicos tales como sillas de ruedas y carrozas para discapacitados.

AS.6.2.5. Otros durables médicos misceláneos

Productos no durables médicos misceláneos no clasificados en otros lugares.

AS.7. Servicios de Prevención y Salud Pública

AS.7.1. Prevención de enfermedades transferibles

Incluye el reportaje obligatorio y notificación de ciertas enfermedades transmisibles e investigaciones epidemiológicas de enfermedades transmisibles; esfuerzos para determinar los contactos posibles y orígenes de enfermedades; prevención y control de tuberculosis, programas de inmunización / vacunación; vacunaciones en el contexto de atenciones de maternidad y la niñez.

Se incluye el gasto del IAFA en programas de prevención de la drogadicción; y los Centros de Referencia, sobre enfermedades específicas que mantiene el INCIENSA.

AS.7.2. Vigilancia de la salud

Corresponde al Gasto que realiza el Ministerio de Salud en los programas de Atención a Personas, Dirección de Centros de Salud Transitorios y Vigilancia de la Salud.

AS.8. Administración de salud y seguros de salud

AS.8.1. Administración gubernamental general de salud

AS.8.1.1. Dirección y conducción

Corresponde al manejo administrativo de los servicios de salud, prestados por el estado incluyéndose la seguridad social, y tras instancias.

Es igual al Gasto realizado por el Ministerio de Salud en los programas de Dirección Superior y Administración General, y de Planificación de la Salud.

AS.8.1.2. Regulación

Control y auditoria de la prestación y manejo de los servicios, y demás componentes del sector salud, con el fin de garantizar la adecuada prestación al usuario final. Comprende los programas de Saneamiento Básico Rural, Normalización y Acreditación, Registros y controles y Vigilancia y Control del Ambiente Humano.

AS.8.2. Administración, Operación y apoyo fondos de seguridad social

Operación y administración de seguros sociales de salud; corresponde a los gastos administrativos del Seguro de Salud de la C.C.S.S y de los Seguros de Riesgos Médicos, Riesgos del Trabajo y Obligatorio de Automóviles del I.N.S.

AS.8.3. Administración de salud y seguros de salud: privados

AS.8.3.1. Administración de salud y seguros de salud: seguros sociales

Operación y administración de seguros privados sociales de salud, definidos como: intermediarios financieros contribuciones sociales y en menor grado por las transferencias corrientes de fondos para la atención a la salud, financiados por fuera de las contribuciones a la Seguridad Social.

AS.8.3.2 Administración de salud y seguros de salud: otros privados

Administración y operación de los seguros privados de salud y accidente con fines de lucro

FUNCIONES RELACIONADAS CON LA SALUD

AS.R.1. Formación de capital de instituciones proveedoras de salud

La formación bruta de capital de las instituciones nacionales proveedoras de salud. Consiste en la estimación del gasto e capital del Seguro de Salud, utilizando la misma metodología de cálculo del Banco Central; así como la compra de nuevos activos fijos por parte de instituciones menores, como también las edificaciones y mejoras de edificios.

AS.R.2. Educación y entrenamiento de personal de Salud

Provisión por el gobierno y entidades privadas de educación y entrenamiento del personal de salud, incluyendo la administración, inspección y apoyo de instituciones proveedoras de educación y entrenamiento del personal en salud. Comprende a educación post-secundaria y terciaria en los campos en salud, por gobiernos centrales y locales e instituciones privadas tales como escuelas de enfermería operadas por hospitales privados

Se obtiene a partir de la Estructura Presupuestaria de la C.C.S.S. comprendiendo principalmente al CENDEISS, así como los gastos en facultades y oficinas relacionados con salud dentro de la UCR, sin dejar de lado algunas sumas giradas por instituciones menores (llámese Consejo de rehabilitación)

AS.R.3. Investigación y desarrollo en salud

Programas de investigación y desarrollo dirigidos a la protección y mejoramiento de la salud humana. Esto incluye la Investigación y desarrollo sobre higiene de alimentos y nutrición, además la investigación y desarrollo sobre la radiación para propósitos médicos, ingeniería bioquímica, información médica, la racionalización de tratamiento y farmacología (incluyendo pruebas de medicinas y la crianza de animales de laboratorio para propósitos científicos) al igual que investigación relacionada con epidemiología, prevención de enfermedades industriales y la drogadicción.

Corresponde al gasto en investigación dentro del INCIENSA, (Unidades de investigación y CIC) así como el gasto del Instituto Costarricense contra el Cáncer; añadiendo el proveniente de la C.C.S.S. obtenido a través de la Estructura Presupuestaria.

AS.R.4. Control de alimentos, higiene y agua para consumo

La variedad de actividades de salud pública que son parte de otras actividades públicas, tales como inspección y regulación de varas industrias, incluyendo la empresa que controla el agua potable.

AS.R.5. Salud ambiental

Actividades de monitoreo del ambiente y control ambiental con un enfoque especial de la salud pública

AS.R.6. Administración y provisión de servicios sociales en especie para asistir la vida a personas enfermas o con discapacidad (o en riesgo social)

Servicios sociales (no médicos) en especie brindados a pacientes con problemas de salud y limitaciones funcionales o impedimentos, donde el fin principal es la rehabilitación o reintegración social o vocacional.

Correspondiente al gasto en CEN-CINAI`s realizado por el Ministerio de Salud, como un programa.

AS.R .7. Administración y provisión de beneficios relacionados con la salud en efectivo

Administración y provisión de beneficios relacionados con la salud en dinero efectivo por programas de protección social en la forma de transferencias otorgadas a personas y hogares. Incluidos los servicios de administración y regulación de estos programas.

Comprende al pago de subsidios a personas realizado por el Consejo Nacional de Rehabilitación, así como el pago de incapacidades por parte de la C.C.S.S. y el I.N.S. en sus seguros solidarios.

ANEXO IV

Costa Rica:

Matrices estimadas del Sistema Nacional de Cuentas de Salud

ANEXO 4.1

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
CLASIFICACION FUNCIONAL DE LA ATENCION A LA SALUD (CICS-AS)
PARA EL AÑO 2001
(En millones de colones)

CONCEPTO	MONTO TOTAL	HOSPITALES	AREAS DE SALUD	ADMIN. Y APOYO	SECTOR PRIVADO	EXTERIOR
AS.1 Servicios Ambulatorios	65.651,8	19.222,6	42.378,4		4.050,8	
AS.1.1 Atención Integral de la Salud (Consulta Externa)	49.928,8	5.638,0	40.240,0		4.050,8	
AS.1.2 Consulta Externa						
AS.1.3 Consultas de Urgencias	8.939,0	8.194,9	744,1			
AS.1.4 Consultas Especializada	6.784,0	5.389,8	1.394,3			
AS.2 Servicios de Hospitalización	99.329,3	95.885,6			3.254,9	188,8
AS.2.1 Hospitalización general	91.549,1	91.360,3				188,8
AS.2.2 Hospitalización de día	68,7	68,7				
AS.2.3 Procedimientos Mayores Ambulatorios	4.116,1	2.352,0			1.764,1	
AS.2.4 Cirugía Mayor Ambulatoria	3.595,4	2.104,6			1.490,8	
AS.3 Servicios de Atención de Rehabilitación	740,4	740,4				
AS.3.1 Atención Hospitalaria de Rehabilitación	320,4	320,4				
AS.3.2 Atención Ambulatoria de Rehabilitación	420,0	420,0				
AS.4 Servicios Auxiliares de atención a la salud	18.954,3	12.457,9	6.491,2		5,3	
AS.4.1 Laboratorio Clínico	10.912,6	6.547,5	4.365,0			
AS.4.2 Imágenes de diagnóstico	5.783,8	4.622,8	1.155,7		5,3	
AS.4.3 Transporte de pacientes y rescate de emergencia	2.258,0	1.287,6	970,4			
AS.4.4 Otros servicios auxiliares misceláneos						
AS.5 Producción de bienes y servicios intermedios	2.433,5			2.433,5		
AS.5.1 Producción de bienes	1.475,5			1.475,5		
AS.5.2 Producción de servicios	958,0			958,0		
AS.6 Bienes médicos dispensados a pacientes ambulatorios	21.680,4	15.724,3	5.909,9	46,1		
AS.6.1 Fármacos y otros no durables médicos	20.958,0	15.113,9	5.798,0	46,1		
AS.6.1.1 Medicinas prescritas	20.958,0	15.113,9	5.798,0	46,1		
AS.6.1.2 Medicinas sin prescripción						
AS.6.1.3 Otros no durables médicos						
AS.6.2 Accesorios terapéuticos y otros no durables médicos	722,4	610,4	111,9			
AS.6.2.1 Lentes y otros productos para la visión	0,4	0,4				
AS.6.2.2 Accesorios ortopédicos y otras prótesis	721,9	610,0	111,9			
AS.6.2.3 Ayudas para audición						
AS.6.2.4 Aparatos técnico-médicos, incluyendo sillas de ruedas						
AS.6.2.5 Otros durables médicos misceláneos						
AS.7 Servicios de Prevención y Salud Pública						
AS.7.1 Prevención de enfermedades transmisibles						
AS.7.2 Vigilancia de la salud						
AS.8 Administración de la salud y seguros de salud	27.848,2			27.848,2		
AS.8.1 Administración gubernamental general de salud						
AS.8.1.1 Dirección y conducción						
AS.8.1.2 Regulación						
AS.8.2 Administración, Operación y apoyo fondos de seguridad social	27.848,2			27.848,2		
AS.8.3 Administración de salud y seguros de salud: privados						
AS.8.3.1 Administración de salud y seguros de salud: privados						
AS.8.3.2 Administración de salud y seguros de salud: otros privados						
FUNCIONES RELACIONADAS CON LA SALUD						
AS.R.1 Formulación de capital de instituc. proveedoras de salud	12.518,4	1.510,1	974,5	10.033,8		
AS.R.2 Educación y adiestramiento de personal de salud	1.001,2	7,8	0,2	993,3		
AS.R.3 Investigación y desarrollo en salud	1.548,6	9,1		1.539,5		
AS.R.4 Control de alimentos, higiene y agua potable						
AS.R.5 Salud ambiental						
AS.R.6 Administración y provisión de servicios sociales en especie para asistir la vida a personas enfermas o con discapacidad						
AS.R.7 Adm.y provisión de beneficios relacionados con la salud en dinero efectivo	11.628,9	6.836,8	3.983,3	808,9		
TOTAL	263.335,1	152.394,5	59.737,5	43.703,2	7.311,0	188,8

ANEXO 3.2

MINISTERIO DE SALUD

CLASIFICACION FUNCIONAL DE LA ATENCION A LA SALUD (CICS-AS)

PARA EL AÑO 2001

(En millones de colones)

CONCEPTO	MINISTERIO DE SALUD
AS.1 Servicios Ambulatorios	
AS.1.1 Atención Integral de la Salud (Consulta Externa)	
AS.1.2 Consulta Externa	
AS.1.3 Consultas de Urgencias	
AS.1.4 Consultas Especializada	
AS.2 Servicios de Hospitalización	
AS.2.1 Hospitalización general	
AS.2.2 Hospitalización de día	
AS.2.3 Procedimientos Mayores Ambulatorios	
AS.2.4 Cirugía Mayor Ambulatoria	
AS.3 Servicios de Atención de Rehabilitación	
AS.3.1 Atención Hospitalaria de Rehabilitación	
AS.3.2 Atención Ambulatoria de Rehabilitación	
AS.4 Servicios Auxiliares de atención a la salud	
AS.4.1 Laboratorio Clínico	
AS.4.2 Imágenes de diagnóstico	
AS.4.3 Transporte de pacientes y rescate de emergencia	
AS.4.4 Otros servicios auxiliares misceláneos	
AS.5 Producción de bienes y servicios intermedios	
AS.5.1 Producción de bienes	
AS.5.2 Producción de servicios	
AS.6 Bienes médicos dispensados a pacientes ambulatorios	
AS.6.1 Fármacos y otros no durables médicos	
AS.6.1.1 Medicinas prescritas	
AS.6.1.2 Medicinas sin prescripción	
AS.6.1.3 Otros no durables médicos	
AS.6.2 Accesorios terapéuticos y otros no durables médicos	
AS.6.2.1 Lentes y otros productos para la visión	
AS.6.2.2 Accesorios ortopédicos y otras prótesis	
AS.6.2.3 Ayudas para audición	
AS.6.2.4 Aparatos técnico-médicos, incluyendo sillas de ruedas	
AS.6.2.5 Otros durables médicos misceláneos	
AS.7 Servicios de Prevención y Salud Pública	4.872,1
AS.7.1 Prevención de enfermedades transmisibles	
AS.7.2 Vigilancia de la salud	4.872,1
AS.8 Administración de la salud y seguros de salud	3.899,4
AS.8.1 Administración gubernamental general de salud	3.899,4
AS.8.1.1 Dirección y conducción	2.823,1
AS.8.1.2 Regulación	1.076,4
AS.8.2 Administración, Operación y apoyo fondos de seguridad social	
AS.8.3 Administración de salud y seguros de salud: privados	
AS.8.3.1 Administración de salud y seguros de salud: privados	
AS.8.3.2 Administración de salud y seguros de salud: otros privados	
FUNCIONES RELACIONADAS CON LA SALUD	
AS.R.1 Formulación de capital de instituc. proveedoras de salud	
AS.R.2 Educación y adiestramiento de personal de salud	
AS.R.3 Investigación y desarrollo en salud	
AS.R.4 Control de alimentos, higiene y agua potable	
AS.R.5 Salud ambiental	
AS.R.6 Administración y provisión de servicios sociales en especie para asistir la vida a personas enfermas o con discapacidad	6.301,6
AS.R.7 Adm.y provisión de beneficios relacionados con la salud en dinero efectivo	
TOTAL	15.073,2

ANEXO 3.3
UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
CLASIFICACION FUNCIONAL DE LA ATENCION A LA SALUD (CICS-AS)
PARA EL AÑO 2001
(En millones de colones)

CONCEPTO	UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
AS.1 Servicios Ambulatorios	
AS.1.1 Atención Integral de la Salud (Consulta Externa)	
AS.1.2 Consulta Externa	
AS.1.3 Consultas de Urgencias	
AS.1.4 Consultas Especializada	
AS.2 Servicios de Hospitalización	
AS.2.1 Hospitalización general	
AS.2.2 Hospitalización de día	
AS.2.3 Procedimientos Mayores Ambulatorios	
AS.2.4 Cirugía Mayor Ambulatoria	
AS.3 Servicios de Atención de Rehabilitación	
AS.3.1 Atención Hospitalaria de Rehabilitación	
AS.3.2 Atención Ambulatoria de Rehabilitación	
AS.4 Servicios Auxiliares de atención a la salud	
AS.4.1 Laboratorio Clínico	
AS.4.2 Imágenes de diagnóstico	
AS.4.3 Transporte de pacientes y rescate de emergencia	
AS.4.4 Otros servicios auxiliares misceláneos	
AS.5 Producción de bienes y servicios intermedios	
AS.5.1 Producción de bienes	
AS.5.2 Producción de servicios	
AS.6 Bienes médicos dispensados a pacientes ambulatorios	
AS.6.1 Fármacos y otros no durables médicos	
AS.6.1.1 Medicinas prescritas	
AS.6.1.2 Medicinas sin prescripción	
AS.6.1.3 Otros no durables médicos	
AS.6.2 Accesorios terapéuticos y otros no durables médicos	
AS.6.2.1 Lentes y otros productos para la visión	
AS.6.2.2 Accesorios ortopédicos y otras prótesis	
AS.6.2.3 Ayudas para audición	
AS.6.2.4 Aparatos técnico-médicos, incluyendo sillas de ruedas	
AS.6.2.5 Otros durables médicos misceláneos	
AS.7 Servicios de Prevención y Salud Pública	
AS.7.1 Prevención de enfermedades transmisibles	
AS.7.2 Vigilancia de la salud	
AS.8 Administración de la salud y seguros de salud	
AS.8.1 Administración gubernamental general de salud	
AS.8.1.1 Dirección y conducción	
AS.8.1.2 Regulación	
AS.8.2 Administración, Operación y apoyo fondos de seguridad social	
AS.8.3 Administración de salud y seguros de salud: privados	
AS.8.3.1 Administración de salud y seguros de salud: privados	
AS.8.3.2 Administración de salud y seguros de salud: otros privados	
FUNCIONES RELACIONADAS CON LA SALUD	
AS.R.1 Formulación de capital de instituc. proveedoras de salud	
AS.R.2 Educación y adiestramiento de personal de salud	3.181,8
AS.R.3 Investigación y desarrollo en salud	
AS.R.4 Control de alimentos, higiene y agua potable	
AS.R.5 Salud ambiental	
AS.R.6 Administración y provisión de servicios sociales en especie para asistir la vida a personas enfermas o con discapacidad	
AS.R.7 Adm.y provisión de beneficios relacionados con la salud en dinero efectivo	
TOTAL	3.181,8

Análisis Sectorial de Salud – Costa Rica 2002

ANEXO 4.4

SEGUROS COMERCIALES DEL INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS
CLASIFICACION FUNCIONAL DE LA ATENCION A LA SALUD (CICS-AS)
PARA EL AÑO 2001
(En millones de colones)

CONCEPTO	MONTO TOTAL	Hospitales, Clínicas y Consultorios Privados	Laboratorios Privados	Farmacias Privadas	Centro de diagnóstico privado	Otros proveedores privados	INS
AS.1 Servicios Ambulatorios	296,5	296,5					
AS.1.1 Atención Integral de la Salud (Consulta Externa)							
AS.1.2 Consulta Externa	72,6	72,6					
AS.1.3 Consultas de Urgencias							
AS.1.4 Consultas Especializada	223,9	223,9					
AS.2 Servicios de Hospitalización	577,1	577,1					
AS.2.1 Hospitalización general	577,1	577,1					
AS.2.2 Hospitalización de día							
AS.2.3 Procedimientos Mayores Ambulatorios							
AS.2.4 Cirugía Mayor Ambulatoria							
AS.3 Servicios de Atención de Rehabilitación	8,4	8,4					
AS.3.1 Atención Hospitalaria de Rehabilitación							
AS.3.2 Atención Ambulatoria de Rehabilitación	8,4	8,4					
AS.4 Servicios Auxiliares de atención a la salud	172,1		67,5		104,3	0,3	
AS.4.1 Laboratorio Clínico	67,5		67,5				
AS.4.2 Imágenes de diagnóstico	104,3				104,3		
AS.4.3 Transporte de pacientes y rescate de emergencia	0,3					0,3	
AS.4.4 Otros servicios auxiliares misceláneos							
AS.5 Producción de bienes y servicios intermedios							
AS.5.1 Producción de bienes							
AS.5.2 Producción de servicios							
AS.6 Bienes médicos dispensados a pacientes ambulatorios	335,2			335,2			
AS.6.1 Fármacos y otros no durables médicos	335,2			335,2			
AS.6.1.1 Medicinas prescritas							
AS.6.1.2 Medicinas sin prescripción	335,2			335,2			
AS.6.1.3 Otros no durables médicos							
AS.6.2 Accesorios terapéuticos y otros no durables médicos							
AS.6.2.1 Lentes y otros productos para la visión							
AS.6.2.2 Accesorios ortopédicos y otras prótesis							
AS.6.2.3 Ayudas para audición							
AS.6.2.4 Aparatos técnico-médicos, incluyendo sillas de ruedas							
AS.6.2.5 Otros durables médicos misceláneos							
AS.7 Servicios de Prevención y Salud Pública							
AS.7.1 Prevención de enfermedades transmisibles							
AS.7.2 Vigilancia de la salud							
AS.8 Administración de la salud y seguros de salud	181,4						181,4
AS.8.1 Administración gubernamental general de salud							
AS.8.1.1 Dirección y conducción							
AS.8.1.2 Regulación							
AS.8.2 Administración, Operación y apoyo fondos de seguridad social							
AS.8.3 Administración de salud y seguros de salud: privados	181,4						181,4
AS.8.3.1 Administración de salud y seguros de salud: privados	181,4						181,4
AS.8.3.2 Administración de salud y seguros de salud: otros privados							
FUNCIONES RELACIONADAS CON LA SALUD							
AS.R.1 Formulación de capital de instituc. proveedoras de salud							
AS.R.2 Educación y adiestramiento de personal de salud							
AS.R.3 Investigación y desarrollo en salud							
AS.R.4 Control de alimentos, higiene y agua potable							
AS.R.5 Salud ambiental							
AS.R.6 Administración y provisión de servicios sociales en especie para asistir la vida a personas enfermas o con discapacidad							
AS.R.7 Adm.y provisión de beneficios relacionados con la salud en dinero efectivo							
TOTAL	1.570,7	882,0	67,5	335,2	104,3	0,3	181,4

ANEXO 4.5
 SEGUROS COMERCIALES DEL INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS
 CLASIFICACION FUNCIONAL DE LA ATENCION A LA SALUD (CICS-AS)
 PARA EL AÑO 2001
 (En millones de colones)

CONCEPTO	MONTO TOTAL	Hospitales, Clínicas y Consultorios Privados	Laboratorios Privados	Farmacias Privadas	Centro de diagnóstico privado	Otros proveedores privados	INS-SALUD	CCSS
AS.1 Servicios Ambulatorios	5,413,6	455,1				8,4	3,184,4	1,765,7
AS.1.1 Atención Integral de la Salud (Consulta Externa)								
AS.1.2 Consulta Externa	3,184,4						3,184,4	
AS.1.3 Consultas de Urgencias	1,765,7							1,765,7
AS.1.4 Consultas Especializada	463,5	455,1				8,4		
AS.2 Servicios de Hospitalización	1,955,6	1,944,0						
AS.2.1 Hospitalización general	1,955,6	1,944,0						
AS.2.2 Hospitalización de día								
AS.2.3 Procedimientos Mayores Ambulatorios								
AS.2.4 Cirugía Mayor Ambulatoria								
AS.3 Servicios de Atención de Rehabilitación								
AS.3.1 Atención Hospitalaria de Rehabilitación								
AS.3.2 Atención Ambulatoria de Rehabilitación								
AS.4 Servicios Auxiliares de atención a la salud	1,513,2		152,3		499,4	861,6		
AS.4.1 Laboratorio Clínico	152,3		152,3					
AS.4.2 Imágenes de diagnóstico	499,4				499,4			
AS.4.3 Transporte de pacientes y rescate de emergencia	861,6					861,6		
AS.4.4 Otros servicios auxiliares misceláneos								
AS.5 Producción de bienes y servicios intermedios								
AS.5.1 Producción de bienes								
AS.5.2 Producción de servicios								
AS.6 Bienes médicos dispensados a pacientes ambulatorios	704,8			581,5		123,3		
AS.6.1 Fármacos y otros no durables médicos	581,5			581,5				
AS.6.1.1 Medicinas prescritas								
AS.6.1.2 Medicinas sin prescripción	581,5			581,5				
AS.6.1.3 Otros no durables médicos								
AS.6.2 Accesorios terapéuticos y otros no durables médicos	123,3					123,3		
AS.6.2.1 Lentes y otros productos para la visión								
AS.6.2.2 Accesorios ortopédicos y otras prótesis	123,3					123,3		
AS.6.2.3 Ayudas para audición								
AS.6.2.4 Aparatos técnico-médicos, incluyendo sillas de ruedas								
AS.6.2.5 Otros durables médicos misceláneos								
AS.7 Servicios de Prevención y Salud Pública								
AS.7.1 Prevención de enfermedades transmisibles								
AS.7.2 Vigilancia de la salud								
AS.8 Administración de la salud y seguros de salud	1,196,0							
AS.8.1 Administración gubernamental general de salud								
AS.8.1.1 Dirección y conducción								
AS.8.1.2 Regulación								
AS.8.2 Administración, Operación y apoyo fondos de seguridad social								
AS.8.3 Administración de salud y seguros de salud: privados	1,196,0							
AS.8.3.1 Administración de salud y seguros de salud: privados	1,196,0							
AS.8.3.2 Administración de salud y seguros de salud: otros privados								
FUNCIONES RELACIONADAS CON LA SALUD								
AS.R.1 Formulación de capital de instituc. proveedoras de salud								
AS.R.2 Educación y adiestramiento de personal de salud								
AS.R.3 Investigación y desarrollo en salud								
AS.R.4 Control de alimentos, higiene y agua potable								
AS.R.5 Salud ambiental								
AS.R.6 Administración y provisión de servicios sociales en especie para asistir la vida a personas enfermas o con discapacidad								
AS.R.7 Adm.y provisión de beneficios relacionados con la salud en dinero efectivo	6,482,6							
TOTAL	17,265,8	2,399,1	152,3	581,5	499,4	993,2	3,184,4	1,765,7

ANEXO 4.6

HOSPITALES PRIVADOS

CLASIFICACION FUNCIONAL DE LA ATENCION A LA SALUD (CICS-AS)

PARA EL AÑO 2001

(En millones de colones)

CONCEPTO	MONTO TOTAL	HOSPITALES	Laboratorios Privados	Farmacias Privadas
AS.1 Servicios Ambulatorios	1.083,2	1.083,2		
AS.1.1 Atención Integral de la Salud (Consulta Externa)				
AS.1.2 Consulta Externa	78,2	78,2		
AS.1.3 Consultas de Urgencias	755,4	755,4		
AS.1.4 Consultas Especializada	249,6	249,6		
AS.2 Servicios de Hospitalización	4.088,2	4.088,2		
AS.2.1 Hospitalización general	3.888,0	3.888,0		
AS.2.2 Hospitalización de día				
AS.2.3 Procedimientos Mayores Ambulatorios	200,2	200,2		
AS.2.4 Cirugía Mayor Ambulatoria				
AS.3 Servicios de Atención de Rehabilitación				
AS.3.1 Atención Hospitalaria de Rehabilitación				
AS.3.2 Atención Ambulatoria de Rehabilitación				
AS.4 Servicios Auxiliares de atención a la salud	2.024,5		2.024,5	
AS.4.1 Laboratorio Clínico				
AS.4.2 Imágenes de diagnóstico	900,5		900,5	
AS.4.3 Transporte de pacientes y rescate de emergencia	1.123,9		1.123,9	
AS.4.4 Otros servicios auxiliares misceláneos				
AS.5 Producción de bienes y servicios intermedios				
AS.5.1 Producción de bienes				
AS.5.2 Producción de servicios				
AS.6 Bienes médicos dispensados a pacientes ambulatorios	3.592,1			3.592,1
AS.6.1 Fármacos y otros no durables médicos	3.592,1			3.592,1
AS.6.1.1 Medicinas prescritas				
AS.6.1.2 Medicinas sin prescripción	3.592,1			3.592,1
AS.6.1.3 Otros no durables médicos				
AS.6.2 Accesorios terapéuticos y otros no durables médicos				
AS.6.2.1 Lentes y otros productos para la visión				
AS.6.2.2 Accesorios ortopédicos y otras prótesis				
AS.6.2.3 Ayudas para audición				
AS.6.2.4 Aparatos técnico-médicos, incluyendo sillas de ruedas				
AS.6.2.5 Otros durables médicos misceláneos				
AS.7 Servicios de Prevención y Salud Pública				
AS.7.1 Prevención de enfermedades transmisibles				
AS.7.2 Vigilancia de la salud				
AS.8 Administración de la salud y seguros de salud				
AS.8.1 Administración gubernamental general de salud				
AS.8.1.1 Dirección y conducción				
AS.8.1.2 Regulación				
AS.8.2 Administración, Operación y apoyo fondos de seguridad social				
AS.8.3 Administración de salud y seguros de salud: privados				
AS.8.3.1 Administración de salud y seguros de salud: privados				
AS.8.3.2 Administración de salud y seguros de salud: otros privados				
FUNCIONES RELACIONADAS CON LA SALUD				
AS.R.1 Formulación de capital de instituc. proveedoras de salud				
AS.R.2 Educación y adiestramiento de personal de salud				
AS.R.3 Investigación y desarrollo en salud				
AS.R.4 Control de alimentos, higiene y agua potable				
AS.R.5 Salud ambiental				
AS.R.6 Administración y provisión de servicios sociales en especie para asistir la vida a personas enfermas o con discapacidad				
AS.R.7 Adm.y provisión de beneficios relacionados con la salud en dinero efectivo				
TOTAL	10.788,0	5.171,4	2.024,5	3.592,1

ANEXO 4.7

CLÍNICAS Y CONSULTORIOS PRIVADOS

CLASIFICACION FUNCIONAL DE LA ATENCION A LA SALUD (CICS-AS)

PARA EL AÑO 2001

(En millones de colones)

CONCEPTO	MONTO TOTAL	Clínicas y consultorios privados	Laboratorios Privados	Farmacias Privadas
AS.1 Servicios Ambulatorios	49.391,0	49.391,0		
AS.1.1 Atención Integral de la Salud (Consulta Externa)				
AS.1.2 Consulta Externa	12.180,0	12.180,0		
AS.1.3 Consultas de Urgencias	1.406,0	1.406,0		
AS.1.4 Consultas Especializada	35.805,0	35.805,0		
AS.2 Servicios de Hospitalización				
AS.2.1 Hospitalización general				
AS.2.2 Hospitalización de día				
AS.2.3 Procedimientos Mayores Ambulatorios				
AS.2.4 Cirugía Mayor Ambulatoria				
AS.3 Servicios de Atención de Rehabilitación				
AS.3.1 Atención Hospitalaria de Rehabilitación				
AS.3.2 Atención Ambulatoria de Rehabilitación				
AS.4 Servicios Auxiliares de atención a la salud	6.602,0		6.602,0	
AS.4.1 Laboratorio Clínico				
AS.4.2 Imágenes de diagnóstico	6.602,0		6.602,0	
AS.4.3 Transporte de pacientes y rescate de emergencia				
AS.4.4 Otros servicios auxiliares misceláneos				
AS.5 Producción de bienes y servicios intermedios				
AS.5.1 Producción de bienes				
AS.5.2 Producción de servicios				
AS.6 Bienes médicos dispensados a pacientes ambulatorios	34.970,8			34.970,8
AS.6.1 Fármacos y otros no durables médicos	34.970,8			34.970,8
AS.6.1.1 Medicinas prescritas				
AS.6.1.2 Medicinas sin prescripción				
AS.6.1.3 Otros no durables médicos	34.970,8			34.970,8
AS.6.2 Accesorios terapéuticos y otros no durables médicos				
AS.6.2.1 Lentes y otros productos para la visión				
AS.6.2.2 Accesorios ortopédicos y otras prótesis				
AS.6.2.3 Ayudas para audición				
AS.6.2.4 Aparatos técnico-médicos, incluyendo sillas de ruedas				
AS.6.2.5 Otros durables médicos misceláneos				
AS.7 Servicios de Prevención y Salud Pública				
AS.7.1 Prevención de enfermedades transmisibles				
AS.7.2 Vigilancia de la salud				
AS.8 Administración de la salud y seguros de salud				
AS.8.1 Administración gubernamental general de salud				
AS.8.1.1 Dirección y conducción				
AS.8.1.2 Regulación				
AS.8.2 Administración, Operación y apoyo fondos de seguridad social				
AS.8.3 Administración de salud y seguros de salud: privados				
AS.8.3.1 Administración de salud y seguros de salud: privados				
AS.8.3.2 Administración de salud y seguros de salud: otros privados				
FUNCIONES RELACIONADAS CON LA SALUD				
AS.R.1 Formulación de capital de instituc. proveedoras de salud				
AS.R.2 Educación y adiestramiento de personal de salud				
AS.R.3 Investigación y desarrollo en salud				
AS.R.4 Control de alimentos, higiene y agua potable				
AS.R.5 Salud ambiental				
AS.R.6 Administración y provisión de servicios sociales en especie para asistir la vida a personas enfermas o con discapacidad				
AS.R.7 Adm.y provisión de beneficios relacionados con la salud en dinero efectivo				
TOTAL	90.963,8	49.391,0	6.602,0	34.970,8

Análisis Sectorial de Salud – Costa Rica 2002

ANEXO 4.8

PRODUCCIÓN PÚBLICA

CLASIFICACION FUNCIONAL DE LA ATENCION A LA SALUD (CICS-AS)

PARA EL AÑO 2001

(En millones de colones)

CONCEPTO	GOBIERNO			TOTAL GOBIERNO	CCSSS			TOTAL CCSS	INS-SALUD	MONTO TOTAL
	MINISTERIO DE SALUD	UNIVERSIDAD DE COSTA RICA	OTRAS INSTITUCIONES MENORES		HOSPITALES	AREAS DE SALUD	APOYO			
AS.1 Servicios Ambulatorios					19.222,6	42.378,4		61.601,0	2.227,0	63.828,0
AS.1.1 Atención Integral de la Salud (Consulta Externa)					5.638,0	40.240,0		45.878,0		45.878,0
AS.1.2 Consulta Externa									2.227,0	2.227,0
AS.1.3 Consultas de Urgencias					8.194,9	744,1		8.939,0		8.939,0
AS.1.4 Consultas Especializada					5.389,3	1.394,3		6.784,0		6.784,0
AS.2 Servicios de Hospitalización					95.885,6			95.885,6	954,4	96.840,0
AS.2.1 Hospitalización general					91.360,3			91.360,3	954,4	92.314,8
AS.2.2 Hospitalización de día					68,7			68,7		68,7
AS.2.3 Procedimientos Mayores Ambulatorios					2.352,0			2.352,0		2.352,0
AS.2.4 Cirugía Mayor Ambulatoria					2.104,6			2.104,6		2.104,6
AS.3 Servicios de Atención de Rehabilitación			1.577,0	1.577,0	740,4			740,4		2.317,4
AS.3.1 Atención Hospitalaria de Rehabilitación			283,9	283,9	320,4			320,4		604,3
AS.3.2 Atención Ambulatoria de Rehabilitación			1.293,1	1.293,1	420,0			420,0		1.713,1
AS.4 Servicios Auxiliares de atención a la salud			16,0	16,0	12.457,9	6.491,2		18.949,0		18.965,0
AS.4.1 Laboratorio Clínico					6.547,5	4.365,0		10.912,6		10.912,6
AS.4.2 Imágenes de diagnóstico					4.622,3	1.155,7		5.778,5		5.778,5
AS.4.3 Transporte de pacientes y rescate de emergencia					1.287,6	970,4		2.258,0		2.258,0
AS.4.4 Otros servicios auxiliares misceláneos			16,0	16,0						16,0
AS.5 Producción de bienes y servicios intermedios							2.433,5	2.433,5		2.433,5
AS.5.1 Producción de bienes							1.475,5	1.475,5		1.475,5
AS.5.2 Producción de servicios							958,0	958,0		958,0
AS.6 Bienes médicos dispensados a pacientes ambulatorios			11,0	11,0	15.724,3	5.909,9	46,1	21.680,4		21.691,4
AS.6.1 Fármacos y otros no durables médicos			11,0	11,0	15.113,9	5.798,0	46,1	20.958,0		20.969,0
AS.6.1.1 Medicinas prescritas			11,0	11,0	15.113,9	5.798,0	46,1	20.958,0		20.969,0
AS.6.1.2 Medicinas sin prescripción										
AS.6.1.3 Otros no durables médicos										
AS.6.2 Accesorios terapéuticos y otros no durables médicos					610,4	111,9		722,4		722,4
AS.6.2.1 Lentes y otros productos para la visión					0,4			0,4		0,4
AS.6.2.2 Accesorios ortopédicos y otras prótesis					610,0	111,9		721,9		721,9
AS.6.2.3 Ayudas para audición										
AS.6.2.4 Aparatos técnico-médicos, incluyendo sillas de ruedas										
AS.6.2.5 Otros durables médicos misceláneos										
AS.7 Servicios de Prevención y Salud Pública	4.872,1		410,9	5.283,0						5.283,0
AS.7.1 Prevención de enfermedades transmisibles			386,1	386,1						386,1
AS.7.2 Vigilancia de la salud	4.872,1		24,8	4.896,9						4.896,9
AS.8 Administración de la salud y seguros de salud	3.899,5		231,1	4.130,6			27.848,2	27.848,2		31.978,8
AS.8.1 Administración gubernamental general de salud	3.899,5		231,1	4.130,6						4.130,6
AS.8.1.1 Dirección y conducción	2.823,1		231,1	3.054,2						3.054,2
AS.8.1.2 Regulación	1.076,4			1.076,4						1.076,4
AS.8.2 Administración, Operación y apoyo fondos de seguridad social							27.848,2	27.848,2		27.848,2
AS.8.3 Administración de salud y seguros de salud: privados										
AS.8.3.1 Administración de salud y seguros de salud: privados										
AS.8.3.2 Administración de salud y seguros de salud: otros privados										
FUNCIONES RELACIONADAS CON LA SALUD										
AS.R.1 Formulación de capital de instituc. proveedoras de salud			23,6	23,6	1.510,1	974,5	10.033,8	12.518,4		12.542,0
AS.R.2 Educación y adiestramiento de personal de salud		3.181,8	5,4	3.187,2	7,8	0,2	993,3	1.001,2		4.188,4
AS.R.3 Investigación y desarrollo en salud			427,9	427,9	9,1		1.539,5	1.548,6		1.976,5
AS.R.4 Control de alimentos, higiene y agua potable										
AS.R.5 Salud ambiental										
AS.R.6 Administración y provisión de servicios sociales en especie para asistir la vida a personas enfermas o con discapacidad	6.301,6			6.301,6						6.301,6
AS.R.7 Adm.y provisión de beneficios relacionados con la salud en dinero efectivo			223,1	223,1	6.836,8	3.983,3	808,9	11.628,9		11.852,0
TOTAL	15.073,2	3.181,8	2.702,9	20.957,9	145.557,8	55.754,2	42.894,3	244.206,4	3.181,4	268.345,7

ANEXO 4.9

PRODUCCIÓN PRIVADA

CLASIFICACIÓN FUNCIONAL DE LA ATENCIÓN A LA SALUD (CICS-AS)

PARA EL AÑO 2001

(En millones de colones)

CONCEPTO	Hospitales Privados	COOPERATIVAS	Clinicas y consultorios privados	Laboratorios Privados	Farmacias Privadas	Centro de diagnóstico privado	Otros proveedores privados	SECTOR EXTERNO	Monto Total
AS.1 Servicios Ambulatorios	1.083,2	4.050,8	53.148,5						58.282,5
AS.1.1 Atención Integral de la Salud (Consulta Externa)		4.050,8							4.050,8
AS.1.2 Consulta Externa	78,2		16.942,5						17.020,7
AS.1.3 Consultas de Urgencias	755,4		650,6						1.406,0
AS.1.4 Consultas Especializada	249,6		35.555,4						35.805,0
AS.2 Servicios de Hospitalización	4.865,8		3.254,9					188,8	8.309,5
AS.2.1 Hospitalización general	4.665,6							188,8	4.854,4
AS.2.2 Hospitalización de día									
AS.2.3 Procedimientos Mayores Ambulatorios	200,2		1.764,1						1.964,3
AS.2.4 Cirugía Mayor Ambulatoria			1.490,8						1.490,8
AS.3 Servicios de Atención de Rehabilitación									
AS.3.1 Atención Hospitalaria de Rehabilitación									
AS.3.2 Atención Ambulatoria de Rehabilitación									
AS.4 Servicios Auxiliares de atención a la salud				7.502,5		1.129,2	3.600,0		12.231,7
AS.4.1 Laboratorio Clínico				7.502,5					7.502,5
AS.4.2 Imágenes de diagnóstico						1.129,2			1.129,2
AS.4.3 Transporte de pacientes y rescate de emergencia							3.600,0		3.600,0
AS.4.4 Otros servicios auxiliares misceláneos									
AS.5 Producción de bienes y servicios intermedios									
AS.5.1 Producción de bienes									
AS.5.2 Producción de servicios									
AS.6 Bienes médicos dispensados a pacientes ambulatorios					38.562,9				38.562,9
AS.6.1 Fármacos y otros no durables médicos					38.562,9				38.562,9
AS.6.1.1 Medicinas prescritas									
AS.6.1.2 Medicinas sin prescripción					38.562,9				38.562,9
AS.6.1.3 Otros no durables médicos									
AS.6.2 Accesorios terapéuticos y otros no durables médicos									
AS.6.2.1 Lentes y otros productos para la visión									
AS.6.2.2 Accesorios ortopédicos y otras prótesis									
AS.6.2.3 Ayudas para audición									
AS.6.2.4 Aparatos técnico-médicos, incluyendo sillas de ruedas									
AS.6.2.5 Otros durables médicos misceláneos									
AS.7 Servicios de Prevención y Salud Pública									
AS.7.1 Prevención de enfermedades transmisibles									
AS.7.2 Vigilancia de la salud									
AS.8 Administración de la salud y seguros de salud									
AS.8.1 Administración gubernamental general de salud									
AS.8.1.1 Dirección y conducción									
AS.8.1.2 Regulación									
AS.8.2 Administración, Operación y apoyo fondos de seguridad social									
AS.8.3 Administración de salud y seguros de salud: privados									
AS.8.3.1 Administración de salud y seguros de salud: privados									
AS.8.3.2 Administración de salud y seguros de salud: otros privados									
FUNCIONES RELACIONADAS CON LA SALUD									
AS.R.1 Formulación de capital de instituc. proveedoras de salud									
AS.R.2 Educación y adiestramiento de personal de salud									
AS.R.3 Investigación y desarrollo en salud									
AS.R.4 Control de alimentos, higiene y agua potable									
AS.R.5 Salud ambiental									
AS.R.6 Administración y provisión de servicios sociales en especie para asistir la vida a personas enfermas o con discapacidad									
AS.R.7 Adm. y provisión de beneficios relacionados con la salud en dinero efectivo									
TOTAL	5.949,0	4.050,8	56.403,4	7.502,5	38.562,9	1.129,2	3.600,0	188,8	117.386,6

Análisis Sectorial de Salud – Costa Rica 2002

ANEXO 4.10

PRODUCCIÓN DEL SECTOR SALUD

CLASIFICACIÓN FUNCIONAL DE LA ATENCIÓN A LA SALUD (CIC9-AS)

PARA EL AÑO 2001

(En millones de colones)

CONCEPTO	SECTOR PÚBLICO			SUB-TOTAL PÚBLICO	SECTOR PRIVADO				SUB-TOTAL PRIVADO	Monto Total
	GOBIERNO	CCSS	INS		Hospitales Privados	Clinicas y consultorios privados	Farmacias Privadas	Otros proveedores privados		
AS.1 Servicios Ambulatorios		61.601,0	2.227,0	63.828,0	1.083,2	57.199,3			58.282,5	122.110,5
AS.1.1 Atención Integral de la Salud (Consulta Externa)		45.878,0		45.878,0		4.050,8			4.050,8	49.928,8
AS.1.2 Consulta Externa			2.227,0	2.227,0	78,2	16.942,5			17.020,7	19.247,7
AS.1.3 Consultas de Urgencias		8.939,0		8.939,0	755,4	650,6			1.406,0	10.345,0
AS.1.4 Consultas Especializada		6.784,0		6.784,0	249,6	35.555,4			35.805,0	42.589,0
AS.2 Servicios de Hospitalización		95.885,6	954,4	96.840,0	4.865,8	3.254,9			8.120,7	104.960,7
AS.2.1 Hospitalización general		91.360,3	954,4	92.314,8	4.665,6				4.665,6	96.980,4
AS.2.2 Hospitalización de día		68,7		68,7						68,7
AS.2.3 Procedimientos Mayores Ambulatorios		2.352,0		2.352,0	200,2	1.764,1			1.964,3	4.316,3
AS.2.4 Cirugía Mayor Ambulatoria		2.104,6		2.104,6		1.490,8			1.490,8	3.595,4
AS.3 Servicios de Atención de Rehabilitación	1.577,0	740,4		2.317,4						2.317,4
AS.3.1 Atención Hospitalaria de Rehabilitación	283,9	320,4		604,3						604,3
AS.3.2 Atención Ambulatoria de Rehabilitación	1.293,1	420,0		1.713,1						1.713,1
AS.4 Servicios Auxiliares de atención a la salud	16,0	18.949,0		18.965,0				12.231,7	12.231,7	31.196,7
AS.4.1 Laboratorio Clínico		10.912,6		10.912,6				7.502,5	7.502,5	18.415,1
AS.4.2 Imágenes de diagnóstico		5.778,5		5.778,5				1.129,2	1.129,2	6.907,7
AS.4.3 Transporte de pacientes y rescate de emergencia		2.258,0		2.258,0				3.600,0	3.600,0	5.858,0
AS.4.4 Otros servicios auxiliares misceláneos	16,0			16,0						16,0
AS.5 Producción de bienes y servicios intermedios		2.433,5		2.433,5						2.433,5
AS.5.1 Producción de bienes		1.475,5		1.475,5						1.475,5
AS.5.2 Producción de servicios		958,0		958,0						958,0
AS.6 Bienes médicos dispensados a pacientes ambulatorios	11,0	21.680,4		21.691,4			38.562,9		38.562,9	60.254,3
AS.6.1 Fármacos y otros no durables médicos	11,0	20.958,0		20.969,0			38.562,9		38.562,9	59.531,9
AS.6.1.1 Medicinas prescritas	11,0	20.958,0		20.969,0						20.969,0
AS.6.1.2 Medicinas sin prescripción							38.562,9		38.562,9	38.562,9
AS.6.1.3 Otros no durables médicos										
AS.6.2 Accesorios terapéuticos y otros no durables médicos		722,4		722,4						722,4
AS.6.2.1 Lentes y otros productos para la visión		0,4		0,4						0,4
AS.6.2.2 Accesorios ortopédicos y otras prótesis		721,9		721,9						721,9
AS.6.2.3 Ayudas para audición										
AS.6.2.4 Aparatos técnico-médicos, incluyendo sillas de ruedas										
AS.6.2.5 Otros durables médicos misceláneos										
AS.7 Servicios de Prevención y Salud Pública	5.283,0			5.283,0						5.283,0
AS.7.1 Prevención de enfermedades transmisibles	386,1			386,1						386,1
AS.7.2 Vigilancia de la salud	4.896,9			4.896,9						4.896,9
AS.8 Administración de la salud y seguros de salud	4.130,6	27.848,2	1.196,0	33.174,8						33.174,8
AS.8.1 Administración gubernamental general de salud	4.130,6			4.130,6						4.130,6
AS.8.1.1 Dirección y conducción	3.054,2			3.054,2						3.054,2
AS.8.1.2 Regulación	1.076,4			1.076,4						1.076,4
AS.8.2 Administración, Operación y apoyo fondos de seguridad social		27.848,2	1.196,0	29.044,2						29.044,2
AS.8.3 Administración de salud y seguros de salud: privados										
AS.8.3.1 Administración de salud y seguros de salud: privados										
AS.8.3.2 Administración de salud y seguros de salud: otros privados										
FUNCIONES RELACIONADAS CON LA SALUD										
AS.R.1 Formulación de capital de instituc. proveedoras de salud	23,6	12.518,4		12.542,0						12.542,0
AS.R.2 Educación y adiestramiento de personal de salud	3.187,2	1.001,2		4.188,4						4.188,4
AS.R.3 Investigación y desarrollo en salud	427,9	1.548,6		1.976,5						1.976,5
AS.R.4 Control de alimentos, higiene y agua potable										
AS.R.5 Salud ambiental										
AS.R.6 Administración y provisión de servicios sociales en especie para asistir la vida a personas enfermas o con discapacidad	6.301,6			6.301,6						6.301,6
AS.R.7 Adm. y provisión de beneficios relacionados con la salud en dinero efectivo	223,1	11.628,9	6.482,6	18.334,6						18.334,6
TOTAL	21.181,0	255.835,3	10.860,0	287.876,3	5.949,0	60.454,2	38.562,9	12.231,7	117.197,8	405.074,1

ANEXO 4.11

MATRIZ DE FUNCIONES CONTRA PROVEEDORES DE SERVICIOS
CLASIFICACION FUNCIONAL DE LA ATENCION A LA SALUD (CICS-AS)
PARA EL AÑO 2001
(En millones de colones)

CONCEPTO	SECTOR PUBLICO			SUB-TOTAL PUBLICO	SECTOR PRIVADO				SUB-TOTAL PRIVADO	Monto Total
	GOBIERNO	CCSS	INS		Hospitales Privados	Clinicas y consultorios	Farmacias Privadas	Otros proveedores		
AS.1 Servicios Ambulatorios		61.601,0	2.227,0	63.828,0	1.083,2	57.199,3			58.282,5	122.110,5
AS.1.1 Atención Integral de la Salud (Consulta Externa)		45.878,0		45.878,0		4.050,8			4.050,8	49.928,8
AS.1.2 Consulta Externa		0,0	2.227,0	2.227,0	78,2	16.942,5			17.020,7	19.247,7
AS.1.3 Consultas de Urgencias		8.939,0		8.939,0	755,4	650,6			1.406,0	10.345,0
AS.1.4 Consultas Especializada		6.784,0		6.784,0	249,6	35.555,4			35.805,0	42.589,0
AS.2 Servicios de Hospitalización		95.885,6	954,4	96.840,0	4.865,8	3.254,9			8.120,7	104.960,7
AS.2.1 Hospitalización general		91.360,3	954,4	92.314,8	4.665,6				4.665,6	96.980,4
AS.2.2 Hospitalización de día		68,7		68,7						68,7
AS.2.3 Procedimientos Mayores Ambulatorios		2.352,0		2.352,0	200,2	1.764,1			1.964,3	4.316,3
AS.2.4 Cirugía Mayor Ambulatoria		2.104,6		2.104,6		1.490,8			1.490,8	3.595,4
AS.3 Servicios de Atención de Rehabilitación	1.577,0	740,4		2.317,4						2.317,4
AS.3.1 Atención Hospitalaria de Rehabilitación	283,9	320,4		604,3						604,3
AS.3.2 Atención Ambulatoria de Rehabilitación	1.293,1	420,0		1.713,1						1.713,1
AS.4 Servicios Auxiliares de atención a la salud	16,0	18.949,0		18.965,0				12.231,7	12.231,7	31.196,7
AS.4.1 Laboratorio Clínico		10.912,6		10.912,6				7.502,5	7.502,5	18.415,1
AS.4.2 Imágenes de diagnóstico		5.778,5		5.778,5				1.129,2	1.129,2	6.907,7
AS.4.3 Transporte de pacientes y rescate de emergencia		2.258,0		2.258,0				3.600,0	3.600,0	5.858,0
AS.4.4 Otros servicios auxiliares misceláneos	16,0			16,0						16,0
AS.5 Producción de bienes y servicios intermedios		2.433,5		2.433,5						2.433,5
AS.5.1 Producción de bienes		1.475,5		1.475,5						1.475,5
AS.5.2 Producción de servicios		958,0		958,0						958,0
AS.6 Bienes médicos dispensados a pacientes ambulatorios	11,0	21.680,4		21.691,4			38.562,9		38.562,9	60.254,3
AS.6.1 Fármacos y otros no durables médicos	11,0	20.958,0		20.969,0			38.562,9		38.562,9	59.531,9
AS.6.1.1 Medicinas prescritas	11,0	20.958,0		20.969,0						20.969,0
AS.6.1.2 Medicinas sin prescripción							38.562,9		38.562,9	38.562,9
AS.6.1.3 Otros no durables médicos										
AS.6.2 Accesorios terapéuticos y otros no durables médicos		722,4		722,4						722,4
AS.6.2.1 Lentes y otros productos para la visión		0,4		0,4						0,4
AS.6.2.2 Accesorios ortopédicos y otras prótesis		721,9		721,9						721,9
AS.6.2.3 Ayudas para audición										
AS.6.2.4 Aparatos técnico-médicos, incluyendo sillas de ruedas										
AS.6.2.5 Otros durables médicos misceláneos										
AS.7 Servicios de Prevención y Salud Pública	5.283,0			5.283,0						5.283,0
AS.7.1 Prevención de enfermedades transmisibles	386,1			386,1						386,1
AS.7.2 Vigilancia de la salud	4.896,9			4.896,9						4.896,9
AS.8 Administración de la salud y seguros de salud	4.130,6	27.848,2	1.196,0	33.174,8						33.174,8
AS.8.1 Administración gubernamental general de salud	4.130,6			4.130,6						4.130,6
AS.8.1.1 Dirección y conducción	3.054,2			3.054,2						3.054,2
AS.8.1.2 Regulación	1.076,4			1.076,4						1.076,4
AS.8.2 Administración, Operación y apoyo fondos de seguridad social		27.848,2	1.196,0	29.044,2						29.044,2
AS.8.3 Administración de salud y seguros de salud: privados										
AS.8.3.1 Administración de salud y seguros de salud: privados										
AS.8.3.2 Administración de salud y seguros de salud: otros privados										
FUNCIONES RELACIONADAS CON LA SALUD										
AS.R.1 Formulación de capital de instituc. proveedoras de salud	23,6	12.518,4		12.542,0						12.542,0
AS.R.2 Educación y adiestramiento de personal de salud	3.187,2	1.001,2		4.188,4						4.188,4
AS.R.3 Investigación y desarrollo en salud	427,9	1.548,6		1.976,5						1.976,5
AS.R.4 Control de alimentos, higiene y agua potable										
AS.R.5 Salud ambiental										
AS.R.6 Administración y provisión de servicios sociales en especie para asistir la vida a personas enfermas o con discapacidad	6.301,6			6.301,6						6.301,6
AS.R.7 Adm. y provisión de beneficios relacionados con la salud en dinero efectivo	223,1	11.628,9	6.482,6	18.334,6						18.334,6
TOTAL	21.181,0	255.835,3	10.860,0	287.876,3	5.949,0	60.454,2	38.562,9	12.231,7	117.197,8	405.074,1

Análisis Sectorial de Salud – Costa Rica 2002

ANEXO 4.12

MATRIZ DE FUNCIONES CONTRA AGENTES DE FINANCIAMIENTO

CLASIFICACION FUNCIONAL DE LA ATENCION A LA SALUD (CICS-AS)

PARA EL AÑO 2001

(En millones de colones)

CONCEPTO	Gobierno	CCSS	INS-RT SOA	SEGUROS PRIVADOS	ONG'S	SUB-TOTAL	HOGARES	TOTAL
AS.1 Servicios Ambulatorios		65.651,8	5.413,6	296,5		71.362,0	50.748,6	122.110,5
AS.1.1 Atención Integral de la Salud (Consulta Externa)		49.928,8				49.928,8		49.928,8
AS.1.2 Consulta Externa			3.184,4	72,6		3.257,0	15.990,7	19.247,7
AS.1.3 Consultas de Urgencias		8.939,0	1.765,7			10.704,6	-359,7	10.345,0
AS.1.4 Consultas Especializada		6.784,0	463,5	223,9		7.471,5	35.117,6	42.589,0
AS.2 Servicios de Hospitalización		99.329,3	1.955,6	577,1		101.862,0	3.098,7	104.960,7
AS.2.1 Hospitalización general		91.549,1	1.955,6	577,1		94.081,9	2.898,5	96.980,4
AS.2.2 Hospitalización de día		68,7				68,7		68,7
AS.2.3 Procedimientos Mayores Ambulatorios		4.116,1				4.116,1	200,2	4.316,3
AS.2.4 Cirugía Mayor Ambulatoria		3.595,4				3.595,4		3.595,4
AS.3 Servicios de Atención de Rehabilitación	1.577,0	740,4		8,4		2.325,8		2.325,8
AS.3.1 Atención Hospitalaria de Rehabilitación	283,9	320,4				604,3		604,3
AS.3.2 Atención Ambulatoria de Rehabilitación	1.293,1	420,0		8,4		1.721,5		1.721,5
AS.4 Servicios Auxiliares de atención a la salud	16,0	18.954,3	1.513,2	172,1	2.738,4	23.394,1	7.802,7	31.196,7
AS.4.1 Laboratorio Clínico		10.912,6	152,3	67,5		11.132,4	7.282,7	18.415,1
AS.4.2 Imágenes de diagnóstico		5.783,8	499,4	104,3		6.387,4	520,3	6.907,7
AS.4.3 Transporte de pacientes y rescate de emergencia		2.258,0	861,6	0,3	2.738,4	5.858,3	-0,3	5.858,0
AS.4.4 Otros servicios auxiliares misceláneos	16,0					16,0		16,0
AS.5 Producción de bienes y servicios intermedios		2.433,5				2.433,5		2.433,5
AS.5.1 Producción de bienes		1.475,5				1.475,5		1.475,5
AS.5.2 Producción de servicios		958,0				958,0		958,0
AS.6 Bienes médicos dispensados a pacientes ambulatorios	11,0	21.680,4	704,8	335,2		22.731,3	37.522,9	60.254,3
AS.6.1 Fármacos y otros no durables médicos	11,0	20.958,0	581,5	335,2		21.885,7	37.646,2	59.531,9
AS.6.1.1 Medicinas prescritas	11,0	20.958,0				20.969,0		20.969,0
AS.6.1.2 Medicinas sin prescripción			581,5	335,2		916,7	37.646,2	38.562,9
AS.6.1.3 Otros no durables médicos								
AS.6.2 Accesorios terapéuticos y otros no durables médicos		722,4	123,3			845,6	-123,3	722,4
AS.6.2.1 Lentes y otros productos para la visión		0,4				0,4		0,4
AS.6.2.2 Accesorios ortopédicos y otras prótesis		721,9	123,3			845,2	-123,3	721,9
AS.6.2.3 Ayudas para audición								
AS.6.2.4 Aparatos técnico-médicos, incluyendo sillas de ruedas								
AS.6.2.5 Otros durables médicos misceláneos								
AS.7 Servicios de Prevención y Salud Pública	5.283,0					5.283,0		5.283,0
AS.7.1 Prevención de enfermedades transmisibles	386,1					386,1		386,1
AS.7.2 Vigilancia de la salud	4.896,9					4.896,9		4.896,9
AS.8 Administración de la salud y seguros de salud	33.174,8	29.044,2	29.044,2	29.225,6	29.044,2	33.356,2	58.088,4	91.444,6
AS.8.1 Administración gubernamental general de salud	4.130,6					4.130,6		4.130,6
AS.8.1.1 Dirección y conducción	3.054,2					3.054,2		3.054,2
AS.8.1.2 Regulación	1.076,4					1.076,4		1.076,4
AS.8.2 Administración, Operación y apoyo fondos de seguridad social	29.044,2	29.044,2	29.044,2	29.044,2	29.044,2	29.044,2	58.088,4	87.132,6
AS.8.3 Administración de salud y seguros de salud: privados				181,4		181,4		181,4
AS.8.3.1 Administración de salud y seguros de salud: privados				181,4		181,4		181,4
AS.8.3.2 Administración de salud y seguros de salud: otros privados								
FUNCIONES RELACIONADAS CON LA SALUD								
AS.R.1 Formulación de capital de instituc. proveedoras de salud	23,6	12.518,4				12.542,0		12.542,0
AS.R.2 Educación y adiestramiento de personal de salud	3.187,2	1.001,2				4.188,4		4.188,4
AS.R.3 Investigación y desarrollo en salud	427,9	1.548,6				1.976,5		1.976,5
AS.R.4 Control de alimentos, higiene y agua potable								
AS.R.5 Salud ambiental								
AS.R.6 Administración y provisión de servicios sociales en especie para asistir la vida a personas enfermas o con discapacidad	6.301,6					6.301,6	-6.301,6	6.301,6
AS.R.7 Adm.y provisión de beneficios relacionados con la salud en dinero efectivo	223,1	11.628,9	6.482,6			18.334,6		18.334,6
TOTAL	50.225,2	264.531,1	45.114,0	30.614,9	31.782,6	306.091,0	157.261,3	463.352,3

CAPÍTULO VIII
“RECURSOS HUMANOS EN SALUD”

VIII. LOS RECURSOS HUMANOS EN SALUD

A. RESUMEN

Se llama recursos humanos en salud al conjunto de personas que estudian o trabajan para producir servicios de salud. Su labor goza de una considerable legitimidad por poseer saberes y desempeñar tareas altamente valoradas en la sociedad. Sin embargo, esta trascendencia no se refleja en la relevancia con que los recursos humanos son considerados en los momentos cruciales de transformación del sector, en la toma de decisiones relativas al tipo de prestación, y, por el contrario, es común que se consideren un campo de difícil percepción y de baja visibilidad. Quizá una de las limitaciones sea su denominación como recurso, que lo coloca a la misma altura de los recursos materiales o financieros.

Los recursos humanos son el factor productivo más dinámico, creativo e innovativo (piensan, deciden, apoyan, aprenden, cambian, son inteligentes, mejoran con el tiempo), son conscientes del proceso productivo, disputan su control y discuten las condiciones en que ingresan y participan en él.

Los recursos humanos son personas que atienden personas, en quienes recae una de las tareas centrales del desarrollo: procurar la salud de la población, por tanto su atención, estudio y transformación, representan intereses estratégicos del Estado, en resguardo de los intereses de la población. Es un campo intersectorial de estudio y transformación y debe ser una constante en el análisis del sector. (Rovere, 1993)

En nuestro país, esta es una área de trabajo cuya valoración es deficitaria, según la medición de las Funciones Esenciales en Salud Pública; lo que revela, junto con conclusiones de foros y seminarios en la materia, que es un campo que requiere ser atendido con prioridad. La naturaleza compleja de su dinámica se revela al estudiar algunos de sus principales componentes - formación, empleo y regulación profesional - y permite identificar asuntos críticos, donde se interrelacionan variados actores con múltiples intereses, en su gran mayoría divergentes, frente a los cuales es necesario anteponer los objetivos sanitarios.

La modernización sectorial, entre otros, ha sido un factor importante para que en el área de los recursos humanos se hayan producido variaciones en aspectos esenciales como la contratación, la formación, la capacitación y la regulación profesional, solamente para mencionar algunos de los más relevantes.

La formación en áreas de la salud ha tenido un auge importante en la última década. De tal forma que la oferta académica se ha ampliado considerablemente, lo que ejerce presión sobre aquellos centros de atención donde se desarrollan los denominados "campo clínicos", espacios que no están acreditados para la enseñanza y aprendizaje con garantía de calidad.

En lo que a contratación se refiere se ha estimulado la participación privada en actividades relacionadas con servicios de apoyo y de atención de la salud, con lo cual hay evidencia de cambios en el concepto tradicional de empleo público, con la contratación de servicios a terceros, lo cual tiende a precarizar el empleo.

En cuanto a distribución de personal se concluye que se están presentando iniquidades en la distribución de los recursos humanos y en la gestión, existen diferencias salariales e incentivos que sólo se aplican a los grupos de ciencias médicas. También se reflejan iniquidades de género, por cuanto estudios realizados demuestran que en Instituciones del Sector, deben implementarse acciones tendientes a la búsqueda de un mayor equilibrio en las oportunidades brindadas, de manera que éstas se conviertan en condiciones necesarias para que la mujer, en igualdad de condiciones, tenga acceso a puestos de toma de decisiones.

Dentro de esta dinámica, llama la atención la múltiple coexistencia de leyes, reglamentos y disposiciones específicas para grupos ocupacionales, lo cual propicia diferencias entre ellos, por cuanto algunos gremios han obtenido garantías que otros no poseen, lo cual propicia un ambiente de conflicto e ingobernabilidad. De ello el ejemplo anteriormente citado entre profesionales. Frente a ello, es interesante reconocer, en el caso particular de la CCSS, que recientemente se han generado nuevos espacios de concertación con los diversos representantes de sus trabajadores, con el logro de importantes acuerdos, producto de la negociación y el diálogo. El documento denominado "Histórico Acuerdo en Tiempos de Paz", refleja los resultados de la necesidad de conformar una mesa de diálogo "que permitiese abordar conjuntamente, a partir del análisis sereno, meditado y profundo de las

principales políticas de desarrollo impulsadas por la CCSS, como consecuencia de la reforma del Sector Salud, el estado actual de la seguridad social y de sus perspectivas de desarrollo futuro, ya fuese para corregir el rumbo en aquellas áreas en que se hubiesen cometido errores, o para fortalecer e impulsar todos aquellos procesos e iniciativas orientados a satisfacer las necesidades que los costarricenses demandan de la seguridad social, procurando mejorar día con día los servicios.⁶⁸

Es importante llamar la atención sobre la crisis de empleo que se está presentando actualmente en algunas profesiones tradicionales de la salud. Un ejemplo de ello es el Servicio Social ha presentado problemas por la alta demanda de aspirantes para una oferta de plazas cada vez más limitada. En enfermería sucede una condición especial por la sobre demanda de empleo: se tiene evidencia de profesionales en este campo que ejercen labores auxiliares a falta de otras fuentes de trabajo.

El documento finaliza con una serie de conclusiones y recomendaciones producto del análisis efectuado. Entre ellas se considera que los recursos humanos son sujetos fundamentales del desarrollo de la salud, por tanto deben conceptual y analíticamente ser considerados en cada uno de los ámbitos de la formulación de la Política Nacional de Salud. Esta debe ser formulada, ejecutada, coordinada y seguida por el conjunto de actores sociales involucrados en la formación, el trabajo y el ejercicio profesional, para lo cual es necesario la creación de espacios que legitimen el encuentro de los actores sociales.

En este sentido, una de las recomendaciones es la creación de una instancia nacional e interinstitucional de alto nivel, para impulsar decisiones concertadas en materia de Recursos Humanos en Salud. Se formulan las principales funciones que esta instancia tendría y se sugiere los integrantes que la conformarían.

Es necesario generar nuevas evidencias que sustente la planificación estratégica en el desarrollo de recursos humanos, en este sentido el grupo propone problemas de investigación en los tres ámbitos de análisis. De esta ausencia de investigación deriva que las necesidades globales de recursos humanos en salud no han sido claramente determinadas. Es indispensable el fortalecimiento de cada uno de los sistemas de información en recursos humanos de las instituciones del sector, como un componente básico de proyectos para el desarrollo de capacidades institucionales en la gestión de recursos humanos.

La recertificación como garantía de calidad profesional se ha puesto en práctica en dos colegios, se recomienda en este sentido trabajar en la orientación de los procesos de recertificación en concordancia con el modelo de atención vigente en el país. Esto para que los elementos que sean objeto de recertificación sean congruentes con una actualización ligada a un ejercicio profesional acorde con las necesidades de salud de la población. El artículo 345 de la Ley General de Salud, inciso 11 faculta al Ministerio para esta labor.

Las organizaciones del sector han de fortalecer la gestión de los recursos humanos y propiciar la equidad en su distribución de acuerdo con las necesidades en salud de la población, teniendo como referente la desconcentración de la oferta de servicios.

Debe replantearse la regulación que ejerce el Estado, en la apertura de nuevas carreras en el área de salud, así como en conjunto con el SINAESS, deben analizarse los estándares específicos que deben cumplir los programas de las carreras de salud, acordes con las características y necesidades actuales y futuras del Sector. El ente rector deberá promover la acreditación como garantía de calidad de los entes docentes estatales y privados para beneficio de estudiantes, graduados y la población a la cual atienden.

68 CCSS. Histórico Acuerdo en tiempos de paz. Declaración CCSS, organizaciones sindicales y sociales. Relativo al futuro de la Seguridad Social en las Áreas de autonomía institucional, financiamiento y reforma de los Servicios de Salud y Pensiones. 2001.

B. INTRODUCCIÓN

El desarrollo de los recursos humanos es un campo complejo que simultáneamente debe responder a varios procesos como son: la orientación y complejidad de los cambios institucionales, el progreso científico, los cambios en los procesos de trabajo, entre los cuales se incluye la flexibilización laboral, la descentralización de la gestión sanitaria y los cambios en las prácticas profesionales. El escenario es complejo y conflictivo y afrontar el desafío requiere concertar entre los principales actores colectivos interesados.

Esta concertación debe ser promovida por una decisión política la cual "...debe reflejarse no sólo en la movilización de voluntades y recursos del sector público. También deben reflejarla las diversas instituciones que, en la sociedad y el Estado, tienen competencia y responsabilidad con respecto a las prestaciones de la salud pública y emplean personal que desempeña funciones sanitarias. Es esencial que exista comunicación con las instituciones de educación en materia de salud pública. De la sensibilización, el compromiso y la movilización de las mismas depende la mejora de la salud pública." 69

La solidaridad, la equidad, la universalidad, la ética, la calidad y la inclusión social, son principios que están presentes en la formulación de la política nacional de salud y que atraviesan el campo de los recursos humanos. Asimismo, los ejes transversales, en lo que concierne al enfoque de género, de los derechos humanos y de la responsabilidad social, también deben ser categorías incluidas en este campo. Por tanto, los ámbitos en que desarrolla la política deben considerar los recursos humanos en salud puesto que las personas son el sujeto por excelencia en la producción y el fortalecimiento del sistema nacional de salud.

Ante las profundas transformaciones que nuestras sociedades demandan de los servicios de salud, se impone una nueva visión del conjunto de personas que trabajan o estudian para prestar servicios en ellos, orientada a un perfil de recursos humanos con los siguientes atributos: *flexibles* (capaz de mantener e incrementar su capacidad de aprender); *críticos y auto-críticos* (permanentemente insatisfechos con la calidad, cobertura, accesibilidad y eficacia de los servicios que brindan); *democráticos* (responsabilidad social por los conocimientos que poseen); *cooperativos* (capaces de trabajar en equipos interdisciplinarios de liderazgos flexibles y rotativos en función de los problemas que se enfrentan) y *participativos* (con vocación de protagonismo y liderazgo para propiciar cambios y al mismo tiempo facilitar procesos macro o micro-sociales de participación).70

A partir de estas consideraciones generales, la aproximación al análisis de los recursos humanos en salud, se desarrolla en tres ejes fundamentales:

La formación el empleo y la regulación del ejercicio profesional.

Es importante aclarar que esta división responde exclusivamente a un ordenamiento metodológico. En recursos humanos, la convergencia de estos ejes se deriva de la propia dinámica del campo, dentro de un contexto social que ha variado sustancialmente los sistemas de organización, los mecanismos de resolución de conflictos, la contratación de servicios y el acceso a sistemas de educación, solo para citar algunos de los más relevantes.

Al inicio de cada apartado se incluyen algunos conceptos básicos que orientan el análisis y la comprensión del tema desarrollado. Por la complejidad de la materia, hay aspectos que deberán analizarse con mayor profundidad, por lo que en las recomendaciones se incluyen algunos problemas de estudio necesarios para la mejor comprensión de algunos hechos que se exponen y sus posibles repercusiones.

La formación se entiende como el sistema de educación superior dirigido a la preparación académica de personal en salud. El empleo se aborda desde la gestión de recursos humanos, la capacitación, manejo del conflicto y gobernabilidad. La regulación del ejercicio profesional analiza los aspectos del registro y la

69 OPS/OMS. **La salud pública en las Américas. Nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción.** Publicación científica y técnica 589, Washington, 2002. Págs. 303-404.

70 Rovere, Mario. **Planificación estratégica de recursos humanos en salud.** OPS/OMS. Serie de Desarrollo de Recursos Humanos N°96, Washington, 1993.

recertificación profesional y técnica como garantía de la calidad en el desempeño del trabajo público y privado en salud.

Una de las debilidades más notorias de este campo de estudio es la dispersión, desagregación y poca interrelación de la información disponible en instituciones formadoras, empleadoras y colegios profesionales, lo que determina una seria dificultad para la explicación coherente de los distintos fenómenos que constituyen el objeto de estudio. Es por ello que el grupo desarrolló estrategias para recolectar información básica y dirigida fundamentalmente a aspectos sustantivos y existentes en los ámbitos mencionados.

Con este propósito, se elaboraron instrumentos para recopilar información de las universidades públicas y privadas, las organizaciones empleadoras y los colegios profesionales. Además se solicitó información de carreras y graduados al Consejo de Educación Superior.

Un avance de la información recopilada se presentó en un taller, al cual se convocó representantes del sistema de formación, del sistema empleador y de las organizaciones gremiales y sindicales, cuyo propósito fue el de profundizar en el análisis e identificar los puntos críticos del desarrollo de los recursos humanos en salud. Los participantes identificaron 15 puntos críticos, los cuales fueron ponderados utilizando 5 criterios: urgencia, significancia/relevancia, impacto, viabilidad política y técnica y tiempo. Los seis asuntos críticos priorizados fueron formulados en los siguientes términos:

Los servicios de salud del primer nivel de atención no desarrollan la totalidad de las intervenciones propias de la estrategia de atención primaria, lo cual dificulta la orientación de la formación de recursos humanos para dar respuesta a ese nivel.

El quehacer de las instituciones formadoras y empleadoras en salud, en su mayoría, está orientado por un enfoque biológico, patocéntrico, tecnocrático, no humanista e individualista, que fomenta el desarrollo de competencias de recursos humanos en esta misma dirección y que no responde a las necesidades del perfil social del país.

No existe una definición explícita de las necesidades de formación en cantidad y calidad de las instituciones empleadoras.

Hay iniquidades en la distribución y la gestión de los recursos humanos (contratación, salarios, incentivos, acceso a los órganos tomadores de decisiones en los recursos humanos).

Hay dispersión y fragmentación de la información en recursos humanos, por lo que no se dispone de bases de datos, investigaciones prospectivas actualizadas, estudios de mercado, documentación sobre acumulación de experiencias y otros, que permitan evidenciar el desarrollo de los recursos humanos en salud.

Se carece de una instancia que legitime el encuentro de los diferentes gremios, instituciones formadoras, empleadoras y representantes de la ciudadanía para impulsar las decisiones en materia de recursos humanos en salud.⁷¹

Finalmente, la importancia de intervención en el campo de los recursos humanos se refuerza con los resultados del proceso de medición de las funciones esenciales de salud pública, (FESP), que se llevó a cabo en nuestro país en abril del 2002, donde la función ocho, Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública, obtuvo un desempeño bajo: (0.36 puntos de un total de 1.0).⁷² .

71 Ministerio de Salud. Taller del grupo de recursos humanos para el “Análisis sectorial y formulación de lineamientos de política”. San José, Costa Rica, 29 y 30 de octubre del 2002.

72 Los indicadores empleados en esta medición son: la caracterización de la fuerza de trabajo en salud pública, la mejora de la calidad de la fuerza de trabajo, la formación continua y de postgrado en salud pública, el perfeccionamiento de los recursos humanos destinados a la prestación de servicios apropiados a las características socioculturales de los usuarios y la asesoría y el apoyo técnico a los niveles subnacionales

Entre otros aspectos, este resultado insuficiente refleja la ausencia de una política para el desarrollo del recurso humano en salud, así como la falta de un sistema de evaluación y el consiguiente sistema de incentivos. (Ministerio de Salud, 2002).

La medición de estas funciones esenciales en las Américas ha encontrado niveles críticamente bajos en relación con: *Garantía de calidad de los servicios*, *Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública*, y *Desarrollo de políticas y gestión en salud pública*, tres aspectos vinculados al objeto de este análisis sectorial.

En el análisis que sigue, se describirán aspectos cualitativos y cuantitativos de la formación, el empleo y la regulación del ejercicio profesional en Costa Rica. En la parte final se esbozan un conjunto de conclusiones y recomendaciones que el grupo estima puedan servir de punto de partida para la formulación de políticas de desarrollo de los recursos humanos en el sector salud costarricense.

C. METODOLOGÍA

El grupo de trabajo estuvo constituido por personal proveniente de instituciones públicas y privadas, así como de organizaciones gremiales de la salud. Las personas participantes son: Lic. Lisímaco Guevara, Master Anargerí Solano y Master Carmen Campos, del Ministerio de Salud, Lic. Mario Zúñiga del ICA, Licda. Mauren Vizcaíno, Máster Odette Campos de ANPE, Lic. Jorge Soto de SIPECO, Master Rosy Carballo de SIMPROSA, Dr. Guido Ulate, Master Rocío Rodríguez, Licda. Ingrid Behm de la Universidad de Costa Rica; Lic Guillermo Abarca, Director de Recursos Humanos de la CCSS y Master Nery Parada en representación del CENDEISS. Contamos permanentemente con el apoyo de la Asesora de OPS/OMS Dra. Sandra Murillo. Participó también el Consultor de Recursos Humanos de Washington, Dr. Félix Rigoli, con quien discutimos una versión borrador del documento y las conclusiones y recomendaciones.

El objetivo general que nos propusimos fue identificar los elementos básicos que caracterizan la situación y definen las tendencias de la formación, la gestión del trabajo, el mercado de trabajo, conflictividad y la regulación de los recursos humanos en el sector salud. Los objetivos específicos fueron identificar los principales problemas y priorizar aquellos en cuya intervención se genera mayor potencial transformador; y proponer alternativas de intervención y lineamientos para la formulación de una política en la materia, que coloque a los recursos humanos como eje.

El punto de partida del grupo fue la revisión y discusión de la guía para el abordaje del capítulo de recursos humanos propuesta por la OPS/OMS, que sirvió de base para la reflexión teórica y el señalamiento de situaciones presentes en la realidad, que nos permitieran abordar el objeto de estudio propuesto: el análisis de los recursos humanos en Costa Rica.

Como se mencionara en la introducción, una de las debilidades más notorias de este campo es la información disponible en instituciones formadoras, empleadoras y colegios profesionales. El reconocimiento de esta situación hace que el grupo decida recolectar información básica y dirigida fundamentalmente a aspectos sustantivos y existentes en los ámbitos mencionados.

Con este propósito, el grupo elaboró instrumentos de sondeo para recopilar información de las universidades públicas y privadas, de las organizaciones empleadoras y de los colegios profesionales. Además se solicitó información de carreras y graduados al Consejo de Educación Superior, a la Comisión Nacional de Rectores, al Tribunal del Servicio Civil, al Centro de Evaluación Académica y a la Oficina de Registro de la Universidad de Costa.

El instrumento de recolección de datos para el capítulo de formación, a cargo del equipo de la Universidad de Costa Rica, comprendió las carreras de grado de Enfermería, Medicina y Cirugía, Microbiología, Nutrición, Asistente de Laboratorio Clínico, Odontología, Farmacia, Trabajo Social, Tecnologías en Salud, Psicología, Salud Ocupacional, Gestión Ambiental y Biotecnología y las Maestrías en Salud Pública, Enfermería, Nutrición, Administración de Servicios de Salud, Epidemiología. Las variables fueron Perfil del egresado, Modificaciones en los últimos 5 años, Razones que justifican esas modificaciones, Plan de estudios, año formulación, modificaciones en los últimos 5 años, Incluyen en planes de estudio internados, empleo de "campos clínicos", Planes de estudio incluyen visión/ objetivo de la reforma y de la gestión de los servicios de salud y orientación humanística.

Como complemento en la recolección de la información solicitada al CONESUP no pudo ser obtenida, fue necesario realizar una actividad en donde se invitó a las universidades privadas con una mayor oferta académica en salud.

Un avance de la información recopilada se presentó en un taller, al cual se convocaron representantes del sistema de formación, del sistema empleador y de las organizaciones gremiales y sindicales, cuyo propósito fue el de profundizar en el análisis e identificar los puntos críticos del desarrollo de los recursos humanos en salud. Los participantes identificaron 15 puntos críticos, los cuales fueron ponderados utilizando 5 criterios: urgencia, significancia/relevancia, impacto, viabilidad política y técnica y tiempo. De esta manera se identifican los seis asuntos críticos que fueron la base del análisis en las siguientes etapas.

En este taller se formulan los lineamientos y estrategias para una política en la materia, que a su vez son parte integrante de las conclusiones y recomendaciones de este trabajo

Posteriormente el grupo se aboca a la tarea de procesar la información recolectada, analizarla y elaborar el documento, revisando conjuntamente varias versiones preliminares, agregando además otra información que resultó de interés.

El enfoque de las instituciones formadoras y las necesidades del perfil social del país

La formación de los recursos en salud, siempre ha cobrado una vital relevancia para el conjunto de acciones encaminadas al desarrollo de los servicios de salud. En este sentido es reconocido que “En definitiva, las habilidades y las actitudes de la gente que labora en los servicios de salud son las que condicionan qué tipo y qué grado de satisfacción van a tener los usuarios con el servicio, por lo que los países, no deberían descuidar la idea de que para tener salud de buena calidad precisa tener recursos humanos con garantía de esa calidad y por lo tanto los esfuerzos de regular la formación son de gran importancia en el marco de estas ideas.” 73

Por otra parte, la formación de recursos humanos “... debe responder a la necesidad sentida por la sociedad costarricense que demanda, de este recurso, una formación profesional de elevado nivel científico-técnico y humanístico, crítico, flexible, dinámico, cooperativo, solidario, participativo, capaz de ingresar al sistema de salud costarricense con todas las herramientas necesarias para seguir con su desarrollo profesional, y que además, comprenda que se relacionará de manera indisoluble con la organización y el modelo de prestación de salud en donde se desempeñe. ” 74

Parafraseando a Towle, 1998, los profesionales a los que aspiramos son: 75

Aquellos cuyas intervenciones están sustentadas en conocimientos científicos validados, sus comportamientos son regulados por principios éticos que den al usuario transparencia, confianza y calidad de la atención;

Personas que en su proceso de formación hayan aprendido a aprender, haciendo uso de tecnologías de información como un medio para fortalecer los aprendizajes y las habilidades en el manejo y solución de problemas, en el contexto de las dinámicas de los perfiles epidemiológicos y de la organización de la atención con todas sus características y peculiaridades.

73 Rígoli, Félix. **Memoria Foro de Recursos Humanos: Desafíos para la formación y capacitación.** Universidad de Costa Rica, San José, 2001. Pág. 11

74 Ulate, Guido. **Memoria Foro de Recursos Humanos: Desafíos para la formación y capacitación.** Universidad de Costa Rica, San José, 2001. Pág. 9

75 Brito, Pedro. “Elementos del contexto para un acercamiento a la problemática y perspectiva de los recursos humanos en salud.” En Cuevas, Leobardo y Brito, Pedro. **Presente y futuro en la formación y regulación profesional en ciencias de la salud.** OPS/OMS, México, 2002. Pág.31

Ciudadanos conscientes de los cambios en la práctica profesional que demandan la aplicación de competencias curriculares con los valores personales ligados a la equidad, la colaboración, los derechos y la justicia, lo que implica manejar responsabilidades más amplias, en contextos socioculturales más complejos y dinámicos.

Trabajadores integrados a procesos y estrategias para una educación permanente efectiva y de calidad que garantice su actualización

Características de la oferta académica

En el cuadro siguiente se presenta las carreras, el grado académico y las universidades que las imparten. Se observa que se forma recursos humanos en salud en 71 programas de 25 diferentes carreras en 29 universidades, de las cuales medicina se imparte en nueve universidades, enfermería en 8, odontología en 6 y farmacia en 5 de ellas. Psicología es la carrera que más se imparte en el país; un total de 14 universidades ofrecen esa formación.

Cuadro 1
Número de programas de las carreras de la salud según universidad y grado académico.
Aprobados por CONARE y CONESUP
Costa Rica, 2002

Nº	Carrera/Universidad	Grado académico
14	Psicología	
	Universidad de Iberoamérica	Bachillerato
	Universidad Juan Pablo II	Bachillerato
	Universidad Fidelitas	Bachillerato
	Independiente de Costa Rica	Bachillerato
	Universidad Hispanoamericana	Bachillerato y Licenciatura
	Universidad Católica Costa Rica Anselmo Llorente y Lafuente	Bachillerato y Licenciatura
	Colegio Monterrey	Bachillerato y Licenciatura
	Colegio Andrés Bello	Bachillerato y Licenciatura
	Colegio Leonardo Da Vinci	Bachillerato y Licenciatura
	Colegio Iñigo de Loyola	Bachillerato y Licenciatura
	Universidad Latina de Costa Rica (UNILAT)	Bachillerato y Licenciatura
	Universidad Centroamericana de Ciencias Sociales (UCASIS)	Bachillerato y Licenciatura
	Universidad de Costa Rica	Licenciatura
	Universidad Central (UC)	Bachillerato y Licenciatura
9	Medicina y cirugía	
	Universidad de Iberoamérica	Licenciatura
	Universidad Hispanoamericana	Licenciatura
	Universidad de Costa Rica	Licenciatura
	Universidad Central (UC)	Licenciatura
	Universidad Internacional de las Américas (U.I.A.)	Licenciatura
	Colegio San Judas Tadeo	Bachillerato y Licenciatura
	Universidad Latina de Costa Rica (UNILAT)	Bachillerato y Licenciatura
	Universidad de Ciencias Médicas (UCIMED)	Bachillerato y Licenciatura
	Colegio de Ciencias "Clorito Picado"	Licenciatura
8	Enfermería	
	Universidad de Iberoamérica	Bachillerato y Licenciatura
	Universidad Hispanoamericana	Bachillerato y Licenciatura
	Universidad Santa Lucía	Bachillerato y Licenciatura
	Universidad de Costa Rica	Bachillerato y Licenciatura
	Universidad Adventista de Centroamérica (UNADECA)	Bachillerato y Licenciatura
	Colegio Andrés Bello	Bachillerato y Licenciatura
	Universidad Latina de Costa Rica (UNILAT)	Bachillerato y Licenciatura
	Colegio San Agustín	Bachillerato y Licenciatura

Nº	Carrera/Universidad	Grado académico
6 Odontología		
	Universidad de Costa Rica	Licenciatura
	Universidad Internacional de las Américas (U.I.A.)	Licenciatura
	Universidad Latina de Costa Rica (UNILAT)	Licenciatura
	Universidad Latinoamericana de Ciencia y Tecnología (ULACIT)	Licenciatura
	Universidad Veritas	Licenciatura
	Universidad de Ciencias Médicas	Bachillerato y Licenciatura
5 Farmacia		
	Universidad de Iberoamérica	Licenciatura
	Universidad de Costa Rica	Licenciatura
	Universidad Internacional de las Américas (U.I.A.)	Licenciatura
	Universidad Latina de Costa Rica (UNILAT)	Licenciatura
	Universidad de Ciencias Médicas	Bachillerato y Licenciatura
4 Administración y planificación		
	Universidad Santa Lucía (Adm.Sistemas Información en Salud)	Bachillerato
	Universidad Libre de Costa Rica (Adm. de servicios de salud)	Bachillerato y Licenciatura
	Universidad Libre de Costa Rica (Planificación de la salud)	Bachillerato
	Universidad de Ciencias Médicas (Adm.de centros y servicios de salud)	Licenciatura
4 Terapia física		
	Universidad de Costa Rica	Bachillerato y Licenciatura
	Universidad Santa Paula	Bachillerato y Licenciatura
	Universidad Latina de Costa Rica (UNILAT)	Bachillerato y Licenciatura
	Universidad Americana (U.AM)	Bachillerato y Licenciatura
2 Nutrición		
	Universidad de Costa Rica	Bachillerato y Licenciatura
	Universidad de San José	Bachillerato y Licenciatura
2 Trabajo Social		
	Universidad de Costa Rica	Licenciatura
	Universidad Libre de Costa Rica (ULICORI)	Bachillerato y Licenciatura
2 Terapia respiratoria		
	Universidad de Costa Rica	Bachillerato
	Universidad Santa Paula	Bachillerato y Licenciatura
1 Terapia del lenguaje		
	Universidad Santa Paula	Bachillerato y Licenciatura
1 Terapia ocupacional		
	Universidad Santa Paula	Bachillerato y Licenciatura
1 Audiología		
	Universidad Santa Paula	Bachillerato
1 Gestión ambiental		
	Universidad Nacional	Bachillerato y Licenciatura
1 Imagenología diagnóstica y terapéutica		
	Universidad de Costa Rica	Bachillerato y Licenciatura

Nº	Carrera/Universidad	Grado académico
1	Ingeniería en biotecnología Instituto Tecnológico de Costa Rica	Bachillerato
1	Ingeniería en seguridad laboral e higiene ambiental Instituto Tecnológico de Costa Rica	Bachillerato
1	Microbiología Universidad de Costa Rica	Licenciatura
1	Optometría Universidad Latina de Costa Rica (UNILAT)	Bachillerato
1	Registros médicos y sistemas información en salud Universidad Libre de Costa Rica (ULICORI)	Bachillerato y Licenciatura
1	Salud Ambiental Universidad de Costa Rica	Bachillerato y Licenciatura
1	Salud Ocupacional Universidad Latinoamericana de Ciencia y Tecnología (ULACIT)	Bachillerato y Licenciatura
1	Asistente laboratorio -Microbiología Universidad de Costa Rica	Diplomado
1	Citotecnología Universidad de Costa Rica	Diplomado
1	Gestión ambiental Universidad Nacional	Diplomado

Fuente: Elaboración realizada con base en información proporcionada por CONESUP y aportada directamente por las Universidades

La docencia en los establecimientos de salud

En varias de las carreras del área de la salud, se requiere de campos clínicos para los estudiantes, lo cual viene a ejercer presión sobre aquellos centros de atención donde se habilita el campo clínico: hospitales nacionales y regionales y áreas de salud. Por campo clínico se entiende como el lugar donde los estudiantes realizan sus prácticas y el cual está debidamente reglamentado por la Caja Costarricense de Seguro Social.

En el trabajo de campo el grupo constató que el uso de campos clínicos en servicios privados ya se ha iniciado así como en el Instituto Nacional de Seguros.

Se presentan en el cuadro siguiente, los datos disponibles de los campos clínicos requeridos según el grado académico de las carreras.

Cuadro 2
Carreras según requerimiento de campos clínicos según grado académico
Costa Rica, 2002

Grado	Uso campo clínico	Sin uso campo clínico
Total	48	8
Diplomado	5	1
Bachillerato	20	4
Licenciatura	23	3

Fuente: Información de Universidades

Se considera necesario una regulación más eficaz, no solamente por la calidad académica, sino por la protección a los derechos de los pacientes. Además se requiere que los lugares de práctica sean debidamente acreditados como parte del sistema nacional de acreditación de establecimientos de salud.

Graduaciones en áreas de la salud

En el cuadro siguiente se presenta información de universidades y datos de graduados de los programas de bachillerato y licenciatura, correspondientes a diversos periodos, que se anotan entre paréntesis al lado de cada disciplina. Estos datos no corresponden al total de las universidades existentes, sino de aquellas de las que se dispuso información en el momento de recolectarla.

Cuadro 3

Graduados por carrera del área de la salud de las Universidades públicas y privadas
Grado de Bachillerato y Licenciatura
Año 2002, Costa Rica

Universidad/ Carrera	Total	Bachillerato	Licenciatura	Inicio Carrera
TOTAL	4339	1194	3100	
Universidad Santa Paula				
Terapia física (1998-2002)	436	146	290	
Terapia ocupacional (2000-2002)	23	5	18	
Terapia del lenguaje (2001-2002)	35	18	17	
Audiología			sd	
Terapia respiratoria (2000-2002)	64	26	38	
Universidad Iberoamericana				
Psicología (hasta 2002)		85		1998
Medicina y cirugía (hasta 2001)	130			1995
Enfermería (hasta 2002)	54	37	17	1995
Farmacia (hasta 2002)	91		91	1997
Universidad Santa Lucía				
Enfermería (dato preliminar 2002)	100	40	60	
Administración de sistemas de información				1995
Universidad Hispanoamericana				
Enfermería (1998-2002)	92	87	5	1997/99
Psicología (2002)	4	1	3	
Medicina y cirugía	9		9	1997
Instituto Tecnológico de Costa Rica				
Ingeniería en seguridad laboral				1996
Ingeniería en biotecnología	83	83		1997
Universidad Nacional				
Gestión ambiental (1999-2002)	71	56	15	
Universidad de Costa Rica				
Psicología (1998-2002)	491		491	1974
Trabajo social (1998-2002)	308		308	
Enfermería (1997-2002)	690	407	283	
Medicina y cirugía (1997-2002)	731		731	
Nutrición (1997-2002)	299	185	114	
Microbiología (1998-2002)	303		303	
Odontología (1997-2002)	307		307	
Farmacia				
Terapia respiratoria	18	18		1990
Terapia física	0			2000
Imagenología diagnóstica y terapéutica	0			2000
Salud ambiental	0			2000

Fuente: Elaboración propia con base en datos aportados por las universidades

Otros datos disponibles de las carreras de salud con mayor crecimiento de la oferta académica, se presentan el siguiente cuadro:

Cuadro N° 4

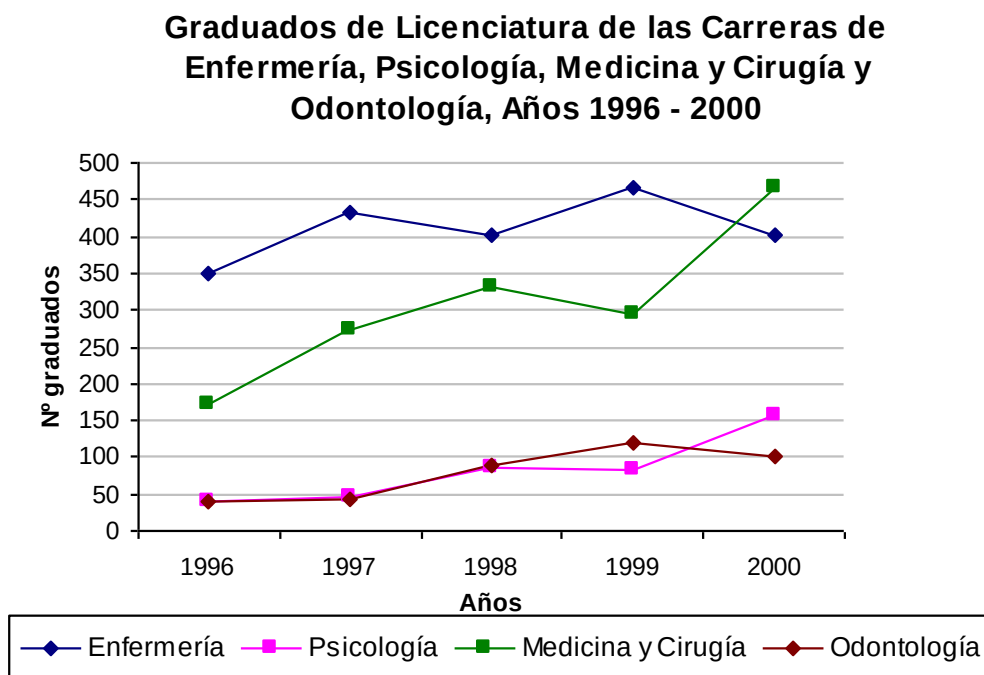
Graduados de las carreras de Enfermería, Psicología, Medicina y Cirugía y Odontología
de Universidades públicas y Privadas
Años 1996 - 2000

CARRERA Y UNIVERSIDAD	Años y Grado Académico											
	1996		1997		1998		1999		2000		Total	
	BACH.	LIC.	BACH.	LIC.	BACH.	LIC.	BACH.	LIC.	BACH.	LIC.	BACH.	LIC.
ENFERMERIA												
de Costa Rica	78	67	93	76	106	53	102	60	76	65	455	321
Autónoma de Centro América	89	39	85	19	15	6	40	4	18	3	247	71
Adventista de Centro América	14	73	12	22	10	7	7	8	4	3	47	113
Latina de Costa Rica						16		2	53			18
Hispanoamericana					11		16		14	2	41	2
Santa Lucía	6	159	28	304	57	235	145	252	104	264	340	1.214
de las Ciencias y las Artes de Costa Rica			43	1	52	78	68	140	71	58	234	277
Iberoamericana					20	8	1	1	16	8	37	17
Panamericana	29	12	117	9							146	21
Total	216	350	378	431	271	403	379	467	356	403	1.600	2.054
PSICOLOGIA												
de Costa Rica	58	28	63	27	62	41	72	39	65	38	320	173
Autónoma de Centro América	32	1	35	1	13		37	4	71	28	188	34
Católica Anselmo Llorente y La Fuente					3		13		40		56	0
Monterrey	5	11	6	18	59	44	116	36	100	58	286	167
Independiente de Costa Rica					129		78		44		251	0
Central Costarricense						1		4	2	33	2	38
Total	95	40	104	46	266	86	316	83	322	157	1.103	412
MEDICINA Y CIRUGIA												
de Costa Rica	87	97	111	111	138	138	128	128	115	111	579	585
Autónoma de Centro América		67		145		149		127		180	0	668
Internacional de las Américas		9		17		45		41		77	0	189
Iberoamericana					32		64		88	29	184	29
de Ciencias Médicas									83	70	83	70
Total	87	173	111	273	170	332	192	296	286	467	846	1.541
ODONTOLOGIA												
de Costa Rica		41		40		38		61		35	0	215
Latinoamericana de Ciencias y Tecnología				2		31		21		30	0	84
Veritas						21		30		20	0	71
Latina de Costa Rica								9		15	0	24
Total		41	0	42	0	90	0	121	0	100		394

Fuente: CONARE

El comportamiento de los graduados de las carreras seleccionadas muestra, como se puede observar en el siguientes gráfico, el aumento sostenido y significativo de graduados, especialmente en Medicina y Cirugía a partir del año 1996.

Gráfico N° 1



C. Oferta académica de postgrado

En el siguiente cuadro se presenta la amplia oferta académica de postgrado a nivel de maestrías de las universidades públicas y privadas en el país. Los datos sobre graduados anuales de toda la oferta no se encuentran disponibles lo que limita un mayor análisis.

Cuadro 5
Oferta Académica de Posgrados de las Universidades Públicas y Privadas
Costa Rica, 2002

Universidad	Maestría
Universidad Nacional	Epidemiología
Universidad Estatal a Distancia	Administración de Servicios de Salud
Universidad de Costa Rica	Ciencias Biomédicas: Bioquímica Farmacología Fisiología Fisiología Celular Enfermería: Ciencias de la Enfermería Enfermería Ginecoobstétrica y Perinatal Farmacia: Farmacodependencia Estudios Interdisciplinarios sobre Discapacidad Discapacidad Múltiple y Sordoceguera Gerontología Microbiología, Parasitología y Química Clínica: Bacteriología Virología Inmunología Hematología Parasitología Química Clínica Biología Celular y Molecular Artropodología Médica Nutrición Humana Psicología (varias menciones) Química Salud Pública (varias menciones) Trabajo Social: Gerencia Social Investigación en Trabajo Social Intervención Terapéutica en Trabajo Social Evaluación de Programas y Proyectos Sociales
Universidad de Costa Rica	Gerencia de Enfermería Enfermería del niño y adolescente Psicología del deporte y la actividad física
Universidad Hispanoamericana	Psicología clínica Enfermería en cuidados intensivos Gerencia de hospitales y serv. de salud
Universidad Autónoma de Monterrey	Estudios en psicología grupal
Universidad de Iberoamérica	Psicoterapia analítica c/ m. psicoanálisis Terapia gestalt
Universidad para la Cooperación Internacional	
Colegio Leonardo da Vinci	

Universidad	Maestría
Independiente de Costa Rica	Psicología c/menc. en salud Psico c/m psicol org, Psicol c/m psicol educativa Psicología clínica
Universidad Santa Lucía	Administración Servicios de Salud Salud Pública Salud Pública con énfasis en Epidemiología
Universidad Latina de Costa Rica	Auditoría del Procesamiento Electrónico de Adm.neg. c/enf.en adm. de empresas de potable y saneamiento ambiental Psicología con énfasis en psicología clínica, comunitaria y educativa
Universidad Libre de Costa Rica	Interdisciplinaria en terapia de la familia
Universidad de Ciencias Médicas	Adm. de centros y servicios de salud Anatomía Historia de la medicina Medicina del trabajo

Fuente: Información aportada por CONESUP y Universidades

La formación de postgrado, las especialidades médicas, que son responsabilidad académica del Sistema de Estudios de Postgrado (SEP) de la Universidad de Costa Rica mediante el programa de residencias médicas del Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISSS).⁷⁶ Hasta el momento las universidades privadas no tienen programas de residencias médicas.

De 1995 al 2002 se cuenta con los siguientes datos en cuanto a médicos especialistas graduados de este sistema:

Cuadro N° 6
Número de Médicos especialistas graduados
UCR/CENDEISSS. Años 1995 - 2002

Años	Total	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
N° de graduados	908	109	125	152	141	96	101	90	94

Fuente: Parada, Nery et al. Datos de Anexo 6

Para garantizar una formación de calidad y éticamente aceptable se entiende necesaria la regulación de la enseñanza profesional, entendida como una función estratégica de carácter estatal que se fundamenta en los procesos de normalización, control y evaluación. Esta tarea implica plantearse algunas preguntas como: “¿Quiénes y bajo qué criterios autorizan el funcionamiento de las instituciones de educación?, ¿Cómo se establecen los requisitos mínimos de ingreso y el número de cupos? (...) En cuanto a los procesos de preparación de especialistas: ¿Cómo se certifican esos especialistas?, ¿Cómo se autoriza su práctica?”.⁷⁷

También es necesario llevar adelante procesos de acreditación. " La acreditación es un estatus dado a una institución educacional o un programa que cumple o excede ciertos criterios establecidos de calidad educacional." ⁷⁸ Cumple dos propósitos fundamentales: asegurar la calidad de una institución o de un programa y asistir en el mejoramiento de la institución o programa.

El Sistema Nacional de Acreditación (SINAES) se crea como una instancia no gubernamental dependiente de CONARE en el año 1992, que pretende los siguientes objetivos:

Coadyuvar al logro de los principios de excelencia académica establecidos en la legislación nacional y al esfuerzo que realizan las Universidades por mejorar la calidad de los programas y carreras que ofrecen.

Mostrar la conveniencia que tiene para las universidades someterse a un proceso de acreditación y propiciar la confianza de la sociedad costarricense en los programas y carreras acreditados, orientándola también con respecto a la calidad de las diferentes opciones de educación superior.

Certificar el cumplimiento de criterios y parámetros de calidad académica de las carreras y programas sometidos a acreditación.

⁷⁶ El CENDEISSS, además es un ente formador de personal Auxiliar de Enfermería y Asistentes Técnicos de Atención Primaria, programas de formación de 11y 6 meses, respectivamente.

⁷⁷ Esquivel, José Miguel. “Regulación del desarrollo de los recursos humanos en el campo de la salud.” En **Gestión, revista de ciencias administrativas y financieras de la seguridad social**. Vol.9, N°2, segundo semestre 2001. Pág.82.

⁷⁸ Council on Postsecondary Accreditation. The Role and Value of Accreditation. Washington, COPA. 1982.

En materia de acreditación los mecanismos desarrollados por el momento no trascienden la totalidad de las carreras ni de los profesionales. Las únicas carreras de salud acreditadas por el Sistema Nacional de Acreditación de la Educación Superior (SINAES) a la fecha son la de Medicina y la de Trabajo Social, ambas de la Universidad de Costa Rica y la de Odontología de Universidad Latina⁷⁹. Otras 12 carreras se encuentran actualmente en proceso de acreditación.

A falta de una regulación en materia de formación de recursos humanos, se observa en el país una alta oferta educativa universitaria la cual ha crecido en los últimos años. A pesar de esta alta oferta, el grupo considera que la educación no responde necesariamente a lo que el país necesita en cuanto a cobertura y accesibilidad a los servicios, especialmente porque el quehacer de las instituciones formadoras y empleadoras está orientado por un enfoque biológico, patocéntrico, tecnocrático, no-humanista e individualista, el cual fomenta la práctica y el desarrollo de los recursos humanos en esta misma dirección. De hecho este enfoque no responde a las necesidades del perfil social del país. Así lo han planteado diversos foros de análisis, siendo el último de ellos el desarrollado por la Facultad de Medicina de la Universidad de Costa Rica, donde este enfoque se considera uno de los desafíos de la formación en salud (Foro, 2001)

Debe agregarse como otro de los puntos críticos identificados, el hecho de que no existe una definición explícita de las necesidades de formación en cantidad y calidad del recurso humano por parte de las instituciones empleadoras. Como excepciones pueden citarse el estudio de necesidades de formación de tecnólogos en Salud, realizado por el Programa de Tecnologías en Salud de la Facultad de Medicina, en asocio con el CENDEISS y el reciente estudio de esta última institución sobre requerimientos de médicos y especialidades medicas, que citaremos más adelante. Persisten las dudas acerca de las variables que deben ser consideradas para el análisis de necesidades y de las metodologías por emplear.

Conclusiones sobre la formación

Se considera que es imperativo abrir un espacio de debate y concertación para analizar la situación actual de la cantidad y calidad de la oferta académica en salud y la regulación que debe ejercer el Estado en esta materia. Para ello el Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación, deben enfrentar el reto de generar un marco regulatorio oportuno, actual y eficiente, esfuerzo que debe potenciarse con el concurso de los colegios profesionales, los sindicatos y los hallazgos de investigaciones sobre la producción de recursos humanos en salud. En este marco, entre otros aspectos, deben reformulase los requisitos mínimos para la apertura de carreras. Especial importancia debe darse a la formalización de los campos clínicos que serán ocupados por los estudiantes, es decir: su ubicación, número, calidad y coexistencia de otras universidades en el centro. Igualmente deberá regularse sobre las características del cuerpo de profesores, su formación, sus antecedentes profesionales y docentes, intentando evitar especialmente la simultaneidad y superposición de responsabilidades docentes del personal de salud.

La reflexión sobre el desarrollo de los recursos humanos en salud del país, debe ser una preocupación nacional y sectorial por la calidad y la pertinencia de la formación profesional para que en la prestación de servicios de salud público y privado se asegure la protección del usuario de una práctica inadecuada o de una intervención profesional sin calidad. El crecimiento sin control de la oferta educativa, la inexistencia de una planeación estratégica de las necesidades de recursos humanos en el país que considere la equidad de su distribución y la precarización del empleo son amenazas que la regulación debe enfrentar.

Este ámbito de la regulación de la oferta educativa, su pertinencia y adecuación, junto con las relaciones de trabajo y la del ejercicio profesional, son retos de la función de conducción del Estado en materia de los derechos a la salud de las personas.

79 Registro de Carreras acreditadas por el SINAES, 3 de septiembre 2002

D. EL EMPLEO EN SALUD

Hacia la corrección de desequilibrios e inequidades

Este aspecto está relacionado con la gestión en recursos humanos y las políticas que sustentan su accionar en salud, dentro de un sistema social y económico que está orientado hacia la flexibilización laboral.

En esta área el punto crítico identificado es que existen inequidades en la distribución y la gestión, en aspectos que competen a la contratación, al sistema salarial, a los incentivos y la discriminación de género, en el tanto debe buscarse un mayor equilibrio en las oportunidades brindadas, de manera que éstas se conviertan en condiciones necesarias para que la mujer tenga acceso a puestos de toma de decisiones. Ello implica que la gestión en recursos humanos sea un campo de conflicto y que, por la conjunción de múltiples actores e intereses, por las múltiples leyes y reglamentos, sea propicio para la ingobernabilidad.

Normas, sindicatos y gobernabilidad sectorial

En Costa Rica, las relaciones laborales en el aparato estatal se han regulado por medio de dos instrumentos: el Estatuto de Servicio Civil que las regula el Poder Ejecutivo y la legislación laboral, ampliada por reglamentos autónomos y convenciones colectivas que se regulan desde las instituciones estatales. Desde 1979 se inicia la reinterpretación de la ley que va eliminando las convenciones colectivas. Las organizaciones usan el recurso de los conflictos colectivos que culminan con un laudo arbitral y, en 1993, la Sala Constitucional establece que las relaciones laborales colectivas en el ámbito estatal no se rigen por el Código de Trabajo, sino por el derecho administrativo, lo que sirve de base para declarar inconstitucionales los laudos arbitrales (Tomado de OPS/OMS: junio 1999: 21) y luego las convenciones colectivas.

En lo específico el campo de los recursos humanos en salud está regido por el Código de Trabajo, el Estatuto de Servicio Civil y su reglamento, en tanto el Ministerio es parte de la Administración pública, el Reglamento Interior de Trabajo del Ministerio de Salud, la Ley General de Administración Pública, la Ley para el Equilibrio Financiero del Sector Público, las disposiciones de la Autoridad Presupuestaria(a partir del 2000 sólo se aplica al Ministerio de Salud)y la Ley para la desconcentración de Hospitales y Clínicas de la CCSS.

Este complejo cuerpo de normas y reglamentos hace que existen superposiciones que contribuyen a la ingobernabilidad

La organización laboral y sindical en el Sector Salud está conformada por gremios de distinta denominación. **80**

La negociación se torna entonces en un campo difícil, con la gran fragmentación de las organizaciones sindicales, habiendo identificado 40 organizaciones cuyo rango de membresía va desde 22 afiliados hasta más de 6000, lo que apunta a la debilidad de algunas de ellas.

Cuadro No.7

Sindicatos del sector salud afiliación para el año 1999

CODIGO	SINDICATO	SIGLAS	AFILIACION
S-T114	Asoc. Cost. Técnicos de la Salud	ACOTES	NO APARECE
S-T093	Asoc. Cost. Técnicos electro encefal.	ACTEEG	NO APARECE
S-I001	Asoc. Cost. Técnicos Saneam.Amb.	ACTSA	79
S-T092	Asoc. Cost. Trabajador. Sociales	ACOTRAS	44
S-E005	Asoc. Empleados del Seguro Social	AESS	1697
S-M126	Asoc. Médicos Especial. Neurocirug.	AMEN	13
S-D008	Asoc. Nal.Dir. Uni.Médicas de CCSS	AMEDISS	96
S-E022	Asoc. Nal Emplea. Públicos y Privados(*)	ANEP	5122
S-S016	Asoc. Nal Jefes Sucursales del SS	ANJES	76
S-E004	Asoc. Nal. Prof. en Enfermería	ANPE	1906
S-P126	Asoc. Nal Técnicos en Patología	ANATEP	NO APARECE
S-O004	Asoc. Nal. Técnicos Dentales	ANTED	NO APARECE
S-T088	Asoc. Nal Técnicos en Ortopedia	ANTO	39
S-O014	Asoc. Odontológica de Costa Rica	AOCR	NO APARECE
S-S034	Org. Cost. Administrad. de Servicios	OCASS	107
S-A085	Sindicato Costarricense Anestesiastas	SICDA	69
S-A085	ind. Asist. Servicios de Salud	SINASS	731
S-D020	Sind. Asist. Auxiliares y afines	SINAO	NO APARECE
S-H021	Sind. Emplea. Hosp. Pérez Zeledón	SINEHOPEZ	269
S-P045	Sind. Profesionales Sector Salud	SINPROSA	200
S-C022	Sind. Profes. Cienc. Médicas CCSS	SIPROCIMECA	1924
S-P037	Sind. Profes. Cien. Méd. Hospitalaria	SIPROCIMEH	94
S-N004	Sind. Profes. Nutricionistas CCSS	SIPRONUC	28
S-L015	Sind. Técnicos de Laboratorio	SITEL	167
S-H022	Sind. Traba.Sal. Inst. Públ. y Privadas	SITHOSAJUDI	261
S-E042	Sind. Indep. Trab. Estatales Costarricenses (*)	SITECO	3605
S-S009	Sind. Nal Empleados de Salud Pública y afines	SINAE SPA	630
S-H010	Sind. Nacional Enfermería	SINAE	2433
S-N003	Sind. Nal Trabajadores Nutrición	SITRANU	NO APARECE
S-M005	Unión Médica Nacional	UMN	3442
S-H007	Unión Nal. Empleados Hospitalarios y Afines	UNEHA	1023
S-H020	Sind. Emplea. Hospital San Carlos	SINEHSCA	142
S-H023	Sind. Empleados Hospital Alajuela	SEHA	NO APARECE
S-H026	Sind. Trab. Hospital Carlos L. Valverde	SIN CLAVE	NO APARECE
S-S043	Asoc. Nacional Empleados Sucursales del Seguro Social	ANESS	NO APARECE
S-H017	Sind. Empleados Hospitales Provincia		

Guanacaste	SEHG	NO APARECE
S-F039 Federación Cost. trabajadores de la Salud	FECTSALUD	NO APARECE
S-F083 Federación Sind. Prof. Sector Salud	FESAPROSS	NO APARECE
S-F072 Federación Democrática Empleados de salud	FEDESAL	NO APARECE
S-F097 Federación Frente Sind. de la CCSS		NO APARECE

(*) Estas organizaciones laborales agrupan mayoritariamente a trabajadores/as de otros sectores y no tanto del sector salud. Fuente: Depto. Organizaciones Sociales, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Tomado de Valverde et al. Op.cit

En el caso particular del Sector Salud, la CCSS, ha venido generando nuevos espacios con las representaciones de sus trabajadores, que han concluido con importantes acuerdos, producto de la negociación y el diálogo, que ha permitido a los trabajadores mejores escenarios para expresar sus puntos de vista.

El documento denominado "Histórico Acuerdo en Tiempos de Paz", suscrito en el mes de octubre del año 2001 refleja los resultados de la necesidad de conformar una mesa de diálogo "que permitiese abordar conjuntamente, a partir del análisis sereno, meditado y profundo de las principales políticas de desarrollo impulsadas por la CCSS, como consecuencia de la reforma del Sector Salud, el estado actual de la seguridad social y de sus perspectivas de desarrollo futuro, ya fuese para corregir el rumbo en aquellas áreas en que se hubiesen cometido errores, o para fortalecer e impulsar todos aquellos procesos e iniciativas orientados a satisfacer las necesidades que los costarricenses demandan de la seguridad social, procurando mejorar día con día los servicios. 81

Se definen en este acuerdo un conjunto de directrices que orientan la posición institucional respecto a grandes temas de interés laboral. Algunos de los de mayor interés para el campo que nos ocupan son: generación de empleo público, que incluye crecimiento, financiamiento y desarrollo del capital humano, en el marco de una política de recursos humanos para plantear al Consejo de Gobierno; posición acerca de la compra de servicios a terceros, con modificaciones al Reglamento respectivo y su impacto en las disposiciones de empleo público; contratación de servicios de apoyo; adquisición de tecnología; rendición de cuentas; derechos de los trabajadores; garantía en la estabilidad laboral y pronunciamiento en relación con posibles reubicaciones del personal.

Así mismo se observa un avance importante para el modelo de gestión con el enfoque de la desconcentración de acuerdo con la entrada en vigencia de la Ley 7852 de Desconcentración de Hospitales y Clínicas de la CCSS, aspectos que en contexto del documento firmado, garantizan derechos fundamentales a los trabajadores, aún en el panorama de la desconcentración.

Desequilibrios e iniquidades en el empleo en salud.

Como una muestra de las desigualdades laborales en el Sector Salud, se tiene que para el Ministerio de Salud en su nuevo Manual Institucional de Clases se crea clases anchas, por ejemplo, la Clase Profesional Licenciado de la Salud II dentro de esta misma clase se crearon los Grupos Ocupacionales Salariales. El Manual señala: "De conformidad con la legislación vigente, los siguientes conforman los grupos por campo de especialidad que se determinan para las áreas temáticas de los diferentes puestos contenidos en la clase; de forma que los requisitos académicos anteriores deben ser interpretados en función del grupo específico de interés:

- A: Profesionales en otras áreas
- B: Profesionales en Nutrición
- C: Profesionales en Enfermería
- D: Profesionales en Microbiología y Química Clínica
- E: Profesionales en Farmacia

- F: Profesionales en Odontología
- G: Profesionales en Medicina Veterinaria
- H: Profesionales en Medicina Humana.⁸²

Aunque el mismo Manual especifica las mismas funciones para todos estos profesionales contemplados dentro de la Clase Profesional Licenciado de la Salud II, los salarios son diferentes, con lo que rompe el precepto de que para igual función igual salario.

Como ejemplo podemos citar el caso del Profesional de la Salud II, B: Profesional en Nutrición con un salario base de 187.550 colones mientras que un Profesional de la Salud II, H: Profesionales en Medicina con un salario base de 264.418, que representa una diferencia de 76.868 colones únicamente en el salario base, esto sin contar otros incentivos salariales que sólo se aplican a los grupos de ciencias médicas.

En relación con las diferencias de género, se concluye en estudios realizados que las mujeres trabajadoras de la CCSS, en términos generales, presentan una clara desventaja desde el punto de vista salarial, con respecto a los hombres. Además, se señala que es evidente que en la CCSS, no se dan las condiciones necesarias para que la mujer tenga acceso a puestos de toma de decisiones, las mujeres siguen siendo minoría en los espacios de dominio político, ya que los puestos de directores de hospitales y directores regionales, son ocupados por hombres.⁸³ En adición a lo anterior, la mayoría de las trabajadoras son mujeres, lo que hace suponer que desempeñan diversos roles, con doble o triple jornada.

En forma más reciente, un estudio de los salarios como categoría de análisis de la organización concluye que se observa hegemonía de algunos grupos ocupacionales sobre otros, al hacer referencia a los profesionales en Ciencias Médicas quienes a través de diferentes formas de presión tienen ventajas con respecto de los demás profesionales que trabajan en el sector salud. ⁸⁴

En el mismo sentido de búsqueda de equidad, el pasado 11 de noviembre se aprueba por unanimidad en la Comisión de Sociales de la Asamblea Legislativa un proyecto de Ley que propone la Reforma al artículo 40 de la Ley General de Salud, la reforma a varios artículos y adición de un artículo a la Ley de incentivos a los profesionales en ciencias médicas y la reforma a un artículo de la Ley del Servicio Social Obligatorio. Entre los considerandos, el proyecto plantea que en el sector salud las leyes desactualizadas han generado - entre muchos otros problemas - iniquidad y exclusión para las y los profesionales que desempeñan labores fundamentales en el mejoramiento de la salud pública. Así, se plantean que sean considerados profesionales en ciencias de la salud además de los médicos, farmacéuticos, microbiólogos, odontólogos y veterinarios, la enfermería, la nutrición y la psicología clínica. La propuesta evidencia la preocupación de algunos grupos por hacer efectivo el sentir de equipos de trabajo para la atención en salud.

Un aspecto de iniquidad se observa también en la distribución de los recursos humanos, para lo cual se toma como referencia los datos de la Caja Costarricense de Seguro Social. Según la información contenida en el cuadro siguiente, en los hospitales desconcentrados y en las Regiones Centrales es donde se concentra el mayor número de personal en ciencias de la salud.

82 Costa Rica, Ministerio de Salud. **Manual institucional de clases**. S.f.

83 Moya, Ligia y otras. **La mujer en el Seguro Social de Costa Rica**. Caja Costarricense de Seguro Social, OPS/OMS. Marzo de 1993.

84 Castillo, Jacqueline. “Salarios. Un análisis de la organización.” En **Gestión, Revista de ciencias administrativas y financieras de la seguridad social**. Vol.7, primer semestre, N°1, 1999. Pág. 37-40

Cuadro N° 8

**Distribución de plazas de algunas categorías de personal ciencias de la salud por Región
Caja Costarricense de Seguro Social. Costa Rica, 2001**

Categoría	total	Nivel Central	Hospitales Desconcen	Central Norte	Central Sur	Huetar Norte	Regiones			
							Pacífico Central	Choro- tega	Huetar Atlántica	Brunca
Total	3857	389	1044	662	625	157	228	205	257	280
Odontólogo en Servicio Social	55	0	0	1	8	11	7	11	9	8
Odontólogo general	245	3	23	69	82	7	12	22	15	12
Odontólogo especialista	27	0	15	5	7	0	0	0	0	0
Médico en Servicio Social	262	0	0	21	41	27	28	32	49	62
Médico Asistente General	848	11	33	257	210	40	64	57	84	86
Médico Residente	332	329	2	0	1	0	0	0	0	0
Médico especialistas	1389	14	707	198	190	41	80	35	57	67
Farmacéutico	263	22	81	50	33	13	15	24	14	10
Microbiólogo	410	9	161	61	51	18	21	24	29	35
Químico	2	1	0	0	1	0	0	0	0	0
Psicólogo clínico	24	0	22	0	1	0	1	0	0	0

Las nuevas formas de contratación

El proceso de reforma está generando modificaciones laborales de gran importancia, como consecuencia de los cambios que se están efectuando en la lógica de funcionamiento de los servicios de salud. Valverde y Trejos han señalado en sus investigaciones que los compromisos de gestión constituyen el instrumento para impulsar ese proceso de transformación, tendiente al traslado de los servicios de salud al capital privado y a la transformación de la lógica con la que operan los servicios que se mantienen en el ámbito estatal y enfatizan en su incidencia sobre la fragmentación del trabajo, la competencia por la reducción de los costos de los servicios y el aumento de la contratación de diversas modalidades de servicios a terceros, con lo que consideran que se afecta la motivación y el compromiso de las personas trabajadoras.

Señalan que las nuevas formas de contratación laboral están transformando las condiciones laborales y de la organización del trabajo (pérdida de derechos laborales, debilitamiento de la organización laboral, atomización de los procesos de trabajo, pago por productividad, entre otros). Así, para los mencionados autores esta flexibilización y la precarización de las condiciones laborales amenaza a los trabajadores/as de la salud.

Cuadro N° 9

Caja Costarricense de Seguro Social. Seguro de Salud
Contratación de Servicios por partidas presupuestarias
Años 1997 - 2001
(en millones de colones)

Año	2188	2190	2191	2192	2193	TOTAL	% var.
1997	301,7	1.843,0	300,1	376,5	37,7	2.859,0	-
1998	566,3	2.267,4	404,3	517,8	46,1	3.801,9	33,0
1999	4.544,6	0,0	600,5	670,2	51,7	5.867,0	54,3
2000	6.819,1	0,0	789,0	962,9	56,6	8.627,6	47,1
2001	7.630,4	0,0	1.012,2	1.259,4	60,3	9.962,3	15,5

Fuente: Informes de liquidación presupuestaria más Inf. Liquidación compromisos presupuestarios 1

Partidas presupuestarias:

2188 Contratación de servicios médicos, farmacia y laboratorio

2190 Contratación de servicios área de salud

2191 Contratación limpieza de edificios

2192 Contratación de servicios de vigilancia

2193 Contratación de servicios mantenimiento zonas verdes

El incremento en la partida presupuestaria de contratación de servicios médicos, farmacia y laboratorio para el año 2001, es veinticinco veces mayor que el monto en millones de colones para el año 1997. Consideramos necesario realizar un estudio para conocer en detalle de qué tipo son los servicios médicos, de farmacia y de laboratorio que han sido contratados por este medio, sus montos, los establecimientos en que se han realizado, si quienes los han brindado son personal de salud de éstos, la cantidad y características de los usuarios que han sido beneficiados, entre otros aspectos de interés.

Las condiciones de trabajo en salud:

Un sondeo en algunas instituciones públicas y privadas

Para conocer algunas condiciones laborales del personal que conforma las instituciones públicas y privadas del sector salud, se realizó una encuesta, en forma de lista de cotejo, cuya recolección fuera accesible. Los datos se obtuvieron de nueve organizaciones, de las cuales cinco son instituciones privadas: el Hospital Clínica Bíblica, Clínica Católica, Hospital Jerusalén, Hospital (CIMA) San José y Coopesalud R.L.; cuatro son instituciones Públicas: Caja Costarricense de Seguro Social, Instituto Nacional de Acueductos y Alcantarillados, Programa de atención integral en salud (PAIS): (Áreas de Salud de San Pedro, Curridabat y Tres Ríos, Convenio UCR/CCSS y el Ministerio de Salud.

En el sondeo se abordaron los siguientes aspectos: Políticas de desarrollo de recursos humanos, distribución de personal y necesidades de atención en salud de la población, perfil de competencias y naturaleza de los puestos, movilidad laboral, contratación de servicios por terceros, inducción, evaluación del desempeño, beneficios, capacitación, reconversión de personal e instancias y mecanismos para la resolución de conflictos. El instrumento fue llenado en la mayoría de los casos por los directores de recursos humanos de las instituciones.

Políticas de desarrollo de recursos humanos

Seis instituciones refieren disponer de una política explícita de desarrollo de los recursos humanos, (CCSS, MS, ICA, CIMA, Jerusalén, Coopesalud), de las cuales, sólo Coopesalud no cuenta con un plan estratégico que operacionalice la política y que forme parte del plan estratégico global de la organización.

Distribución de personal y necesidades de salud de la población

El tema de los balances en recursos humanos resultaba de interés, por lo que se preguntó si existe desbalance en la cantidad de personal con respecto a las necesidades de atención de la población, a lo que cuatro Instituciones manifiestan sentirlo (CCSS, MS, ICA, CIMA). Estos mismos centros, además de Coopesalud, refieren que se presentan desbalances en la distribución del personal de acuerdo con las necesidades de atención de la población; por déficit de personal, (CIMA; Coopesalud) y por la calificación del personal (CCSS).

Perfil de competencias y naturaleza de los puestos

En cuanto a la correspondencia entre el perfil de competencias profesionales de los empleados y la naturaleza del puesto que ocupan, cinco organizaciones manifiestan que sí existe tal correspondencia, PAIS/UCR, Clínicas Bíblica y Católica, CIMA/San José y el Hospital Jerusalén. Para el Ministerio de Salud no hay correspondencia entre el perfil de competencias y la naturaleza del puesto que ocupan, así como para la CCSS. El que no haya correspondencia se refiere principalmente a personal de enfermería (CCSS) y de administración (CCSS,MS).

Movilidad laboral

La movilidad laboral u otra forma de reducción del personal en los últimos cuatro años, se presenta únicamente en dos centros: uno privado y otro público, Hospital CIMA/San José y Ministerio de Salud, respectivamente.

Contratación de servicios por terceros

En lo que se refiere a la contratación de servicios por terceros por parte de las organizaciones encuestadas, siete indican que la llevan a la práctica. Las que no lo hacen son: PAIS/ UCR y la Clínica Católica. De las que contratan, cuatro refieren que han cuantificado la relación costo - beneficio de dichas contrataciones y además se ha cuantificado el impacto de estos procesos en la calidad de los servicios, los cuales han sido evaluados como positivos. (CIMA, Bíblica, Hospital Jerusalén y Coopesalud) Es importante mencionar que la CCSS no refiere que se hayan hecho evaluaciones, a pesar de que los montos de incremento de estas formas de contratación son relevantes, tal y como se comentó en el cuadro anterior.

En el siguiente cuadro se detallan los servicios en los que se ha contratado a terceros y el número de Instituciones u organizaciones que lo han llevado a cabo.

Cuadro N° 10
Servicios contratados a terceros según número de organizaciones
Año, 2002.

Servicio	Número de Instituciones
Seguridad	5
Limpieza	4
Mejoramiento organizativo	4
Laboratorio	4
Lavandería	2
Apoyo diagnóstico	1
Alimentación	1
Otros	1

Fuente: Encuesta, 2002.

Inducción del personal

En lo que respecta a la inducción general al personal de nuevo ingreso, ocho de las nueve organizaciones encuestadas indican que la realizan. Además proporcionan de manera sistemática inducción relativa al puesto de trabajo. La institución que no ofrece de manera sistemática inducción a su personal es la CCSS.

Evaluación del desempeño

De las organizaciones encuestadas, seis realizan la evaluación del desempeño. No se hace evaluación del desempeño en ICA, Coopesalud y la Clínica Jerusalén.

De las seis organizaciones que sí reportan hacer la evaluación, cinco la toman como base para determinar incentivos, mientras que la Caja no la toma en cuenta para ello.

Beneficios al personal

Todas las instituciones encuestadas reportan beneficios dirigidos a todo el personal, los cuales se detallan seguidamente, según número de instituciones que los brindan:

Cuadro N° 11
Tipo de beneficios e Instituciones que los brindan
Año, 2002

Tipo de beneficio	N° de Instituciones que lo brindan
Capacitación	9
Permiso con goce de salario	8
Días de asueto	7
Préstamos con tasas de interés menores a los del mercado	7
Alimentación	7
Vacaciones profilácticas	6
Vacaciones adicionales	5
Zonaje (vivienda)	4
Examen médico anual	2

Llama la atención que el examen médico anual se considera como beneficio únicamente en la Clínica Católica y el Hospital Jerusalén. En la siguiente tabla se presentan las categorías de personal que reciben beneficios específicos en seis instituciones.

Cuadro N° 12
Categorías de personal que reciben beneficios según número de instituciones
Año 2002

Categoría de personal	Número de Instituciones que lo brindan
Médicos	4
Administradores	4
Microbiólogos	4
Farmacéuticos	3
Enfermeras	3
Nutricionistas	2
Trabajadores Sociales	1
ATAPS	1

Capacitación

Todas las Instituciones consideradas en la encuesta indican que cuentan con planes de capacitación en recursos humanos, que son formulados, según refieren, sobre la base de estudios de necesidades. Estos contemplan actividades de capacitación con la finalidad de mejora de las competencias técnica y profesional de todo el personal de la organización.

En cuanto a los recursos destinados para la ejecución de lo anterior, cinco de las organizaciones indican que se destina una mayor parte al personal profesional (CCSS, Clínica Bíblica, CIMA, MS, ICA). También, la mayor parte de la oferta de las actividades de capacitación en tres de las Instituciones refieren que se orienta a los profesionales, (MS, CAJA; CIMA), mientras que el ICA refiere que se dirige a los administrativos. Es importante anotar que en ninguna se dirige en mayor proporción a los tecnólogos en salud.

En cuanto a convenios de cooperación para los procesos de capacitación cinco organizaciones señalan tenerlos. Estos convenios indican tenerlos con universidades públicas y universidades privadas del país, así como con universidades extranjeras, con Organismos de Cooperación Internacional, con Organismos Financieros Internacionales y con organismos no gubernamentales. No tienen convenios la Clínica Católica, Coopesalud y el PAIS/UCR.

En cuanto a actividades de capacitación y formación en la Caja Costarricense de Seguro Social, se obtiene los siguientes datos correspondientes al año 2000:

Cuadro N° 13
Distribución de las actividades de capacitación según tipo y número de funcionarios participantes
CCSS, Año 2000

TIPO DE CAPACITACIÓN	N° DE FUNCIONARIOS
Odontología General Avanzada	4
Becas: Área Médica Sub-especialidades	21
Becas: Pasantías en el exterior	34
Becas: Maestrías	51
Becas: Área Administrativa	58
Becas: Enfermería	247
DIMEN	89
Capacitación Pedagógica	139
Tecnologías en Salud	201
Postgrados Médicos	215
Postgrado Gestión Local en Salud	250
Introducción al Servicio Social	300
Pasantías en el País	325
Gestión	437

Consejo de Farmacia	479
Otros	546
Emergencias Médicas	600
Informática	1014
Aval de actividades Educativas	1147
Salud Ocupacional	1179
Programa Reanimación Neonatal	1233
Detención Temprana de Cáncer de Cerviz y Mama	3955
TOTAL	12524

Fuente: Memoria CCSS año 2001

En el Ministerio de Salud el proceso de capacitación tuvo el siguiente comportamiento durante el período 2001-2002.

Cuadro N° 14

Actividades de capacitación según temática y número de funcionarios participantes
Años 2001 y 2002
Ministerio de Salud

Temática*	Número de Participantes
Planificación	300
Vigilancia de la Salud	60
Gerencia y gestión de servicios de salud	180
Métodos y Técnicas específicas	180
Reforma Sector Salud	
Resolución de conflicto	
Mejoramiento continuo de la calidad	210
Procesos de evaluación de servicios	
Investigación en Salud	
Etica	
Computo	92
TOTAL	1022

* Solo actividades con una duración de 20 o más horas

La forma en que son presentadas las actividades de capacitación y formación no permite reconocer a cuáles categorías de personal en salud se dirigen, ni cuáles son las estrategias educacionales que se han empleado, así como si se pueden estar repitiendo a las mismas personas. De cualquier manera, muestra la extensión de estas actividades de educación permanente en ambas instituciones, lo que merece un estudio especial, con vistas a la programación de estas actividades de forma de permitir un crecimiento programado del capital humano.

Reconversión de personal

En lo que respecta a programas de reconversión de personal, únicamente el Ministerio de Salud lo lleva a cabo y refiere que el impacto ha sido positivo.

Resolución de conflictos

Todas las organizaciones estudiadas dicen contar con una instancia para la resolución de conflictos, salvo el Hospital CIMA/San José. De las que contestan que cuentan con instancias para la resolución de conflictos, tres no tienen instrumentos o mecanismos para atender esos conflictos; la Clínica Católica, la Bíblica, el PAIS/UCR. Las Instituciones indican que los conflictos más frecuentes se refieren a los de origen disciplinario y con menor frecuencia los relacionados con las adicciones, los de salarios y el hostigamiento sexual.

El trabajo en crisis

Dentro de este apartado es importante mencionar que en materia de distribución de puestos en el campo de la especialización médica, se tiene evidencia que las especialidades muestran déficit en la actualidad, lo que entre otros factores incide en la acumulación de citas a largo plazo y se produzcan lo que dentro del sector se han llamado las “colas”.

También se tiene evidencia de la concentración de especialistas en los hospitales, y dentro de ellos los correspondientes a los hospitales nacionales. Se puede afirmar que hay una alta concentración de especialistas en las áreas de mayor desarrollo social y económico del país, como es la Gran Área Metropolitana. 85

Conforme a investigación realizada por el CENDEISS, a 5 años plazo las necesidades adicionales de especialistas son de 803, mientras que a 10 años estas necesidades son de 702. En cuanto a médicos generales, a 5 años plazo las necesidades son de 355, mientras que a 10 años, las necesidades son de 319.

Sobre los médicos especialistas que se anotan, se comenta que los criterios de necesidad se fundan en lo señalado por las áreas de salud, “... por lo que esta conducta contradice el esquema de atención en el primer nivel...” 86

Por otro lado, es importante hacer una diferenciación entre las necesidades y la futura saturación del empleo en salud, según se hable por grado o del postgrado.

Específicamente en el caso de Medicina, la producción de médicos generales es tal que la necesidad de estos a 5 y 10 años, de acuerdo con el estudio realizado por el CENDEISS se verá satisfecha aproximadamente en un año. Algo muy distinto ocurre con las especialidades médicas, pues las necesidades que revela este mismo estudio, están muy por arriba de la producción nacional de médicos especialistas. Debe destacarse que para tomar decisiones sobre la cantidad y calidad de los profesionales necesarios en salud, deben procurarse estudios sobre bases objetivas, firmes, que analicen las especialidades por separado, así como la distribución geográfica de tales necesidades

Es importante anotar, que en salud, ya se está presentando problemas de desempleo y subempleo profesional, como el caso del empleo médico, tal como lo señala un informe del CENDEISS:

85 Fuentes, Carlos. **Ubicación de graduados de residencias 1998-1999.** CENDEISS, 2001.

86 Parada, Nery y otros. **Valoración de necesidades cualitativas y cuantitativas de profesionales en medicina. Estimación a 5 y 10 años.** CENDEISS/CCSS, septiembre 2002.

“... los requerimientos de profesionales en calidad de Servicio Social, son relativamente bajos con respecto a la situación actual, que ronda las 90 plazas anuales (....). Si a estas 90 plazas sumamos los requerimientos a 5 años tendríamos un total de 133 plazas de servicio social y en 10 años éstas serían 168. Nótese que esta condición contradice en cierto modo las solicitudes de internos, en la medida en que no habría espacio institucional para que graduados del internado continúen con sus actividades como médicos de Servicio Social. La Caja no tiene ni el deber, legal o moral, de contratar a todos los profesionales recién graduados.

Esto hace que el factor empleo en las etapas iniciales del quehacer médico tenga una condición de “embudo” o embotellamiento, en la medida en que si se permitiese el espacio para muchos internos, no tendría la institución la capacidad real para recibirlos luego como médicos de servicio social ni como médicos generales.”

87

Esta situación, entre otras, está condicionada por un crecimiento desregulado de la oferta académica en estas áreas y el poco crecimiento que, en general, ha experimentado el sector público como generador de empleo.

Una nota sobre este asunto apunta lo siguiente:

“Es angustiosa la situación de miles de jóvenes profesionales por falta de espacio en sus carreras. Hay 10 mil abogados y el número se puede duplicar en una década, así como se quintuplicó el número de médicos en menos de 20 años.

El caso de Medicina ilustra esta situación. El próximo año de 700 personas que harán el internado, sólo 350 tendrán salario, porque la Caja Costarricense de Seguro Social no necesita más ni tiene presupuesto. Además para el próximo año, sólo tiene 43 plazas para servicio social, y hay 258 postulantes.” 88

El servicio social

El Servicio Social Obligatorio esta reglamentado por el Decreto Ejecutivo No 25068-S y constituye un requisito indispensable para ejercer las profesiones de Ciencias de la Salud. Tanto la “ Ley de Servicio Social Obligatorio para los Profesionales en Ciencias de la Salud” como su Reglamento, establecen la normativa y requisitos que permiten hacerlo efectivo.

La Ley General de Salud, en su artículo 44, establece que el Servicio Obligatorio Médico y los Servicios Obligatorios que se establecen para otras profesiones en Ciencias de la Salud, de común acuerdo con los Colegios respectivos la Universidad y el Ministerio de Salud, es requisito previo para la habilitación en el ejercicio de alguna de las profesiones en Ciencias de la Salud.

De acuerdo con el Reglamento antes citado, en el artículo 1 se crea la Comisión de Servicio Social Obligatorio, para asesorar y asistir al Ministro de salud en todo lo relacionado con el cumplimiento de la Ley. Dicha Comisión está constituida en la actualidad por representantes de Colegios Profesionales en Ciencias de la Salud, Nutrición, CONARE, CONESUP, y es presidida por la Dirección General de Salud.

En el desarrollo del Servicio Social Obligatorio, se observan algunas situaciones críticas que requieren análisis y toma de decisiones para su solución. En el Taller “Perspectivas del Servicio Social Obligatorio dentro de la Reforma del Sector Salud “ (2000), se analizó la pertinencia de este servicio y se acordó su mantenimiento y necesidad de adecuación. También se analizaron las posibilidades existentes para la creación de plazas tanto en el sector público, como privado y la necesidad de no desviar las plazas existentes para otros fines.

Como se puede observar en el siguiente cuadro existe desproporción entre el número de graduados en profesiones en ciencias de la salud y las plazas disponibles en las Instituciones interesadas.

87 Parada, Nery y otros. Op.cit. pág.24

88 Rodríguez, Camilo. “Muchos médicos, poco trabajo”. En **Al Día**. Sección Opinión, Comentarios. San José, 5 de noviembre del 2002, pág.11

Cuadro N° 15
Servicio Social Obligatorio
Número de Postulantes y Plazas
Enero 1999 a enero 2002

	Años							
	1999		2000		2001		2002	
	Postulantes	Plazas	Postulantes	Plazas	Postulantes	Plazas	Postulantes	Plazas
Enfermería	339	4	391	4	316	4	366	3
Farmacia	71	45	100	34	125	32	178	10
Medicina	364	198	345	193	183	136	441	138
Microbiología	77	4	49	4	39	1	53	2
Nutrición	43	2	19	2	18	1	20	1
Odontología	130	45	104	38	221	33	174	24

No obstante la situación antes descrita, no es posible aumentar el número de plazas, debido a la ausencia de contenido presupuestario en las instituciones interesadas.

Otro aspecto a tomar en cuenta es que, en algunos, casos a médicos que están realizando servicio social se les extiende su nombramiento por medio de una prórroga, lo que disminuye la disponibilidad de plazas.

Ante esta realidad, la Comisión de Servicio Social Obligatorio, está realizando las siguientes gestiones:

Estudio para determinar si se debe continuar con el Servicio Social. De acuerdo con los primeros avances, los Colegios Profesionales han manifestado su interés en mantenerlo.

Solicitud a la autoridad presupuestaria para abrir más plazas de servicio social.

Estudio de posibilidades para incorporar plazas de servicio social en el sector privado.

Modificaciones al Reglamento del Servicio Social Obligatorio, específicamente relacionadas con las áreas geográficas y programas donde se lleva a cabo.

Conclusiones sobre el empleo en salud

El campo de los recursos humanos es un área proclive al conflicto por la multiplicidad de actores y organizaciones con sus propios intereses y por el vasto y complejo cuerpo de leyes, normas y reglamentos en la materia.

También se caracteriza por la existencia de iniquidades reflejadas en la distribución territorial e institucional del personal de salud, por el irrespeto del precepto de "a igual función, igual salario" en las nuevas modalidades de contratación y por el acceso diferencial a los puestos de decisión según género, entre otros.

E. LA REGULACIÓN DEL EJERCICIO PROFESIONAL

Hacia la calidad y el principio de excelencia

La regulación es uno de los temas más importantes en el campo de los recursos humanos, sin embargo en nuestro país las prácticas regulatorias son incipientes, y no han sido consideradas dentro de las políticas públicas. En cada uno de los puntos críticos analizados, una preocupación permanente es la ausencia de un ente que, considerando los diversos intereses e iniciativas, los oriente hacia el bien público dentro de un marco de regulación apropiado.

Dado el papel otorgado por la ley a los colegios profesionales en esta materia, el objetivo de este apartado es analizar la participación de los mismos en la regulación del desarrollo de los recursos humanos del sector salud de Costa Rica. En este caso se tomaron en cuenta los siguientes Colegios Profesionales: Enfermeras, Médicos y Cirujanos, Médicos Veterinarios, Microbiólogos y Químicos Clínicos, Psicólogos, Farmacéuticos y Trabajadores Sociales.

Como antecedentes se tienen en cuenta la información del Observatorio de Recursos Humanos (1999 – 2000) y el Foro de Recursos Humanos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Costa Rica (2001).

Para este fin se aplicó una encuesta a los colegios mencionados con el propósito de conocer el número de colegiados inscritos en los últimos cinco años y las principales líneas de acción que desarrollan.

Legalidad de los Colegios Profesionales

De conformidad con el artículo 439 del Código de Educación, se señala la conveniencia de que se establezcan los colegios de egresados de las diversas Facultades de la Universidad de Costa Rica, único centro de estudios superiores al momento de su promulgación. Así, todas las profesiones de ciencias de la salud contempladas en la Ley General de Salud (artículo 40) tienen su propio colegio establecido por medio de una Ley Constitutiva.

Las Leyes Constitutivas de los colegios les confieren las siguientes atribuciones:

regular el ejercicio profesional,

sancionar el ejercicio indebido y

promover el progreso de los agremiados.

Los colegios cuentan con un Código de Ética y un Tribunal de Honor que conoce de todas las infracciones en el ejercicio profesional y recomienda a la Junta Directiva las medidas y sanciones que estime convenientes. La Junta Directiva aplica las sanciones correspondientes y comunica las resoluciones finales.

La ley General de Salud, artículo 345, establece las atribuciones inherentes al cargo de Ministro en representación del Poder Ejecutivo, una de las cuales (inciso 11) a la letra dice: “determinar de común acuerdo con los colegios profesionales correspondientes y la Universidad de Costa Rica normas para el ejercicio de los profesionales en ciencias de la salud, para el servicio médico obligatorio y otros que se establezcan y para la investigación médica clínica terapéutica y científica en seres humanos.”

En el artículo 40 de la misma ley se define como profesiones en ciencias de la salud, la Farmacia, la Medicina, la Microbiología Química Clínica, la Odontología, la Veterinaria y la Enfermería.

Los Colegios profesionales y la regulación del ejercicio profesional

Un sondeo preliminar

La mayoría de los informantes que respondieron la encuesta, refieren que los colegios se ocupan principalmente de procesos de educación continua para sus agremiados. Solamente los Colegios de Médicos y Cirujanos, de Enfermeras y de Farmacéuticos manifiestan tener o estar en proceso de construir un sistema de recertificación de sus agremiados. La participación en los cambios en los perfiles curriculares de su profesión, así como en modificaciones o cambios en los perfiles ocupacionales en las instituciones prestadoras de servicios de salud, es limitada. Todos manifiestan que no existe una relación adecuada entre profesionales existentes y necesidades del país. En la mayoría de los casos existe sobreoferta de profesionales.

Sobre la colegiatura

De acuerdo con los datos recolectados, existe en todos los casos un aumento significativo en el número de miembros inscritos por año en los últimos cinco años, como se puede observar en el cuadro, el total de inscritos en los colegios es de 19.596 personas al año 2002.

Cuadro N° 16

Profesionales inscritos según colegio
Años 1999 y 2002

Colegios	1999	2002
Total	13.363	19.596
Médicos y Cirujanos	6.788	7.015
Microbiólogos Químicos Clínicos	1.092	1.255
Farmacéuticos	1.289	2.199
Odontólogos	1.594	2.086
Enfermeras	2.600	4.781
Trabajadores Sociales	sd	1.465
Médicos Veterinarios	sd	795

Fuente: Datos 1999, Observatorio de Recursos Humanos y datos 2002 Encuesta

En el cuadro que sigue, se muestra el número de personas que se han inscrito en los últimos siete años. Excepto en Médicos Veterinarios y Microbiólogos, la tendencia es al crecimiento en las incorporaciones. En los demás colegios se mantiene un número uniforme de incorporaciones.

Cuadro N° 17
Profesionales inscritos en los últimos 7 años según colegio profesional.
Costa Rica, 2002

<i>COLEGIOS</i>	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
MEDICOS Y CIRUJANOS	-	-	329	324	354	547	304
MICROBIOLOGOS	38	39	42	62	49	43	-
FARMACÉUTICOS	42	26	87	68	107	124	193
ODONTÓLOGOS	33	51	69	130	106	216	-
MEDICOS VETERINARIOS	27	17	20	26	23	19	31

Fuente: Registros de Colegios.

Del Colegio de Enfermeras, no se obtuvieron los datos

Una observación relativa a las fuentes de datos consultadas que refleja las dificultades en torno a la información en recursos humanos, lo ejemplifican los dos casos siguientes:

En el caso de los médicos y cirujanos, las cifras del Observatorio indican 6.788 médicos inscritos para 1999 y el Colegio de Médicos y Cirujanos en la encuesta realizada, reporta 7.015 médicos inscritos para el 2002. Además, el mismo colegio reporta que en el 2000 se inscribieron 354 nuevos médicos, en el 2001 lo hicieron 547 y en el 2002, se registraron 304. Si partimos de los 6788 médicos inscritos en 1999 y sumamos los inscritos en el 2000, 2001 y 2002 nos da un total de 7.993 médicos inscritos hasta el 2002 y no los 7.015 según datos actuales del colegio respectivo.

En el caso de las enfermeras, según los datos del Observatorio en 1999 había 2.600 inscritas y en el 2002, lo hacen 4.781. El aumento en inscripciones no pudo ser desagregado por falta de registros disponibles al momento del estudio. Estas diferencias y preguntas que no se pueden resolver con los datos disponibles, confirman y ratifican el problema existente en las bases de datos y los sistemas de información en Recursos Humanos del país.

En el siguiente cuadro se presenta el número de especialistas incorporados durante los últimos cinco años. La tendencia a la incorporación de médicos especialistas mantiene cierta uniformidad en el periodo analizado. Los especialistas, son formados por la Universidad de Costa Rica en Hospitales de la CCSS, mediante el Sistema de Estudios de Postgrado, tal como se mencionó antes.

Cuadro N° 18
Número de médicos especialistas inscritos en los últimos 5 años.
Costa Rica, 2002

AÑO	NUMERO
1998	109
1999	129
2000	156
2001	126
2002	40

Según la información disponible, en el país hay inscritos 2832 médicos especialistas. Las especialidades que agrupan más profesionales son Pediatría, Medicina Interna, Ginecología y Obstetricia, Anestesiología y

Cirugía General. Esta razón, entre otras, se debe a que dentro del sector hospitalario estas son las especialidades básicas para el funcionamiento de un hospital; además de que en el segundo nivel de atención, como las clínicas periféricas, se cuenta con este tipo de personal especializado. En otras palabras, el empleo en estas especialidades está relacionado con la estructura organizacional adoptada para la resolución de problemas en el campo de la atención médica.

También estas especialidades mencionadas, forman parte de la oferta privada básica de servicios.

Se reportan 4813 Médicos de Medicina General, si se toma como base el total de inscritos menos los especialistas.

Cuadro N° 19
MEDICOS ESPECIALISTAS DISTRIBUIDOS EN NACIONALES Y
EXTRANJEROS SEGÚN ESPECIALIDAD

ESPECIALIDAD	NACIONALES	EXTRANJEROS	TOTAL
Total	2543	289	2832
Administración de Hospitales	30	0	30
Alergología e inmunología clínica	24	1	25
Anatomía Humana	5	1	6
Anestesiología	187	5	192
Bioquímica Clínica	3	0	3
Cardiología	66	11	77
Cirugía Cardiovascular y tórax	16	2	18
Cirugía General	143	19	162
Cirugía Pediátrica	51	9	60
Cirugía Plástica	34	9	43
Dermatología	65	7	72
Endocrinología	30	0	30
Farmacología Clínica	6	0	6
Foniatría	3	0	3
Gastroenterología	51	8	59
Genética Humana	2	0	2
Geriatría	22	2	24
Ginecología y Obstetricia	224	39	263
Ginecología	19	0	19
Obstetricia	19	0	19
Hematología	22	1	23
Infectología	11	2	13
Medicina Familiar	53	8	61
Medicina Física y Rehabilitación	35	4	39
Medicina Interna	239	37	276
Medicina Legal	36	0	36
Medicina Nuclear	5	0	5
Medicina Psicosomática	5	0	5
Nefrología	20	2	22
Neumología	24	1	25
Neurocirugía	33	6	39
Neurología	39	2	41
Oncología Médica	24	1	25
Oncología Quirúrgica	1	0	1

Ortopedia y Traumatología	65	20	85
Otorrinolaringología	57	8	65
Patología Forense	7	0	7
Pediatría	418	39	457
Psiquiatría General	111	12	123
Psiquiatría Pediátrica	13	0	13
Radiología	68	10	78
Radioterapia	12	0	12
Reumatología	22	2	24
Salud Pública	82	4	86
Urología	54	7	61

Fuente: Colegio de Médicos y Cirujanos, 2002

Sobre el quehacer de los colegios

Las acciones más frecuentes realizadas por los Colegios Profesionales, según información obtenida durante las entrevistas realizadas, van encaminadas a la protección del ejercicio laboral, la cual implica desarrollo de acciones que van desde el control de la ética a la realización de estudios para el análisis de la situación laboral de sus colegiados.

Todos los colegios cuentan con Tribunal de ética, en seis de ellos se reporta que disponen de una política de desarrollo de recursos humanos, que existe un programa de capacitación. Expresan que se han dado cambios en los perfiles profesionales y que hay inmigración y emigración de profesionales.

Cinco colegios manifiestan que han realizado intervenciones frente a evidencia de mal praxis. La participación en la creación de nuevas carreras y perfiles ocupacionales sólo lo señalan tres de los colegios. Únicamente el colegio de Odontólogos tiene parámetros obligatorios para el cobro de servicios profesionales y uno tiene estudios de mercado.

La Regulación de los recursos humanos en el Programa Nacional de Garantía de Calidad

En el actual proceso de reforma y modernización del Sector Salud, se plantea como acción prioritaria la evaluación de la calidad de los servicios y sistemas de salud. En el Ministerio de Salud y dentro de la función estratégica de Regulación, desde 1994, se desarrolló conceptual y metodológicamente el Programa Nacional de Garantía de Calidad, con los siguientes abordajes metodológicos:

Habilitación de Establecimientos de Salud y Afines

Acreditación de Establecimientos de Salud y Afines

Evaluación de Servicios de Salud

La habilitación de establecimientos es el procedimiento de evaluación de servicios de salud, mediante la aplicación de indicadores de estructura, que garantiza a los usuarios las condiciones mínimas de seguridad para recibir un servicio con el menor nivel de riesgo, en las áreas de planta física, recursos humanos y equipo. En lo que respecta a Recursos Humanos, las normas de Habilitación definen para las diferentes especificaciones del establecimiento, el tipo de recurso humano con que debe contar o al que puede tener acceso, especifica en algunos casos, la cantidad de funcionarios, la capacitación y los conocimientos básicos requeridos. 89

La acreditación es el procedimiento de evaluación externo de los recursos, procesos y resultados de atención de los establecimientos de salud.

89 Costa Rica, Ministerio de Salud. **Normas de habilitación de establecimientos.** Dirección de Servicios de Salud.

En relación con recursos humanos se evalúa por tipo de establecimiento y según nivel de complejidad, entre otros elementos, tipo de personal, cantidad, especialidad, horarios de trabajo, distribución, existencia de programas de educación continua y existencia y aplicación de programas de salud ocupacional.

La Evaluación de Servicios y Sistemas de Salud se compone de los siguientes procesos: Evaluación de la calidad de la atención por entidades trazadoras, Análisis de la mortalidad materna, Análisis de la mortalidad infantil y Evaluación de la atención integral del primer nivel de atención.

La evaluación de la atención integral del primer nivel se plantea como un procedimiento administrativo, por el cual se comparan las características de los servicios con un modelo normativo, que se considera básico para brindar un servicio de calidad. Es un tipo de evaluación por encuesta en la que se establece una lista de requisitos mínimos, que todo servicio de ese escalón de complejidad, debería cumplir para brindar una atención acorde con los conocimientos actuales, tecnologías aceptadas y expectativas de la comunidad. La lista de requisitos se agrupan por áreas temáticas comunes, con un peso predeterminado en la evaluación: el componente de recursos humanos tiene un peso relativo de 11%.

De acuerdo con las evaluaciones realizadas en el año 2001, la calificación promedio de las sedes de EBAIS alcanzó un 79% de cumplimiento de los estándares. En un nivel crítico de desempeño se encuentra, entre otros, el rubro de Recursos Humanos (69 puntos de un mínimo de 100). 90

F. BIBLIOGRAFÍA

Brito, Pedro. “Elementos de contexto para un acercamiento a la problemática y perspectiva de los recursos humanos en salud.” En Cuevas, Leobardo y Brito, Pedro. Presente y futuro en la formación práctica y regulación profesional en ciencias de la Salud. OPS/OMS. México, 2002.

Caja Costarricense de Seguro Social. Histórico acuerdo en tiempos de paz. Declaración CCSS, organizaciones sindicales y sociales. Relativo al futuro de la Seguridad Social en las Áreas de autonomía institucional, financiamiento y reforma de los servicios de salud y pensiones. San José, Costa Rica.2001.

Castillo, Jacqueline. “Salarios: Un análisis de la organización”. En Gestión, Revista de ciencias administrativas y financieras de la seguridad social. Vol.7, N°1, Primer semestre, 1999:: 37-40.

Council on Postsecondary Accreditation. The role and value of accreditation. Washington, 1982.

Costa Rica, Ministerio de Salud. Taller del grupo de recursos humanos, “Análisis sectorial y formulación de lineamientos de política.”, San José, 29 y 30 de octubre del 2002.

Costa Rica, Ministerio de Salud. Manual institucional de clases. S.f.

Costa Rica, Ministerio de Salud. Normas de habilitación de establecimientos. Dirección de Servicios de Salud.

Costa Rica, Ministerio de Salud. Plan Nacional de Garantía de Calidad en Costa Rica. Dirección de Servicios de Salud, 2000.

Esquivel, José Miguel. “Regulación del desarrollo de los recursos humanos en el campo de la salud.” En Gestión, Revista de ciencias administrativas y financieras de la seguridad social. Vol 9, N°2, Segundo semestre 2001::82

Fuentes, Carlos. Ubicación de médicos residentes graduados en 1998 y 1999. CCSS/CENDEISSS, Julio 2002.

Moya, Ligia et. al. La mujer en el Seguro Social de Costa Rica. CCSS/OPS/OMS.Marzo de 1993.

OPS/OMS. La salud pública en las Américas. Nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción. Publicación científica y técnica 589. Washington, 2002.

Parada, Nery et al. Valoración de necesidades cualitativas y cuantitativas de profesionales en medicina. Estimación a 5 y 10 años. CENDEISSS/CCSS. Septiembre 2002.

Rígoli, Félix. Memoria Foro de Recursos Humanos: Desafíos para la formación y la capacitación. Universidad de Costa Rica, San José, 2001.

Rodríguez, Camilo. “Muchos médicos, poco trabajo.” En Al Día, sección Opinión, Comentarios. San José, Costa Rica, 5 de noviembre del 2002. Pág. 11

Rovere, Mario. Planificación estratégica de recursos humanos en salud. OPS/OMS. Serie Desarrollo de Recursos Humanos N°96, Washington, 1993

Ulate, Guido. Memoria Foro de Recursos Humanos: Desafíos para la formación y la capacitación. Universidad de Costa Rica, San José, 2001.

Valverde, José Manuel; Trejos, Eugenia y Rosales, Carlos. Datos básicos de recursos humanos del Sector Salud de Costa Rica. Ministerio de Salud, CCSS, OPS, agosto 2000

CAPÍTULO IX
“RECURSOS TECNOLÓGICOS”

IX. RECURSOS TECNOLOGICOS

A. INTRODUCCIÓN

Antecedentes

Para el desarrollo de este análisis se tomará en cuenta la siguiente definición:

Tecnología se refiere a la utilización sistemática del conocimiento para hacer las cosas, la cual se presenta en dos formas, incorporada en instrumentos o equipos (hardware) y no incorporada, contenida en diseños métodos, procedimientos y personas entre otros (software) En las personas, la tecnología no incorporada se refiere al conocimiento intelectual y al conjunto de destrezas, habilidades y actitudes. (Ministerio de Salud. 1997).

A finales del 1970 y a principios del los 80 en Latinoamérica se avanzó en la creación de infraestructura técnica y científica en algunos sectores y países, pero en ningún caso ha sido posible establecer un sistema real de ciencia y tecnología que permita un flujo libre de información y tecnología entre las diferentes entidades involucradas en al investigación desarrollo y producción de bienes y servicios.(Gamboa , 1996).

A partir del siglo 20 se observa un incremento de la ciencia y la tecnología paralelo al desarrollo científico con ayuda de la cooperación internacional.(Mata 2000).

En los últimos años se ha hecho necesario evaluar las tecnologías en salud como una forma comprensiva de investigación que examina las consecuencias técnicas, económicas y sociales derivadas del uso de la tecnología.

Con el fin de integrar todas las actividades tendientes a la regulación de los dispositivos y equipos médicos en el mundo, se integró una Comisión de Harmonización⁹¹ Global (CHG) formada por un grupo de voluntarios representada por autoridades reguladoras de equipo medico nacional y de la industria regulada.

Dichas actividades fueron apoyadas por la OMS y para la Américas la OPS, quien ratificó en la Asamblea de Ministros de Salud en su última reunión en la cual se firmó un acuerdo internacional para la armonización de la Gestión en la Regulación de los equipos médicos.

La CHG tiene dentro de sus metas:

Fomentar la fusión de la prácticas reguladoras.

Promover la innovación tecnológica.

Facilitar el comercio Internacional.

Los Objetivos de la CHG:

⁹¹ Harmonización y armonización: ambos términos de uso regular aceptados.

A) Fomentar el desarrollo de una regulación armonizada con el medio ambiente, mejorando la protección de la salud pública y haciendo más rápidamente accesibles los dispositivos y tecnologías médicas nuevas.

B) Reducir las diferencias regulatorias garantizando la seguridad, efectividad / rendimiento y calidad de los dispositivos médicos para obtener como resultado un gran acceso global a los nuevos equipos.

C) Facilitar el desarrollo de un mercado internacional y vigilar el sistema para reducir la posibilidad la repetición de efectos adversos que influyan en el desarrollo de los nuevos equipos médicos.

D) Promover la cooperación internacional entre ciudades que establecieron y desarrollaron sistemas regulatorios.

Dentro de sus funciones la CHG publica y divulga los documentos guías de armonización con prácticas básicas de regulación.

Tiene un Comité Conductor que sus funciones son:

Dirige el trabajo de los grupos de estudio.

Revisa y acepta o rechaza los documentos guías desarrollados por los grupos de estudio.

Promueve el uso de los documentos guías de Comisión de Harmonización Global por ciudades que no son miembros.

Actualmente en Costa Rica, por el compromiso adquirido con la OPS en la Asamblea de Ministros, el Ministerio de Salud para la regulación de la importación del Equipo y Material Biomédico por medio de la Dirección de Registros y Controles tiene en proceso la publicación de un reglamento para este fin.

En la actualidad hay un ligamen amplio entre las autoridades encargadas de la compra de equipo médico de la CCSS con las Autoridades reguladoras, el cual cuenta con un registro de importadores de Equipo médico en el Ministerio de Salud y un registro de proveedores en la CCSS. Hay una convergencia en el pensamiento de la necesidad de crear la gestión tecnológica.

La Dirección de Servicios de Salud del Ministerio de Salud, evalúa la calidad, cantidad y el estado de los equipos y materiales que son necesarios para brindar un servicio con estándares mínimos de calidad que se encuentran en los Servicios de Salud públicos y privados en el país. También se evalúa las condiciones físico sanitarias en que se encuentran dichos servicios.

B. INFRAESTRUCTURA FÍSICA Y GESTIÓN TECNOLÓGICA

1. Ministerio de Salud

Con respecto a la estructura y dinámica de los recursos físicos en cuanto a infraestructura y equipamiento el Ministerio de Salud realizó en el 2002 un diagnóstico y análisis por medio de una consultoría con el fin de fortalecer el funcionamiento de las Áreas de Salud Rectoras Locales las cuales se agrupan en 9 Regiones que están localizadas en los diferentes cantones del país.

Existen 81 Áreas de Salud a las cuales se les diagnóstico desde las siguientes variables:

1. 1 Localización y planta física

Aproximadamente 48 son propiedad del Ministerio de Salud, unas 29 son prestadas por otras Instituciones y se reportaron 3 con inmueble alquilado. El estado de los inmuebles es de regular a malo, con muy poco mantenimiento físico por su condición de prestadas o alquiladas, aunado a la insuficiencia de recursos del Ministerio de Salud para financiar el mantenimiento a las instalaciones propias. En algunos casos muchas de estas instalaciones han sido declaradas insalubres o inhabilitadas de acuerdo con la normativa del Ministerio de Salud y Trabajo.

Con respecto a la distribución de la áreas de trabajo son insuficientes de acuerdo con la normas de OIT.; al ser en su mayoría casas o locales construidos para otros fines, la distribución de la planta no concuerda necesariamente con las nuevas funciones de rectoría y en su mayoría no hay información de planta apropiada para uso del público y de sus mismos funcionarios como por ejemplo: la rotulación exterior y la interna que hace referencia a los distintos despachos.

1.2 Recurso Humano

Los recursos humanos asignados a las Áreas Rectoras, se aproximan a 1.026 funcionarios.

La Región Central Sur se concentra el mayor número de funcionarios (175), seguida por la Región Chorotega (135), Pacifico Central (129), Brunca (126), Huetar Atlántica (125), Central Norte (100), Central Este (78), Huetar Norte (76) y Central occidente (46).

El Área Rectora de Limón es la que más Recurso Humano posee en todo el país (40) y la que tiene menos funcionarios es Hojancha con 3 funcionarios.

Estos extremos evidencian un desajuste importante en la capacidad logística humana instalada para atender sus respectivas poblaciones jurisdiccionales. Este factor está obstruyendo una labor normal del Área Rectora.

Solo 38 directores de Área, de un total de 81, tienen nombramiento en propiedad en la plaza, mientras que 32 son interinos y 11 están nombrados en Servicio Social. La mayoría son de profesión médicos. El 53.1% de los jefes de Área son interino.

1.3 Mobiliario y Equipo

El mobiliario que disponen es un acopio casual que no satisface las necesidades ergonómicas de los funcionarios ni los requerimientos de los equipos. Aquí destacan armarios, bancas, mesas, estantes, bibliotecas, mostradores, etc.

Relacionado con las líneas telefónicas todas las Áreas Rectoras poseen al menos una cada una, sin embargo no ocurre lo mismo con el facsímil, el cual varias Áreas Rectoras no lo poseen. Esta situación le dificulta la comunicación con la Región, el Nivel Central y con las comunidades. Situación similar les sucede con el correo electrónico.

Respecto a los vehículos, las áreas cuentan con un total de 100 vehículos de los cuales la Región Chorotega concentra 18, seguida de las Regiones Pacífico Central, Huetar Norte y Huetar Atlántica con 13 cada una. Las Regiones Central sur, Norte, Brunca, Este, y Occidente con 10, 10, 9, 7 y 6 vehículos respectivamente. En las Áreas de Salud ninguno tiene más de 3 vehículos, hay cobertura para un 90 % de la totalidad de las Áreas. Aproximadamente 17 Áreas no poseen vehículo.

Las motocicletas (247) están distribuidas de la siguiente forma: la Región Huetar Atlántica cuenta con 60 unidades, la Chorotega 51 y la Huetar Norte con 36, Central Sur 9, Central Occidente 7, y Central Este con 3. No más de 3 Áreas poseen Vehículo acuático. Vale agregar que el estado reportado es de regular a malo, por ser modelos viejos y tener un uso muy intenso.

En cuanto a la disposición de microcomputadoras (153) la Región Central sur cuenta con 33, la Pacífico Central 22, Chorotega 21 y la Central Norte 19. Hay tres Áreas aproximadamente que no tienen ningún computador. La mayoría de estos equipos responden a configuraciones muy viejas carentes de programas técnicos o avanzados, su estado físico (hardware) se reporta de regular a malo. La tendencia a contar con este equipo es las Áreas Rectoras oscila entre uno y máximo dos computadores.

1.4 Población meta y área territorial

Se ha logrado determinar que para cada una de las Áreas Rectoras de Salud establecidas en el país le corresponde una densidad de población por kilómetro cuadrado, basada en la relación de la población registrada en el año 2001 (INEC) respecto al área territorial establecida como jurisdicción administrativa o en el entorno.

El Área de Hatillo le corresponde 12.857 habitantes por kilómetro cuadrado, la de más alta densidad poblacional de todas las áreas del país; le siguen en orden de importancia, Tibás con 8.843 ciudadanos; Pavas 8.156 ciudadanos y Goicochea con 5.469. La mayoría de las Áreas con alta densidad poblacional por kilómetro cuadrado se ubica en la Región 1 Central Sur. Estas Áreas, con excepción de Goicochea, padecen de una marcada insuficiencia de recursos logísticos en sus servicios.

2. Instituto Nacional de Seguros

Tiene como una de sus principales metas modernizar todo su espectro tecnológico, para estar al día con los avances y garantizar la eficiencia y eficacia de sus operaciones.

Actualmente el Instituto Nacional de Seguros (INS) cuenta con 249 Consultorios Médicos de Empresa que brindan atención médica en forma inmediata dentro de su centro de trabajo a los trabajadores, en caso de que su salud se vea afectada como consecuencia de las labores que realizan.

El servicio se brinda en alianza con importantes empresas de todos los sectores productivos.

Un detalle muy importante, es que el Instituto aplica una bonificación en la prima del Seguro de Riesgos del Trabajo, a las empresas que forman parte de este programa el Instituto ha creado una red desconcentrada de servicios de salud integral, que consiste actualmente en 33 dispensarios médicos distribuidos en gran parte del territorio nacional.

El objetivo de los Dispensarios es brindar atención médica en forma inmediata, cerca del domicilio o sitio de trabajo de nuestros asegurados, evitándole así tener que movilizarse a otros centros de población.

Los Dispensarios están en: Aguas Zarcas de San Carlos, Alajuela, Batán, Cañas, Cariari, Carmen de Siquirres, Cartago, Ciudad Neily, Ciudad Quesada, Cóbano, Curridabat, Desamparados, Fortuna, Grecia, Guadalupe, Guápiles, Heredia, La Isla en Limón, Liberia, Limón, Nicoya, Pital de San Carlos, Puerto Viejo de Sarapiquí, Puntarenas, Quepos, San Antonio de Belén, San Isidro, San Marcos de Tarrazú, San Ramón, Santa Ana, Siquirres, Sixaola, y Turrialba.

En todos los centros se ofrecen los servicios de medicina general, enfermería y farmacia; algunos de ellos están preparados para brindar asistencia médica en ortopedia, radiología, terapia física y otros.

Las personas que sufren lesiones como o a consecuencia de accidentes laborales o de tránsito tienen un lugar especializado donde son atendidas: El INS es la primera institución en el ámbito centroamericano, que concentra en un solo lugar los servicios necesarios para un verdadero reintegro de las personas lesionadas a su vida social, económica y laboral.

Este centro de atención del INS, está ubicado en La Uruca, y se compone de 12 edificios modulares e integra los servicios de Consulta de Primera Vez, Consultas en Especialidades Médicas, Hospitalización, Rehabilitación, Farmacia, Radiología, Yesos, Cirugía Menor, Inyectables, Curaciones, Trabajo Social, Transportes, Archivo Clínico, Aprovisionamiento, Mantenimiento y Cirugía Electiva .

Así mismo, los pacientes que viven lejos del Área Metropolitana y que deben acudir a consultas médicas o tratamientos en las instalaciones de INS Salud, son hospedados en la "Casa Albergue" ubicada en Tibás.

Por su parte, los servicios de hospitalización los ofrece la institución en sus instalaciones en La Uruca, para aquellos pacientes que presentan lesiones más severas y que ameritan cuidados médicos y de enfermería las 24 horas del día.

3. Acueductos y Alcantarillados

Acueductos y Alcantarillados (AyA) desde 1999 está desarrollando, el proyecto AyA 2000. Este tiene como objetivo garantizar, el correcto funcionamiento de todos los sistemas relacionados con los servicios que presta el Instituto. Para lograrlo, el problema se ha enfocado desde diferentes perspectivas.

El conocimiento sobre los recursos hídricos, ha permitido conocer el potencial que posee y su utilización a través de modernas tecnologías, aplicadas a sus obras hidroeléctricas e hidráulicas, especialmente, y a las actividades menores de desarrollo como el riego, la industria, la recreación, etc.

El Instituto Costarricense de Electricidad (ICE) dividió el territorio, para efectos de planificación, en las treinta y cuatro cuencas hidrográficas más importantes, que se caracterizan porque todos sus aspectos y factores físicos actúan en forma coordinada, interrelacionándose unos con otros, para mantener el equilibrio natural.

El aumento de la población, la necesidad del hombre de incorporar nuevas tierras a la producción nacional, y el aprovechamiento irracional de los recursos naturales, han ocasionado una serie de desequilibrios en las cuencas, causando efectos negativos sobre el medio ambiente y deteriorando, casi por completo, los recursos físicos existentes. Esto repercute sobre los proyectos llevados a cabo y sobre los habitantes de las distintas localidades, que necesitan el agua para sus diversos quehaceres. Por ese motivo, el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados realiza una serie de estudios sobre cuencas, subcuencas y fuentes, o manantiales que se consideren alternativa factible de desarrollar en un futuro, para el abastecimiento de agua potable.

Utilización e importancia de las cuencas hidrográficas

Entre estas instituciones y organismos destacan: Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (AyA), Instituto Costarricense de Electricidad (ICE), Servicio Nacional de Riego y Avenamiento (SENARA), Empresa de Servicios Públicos de Heredia (ESPH), Junta Administradora de Servicios Eléctricos de Cartago (JASEC), municipalidades, asociaciones de desarrollo, comités de agua y otras. Cada una de estas instituciones tiene injerencia sobre el aprovechamiento y la protección de los recursos hídricos destinados al abastecimiento a las poblaciones, a la producción de energía hidroeléctrica, a las concesiones para diversos usos y actividades de desarrollo y, a nivel agropecuario e industrial, riego y avenamiento, etc.

Problemática de las cuencas

Son varias las alteraciones y los factores que inciden en el deterioro y la problemática ambiental de las cuencas hidrográficas de nuestro país, que afectan en forma negativa los recursos relacionados con el agua, el suelo y el bosque. Por eso se tienen áreas de drenaje, ubicadas en diferentes sectores de Costa Rica, en donde los cambios drásticos y la presión por el uso de las tierras, sumado a la intensidad de las actividades urbanas, industriales, agroindustriales, agropecuarias y mineras, entre otras, provocan desequilibrios que afectan directamente y, en la mayor parte de los casos, no sólo la calidad sino también la cantidad del agua.

Comprendiendo la necesidad de la conservación de las cuencas, el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados fundó el Departamento de Cuencas Hidrográficas, que viene operando desde 1979, con un marco específico de funcionalidad y desarrollo, basado en la investigación y operación de los diversos estudios e informes técnicos sobre el potencial de los recursos hídricos, tanto superficiales como subterráneos, para satisfacer la creciente demanda del recursos por parte de las poblaciones del área urbana y rural del país.

El hombre y el deterioro de las cuencas

En el país, el deterioro de las cuencas ha sido acelerado considerablemente en las últimas décadas, lo que tiene en parte su explicación en una población rápidamente creciente que está utilizando en una forma altamente destructivo e irracional los recursos naturales para satisfacer sus necesidades y ha alcanzado tal volumen de transformación que la naturaleza no puede amortiguar su impacto.

El deterioro de las cuencas lo podemos conceptualizar en dos grandes temas: la alteración y la contaminación ambiental. La alteración se manifiesta especialmente como consecuencia de la deforestación, del cambio de uso de la tierra, de la explotación de recursos minerales y de los asentamientos humanos.

El agua subterránea no existe en forma aislada, sino que es parte de un proceso que une los componentes de la hidrosfera (océanos y mares, lagos, vapor atmosférico y aguas subterráneas) que se relacionan entre sí y forman el ciclo hidrológico.

El agua subterránea almacenada en los acuíferos está usualmente en movimiento, fluyendo lentamente hacia abajo por la influencia de la gravedad, hasta que se descarga en un manantial, en un río, en un lago o en una zona húmeda, y es también absorbida por las plantas.

El agua subterránea surte en Costa Rica un 81% de las necesidades de agua para abastecimiento público y un 91% de las requeridas para uso industrial obtenidas de acuíferos. En el Valle Central, suple cerca del 60% de la demanda total y es la fuente más factible para el abastecimiento de la Gran Área Metropolitana, de aquí hasta el año 2015.

Su uso tiene muy bajos costos en relación con el suministro mediante aguas superficiales, por lo que es especialmente conveniente para los países de escasos recursos económicos y urgentes necesidades de progreso.

Desde 1965 se están realizando investigaciones en las áreas de mayor desarrollo demográfico e importancia económica del país: evalúa los recursos de aguas subterráneas para abastecimiento humano, uso industriales y agropecuarios en las áreas seleccionadas, brindar asistencia técnica a nivel nacional para el aprovechamiento y control de ese recurso, establecimiento de un instituto nacional para el estudio, (SENARA).

Rasgos de los acuíferos más importantes del país

Vertiente del Atlántico

El principal acuífero de esta zona es el llamado La Bomba, localizado en la margen izquierda del río Banano. Abastece a la población limonense.

En la cuenca del río Moín existen calizas arrésciales, sobre las cuales está asentada la ciudad de Limón. En éstas se ha desarrollado un acuífero que también se utiliza para darle agua a la ciudad de Limón, pero que, por la falta de alcantarillado sanitario, algunas etapas se ha contaminado con aguas negras.

Vertiente del Norte

Existe la cuenca del río San Carlos, cerca de Santa Clara, de un aluvión con poco contenido de arcilla, a setenta metros de profundidad, con caudales del orden de los cien litros por segundo. En esta zona hay pocos excavados con profundidades de siete metros.

Vertiente del Pacífico

Los principales acuíferos se localizan en las cuencas de los ríos Tempisque, Grande de Térraba y Barranca. El acuífero ubicado en la margen derecha del río Tempisque, es aluvial, formado por lentes de arcilla que están dispuestos en los cauces antiguos del río y de sus afluentes. La importancia de este acuífero radica en su alta productividad, utilizada en la actualidad para el riego de productos de mucha rentabilidad y, en menor grado, para el abastecimiento de poblaciones.

En la cuenca del río Virilla, uno de los principales afluentes del río Grande de Tárcoles, están ubicados los acuíferos en roca más importantes del país, captados hasta ahora. La secuencia de lavas y tobas ha dado origen a tres acuíferos superpuestos, de gran importancia para el desarrollo del Área Metropolitana: Colima Inferior, Colima Superior y Barva.

El acuífero Barva se origina en las lavas del miembro (tipo de formación geológica) Bermúdez, se extiende por todo el Valle Central, y es drenado naturalmente por una serie de manantiales a lo largo de su extensión. Los principales manantiales de este acuífero son: Echeverría, Ojo de Agua, San Antonio de Belén, Lankaster, Pasito y Gutiérrez. De ellos brotan caudales en forma natural, que varían entre los veinte y los cien litros por segundo. El acuífero es drenado artificialmente por gran cantidad de pozos, que son utilizados para el abastecimiento público y para el uso industrial. Un manto de tobas, denominado formación Tiribí, separa a este acuífero del de Barva y de los de Colima.

Los acuíferos Colima se originan en dos mantos lávicos, separados entre sí por un manto de tobas llamado Miembro de Puente de Mulas. Las rocas que originan estos acuíferos no afloran en el Valle Central, a excepción de aquellos puntos en el cañón del río Virilla, que es donde se encuentran los manantiales La Libertad, Puente de Mulas, Guachipelín, Freddy, Chorros y Potrerillos.

A pesar de que el nivel de agua de estos acuíferos se encuentra a ochenta metros de profundidad, son explotados para el abastecimiento público. En la zona de la Valencia, en Heredia, se perforaron dieciséis pozos, para el abastecimiento del Área Metropolitana, y el promedio de caudal es de ochenta litros por segundo.

En la zona de Puente de Mulas, donde brota naturalmente un manantial de gran magnitud, se hicieron galerías que atraviesan el acuífero Colima Superior, de donde se logra extraer un promedio de setecientos cincuenta litros por segundo.

En la cuenca del río Barranca, se localizaron dos acuíferos aluviales, denominados Barranca y El Roble, separados entre sí por un ente de arcilla. Es importante mencionar que antes de 1980, la ciudad de Puntarenas era abastecida principalmente por agua subterránea del acuífero del Barranca.

Contaminación de las aguas subterráneas

Por muchos años se pensó que las aguas subterráneas estaban protegidas de la contaminación. Esto es cierto en alguna medida, debido a que la cubierta de suelo y roca que hay entre la superficie, donde ocurre la actividad humana, y el mando de agua subterránea, posee capacidades físicas y químicas que brindan tal protección.

Los acuíferos principales del Valle Central (acuíferos Colima Superior e Inferior) se encuentran localizados entre ochenta y noventa metros de profundidad y, como ya sabemos, se ubican al norte del río Virilla. Se había creído que la infiltración de sustancias contaminantes era poco probable, hasta que empezaron a detectarse nitratos en algunos análisis físico-químicos realizados en muestras de agua.⁹²

Este hecho fue la voz de alerta, porque a pesar de que los nitratos existen en forma natural en las aguas subterráneas, su contenido no sobrepasa el miligramo por litro. Entonces, el haber obtenido análisis con valores más altos que ese llamaba la atención, debido a que los nitratos se originan por las actividades agrícolas y las actividades del hombre (tanques sépticos, industrias).

En nuestro país existen ambas actividades en toda la zona de recarga de los acuíferos mencionados, y aunque las fincas cafetaleras han ido desapareciendo, en su lugar se han construido urbanizaciones residenciales que no cuentan con alcantarillado sanitario y que, en su lugar, utilizan los tanques sépticos, considerándose esta situación contraproducente.

De lo anterior se deduce que los acuíferos están recibiendo hasta ahora los afluentes cargados de fertilizantes de las zonas cafetaleras, o bien que los tanques sépticos permiten la infiltración directa de los líquidos que se depositan en los drenajes.

En cualquiera de las dos situaciones, el resultado es el mismo: los acuíferos están contaminándose y se está poniendo en peligro el abastecimiento de agua potable.

Lo mismo que ocurre en el Valle Central, sucede en forma muy similar, y quizás más gravemente, en los otros acuíferos del país, que son más someros, esto es, que la distancia entre ellos y la superficie es, en algunos casos, de pocas decenas de centímetros.

En cuanto a los acuíferos costeros, muchos de ellos están contaminados por aguas negras y por invasión de agua salada. La contaminación de un acuífero costero por agua salada se da por sobreexplotación del manto de agua, y se debe a que por tratarse de cuencas pequeñas, rodeadas por lo general por montañas de un lado, zonas de manglar por otro, y el mar en la zona de su descarga natural, tienen obligatoriamente que recibir una recarga de agua dulce igualmente pequeña.

Estas cuencas están sometidas a un crecimiento turístico descontrolado, por lo que la extracción de agua dulce subterránea es mayor, aumentando las posibilidades de bajar tanto el nivel de agua dulce, que en algunas zonas se produce la salinización del acuífero, por invasión del agua del mar que se encuentra por debajo del mando de agua dulce, impidiendo su aprovechamiento.

El crecimiento del país, con los vicios de toda ciudad grande (gasolineras, lavanderías, desechos tóxicos, etc.), a todas luces representa un grave peligro para los acuíferos, con el agravante de que por ser un país ubicado en el llamado "Cinturón de Fuego", sufre constantes movimientos de la corteza terrestre.

⁹² Ver capítulo correspondiente a Salud Ambiental en donde este tema se trata a profundidad.

Otra situación de cuidado es la siguiente: las gasolineras tienen sus depósitos de gasolina enterrados en el subsuelo y la más pequeña fuga de combustible, ya sea por un rompimiento causado por un temblor, o por que los tanques estén muy corroídos, contaminaría grandes volúmenes de agua subterránea, impidiendo su utilización por contaminación con hidrocarburos.

Por otra parte, los solventes que usan las lavanderías son compuestos orgánicos tan nocivos, como persistentes y ante ellos existe casi total indefensión, debido a que Costa Rica no tiene la tecnología adecuada, ni siquiera para detectar la presencia de tales compuestos en sus aguas subterráneas.

CONTAMINACIÓN DEL AGUA

El hombre continúa utilizando el agua con su contaminación. Es difícil eliminar los contaminantes y si el agua original tiene gran proporción de minerales, el problema se complica. El término "contaminación" es una designación general, al igual que "calidad del agua", y se interpreta de diferentes maneras. El deterioro en la calidad del agua es provocado por el hombre. Por otra parte, el agua puede ser de tan mala calidad natural al obtenerse, que no se puede utilizar. Aunque los procesos naturales que inyectan materias disueltas o suspendidas en el agua estén prácticamente fuera del control del hombre, no cabe duda de que las descargas de desechos a los ríos y fuentes subterráneas son controlables en grado variable.

Cambios en el ambiente físico

Los geólogos nos informan que el ambiente físico en la superficie de la tierra ha sufrido muchos cambios, pero que el aire y el agua eran puros sólo en breves períodos de la historia del mundo, precisamente desde que la vida vegetal se desarrollara y empezara a desprender oxígeno. Aún después de la aparición del hombre, transcurrieron muchos años antes de que hubiera ningún cambio en el ambiente. No fue hasta que el hombre habitó en pueblos y luego en ciudades, que surgió el problema del agua. Cuando las poblaciones empezaron a verter sus desechos en ríos y lagos fue cuando las aguas se deterioraron. Hasta hace poco se prestaba escasa atención a los que vivían abajo o al efecto que producían en la vida acuática. De hecho, no se descubrieron los efectos de la contaminación hasta que se aceptó la teoría de los gérmenes. Fue tan solo a mediados del siglo pasado que se relacionó enfermedades tales como el cólera y la fiebre tifoidea por medio de métodos apropiados de filtración del agua, cuidadosa desinfección y buenos métodos de disposición de aguas residuales.

Agua para la industria

La industria necesita agua en cantidades, en algunos centros industriales más que para uso doméstico. La industria utiliza el agua para elaborar productos, para enfriamiento y calefacción, lavado, clasificación y traslado de materiales. Los alimentos elaborados, bebidas y la mayoría de los sintéticos requieren agua de alta calidad, pero también usan agua para la eliminación de sus desechos. La minería y la extracción de aceites contaminan el agua, pero la refinación y el chapeado de metales producen ácidos, álcalis y sales que son sumamente dañinos si se vierten en los ríos y lagos. Las fábricas de papel son industrias que requieren enormes cantidades de agua y sus desechos contienen fibras y productos químicos. Las plantas elaboradoras de alimentos y carne descargan desechos vegetales y animales que contaminan el agua. En otras épocas, los ríos diluían los desechos, la materia orgánica era oxidada y la inorgánica era disuelta o llevada. Hoy en día en muchos lugares, la capacidad natural de auto purificación del agua ha llegado a su límite. Ya no se puede seguir asimilando y estabilizando los desechos. Los ríos están tan turbios que la luz del sol no penetra lo suficiente y la vida vegetal de los ríos muere por falta de luz para la fotosíntesis que absorbe el dióxido de carbono y desprende oxígeno en el agua. El crecimiento de la población y la industrialización no sólo multiplican el consumo de agua, sino que estimula además el volumen de los desechos. El transporte de estos, desde las casas, fábricas y granjas al mar, es un uso aparentemente benéfico del agua, pero cuando se hacen en exceso se va en contra de la naturaleza. Surgen problemas y se precisa de controles para bien de la comunidad. Desde el punto de vista práctico, el problema de las aguas residuales consiste principalmente en saber como disponer de los desechos y no necesariamente de eliminarlos para contaminar los ríos.

El agua caliente como contaminante

El agua en su estado natural suele estar fría y son pocos los que se dan cuenta de que el agua a temperatura muy alta es en sí un contaminante. La temperatura del agua determina la clase de peces que pueden vivir y reproducirse en ella, ya que la temperatura gobierna la cantidad de oxígeno disuelto disponible. La mayor parte del uso industrial del agua es para fines de enfriamiento. Las centrales térmicas, acerías, refinerías de petróleo y otras plantas industriales toman grandes cantidades de agua para este fin. Esta agua, en cantidad menor, vuelve al río a una temperatura de hasta 80°C. El agua residual de las ciudades que contiene muchos sólidos y productos químicos está también a veces a una temperatura más alta de lo normal. La disposición de agua calentada de calefacción reduce la cantidad del río de disolver oxígeno. La temperatura aumentada tiene un efecto indirecto grave. El oxígeno se combina más rápidamente con los desechos orgánicos a medida que aumenta la temperatura del agua.

De ahí el oxígeno puede consumirse con mayor rapidez de lo que se restituya al ir el agua río abajo, y su contenido de oxígeno puede desaparecer completamente. En situaciones ideales, el agua calentada debería ser enfriada antes de descargarla al río.

Productos químicos

Los insectos compiten con el hombre por alimentos. Los pesticidas, insecticidas y herbicidas usados para destruir insectos y plantas nocivas pueden contaminar el agua. Muchos de estos compuestos orgánicos, de estructura química compleja, inutilizan al agua. Los pesticidas llegan a los ríos y pozos de las zonas tratadas con el desagüe de las lluvias o del agua superficial y se filtran por la tierra. Estos contaminantes tienen con frecuencia efectos graves en la vida de las aves, peces y animales salvajes.

Los detergentes sintéticos han complicado aún más la depuración. Tienen la ventaja de mantener su eficiencia aún en el agua dura sin que formen nata. La mayoría de los detergentes limpian mejor que el jabón ordinario pero suelen contener *sulfato de benceno alquídic* que crea espuma o jabonadura en vez de nata. La mayoría de las plantas de tratamiento de aguas residuales no pueden calmar los detergentes y no son descompuestos por las bacterias. Permanecen en el agua de desecho en forma original y tienden a espumar de nuevo en los ríos cuando son agitados. Pueden también infiltrarse por la tierra con agua de desecho conservando su estado químico original.

Los detergentes han demostrado ser un sustituto popular del jabón y se fabrican de tal forma que una vez utilizados, se descomponen rápidamente.

Materia orgánica

Toda el agua de la naturaleza contiene organismos vivos que varían de tamaño desde las bacterias y algas microscópicas, hasta los grandes peces. Se ha encontrado que el número de especies de vida acuática en una distancia dada de un río no cambia apreciablemente con los cambios climáticos naturales del ambiente. Los cambios hechos por el hombre al contaminar el agua reducen el número de especies acuáticas. La presencia de materia orgánica en los desechos domésticos, particularmente organismos coliformes fecales (de excrementos) es peligrosa. Afortunadamente, estos desechos orgánicos pueden ser transformados por plantas de tratamiento. El proceso de tratamiento se vale de determinados tipos de bacterias que atacan la materia orgánica. Se descubrió hace muchos años que los factores biológicos tienen importante efecto en la calidad del agua. Estos factores trabajan en la purificación del agua en su ambiente natural. Los científicos e ingenieros han aprovechado estas fuerzas naturales y las han aplicado a las aguas residuales antes de verterlas en los ríos y demás cuerpos de agua. Aunque naturales tienden a purificar la contaminación orgánica, no existen en suficiente cantidad en los ríos abiertos, lagos y costas como para transformar cantidades excesivas de contaminantes. Estos límites hacen que sea necesario que el hombre intervenga para ayudar en el proceso.

La mayoría de los peces no pueden sobrevivir en agua con menos de 5 ppm (partes por millón) aunque hay algunos que viven en agua de menos de 3 ppm de oxígeno disuelto. Las mediciones de oxígeno disuelto (OD), junto con la utilización del oxígeno, demanda bioquímica (DOB), son los factores que se usan para determinar el grado de contaminación del agua.

En otras palabras, hay suficiente oxígeno para que las bacterias actúen sobre la materia orgánica y también para soportar la vida acuática, principalmente peces. El agua tratada por acción bacteriana que se desagüe en los ríos no debe contaminarlos hasta el punto de que el oxígeno disuelto en ellos sea reducido al grado de que produzca la muerte de los peces. De hacerlo, los peces muertos contaminarán naturalmente el agua aún más y se podrá aún menos aguas abajo.

El oxígeno y el hidrógeno son gases que combinados forman agua (H_2O) pero sólo el agua pura tiene esta combinación. El dióxido de carbono, otro gas, es soluble y se produce por la descomposición de materia orgánica, principalmente. Una concentración de menos de 100 ppm de este gas no afecta apreciablemente el gusto del agua. La mayoría de las bebidas, tales como las gaseosas y la cerveza, están altamente cargadas de dióxido de carbono. El dióxido de carbono en solución aumenta la acción solvente del agua y la hace aún más corrosiva. En altas concentraciones, el dióxido de carbono disuelto ataca el cemento, acelera la oxidación del hierro y el acero, y fomenta la solución del plomo. Estas reacciones químicas pueden observarse en el agua potable que no se considera contaminada, cuando los depósitos de herrumbre del hierro o acero de los tubos llegan a los baños o fregaderos. Se puede tolerar una cantidad moderada de corrosión, pero cuando los desechos domésticos e industriales llevan una cantidad excesiva de dióxido de carbono disuelto, se convierten en factor contaminante por razón de su efecto corrosivo.

El tratamiento de aguas residuales es muy costoso pero es compensado en parte por los beneficios que aportan a las poblaciones situadas río abajo. Pero esto no es más que una de las ventajas, pues el tratamiento produce una sustancia que tiene valor económico. Al descomponerse la materia orgánica por efecto de las bacterias cae al fondo de los tanques de sedimentación en forma de sedimentos o cieno. Este cieno suele contener todos los elementos necesarios para el crecimiento de las plantas y es también 40% humus. Su contenido de nitrógeno orgánico varía del 1.5% al 6%, según el método de elaboración, favorablemente con el 4% de nitrógeno orgánico del estiércol de vacas. Muchas ciudades están descubriendo que pueden deshidratar el cieno de sus plantas y usarlo como abono. El proceso de deshidratación destruye todas las bacterias y demás organismos vivos perjudiciales al hombre, haciéndolo seguro como abono y de hecho más seguro que el estiércol animal. El uso de excremento humano sin tratar, como fertilizante, común en muchos países, es una de las mayores causas de infecciones.

Vigilancia y control de la calidad del agua en Costa Rica

Por medio del Decreto Ejecutivo N° 9, se crea:

Artículo 1. Créase un laboratorio para el control de aguas potables, dependiente del Instituto Nacional de Higiene.

Artículo 2. Dicho laboratorio tendrá carácter oficial y jurisdicción en toda la República. Su asiento permanente estará en la Planta Purificadora ubicada en el centro de La Unión.

En la década de los 80s el rumbo del laboratorio cambió al iniciarse varias investigaciones en el campo de la contaminación ambiental, como por ejemplo: Estudio de la calidad de las aguas de las playas de las provincias de Limón y Puntarenas.

Criterios microbiológicos y calidad sanitaria de las playas de Costa Rica (1986 - 1987).

Evaluación de la contaminación orgánica de la cuenca del Río Grande de Tárcoles (1981 - 1985).

Evaluación de la contaminación fecal del Río Barranca.

En la década de los noventa se crea por primera vez una División de Calidad del Agua, con el objetivo de brindarle más impulso a la vigilancia y la calidad de la misma, y se construye el Laboratorio Regional de Puntarenas. Además, el laboratorio incursionó con más vigilancia en el ámbito higiénico - sanitario del país, al divulgar las siguientes investigaciones:

Calidad sanitaria de los refrescos naturales.

Calidad bacteriológica del hielo.

Calidad sanitaria de las aguas de piscinas.

Contaminación bacteriana de los cepillos de dientes.

Diagnóstico sanitario de las playas de Limón.

Las anteriores investigaciones, aunadas al esfuerzo realizado en el Programa Nacional de Prevención del Cólera, hicieron que el laboratorio ampliara su prestigio nacional e internacional; sin embargo, la vigilancia de la calidad del agua no necesariamente implica el mejoramiento de su calidad, debido a que es la parte operativa la encargada de tomar las medidas correctivas. En este sentido, si bien es cierto que en los últimos años ha existido mayor interrelación entre la parte operativa y las funciones de nuestro laboratorio, lo cual se refleja en un avance de la población abastecida con agua potable desde 1989 a 1996, también es cierto que solamente por medio del trabajo en equipos se puede lograr avances significativos en el mejoramiento de la calidad del agua de consumo humano.

Situación actual

Con la reestructuración orgánica de la Institución, a la modalidad de Sistemas de Procesos, se establecieron ocho equipos de trabajo con el objetivo de mejorar la calidad del agua en todo el país. Dichos equipos están formados por funcionarios del Laboratorio Central de AyA y el Laboratorio Regional de Puntarenas, y funcionarios de las regiones correspondientes: Chorotega, Brunca, Pacífico Central, Central, Huetar Atlántica y Área Metropolitana. Además, se constituyó un equipo de Acueductos Municipales y otro de Acueductos Rurales.

Futuro de la vigilancia de la calidad del agua

La cobertura de la población abastecida en 1996 es del 80%, por medio de 158 acueductos operados por AyA, 226 operados por municipalidades y 473 acueductos rurales, lo que indica una población estimada de 2.900.000 habitantes. Para efectos de establecer las metas para lo que resta del milenio utilizamos la población abastecida por lo que proyectamos las metas anuales a cobertura por número de acueductos vigilados o estudiados. El número de acueductos municipales y de AyA no variará, lo que puede suceder es que ciertos acueductos municipales pasen a AyA o viceversa. La variable se presenta en el crecimiento continuo de construcción de acueductos rurales. Actualmente existen 1625 acueductos rurales, la construcción de nuevos sistemas será de 100 por año, en el año 2000 tendremos 2025 acueductos rurales.

A principios de 1997 se ha realizado la vigilancia de 857 acueductos (2.900.000 habitantes) de un total de 2009 existentes en la actualidad, para una cobertura del 43%. El aumento del porcentaje de vigilancia se hará en el número de sistemas rurales analizados. Si como indicamos anteriormente en el año 2000 habrá 2025 acueductos rurales, más los sistemas municipales y del AyA suman un total de 2409. Se proyecta vigilar 300 nuevos sistemas por año, lo cual nos permitirá aumentar la cobertura por número de acueductos a 2057, lo que proyecta una cobertura por sistemas de 85%.

La vigilancia de la calidad del agua no significa el mejoramiento de la calidad del líquido, por lo tanto nuestro objetivo desde 1995 es hacer equipos de trabajo con los entes operadores, para alcanzar como meta que el 95% de la población de nuestro país ingiera agua de calidad potable.

Para alcanzar las metas antes mencionadas, se hará lo siguiente:

Consolidar los equipos regionales de calidad del agua.

Implementar la cloración en todos los acueductos rurales.

Cumplir con el 100% de tratamiento (o cloración) de los acueductos operados por AyA.

Aumentar el tratamiento y la cloración en los acueductos operados por las municipalidades.

Capacitar al personal encargado de operar los sistemas de tratamiento.

Evaluar y proteger las aguas subterráneas y las cuencas hidrográficas.

Involucrar al personal del Laboratorio Central de AyA en el uso de tecnología de punta, uso de programas de computación avanzados, etc.

C. PROGRAMA BANDERA AZUL ECOLÓGICA

En nuestro país no existe armonía entre el desarrollo de las poblaciones costeras y el auge hotelero, con la protección del medio ambiente de las playas.

A la luz de lo anterior el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados, por medio de su Laboratorio Central, evalúa periódicamente la calidad del agua de las playas con el fin de hacer diagnósticos sanitarios y proteger la salud de los visitantes a las zonas costeras. AyA promueve un sistema de evaluación anual que sirve como incentivo para el cuidado de las playas, el cual consiste en otorgar la "Bandera Azul Ecológica" a la comunidad que logra satisfacer los aspectos de calidad del agua de mar, calidad de las playas, acceso a agua potable, tratamiento de las aguas residuales, educación ambiental, seguridad y administración.

El proyecto "Bandera Azul Ecológica" se establece como un incentivo a los hoteleros, cámaras de turismo y comunidades costeras para proteger, en forma integral, las playas de Costa Rica. Dicho incentivo es una adaptación de la campaña "Bandera Azul" que otorga la Comunidad Económica Europea desde 1985.

Objetivos

Entre los objetivos principales del programa esta el organizar a las comunidades costeras para administrar y vigilar la calidad sanitaria (en forma integral) de las playas de Costa Rica, ayudar al establecimiento de los sistemas de suministro de agua de calidad potable en zonas costeras, prevenir y eliminar la disposición de basuras de origen inorgánico en las playas, controlar y promover el tratamiento de desechos industriales y domésticos que descarguen a las aguas de mar, promover la educación ambiental y, mejorar la calidad de vida de los habitantes y visitantes de la zona.

Parámetros de selección

Se evalúan los siguientes aspectos:

Calidad del agua de mar (40%).

Calidad del agua para el consumo humano (15%).

Calidad en las costas:

Basura (10%).

Vertidos industriales (10%).

Aguas residuales tratadas (15%).

Educación en medio ambiente (5%).

Seguridad y administración (5%).

La "Bandera Azul Ecológica" se otorga a las playas anualmente (en el mes de diciembre). El puntaje mínimo necesario para alcanzar dicho incentivo es de 96%, producto de la sumatoria de los cinco aspectos o parámetros indicados anteriormente.

Sistema de evaluación

Aguas de mar

Previo ubicación de los puntos de muestreo, se recolectan muestras de agua de mar. La evaluación se realiza de acuerdo al promedio geométrico de coliformes fecales por 100 ml.

Agua de consumo humano

Se estudia si la playa o la comunidad costera tiene o no tiene acceso a agua de consumo humano. Si los análisis indican que la misma es de calidad potable en un período de un año (de acuerdo con las normas CAPRE), se obtienen 15 puntos. Si el acueducto no cumple con los criterios, el puntaje será de 7.5%. Si no existe acceso a agua de consumo humano (no hay acueducto) no se obtendrá puntaje.

Basuras inorgánicas

La medición consiste en determinar los puntos de muestreo y pesar la basura obtenida en bandas de terreno de un metro de ancho y perpendiculares al litoral. En cada caso se obtiene el peso total de desechos sólidos inorgánicos, y se calcula el peso de basura por metro cuadrado. Además se estudia si existe presencia de botes de basura.

Descarga de aguas industriales

Se identifica la presencia de aguas industriales que fluyen a la playa, con el objetivo de evaluar el contenido orgánico e inorgánico. En el caso de que no existan descargas industriales, el puntaje obtenido será de 10. Si existen, pero estas son tratadas y cumplen con el Decreto Ejecutivo #24158 MIRENEM, el puntaje obtenido será de 5. Sin embargo, si existen descargas que no cumplan con el decreto antes mencionado, no se obtendrá puntaje.

Aguas domésticas y desembocaduras de ríos y quebradas

Al igual que el punto anterior, si existen descargas de aguas domésticas con altas demandas bioquímicas de oxígeno (DBO mayor o igual a 40mg/L), con altos contenidos de coliformes fecales por 100 ml (mayor o igual a 100.000 CF), el valor obtenido será a 0 puntos. La presencia de desembocaduras de quebradas o ríos con niveles de coliformes menores a 10.000 CF/100 mL, el valor será de 7.5 puntos. Si no hay descargas de aguas domésticas ni desembocaduras de quebradas o ríos, el valor obtenido será de 15 puntos.

Educación ambiental

En este punto se evalúa la presencia de organizaciones como las del punto anterior, que rotulan las zonas de la playa de mayor peligro para los bañistas y que indica las zonas destinadas a acampar. Si la playa esta debidamente rotulada obtendrá 5 puntos, de lo contrario no obtendrá puntuación.

Administración y seguridad

En este punto se evalúa la presencia de organizaciones como las del punto anterior, que rotulan las zonas de la playa de mayor peligro para los bañistas, y que indique las zonas destinadas para acampar.

Sistema de clasificación de las playas

La sumatoria del puntaje alcanzado en los aspectos antes mencionados permite clasificar las playas de la siguiente manera:

Puntaje obtenido	Tipo de playa	Obtiene Bandera Azul
Mayor o igual a 90%	Clase A	SI
Entre 89.9 y 80%	Clase B	NO
Entre 79.9 y 70%	Clase C	NO
Entre 69.9 y 60%	Clase D	NO
Menos de 60%	Clase E	NO

Resultados

De las 57 playas que fueron estudiadas 10 playas obtuvieron el galardón o incentivo, de acuerdo con los resultados obtenidos por medio del sistema de evaluación.

Solamente 5 playas no alcanzaron el porcentaje máximo de 40% correspondiente a la calidad del agua de mar, lo cual indica que nuestras aguas marítimas son de excelente calidad sanitaria.

53 playas tienen acceso al agua de consumo humano.

No existen problemas de descargas de aguas industriales en las 57 playas evaluadas.

De acuerdo con el sistema de clasificación de playas, el desglose se presentó de la siguiente manera:

10 playas clasificaron como clase A.

17 playas clasificaron como clase B.

15 playas clasificaron como clase C.

10 playas clasificaron como clase D.

5 playas clasificaron como clase E.

Playas que alcanzaron la Bandera Azul Ecológica

Nombre	Provincia	Canton	Distrito	Puntaje obtenido
Junquillal	Guanacaste	La Cruz	Santa Elena	100
Espadilla Sur-Blanca-Gemalas	Puntarenas	Aguirre	Quepos	100
Puerto Vargas	Limón	Talamanca	Cahuita	100
Ocotol	Guanacaste	Carrillo	Sardinal	95
Blanca	Puntarenas	Garabito	Jacó	95
Flamingo	Guanacaste	Santa Cruz	27 Abril	95
Tamarindo	Guanacaste	Santa Cruz	27 Abril	92.5
Conchal	Guanacaste	Santa Cruz	Tampate	92.5
Grande	Guanacaste	Santa Cruz	27 Abril	92.5
Blanca	Limón	Talamanca	Cahuita	92.5

© 1996 - 1997 Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados

4. Caja Costarricense del Seguro Social

RECURSO TECNOLÓGICO EN LA CCSS: EQUIPO, INFRAESTRUCTURA, MANTENIMIENTO Y GESTIÓN TECNOLÓGICA.

Sobre los aspectos enunciados, los más relevantes se presentan a continuación:

La CCSS dispone de 928 establecimientos de salud (29 hospitales, 87 clínicas y áreas de salud y 812 EBAIS) y 5861 camas. Tiene un total de 97 áreas de Salud funcionando para una cobertura de 8.547.401 habitantes para un porcentaje de cobertura de 87.7 %.(Modernización # 48 Agosto – Septiembre

En los hospitales se dispone de 3392 equipos de mediana y alta tecnología (inventario 2001), cuyo estado de funcionamiento es: Bueno: 87%, Irregular: 6.4%, Malo o inactivo: 66.6%.

La incorporación de tecnología la realizan todas las Unidades mediante compra, como dato (compra de insumos), alquiler, donación y a corto plazo se promoverá el “leasing”; todo esto ya sea para equipamiento de obra nueva, sustitución o para minimizar el rezago institucional.

Las unidades desconcentradas pueden adquirir hasta un 15 % de su presupuesto en equipos e infraestructura. En equipos la adquisición está limitada baja, mediana y mediana alta tecnología. Las Unidades no disponen en su gran mayoría de personal técnico especializado en adquisición de tecnología.

El nivel central adquiere tecnología de alta complejidad y costo, o aquella que representa una economía de escala. Existe una unidad especializada en adquisición de tecnología que además brinda asesoría a las Unidades de la CCSS.

En año 2000 se asignaron 13000 millones de colones para la compra de equipos y 4000 para edificios.

Existe un Catálogo de Equipamiento que define el tipo de equipo y su tecnología que debe existir en cada nivel de atención.

Existen Políticas Corporativas (2001, 2003) que dan lineamientos para la adquisición de equipamiento e infraestructura.

Por medio del Reglamento de Desconcentración de Hospitales y Clínicas, se habilita a las unidades desconcentradas para que puedan invertir hasta un 15 % de su presupuesto en equipos e infraestructura.

En los últimos cuatro años se han realizado empréstitos para la renovación del equipamiento hospitalario: Proyecto España: \$ 40 millones, Proyecto Finlandia (en proceso): \$ 32 millones, además el Hospital de Alajuela se financia en su totalidad con fondos de un préstamo con el BID.

El proceso técnico-administrativo de la adquisición de equipos e infraestructura se rige por la ley y el Reglamento de Contratación Administrativa.

No hay un inventario completo actualizado, pero sí en forma parcial (equipos de mediana y alta tecnología en hospitales 2001, inventario total de algunos hospitales 1998)

Actualmente se hace un inventario de equipos de mediana y alta tecnología en las clínicas. Un inventario completo en algunos hospitales y clínicas, que entre otras cosas hará una clasificación de equipos para definir estrategias de acción por cada tipo.

Actualmente se trabaja (Gerencia de Operaciones) en una política y Reglamento de Gestión Tecnológica.

Existe un inventario de equipos, fuentes y materiales que producen radiaciones ionizantes.

Hay un Reglamento de Seguridad Radiológica.

En este momento se hacen las gestiones (manuales, recursos, guías, capacitación, organización, etc) para que las unidades cumplan con el Reglamento,.

La adquisición en la CCSS, no exige que los equipos estén registrados en el Ministerio de Salud.

No hay formación ni capacitación, ni actualización formal y continua para el personal que adquiere tecnología.

Hay muy poca o no hay evaluación de tecnologías en salud.

Hay muy poca o no hay planificación para la adquisición de tecnología.

Si hay planificación en la dotación de establecimientos de salud.

Hay un mediano rezago institucional del equipamiento (tecnología y cantidad).

No hay (muy poca o parcial) gestión tecnológica en cuanto al equipamiento.

Del Mantenimiento

En cuanto al mantenimiento se tienen los siguientes datos:

Porcentaje asignado a mantenimiento en el año 2000: 4.42%

Del recurso humano el 55% tiene formación técnica y el 45% es empírico.

En la CCSS hay 1081 personas dedicadas al mantenimiento de equipos e instalaciones.

En todos los hospitales y algunas clínicas, hay una unidad de mantenimiento. Estas unidades no tienen un programa de mantenimiento, el control administrativo es sencillo, y contratan el mantenimiento de equipo de alta tecnología (cuando hay presupuesto).

Se tienen guías o normas de mantenimiento actualizadas, pero no han sido implementadas por todas las unidades.

Los equipos de mayor complejidad tienen contratos de mantenimiento.

Existe muy poca capacitación y actualización al personal de mantenimiento u operador de los equipos.

Está en elaboración el Reglamento de Gestión de Mantenimiento de la CCSS.

No existe una política formal en cuanto a Mantenimiento.

Poca supervisión de contratos de mantenimiento (no hay personal y no tiene capacidad técnica).

D. TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN (TIC)

1. Sector

Uno de las principales causas de las deficiencias que afecta el adecuado desarrollo de las TIC en el SS es la carencia de normas y políticas nacionales o sectoriales que dirijan los esfuerzos de las instituciones que conforman el sector. Dada esta limitación, cada una de las instituciones ha venido realizando esfuerzos aislados, estableciendo prioridades individuales que regularmente obedecen a estudios poco profundos de las necesidades o en respuesta a presiones de los usuarios más que a planes estratégicos de desarrollo.

La ausencia de estándares y metodologías de desarrollo comunes a todas las instituciones del sector salud provocan esfuerzos aislados que a su vez inciden en la desagregación de la información y limitan la capacidad de análisis.

2. Ministerio de Salud

En el caso del Ministerio de Salud, se ha realizado un esfuerzo durante los últimos dos años por implementar un plan estratégico de desarrollo informático, que ha considerado los cambios institucionales a partir de la reforma del sector y de la reestructuración institucional. Como resultado de la implementación de este plan, se ha logrado el desarrollo de la primera etapa del “Sistema de Regulación en Salud” que entre otros beneficios, así mismo se está implementado en el Nivel Central una red de comunicaciones con estándares internacionales de calidad, que permitirá una conectividad total de todas las oficinas del nivel central (hasta hace dos años, el crecimiento de la red institucional había sido no-planificado).

Los flujos de financiamiento no han sido lo consistentes que se requiere para un adecuado desarrollo informático, dependiendo principalmente del presupuesto de gobierno central, del presupuesto del Consejo Técnico de Asistencia Médico social (CTAMS) y en muchas ocasiones de préstamos de organismos internacionales; por lo que aún se carece de múltiples recursos de hardware, redes de comunicación y aplicaciones necesarias para el Ministerio.

Hasta hace dos años, el Ministerio carecía de los recursos humanos especialistas en informática necesarios para un adecuado desarrollo, por lo que fue necesario durante mucho tiempo utilizar la contratación externa como único medio para desarrollar aplicaciones. Esta misma carencia de personal capacitado hacía que no se pudiese efectuar una adecuada contraparte de los proyectos, razón por lo que los resultados de estos fueron escasos. A pesar de que esta situación ha ido variando gradualmente, aún es necesario reforzar a la Institución con más equipo humano en las diversas áreas de la informática.

Es una deficiencia bastante sentida también el contar con personal dedicado a la seguridad informática y con normas adecuadas para la protección y la privacidad de los datos, no obstante que se siguen prácticas de seguridad normales, tales como accesos restringidos a ciertas áreas, respaldos de información, claves de acceso a los sistemas, etc., razón por la cual se requiere definir y establecer las normas y contar con el personal que se dedique a la vigilancia de tales normas.

Un aspecto importante de resaltar es que el desarrollo de tecnologías de información y comunicación se ha concentrado en el nivel central, dejándose de lado los niveles regionales y locales. Dados los procesos de desconcentración y descentralización implementados en los últimos años en el Ministerio, los funcionarios de los niveles regional y local se han visto limitados en su accionar en pro de la salud de los ciudadanos por la falta de aplicaciones, comunicaciones y equipos adecuados.

Infraestructura de comunicaciones

En los últimos años el Ministerio de Salud ha realizado esfuerzos para lograr una infraestructura de comunicaciones apropiada, lográndose hasta ahora tener implementada una adecuada red en el nivel central, sin embargo es necesaria la continuidad de este proyecto para contar con una red de área ancha (WAN) que cubra el territorio nacional para interconectar a las nueve direcciones regionales con el nivel central, así como a las 81 áreas rectoras de salud con sus respectivas direcciones regionales. La falta de ésta conectividad así como de redes de área local (LAN) en las direcciones regionales y áreas rectoras de salud, provocan una inadecuada comunicación entre los diferentes niveles de gestión e impiden la implementación de aplicaciones necesarias para la ejecución de las funciones sustantivas y administrativas.

La implementación de este proyecto se ve afectado principalmente por las limitaciones presupuestarias, provocando atrasos en la ejecución y avance de las etapas del proyecto.

Intercambio electrónico de datos

Un buen avance logrado en el Ministerio de Salud es la implementación del servicio de correo electrónico, el cual cubre a todas las unidades y direcciones del Ministerio, así como el servicio de mensajería interna a nivel central (apoyado en la red institucional).

No menos importante ha resultado la implementación del sitio en Internet “Netsalud”, el cual vino a ser durante mucho tiempo el único espacio de las instituciones del sector para realizar sus publicaciones en el WWW. Paulatinamente, cada institución ha ido creando su propio sitio web, sin embargo es una sentida necesidad la rehabilitación de un sitio del sector que venga a llenar nuevas necesidades de comunicación y colaboración entre los diferentes actores del sector salud, por ello se requiere reinventar a “Netsalud” para dar respuesta a las nuevas necesidades.

2.2 Sistemas de Información

El avance vertiginoso de la informática, así como la aparición de nuevas herramientas y versiones de software para el desarrollo de aplicaciones hacen bastante difícil mantener las aplicaciones congruentes con lo más avanzado, esto debido a que se requiere un tiempo considerable para desarrollar el conocimiento de las nuevas herramientas así como para desarrollar las aplicaciones. En este momento las aplicaciones no necesariamente están desarrolladas con las últimas herramientas o con las versiones más actualizadas del software. Todo ello se ve agravado por los escasos recursos económicos disponibles para la capacitación del personal.

La inexistencia hasta hace poco de estándares y metodologías para el desarrollo de aplicaciones, ha provocado heterogeneidad en los lenguajes de programación y bases de datos utilizados. El establecimiento de dichos estándares y metodologías en los últimos años ha permitido que los últimos desarrollos hayan tenido mejores resultados y provocado mejor comunicación entre sistemas. No obstante aún quedan sistemas de mucha relevancia que deberán mejorarse y posiblemente convertirse a las nuevas plataformas. Estas aplicaciones fueron desarrolladas en distintas plataformas y bases de datos, las cuales no son compatibles y provocan desagregación de la información.

Los primeros sistemas desarrollados en el Ministerio de Salud fueron los administrativos, para los cuales se utilizó el lenguaje de desarrollo Developer y el motor de base de datos Oracle, posteriormente se han desarrollado sistemas con Visual Basic y base de datos SQL Server, luego de un análisis se optó por utilizar una plataforma de desarrollo para las aplicaciones administrativas y otra para las aplicaciones sustantivas, esto en consideración de la inversión ya realizada y la utilidad de los sistemas administrativos ya desarrollados.

Hasta hace poco tiempo, podía decirse que los usuarios no se sentían comprometidos con las aplicaciones desarrolladas, esto por cuanto prácticamente no eran considerados durante el desarrollo de los proyectos y únicamente se les entregaban los productos al ser finalizados, por lo que la resistencia al cambio era demasiado elevada. Esta mala práctica ha ido cambiando paulatinamente, por lo que para los últimos sistemas desarrollados la resistencia al cambio se ha minimizado.

Específicamente el “Sistema de Regulación” y el “Sistema de Apoyo a la Vigilancia de la Salud” recientemente desarrollados, son herramientas que permitirán al Ministerio de Salud potenciar sus capacidades para ejercer la rectoría del sector.

2.3 Hardware

En relación con el equipamiento informático, el Ministerio de Salud ha adquirido en los últimos años los servidores de aplicaciones, archivos, red y bases de datos que se consideran suficientes para brindar los servicios necesarios.

En lo que se refiere a microcomputadoras, los inventarios del Ministerio de Salud indican que se cuenta aproximadamente con 1 microcomputador por cada 4 funcionarios, la cual es una relación insuficiente para atender adecuadamente todas las funciones que se realizan, principalmente si se considera que aproximadamente el 50 % de este equipo es obsoleto, de configuraciones muy viejas (Pentium II o inferior) que en su mayoría se reportan en estado de regular a malo, y carecen de software actualizado o avanzado, lo cual hace cada vez más difícil su mantenimiento y reparación.

La distribución del equipo no es homogénea y no se ha realizado equitativamente o considerando los requerimientos reales de las diversas áreas o niveles de atención. Es así como el 62 % de los equipos se encuentran en el nivel central, en tanto que solamente el 19 % se ubica en el nivel regional e igual proporción (19%) en el nivel local. Un ejemplo de esta mala distribución o de la carencia de equipos es el hecho de que el área rectora de salud de mayor densidad poblacional del país (12.857 hab/Km²) y en la cual laboran 11 funcionarios, no cuenta siquiera con una computadora para apoyar sus funciones. El promedio de computadoras por cada área rectora de salud oscila entre 1 o 2 computadoras.

3. Instituto Nacional de Seguros

Tiene como una de sus principales metas modernizar todo su espectro tecnológico, para estar al día con los avances y garantizar la eficiencia y eficacia de sus operaciones.

Por eso impulsa estos proyectos que responden precisamente a la actualización informática:

Sistema Integrado de Administración de Seguros (SIAS): Este sistema integrará la información de todos los seguros que maneja la Institución, con lo cual se podrá acceder a una base central de clientes con toda la información necesaria para brindarle el servicio en el momento y el lugar donde lo solicite.

Actualmente se está trabajando con las líneas de Seguros Personales como los Seguros de Vida; los Seguros de Daños como el Seguro Voluntario de Automóviles y posteriormente se aplicará en las líneas de Seguros Marítimos, Diversos y Accidentes y Salud.

Redes Inalámbricas: Pretende dotar al INS de una infraestructura de comunicaciones con un ancho de banda que permitirá definir la superautopista por donde correrán los datos. Además facilitará a la Institución contar con independencia en sus telecomunicaciones y con formas más ágiles de operar.

Sistema de Valoración de Automóviles: El INS prepara la adquisición de un software para la valoración de daños en los vehículos cubiertos por el Seguro Voluntario de Automóviles. El objetivo es contar con un software moderno, ágil y apropiado para atender una de las actividades de mayor impacto en la institución. Cada vez que algún automóvil asegurado se vea involucrado en un accidente, vía digitalización se incorporarán las imágenes del vehículo a un expediente y la estimación del daño se hará automáticamente.

Sistema Integrado Financiero Administrativo (SIFA): El objetivo de este sistema es modernizar e integrar las diferentes actividades del área administrativa, financiera, contable y de planificación. Con el SIFA se manejarán, entre otras cosas, estados de resultados, contabilidad y otros aspectos financieros

Acueductos y Alcantarillados

AyA desde 1999 está desarrollando, el proyecto AyA 2000. Este tiene como objetivo garantizar, el correcto funcionamiento de todos los sistemas relacionados con los servicios que presta el Instituto.

Para lograrlo, el problema se ha enfocado desde diferentes perspectivas. En lo referente a la gestión administrativa, atención de clientes y proveedores, se cuenta con los sistemas que denominamos Comercial Integrado y Financiero - Suministros, los que se encuentran en fase de implementación y pruebas.

Asimismo, se elabora un inventario y plan de contingencia para el hardware, sistemas operativos, aplicaciones de sistemas de cómputo y todos los otros equipos, e instrumental que pueda ser afectado, tales como: equipos de bombeo, equipos de comunicación, centrales telefónicas, formularios y en general todos los que intervienen en la operación de nuestros sistemas operativos y corporativos, que tienen posibilidad de fallar.

Este proyecto incluye, medidas para garantizar que los nuevos equipos que se adquieren estén libres de fallas, incorpora sistemas para prevenir y garantizar la continuidad en la adquisición de insumos e intercambio de información, por lo que el Instituto evalúa la capacidad para hacer frente a esta problemática en los proveedores y contratistas de la Institución.

El proyecto se inició con un diagnóstico preliminar que permitió detectar cinco elementos esenciales a considerar en el proyecto: 1) Aplicaciones automatizadas, 2) software, 3) equipo de cómputo, 4) equipo especializado para la distribución de agua y otros equipos, 5) procesos de adquisiciones. Además, se obtuvo una lista inicial de los entes externos con los que se intercambia información por medios electrónicos, los cuales básicamente son: Bancos estatales, INS y CCSS.

Se definió un plan de acción, cuyos elementos se fundamentan en dimensiones, cantidades y tipos de equipos a diagnosticar.

Después de lograr el diagnóstico de todos los equipos y sistemas de la Institución, se incluye dentro del plan de acción, una tercera etapa denominada Cumplimiento. Esta se refiere específicamente a poner en práctica el plan para la actualización o sustitución de equipo. Para lo anterior, se tienen enmarcadas cuatro tareas a desarrollar: definir las prioridades, concretar el plan de acción, ejecutar el plan y por último, darle el seguimiento.

La primera tarea, se refiere a establecer prioridades de solución para aquellos equipos y demás herramientas que no pasaron la primera evaluación. Esta tarea contempla la clasificación por tipos (Hardware, software, aplicaciones y otros equipos). Seguido a la clasificación, se tiene previsto ejecutar el plan de acción para solucionar el (los) problema (s). Dentro de este plan se tiene como temas a tratar: La evaluación de los recursos, cuantificar y calificar los recursos, tramitar el presupuesto necesario, tramitar las adquisiciones y actualización de equipo, así como realizar las contrataciones de servicios pertinentes.

Con el propósito de asegurar el plan de acción, se tiene contemplado un monitoreo constante de la ejecución de cada una de las tareas incluidas en este plan, esto para lograr una realización paralela en todas las oficinas del país. Este monitoreo se realizará de dos formas: con informes semanales emitidos por los responsables y visitas de campo.

La última etapa del proyecto, se refiere a la verificación del cumplimiento de manera integral, para esto, se definirán las pruebas a realizar en conjunto con los grupos especializados en cada una de las áreas de trabajo.

Aunque se tienen establecidas las pruebas generales que se le aplicarán a los equipos, el software y aplicaciones, cada área de trabajo, según sea su especialización, tiene dentro de sus responsabilidades aplicar, investigar y proponer las pruebas para los equipos especializados o bien, sugerir pruebas adicionales para el equipo de uso general. Las propuestas deberán transmitirse al grupo de apoyo para su análisis y difusión.

En general las pruebas que se le aplicarán a los equipos se enmarcan en cuatro etapas: Fijar una fecha, Permitir que transcurra el tiempo de un día a otro, apagar el equipo y por último reiniciarlo. Lo anterior, en un ámbito de pruebas que se le aplican a los relojes internos con fechas de alto riesgo, esto, según el cronograma No. 5.

E. MEDICAMENTOS

Para el análisis de la situación en el campo de los medicamentos se hizo una división de los diferentes aspectos que se deben considerar que incluye las políticas de precios y financiamiento de los medicamentos, patentes, registro y control estatal, publicidad e información y drogas estupefacientes.

1. Política de Precios y financiamiento de los medicamentos.

En Costa Rica no existe una política de regulación del precio de los medicamentos, sino que estos se venden libremente de acuerdo con la oferta y la demanda. Durante la administración pasada (98-2002) se implementó un programa de información al consumidor que permitiera mejorar precios y una mayor competencia entre las farmacias privadas. Se encontró una tendencia a disminuir los márgenes de ganancia de estas y por primera vez se estableció un seguimiento técnico sobre la situación del mercado nacional, así como se implementó una línea gratuita de información que permitió atender las consultas de más de 30 000 costarricenses en temas como la ubicación y datos de farmacias, los medicamentos disponibles, sus precios y los medicamentos genéricos existentes.

Por su parte en Costa Rica, la Caja Costarricense del Seguro Social suministra el 80 % de los medicamentos que consume la población. El sistema que es financiado por el estado, los patronos y los empleados, al ser universal, permite una amplia accesibilidad a estos productos.

En la C.C.S.S. lo referente a suministro de medicamentos se divide en varios componentes: El componente de la Selección de Medicamentos, bajo el concepto de medicamentos esenciales, es responsabilidad del Comité Central de Farmacoterapia. En materia de política de medicamentos, este comité mantiene actualizada la Lista Oficial de Medicamentos (LOM) y es responsable de la inclusión, exclusión y modificación de presentaciones de medicamentos. Además analiza y resuelve asuntos referentes a revisión de guías terapéuticas, protocolos terapéuticos, y casos de solicitudes individuales de medicamentos para cierto tipo de pacientes realizadas por las unidades. Además mantiene la Lista Oficial de Medicamentos con regulaciones por clave de uso de especialidad médica, por nivel de usuario de acuerdo con la complejidad; estos usuarios van desde EBAIS a hospitales nacionales y especializados.

El Comité Central de Farmacoterapia no tiene que ver con el proceso de compra de medicamentos, sino solo con la selección y política de medicamentos desde el ámbito de su competencia.

La Lista Oficial de Medicamentos se divide en dos grandes grupos para su manejo presupuestario:

Medicamentos almacenables que son comprados por el nivel central según ley 6914. Amparados en esa Ley, el único ente responsable para compra de medicamentos almacenables en el nivel central es el Departamento de Adquisiciones. El Departamento de Adquisiciones es la unidad responsable del registro y montaje y trámite del proceso de contratación administrativa de compra de este tipo de medicamentos. El Departamento de Adquisiciones también está facultado, por la Ley 7494 de Contratación Administrativa, para la compra de medicamentos almacenables que no cuentan con oferentes registrados en la Institución, o como una prioridad excepcional por desabastecimiento. Según monto, la compra puede ser directa, restringida o por licitación pública.

La LOM tiene otro gran grupo que son los medicamentos EN TRÁNSITO o Z, los cuales son comprados por los servicios de farmacia de clínicas u hospitales de acuerdo con el nivel de usuario establecido en la LOM o de las restricciones por indicación y/o especialidad. Las compras se realizan mediante la Ley 7494, la cual es la ley ordinaria de Contratación Administrativa. Este tipo de compra no se contempla en el presupuesto del Plan 5000 sino en el presupuesto asignado localmente por cada unidad al servicio de farmacia.

Cuando se agota, por cualquier motivo, un medicamento almacenable en el nivel central, la Dirección de Recursos Materiales, mediante el Plan 5000 y según ley 7494 mencionada, autoriza a los servicios de farmacia locales comprar los medicamentos agotados. La compra de medicamentos que no están incluidos en la LOM para tratamientos agudos o crónicos se autoriza a los Comités Locales de Farmacoterapia, de acuerdo con el documento de acreditación de dichos comités. Esta compra no se hace por el Plan 5000, sino con el

presupuesto de farmacia asignado localmente por cada unidad. Este documento de acreditación es una especie de pseudo lista oficial pero con medicamentos que no están incluidos en la LOM.

El responsable del registro y compra de medicamentos almacenables es el Departamento de Adquisiciones por la Ley 6914. El responsable de la compra de medicamentos agotados, medicamentos en tránsito o no almacenables, o autorizaciones de medicamentos urgentes o autorizados los tratamientos para pacientes por el Comité Central de Farmacoterapia (CCF). Esto se hace dependiendo del monto, mediante licitación por compra directa según ley 7494 o por caja chica.

El cuadro básico de medicamentos o Lista Oficial de Medicamentos es responsabilidad del Comité Central de Farmacoterapia. En la elaboración de la LOM, el Comité Central de Farmacoterapia (CCF) cuenta con asesores en diferentes disciplinas, también toma en consideración las especialidades médicas por servicios de hospitales nacionales y especializados para la actualización de la LOM. Además, si algún medicamento en tránsito o medicamento no incluido en la LOM comienza a incrementarse en su consumo, el CCF analiza la posibilidad de incluirlo como almacenable o en tránsito, para racionalizar las compras.

La LOM contempla los tipos de usuarios empezando por el nivel de atención primaria hasta el nivel complejo y especializado; por tanto la LOM obedece a la fármaco-epidemiología según morbi/mortalidad, y el nivel de complejidad. Los medicamentos siempre están accesibles por tipo de usuario y de especialidad (medicina general, medicina especializada, uso intrahospitalario, restringido, etc.). Los problemas que se pueden presentar son los relacionados con el desabastecimiento en los servicios de farmacia y en el Departamento de Almacenamiento y Distribución ya sea por mala planificación por el Departamento de Programación, Control y Evaluación de Suministro de Medicamentos, por apelaciones a las licitaciones, por incumplimiento de entregas por parte de los oferentes y por rechazos por el Laboratorio de Normas y Calidad de Medicamentos, entre otros aspectos. En el ámbito de las unidades locales, el Comité Central de Farmacoterapia analiza si se autoriza un grupo terapéutico o medicamento de acuerdo con el nivel de especialidad disponible en esa unidad.

El proceso de la compra de los medicamentos le corresponde a la Sección de Medicamentos del Departamento de Adquisiciones, que pertenece a la Dirección de Recursos Materiales de la Gerencia de División de Operaciones. La Droguería del Departamento de Almacenamiento y Distribución (DALDI) se responsabiliza de los desalmacenajes, almacenamiento y coordinación con el Laboratorio de Normas y Calidad de Medicamentos, así como de la distribución de los medicamentos almacenables (de medicamentos por Ley 6914 e incluidos como A en la LOM) a las bodegas de los servicios de farmacia de las clínicas y hospitales de la CCSS. Por tanto en el DALDI se mantiene la base de datos de las existencias, la cual alimenta al Departamento de Programación Control y Evaluación de Suministros de la Dirección de Recursos Materiales con existencias a 3, 6, 9, 12 meses y existencias promedio. Ese departamento, con base en las existencias en el DALDI, a partir de los 15 a 16 meses y tomando en cuenta las entregas pendientes, formula la orden de petición con la partida presupuestaria.⁹³ Esa orden de petición se le entrega con la ficha técnica del medicamento a la Sección de Medicamentos del Departamento de Adquisiciones para la compra por la Ley 6914, y se sacan a licitación por registro, si los medicamentos se encuentran registrados en la Institución.

El ente responsable de llevar control de caducidades, sustracciones y pérdidas de medicamentos es la Regencia Farmacéutica de la Droguería del Departamento de Almacenamiento y Distribución.

La C.C.S.S. dispone de un porcentaje asignado al Régimen de Compra de Medicamentos, para adquisición de medicamentos almacenables. Hasta el 14 de agosto del 2002 se han gastado ₡22347 millones; en el 2002 se asignaron ₡25393 millones de los cuales se han ejecutado ₡20580 millones que corresponden a un 81% de lo asignado.

El programa de compra de vacunas es responsabilidad de la Dirección Técnica de Servicios de Salud, con presupuesto asignado en el rubro de compra de vacunas. La compra se realiza a mediante el Fondo Rotario del convenio CCSS/OPS. Para el 2003 se tiene proyectado un presupuesto por ₡1500 millones para compra de vacunas.

93 (Nota: cuando el medicamento está recientemente incluido en la LOM, se coordina con la farmacéutica de la Sección del Componente Operativo del Departamento de Farmacoterapia para valorar la cantidad a comprar).

Se debe aclarar que en cuanto a vacunas, aún cuando se encuentren incluidas en la LOM, el Comité Central de Farmacoterapia lo único que realiza es la inclusión, exclusión o modificación de la presentación de las vacunas en la LOM. Quien realiza la parte operativa de la adquisición es la Dirección Técnica de Servicio de Salud mediante el Programa Ampliado de Inmunizaciones del Fondo Rotario de Inmunizaciones de la OPS. La guía de las vacunas a comprar se refiere a lo que el CCF haya incluido en la LOM.

La distribución se realiza de acuerdo con el nivel de usuario asignado a cada clínica u hospital. Por tanto, como el costo lo asume el nivel central, es difícil cuantificar si existen diferencias en el gasto por áreas geográficas. Todos los medicamentos que tiene la Institución incluidos en la LOM ya sea almacenables o en tránsito son de la categoría de medicamentos genéricos. En referencia a los medicamentos almacenables deben registrarse bajo el concepto de genérico y no de patente.

2. Política de accesibilidad

Se ha logrado una mayor competencia y apertura de mercado de medicamentos, que trae beneficios al paciente. La reducción de pasos y requisitos para el registro de medicamentos alcanzó incrementos superiores al 45 % en las solicitudes de inscripción de medicamentos nuevos tramitadas durante 1998 y de un 34 % en 1999, tendencia que se mantiene hasta la fecha.

Asimismo, la cantidad de medicamentos existentes en el mercado por ingrediente activo aumentó de 1.4 a 3.1 opciones en el transcurso de los últimos cuatro años lo que beneficia al consumidor directamente y favorece la accesibilidad.

Otro aspecto beneficioso fue el aumento entre un 70 % y un 100 % de la disponibilidad de medicamentos en las provincias más alejadas del país como Guanacaste, Limón y Puntarenas, que sumado al aumento de farmacias abiertas, posibilitaron la comercialización de fármacos que antes no era posible ubicar en estos lugares. Se ha observado una tendencia positiva por la apertura de nuevas farmacias.

3. Política de registro y control

La Ley General de Salud establece que es obligatorio registrar un medicamento antes de su fabricación, importación o comercialización. Los registros son otorgados por el Consejo de Inscripción de medicamentos, el cual es un órgano asesor del Ministro de Salud. La Dirección de Registros y Controles es la secretaría técnica de dicho Consejo. Considerando que el registro es el primer filtro para la garantía de la calidad de los medicamentos, se emitió un nuevo Reglamento de Inscripción, Control, Importación y Publicidad de Medicamentos, mediante Decreto N° 28466-S, cuyo propósito es establecer los requisitos y trámites necesarios para la inscripción, control, importación y publicidad de medicamentos, que rige para todas las personas que fabrican, importan o comercializan este tipo de productos en el país. En este decreto se definen los requisitos que deben cumplir las drogas nuevas, los fármacos multiorígen y los alimentos dietéticos. Estas obligaciones incluyen

La fórmula cuantitativa y cualitativa completa del producto, incluyendo principios activos, vehículos, colorantes, edulcorantes y otros aditivos, descritos en forma genérica o con nomenclatura internacional.

Las especificaciones físicas, químicas, biológicas y microbiológicas para el control de calidad del producto terminado y la referencia de los métodos usados para su análisis. En caso de que el método no se encuentre en una farmacopea oficial, debe presentar el método o métodos para el control de calidad del producto terminado, acompañado de los correspondientes estudios de validación.

La monografía incluyendo dosis, indicación, contraindicaciones, advertencias, precauciones y categorías farmacológicas.

El estudio de estabilidad y

El certificado de Buenas Prácticas de Manufactura del laboratorio fabricante.

Con el propósito de facilitar la accesibilidad de la población a los medicamentos, se desarrolló una política para fomentar el empleo de los productos genéricos, sin embargo, debido a que su calidad y eficacia han

sido cuestionada, el decreto establece la necesidad de identificar aquellos que tengan riesgos sanitarios, los cuales además de los requisitos antes mencionados, requieren estudios de equivalencia terapéutica. Este Reglamento ha significado un gran paso para asegurar la calidad, eficacia y seguridad de los medicamentos, sin embargo, fue necesario establecer los lineamientos que deben seguir los industriales para la presentación de los requisitos, por ello se procedió a conformar la Comisión para la Calidad de los Medicamentos, que cuenta con la participación del Ministerio de Salud, del Laboratorio de Normas y Calidad de Medicamentos de la Caja Costarricense del Seguro Social, del Laboratorio de Análisis y Asesoría Farmacéutica de la Universidad de Costa Rica, representantes de la Asociación de la Industria Farmacéutica Nacional (ASIFAN), del Colegio de Farmacéuticos y de la Federación Centroamericana de Laboratorios Farmacéuticos (FEDEFARMA).

Por medio de esta Comisión y las diferentes subcomisiones formadas, se revisó el marco legal existente y se elaboró la normativa complementaria al Reglamento de Inscripciones de Medicamentos. Fruto de la labor de este grupo de personas altamente identificadas con la calidad de los medicamentos, en los dos últimos años se han elaborado los Reglamentos de Validación de Métodos de Análisis, el Reglamento para la Elaboración de los Estudios de Estabilidad y el Reglamento de Control Estatal. El Decreto N° 29968-S, denominado Reglamento de Validación de Métodos Analíticos requeridos para el Registro Sanitario de Medicamentos ante el Ministerio de Salud, establece las directrices para la validación de procedimientos analíticos utilizados en el análisis de medicamentos, de acuerdo con su aplicabilidad y uso en el registro de productos farmacéuticos o en el control de las Buenas Prácticas de Manufactura.

Según este Reglamento, estarán sujetas a validación las siguientes pruebas:

Pruebas cuantitativas del contenido del componente activo o componentes mayores del producto farmacéutico terminado. (Ensayo Tipo I).

Pruebas cuantitativas para la determinación del contenido de impurezas o de valores límites para el control de impurezas. (Ensayo Tipo II).

Pruebas físico químicas de desempeño. (Ensayo Tipo III)

Pruebas de identificación (Ensayo Tipo IV).

El Decreto N° 29719-S, Reglamento para los Estudios de Estabilidad de Medicamentos requeridos para el Registro Sanitario ante el Ministerio de Salud, establece las directrices para los estudios de estabilidad de los medicamentos exigidos como requisitos en el proceso de registro sanitario y su renovación; para el establecimiento del período de validez, la fecha de vencimiento de cada lote y las condiciones de almacenamiento de cada producto.

El reglamento establece las condiciones bajo las cuales se debe hacer el estudio. Las condiciones son las aceptadas para otorgar períodos de validez comprobados y para la renovación del registro sanitario, siempre y cuando no haya habido modificaciones en el diseño del producto que puedan incidir en su estabilidad.

Para verificar que las condiciones de calidad de los medicamentos se cumplan durante su periodo de vida útil, se estableció el decreto N° 29444, Reglamento de Control Estatal de Medicamentos.

Este reglamento indica la obligación de la Dirección de Registros y Controles de verificar, mediante inspección en los diferentes establecimientos, los requisitos solicitados para la aprobación del registro sanitario, tales como etiquetado, inserto u otras condiciones de calidad. Para ello, la Dirección debe elaborar un programa que contempla el control de calidad del primer lote de comercialización, después de emitido el registro sanitario o después de haber sido aprobada la importación paralela. Además los medicamentos son sometidos, por lo menos, a dos controles de calidad durante cada 5 años. En el caso de renovaciones, los medicamentos serán sometidos a control de calidad, por lo menos, en dos ocasiones durante el periodo de vigencia del registro.

Por lo tanto, el reglamento establece que toda persona física o jurídica que fabrique, importe o comercialice, medicamentos en Costa Rica está obligada a:

Notificar por escrito a la Dirección cuando el primer lote producido o importado esté listo para su comercialización en la droguería o laboratorio farmacéutico.

Permitir a los inspectores autorizados por la Dirección, debidamente identificados, tomar las muestras necesarias para el control de calidad del medicamento.

Entregar al inspector una copia del Informe de Calidad del lote que se está muestreando, en el momento del retiro de la muestra.

Aportar el patrón de referencia del principio activo cuando no se encuentre disponible en el mercado, acompañado de la copia del Informe de Calidad. De igual forma en el caso de las sustancias relacionadas.

Mantener copias de todos los Informes de Calidad de los lotes comercializados en el país, un año después de concluida la vida útil del producto.

Además de los Reglamentos mencionados, se está trabajando en este momento en propuestas para nuevos reglamentos tales como: Reglamento de Buenas Prácticas de Manufactura en la Industria Farmacéutica, Reglamento de Buenas Prácticas de Almacenamiento de Medicamentos, Reglamento para la realización de los Estudios de Bioequivalencia solicitados para el Registro de los Medicamentos y el Reglamento de Buenas Prácticas de Laboratorio para Laboratorios de Análisis no Clínicos.

La aplicación de este conjunto de normas, acompañada por el proceso de capacitación que se ha venido desarrollando con la participación de la industria privada, las universidades y la Dirección de Registros y Controles, dará a los usuarios un respaldo valedero de la calidad, seguridad y eficacia de los medicamentos disponibles en Costa Rica. Como complemento a estas acciones se estableció un procedimiento de vigilancia de las alertas emitidas por la OMS y países avanzados en materia de medicamentos como la Unión Europea y Estados Unidos. También se estableció otro procedimiento para la atención de denuncias., lográndose que durante el presente año se hayan atendido 27 denuncias por medicamentos sin número de lote, vencidos o venta de productos controlados, por lo que se procedió a la retención de algunos productos y no se permitió la comercialización de aquellos productos cuyos análisis no fueron positivos.

En la actualidad se registran alrededor de 1500 medicamentos por año y se tienen registrados hasta el momento 7613 medicamentos, 28 estupefacientes y 135 psicotrópicos.

Política de patentes

La política nacional referente a patentes de medicamentos se establece en la Ley 7979 que reforma la ley 6867, Ley de Patentes de Invención, Dibujos y Modelos Industriales y Modelos de Utilidad, la cual establece que el derecho de patente pertenecerá al inventor y se presume inventor el primer solicitante en el país de origen del invento.

La patente conferirá al titular el derecho a explotar, en forma exclusiva, la invención y conceder licencias a terceros para la explotación.

Si después de la inscripción de una patente, el Ministerio de Salud, para medicamentos, artículos y sustancias de aplicación terapéutica, o el Ministerio de Agricultura y Ganadería para agroquímicos, comprueba que el proceso o el producto no reúne las condiciones originales con las que fue autorizado, se prohibirá la fabricación, importación y comercialización de ese producto, sin responsabilidad para el Estado.

La patente tiene una vigencia de veinte años improrrogables, contados a partir de la fecha de presentación de la solicitud en su país de origen.

El trámite de una patente de medicamentos se realiza ante el Registro de la Propiedad y el cual tarda al menos un año.

La exclusividad de las importaciones está protegida por la Ley 6209 que establece la normativa para la contratación de una distribución exclusiva que incluye la distribución de productos farmacéuticos.

4. Política de publicidad e información de medicamentos

La Ley General de Salud regula lo referente a la publicidad de medicamentos y establece que debe ser cierta y demostrable y que no debe confundir al usuario en relación con las propiedades o con el origen del producto.

El Reglamento N° 28466-S, para la inscripción importación, publicidad y control de medicamentos señala que toda publicidad de medicamentos debe contar con una autorización previa emitida por el Ministerio de Salud. Sin embargo, debido a un dictamen de la Sala Constitucional, se liberó de esta censura previa a los productos de libre venta establecidos en el decreto N°28496_S del 14 de marzo del 2000, los cuales pueden exhibir publicidad sin tener que presentarla con anterioridad al Ministerio de Salud. Sin embargo esto no priva que, en caso de que se incurra en falsedad de lo dicho, se pueda proceder de acuerdo con lo establecido en la Ley.

Dentro de la información se permite la visita médica la cual está regulada por el decreto N° 26374 del 3 de setiembre de 1997.

Por otro lado existen en el país diversos centros de información sobre medicamentos que no tienen carácter comercial dirigidos a los médicos, farmacéuticos, enfermeras, odontólogos y veterinarios, los cuales cuentan con algunos programas de educación al paciente o al consumidor.

La mayoría de los servicios de farmacia de los hospitales y clínicas, pero principalmente los Centros de información de Medicamentos del Hospital San Juan de Dios, Hospital Dr. Calderón Guardia, H. México, Hospital Nacional de Niños, son los que están funcionando más sólidamente. En Oficinas Centrales de la CCSS, la Sección de Farmacia tiene un Centro de Información de Medicamentos, además esta Sección cuenta con el apoyo de una Comisión llamada la Comisión de Información de Medicamentos y Educación al Paciente (COIMEP) que es la que se encarga de la elaboración de boletines y educación al paciente. En esta comisión hay representantes de la Sección de Farmacia, de hospitales, del Centro Nacional de Control de Intoxicaciones, del Departamento de Farmacoterapia. La coordinadora de la Comisión es una farmacéutica del COIMEP de la Sección de Farmacia.

Los encargados de los centros de información de medicamentos son farmacéuticos que se han entrenado en el exterior en Centros de Información de Medicamentos y otros que, mediante cursos multiplicadores, se han entrenado en el país. El Comité Central de Farmacoterapia, el cual está integrado por médicos y farmacéuticos, publica un boletín terapéutico con información de medicamentos en referencia a algún asunto especial.

Se cuenta con un Centro de Información toxicológico en el Centro Nacional de Control de Intoxicaciones con sede en el Servicio de Farmacia del Hospital Nacional de Niños.

La Facultad de Farmacia de la Universidad de Costa Rica cuenta con un Centro de Información de Medicamentos llamado CIMED.

Las actividades de los centros de información mencionados, las dividen en información pasiva (consultas telefónicas principalmente, o atención de respuesta directa al usuario), e información activa con la creación de boletines, manuales, guías terapéuticas, y procesos educativos como charlas y cursos.

5. Política de Drogas Estupefacientes

La Ley General de Salud le da la potestad exclusiva de importación de estupefacientes al Ministerio de Salud, el cual a su vez vende estos productos a farmacias y servicios prestadores de atención registrados. También es responsabilidad del Ministerio de Salud vigilar por el uso correcto de dichos productos.

Durante el año 2001 se compró y vendió las siguientes cantidades de estupefacientes:

PRODUCTO	VENTA (en unidades)	COMPRA (en unidades)
Cocaína clorhidrato frascos/g	32	65
Codeína fosfato ½ H ₂ O	434	---
Petidina ampollas	24306	27000
Fentanyl ampollas	238600	350000
Metadona cajas/6 ampollas	4286	5190
Metadona frascos/25 tabletas	4309	5890
Morfina ampollas	511767	593860
Morfina cajas/600 tabletas (acción rápida)	3180	1000
Morfina cajas/600 tabletas (acción prolongada)	1344	786
Ritalina cajas/38 tabletas	48128	86075

Para que el Ministerio de Salud pueda asumir de mejor manera su rol rector en el campo de drogas estupefacientes, se ha modelado un proyecto que pretende trasladar la compra y venta de estas drogas a la Caja Costarricense del Seguro Social que es la mayor consumidora debido a su amplia cobertura. De esta manera el Ministerio de Salud estaría centrando sus recursos en la vigilancia y regulación de estos productos.

Las actividades para la fiscalización de psicotrópicos y estupefacientes se basan en el control de las importaciones y reexportaciones, así como en el control del movimiento de este tipo de productos en las droguerías y farmacias y en el seguimiento del uso de materias primas estupefacientes o psicotrópicas en laboratorios farmacéuticos. Además se trabaja en coordinación con la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes y la Junta de Vigilancia de Drogas Estupefacientes.

F. BIBLIOGRAFIA

CCSS. Revisión situación del recurso humano primer nivel de atención. Gerencia de Modernización, Proyecto de Modernización y Readecuación del modelo de atención. Julio 2002.

CONICIT. Informe Anual CONICIT 1999. San José, 2000.

CONICIT. 25 años de impulsar la ciencia y la tecnología costarricenses: caminos, fronteras y rumbos en la vida del CONICIT. San José, Costa Rica, 1999.

Costa Rica, “Ley de Promoción de Desarrollo Científico y Tecnológico, N° 7169”. La Gaceta, Costa Rica, 1990.

Costa Rica, Ministerio de Salud. Programa de Garantía de Calidad 2002. Dirección de Servicios de Salud, Agosto 2002.

Costa Rica, Ministerio de Salud. Política de investigación e innovación tecnológica en salud en Costa Rica. INCIENSA, Cartago, Costa Rica, 1997.

Costa Rica, Ministerio de Salud. Informe Anual 1996.

Gamboa Cecilia, Gólcher Francisco. Subsistema de Controles y Registros Sanitarios para Equipos y Materiales Biomédicos. UCR, San José, Costa Rica, 1996.

Hernández, Carlos. Fortalecimiento del funcionamiento operativo de las áreas rectoras locales del Ministerio de Salud. Consultoría Proyecto BID-Ministerio de Salud, 2002.

Mata, Leonardo. Ciencia, tecnología y cooperación internacional en la consolidación de la Salud en Costa Rica. Academia Nacional de Ciencia, San José, Costa Rica, INISA/UCR, 2000.

OPS. “Promoción de la Salud en las Américas”. Informe anual del Director, Washington, 2001.

Pastrana, Santiago. Temas de otras Ciencias. <http://club.telepolis.com/pastranec/rt71.htm>

Sánchez Montero , Miriam León Solís. Equidad, eficiencia, cobertura y calidad de los servicios de salud en el modelo tradicional de asignación de recursos financieros, comparado con un nuevo modelo, Costa Rica 1995-1997.

CAPÍTULO X

“OFERTA Y DEMANDA DE SERVICIOS DE SALUD”

X. OFERTA Y DEMANDA DE SERVICIOS DE SALUD

A. Resumen Ejecutivo

La inversión en Salud es considerada como un incentivo para la población que hace uso de los Servicios de Salud, no obstante, los problemas de escasez de los recursos (físicos, económicos y de capital humano) imposibilitan ofrecer a los usuarios servicios de mayor calidad y eficiencia.

En otro contexto, durante mucho tiempo el sector público era el principal prestador de servicios, limitando la participación del sector privado, situación que en los últimos años da un giro, ya que los proveedores privados encuentran una alternativa mejor que ofrecer a aquellos clientes con un mejor nivel socioeconómico. Este cambio crea la necesidad de establecer sistemas de información sobre el tipo de oferta, demanda y calidad de los servicios de salud en este sector.

En el ámbito de la oferta nacional se distinguen los siguientes actores que intervienen en la producción de los servicios: a) el Ministerio de Salud como ente Rector, compuesto por un nivel local, 9 direcciones regionales y 78 áreas de salud, b) Caja Costarricense de Seguro Social que cuenta con 29 hospitales (5 especializados, 7 regionales y 14 periféricos), 8 clínicas mayores, 89 áreas de salud, 812 EBAIS, 6 cooperativas, la atención se presta en el primer nivel que se refiere a la oferta de servicios de promoción de la salud, prevención, curación de la enfermedad y rehabilitación de menor complejidad, los cuales se realizan en los ámbitos domiciliario, comunitario, en establecimientos educativos y en la consulta externa de medicina general. Las atenciones de segundo nivel son producidas tanto en hospitales como en áreas de salud, apoya al nivel primario mediante intervenciones preventivas, curativas y de rehabilitación (ambulatorias y hospitalarias) con grado variable de complejidad y especialidad, el tercer nivel de atención comprende la prestación de servicios preventivos, curativos y de rehabilitación de una complejidad y especialización más altas, para atender determinados problemas de salud, c) Instituto Nacional de Seguros, que posee un complejo INS-Salud, 33 dispensarios, 1 casa albergue y 348 consultorios de médico de empresa, d) Sector Privado conformado por 6 hospitales, 23 clínicas, 240 laboratorios, 595 farmacias, 568 consultorios de diversas especialidades, 865 consultorios odontológicos, 132 centros de atención integral y 167 hogares comunitarios.

En relación con el tipo de atención demandada el 67% es del primer nivel de atención (medicina general) y del 22% en especialidades. Por lugar el 78% de las personas utilizan la red de servicios de la CCSS, el 57% en EBAIS y clínicas y 21% hospitales.

La demanda de los servicios de salud en el INS se analiza desde cuatro enfoques: cobertura, demanda insatisfecha y no cubierta y caracterización demográfica. En el tema de la cobertura se registra un 72.6% bajo la modalidad de Riesgos de Trabajo (RT) y un 27.4% de demanda no cubierta.

Al 2001 se reportaron un total de 468,484 consultas, 303,455 en el complejo, 154,023 en dispensarios y 10,084 en los consultorios de medicina de empresa. Se otorgaron 2,960,535 días incapacidad y 307,834 altas.

En el campo de la calidad, cabe señalar que existe un Programa Nacional de Garantía de la Calidad que debe ser supervisado por el Ministerio de Salud para su cumplimiento, además, se cuenta con la Superintendencia General de –Salud (SUGES), 105 contralorías de servicios y un programa de mejoramiento continuo de la calidad y la evaluación de los compromisos de gestión, este último en la CCSS.

La calidad del INS, hace uso de los programas anteriores, sin embargo, también posee encuestas de satisfacción propias de la institución, y ha implementado avances tecnológicos como el expediente electrónico, la acreditación y la habilitación de establecimientos y la atención a los usuarios.

B. Introducción

Sabemos que no todos los sistemas sanitarios resuelven de modo idéntico las cuestiones básicas de provisión sanitaria (quién accede, a qué, como accede y qué recursos se utilizan), es por esta y otras razones que el tema de la gestión de la utilización de los recursos, aunado a los tipos de servicios que se prestan, sin dejar de lado la calidad de estos, es un tema que en la actualidad adquiere mayor relevancia.

En Costa Rica, las diferencias conceptuales y la asimetría de información se convierten en algunos de los factores que imposibilitan conocer con detalle los servicios de salud que se ofrecen a la población nacional y extranjera. Así las cosas, el presente capítulo tiene como objetivo estudiar la oferta, demanda y calidad de los servicios de salud que se producen en los sectores público y privado.

El estudio contempla tres grandes temas: Oferta, Demanda y Calidad de los servicios de salud y se encuentra dividido en cinco secciones, la primera destaca la metodología y las limitaciones encontradas, así como los antecedentes relacionados con la conformación y los actores del Sistema Nacional de Salud.

La segunda parte muestra la oferta de servicios de salud por parte del Ministerio de Salud en su función de Rectoría, seguido de la Caja Costarricense de Seguro Social, el Instituto Nacional de Seguros y el Sector Privado entendiéndose a este como los hospitales, clínicas, laboratorios y consultorios. En la tercera sección se determina la demanda de los servicios de salud en las instituciones antes señaladas.

Una cuarta parte define como se mide la calidad de los servicios de salud de los actores antes indicados y finalmente las conclusiones y recomendaciones derivadas de la investigación.

C. Metodología

1.1. Detalles del proceso metodológico.

La elaboración del documento hace uso de diversas estrategias metodológicas para establecer la oferta, demanda y calidad de los servicios de salud por sector. En primera instancia se definen los actores de la producción social de la salud en Costa Rica, de lo cual se derivan los siguientes: Ministerio de Salud, Instituto Sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA), Caja Costarricense de Seguro Social, Instituto Nacional de Seguros, Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (ICAA), Universidades, Municipalidades, Organizaciones No Gubernamentales y entidades de servicios de salud privadas.

Es importante denotar que dada la complejidad de la investigación y por la variedad de actores, se decide trabajar con aquellos que se encuentren más directamente relacionados con la rectoría y prestación de los servicios médicos y no con aquellos que se pueden considerar como actores determinantes de la salud. Así las cosas, las instituciones objeto de estudio son: el Ministerio de Salud como ente Rector, Caja Costarricense de Seguro Social, el Instituto Nacional de Seguros y Hospitales, Clínicas, Consultorios y Laboratorios privados.

En el ámbito de la oferta fue necesario inventariar todos los centros o establecimientos de salud de los sectores público y privado, para ello se procedió a la recopilación de la información estadística, administrativa y entrevistas. Posteriormente se realiza un mapeo de los establecimientos y se define la oferta según actor.

La demanda se analiza desde el punto de vista de la producción de servicios en determinado período y se hace uso de la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples del año 2001. También se determina dependiendo de la percepción de los actores.

En calidad, se toma como parámetros la satisfacción de los usuarios, programas de mejoramiento continuo, indicadores de calidad, efectividad e impacto en la población, así como los avances tecnológicos, entre otros.

1.2. Limitaciones

Dentro de las principales limitaciones encontradas y que imposibilitan el adecuado desarrollo del trabajo se encuentran:

La escasez de los datos, principalmente cuando se trata del recurso empleado en la provisión de los servicios, lo que requiere la acción inmediata de las autoridades competentes de manera que no se acrediten los centros si no se cuenta con información de primera mano. El Ministerio de Salud como ente rector debería considerar esta limitación.

Asimetría de información, aún cuando en las instituciones se presta una atención médica a personas, no necesariamente se trabaja de igual forma. Una de las estrategias tomadas fue la de conocer el tipo de trabajo que desarrollan, las actividades y posteriormente homogenizar y sistematizar los datos con el fin de adaptarla a la metodología establecida por la OPS en la medida de lo posible.

Se percibe una resistencia de suministrar la información requerida. La obtención de los datos mostró deficiencias en la disponibilidad de la información, en justicia, debe indicarse que la información sobre los hospitales y las áreas de salud y la referente a los EBAIS es razonablemente accesible y de calidad aceptable.

La situación en cambio, es poco satisfactoria en cuanto a la información del sector privado y los centros y puestos de salud que pertenecían al Ministerio de Salud y consultorios comunales, en estos últimos no se conoce detalles sobre los insumos físicos y humanos en cada uno de ellos. Aquí se suponen dos situaciones, la primera que las instituciones privadas mantienen cierta privacidad de los datos, situación que se torna normal por tratarse de un servicio privado en su mayoría y la segunda, es que quizás no se cuente con toda la información para el trabajo, lo cual es comprensible, dado que en nuestro sistema apenas se comienza a implementar estrategias para mejorar los sistemas de información (SI).

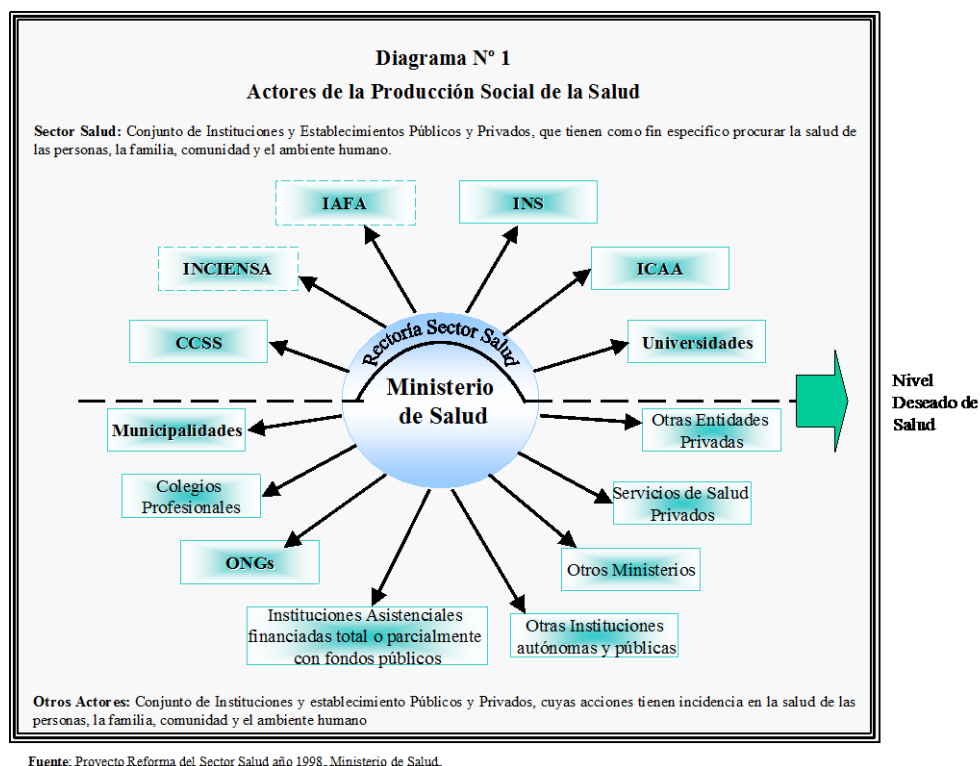
1.3. Antecedentes del Sistema Nacional de Salud en Costa Rica.

Costa Rica está localizada en Centro América y tiene una extensión territorial de 51,100 kilómetros cuadrados, divididos en 7 provincias y 81 cantones.

En Costa Rica, mediante decreto No. 19276-S de 1989, se constituyó el Sistema Nacional de Salud, cuyo propósito es alcanzar la universalización y la desconcentración de los servicios de salud, basada en la estrategia de atención primaria, con el fin de cumplir las metas propuestas de Salud para todos en el año 2000.

Así, el Sistema Nacional de Salud costarricense está conformado por un conjunto de actores divididos en Instituciones y establecimientos públicos y privados, que tienen como fin específico procurar la salud de las personas, las familias, la comunidad y el ambiente humano, lo anterior, es más aplicable a la Caja en detrimento de los proveedores privados.

El esquema muestra las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud.



D. Oferta de Servicios

1. Estructura General de los Servicios

La oferta de los servicios de salud se conocerá en este caso en particular como el conjunto de establecimientos de salud en el país que posea cada actor, incluyendo las variables de localización, servicios (cirugía, medicina, atención primaria), así como también el número de camas y el recurso (físico y de capital humano).

El Ministerio de Salud está compuesto por el nivel local, nueve direcciones Regionales y 81 áreas rectoras de salud, distribuidas de la siguiente forma: Central Sur 19, Central Norte 12, Central Este 7, Central Occidente 5, Pacífico Central 8, Chorotega 12, Huetar Norte 6, Huetar Atlántica la Región Brunca 6 cada una. El Ministerio de Salud cuenta además con 53 CINAI (Centros Integrados de Atención Integral) y 467 CEN(Centros de Educación y Nutrición) en todo el país.

En el caso de la Caja Costarricense de Seguro Social la oferta de servicios se distribuye de la siguiente manera: 29 hospitales, de los cuales, 3 se consideran nacionales, 5 especializados, 7 regionales, 14 periféricos, además de 8 clínicas mayores ubicadas en el área metropolitana, 89 áreas de salud distribuidas en las diferentes regiones del país, 812 EBAIS y 6 Cooperativas⁹⁴ (La distribución de la red se observa en el Diagrama N° 1, del Anexo).

El Instituto Nacional de Seguros para la prestación de los servicios de salud cuenta con un complejo denominado INS-Salud conformado por un área de consulta externa y especialidades médicas, posee 41 consultorios, dos salas destinadas a rayos x, dos de cirugía menor, tres salas de curaciones, yesos, inyectables, y sueros, una farmacia, una oficina de cirugía electiva, recepción y aprovisionamiento, archivo clínico, oficina de

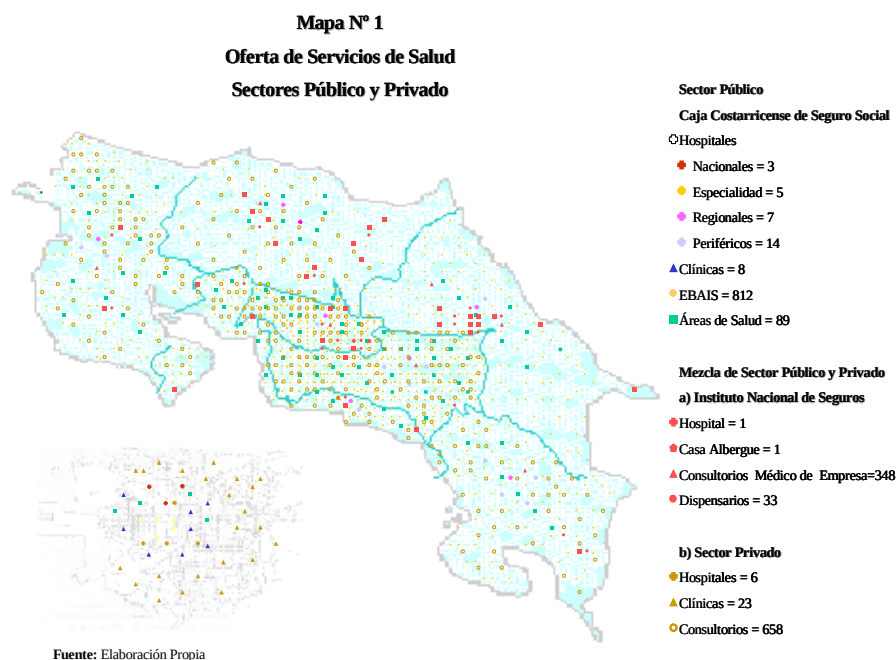
⁹⁴ Al 2001 se establecen como Cooperativas Cooposalud, Coopesain, Coopesiba, Coopesana, UCR y Asemeco.

transportes, unidad administrativa de dispensarios y consultorios de médico de empresa, una sección de costos, estadísticas, salas de atención de pacientes y de espera para los acompañantes.

También cuenta con una red de 243 consultorios de medicina de empresa, más 105 consultorios mancomunados que son aquellos ubicados en zonas francas y atienden a diferentes empresas en un mismo consultorio. Aunado a una casa albergue y 33 dispensarios.

La oferta del sector privado está conformada por seis hospitales (Clínica Bíblica, Católica, Jerusalén, CIMA/San José, Santa Rita y Monte Sinaí), aproximadamente 23 clínicas de diversa especialidad, 240 laboratorios, 595 farmacias, 568 consultorios, 865 consultorios odontológicos, 132 centros de atención integral y 167 hogares comunitarios.

De los egresos que se produjeron al año, en la Clínica Bíblica se dieron 4,307, en la Católica 8,399, en la Clínica Jerusalén 27095, en el CIMA 3,013, lo que produjo un índice de rotación del 1.4%, 1.3%, 6.2% y 1.6% respectivamente. Es importante denotar que el caso de las clínicas existe una atención médica general y especializada, los consultorios tienen una atención ambulatoria, de consulta externa general y de emergencias.



2. Análisis de la Oferta por Niveles de Atención

Oferta, como término económico, se define en relación con un bien o servicio homogéneo, es decir, un bien específico, con unas características y una capacidad definida para satisfacer determinada necesidad humana.

En salud, la heterogeneidad de los servicios es una característica que está presente en la mayor parte de las prestaciones, ya sea porque las necesidades y la demanda son muy específicas para cada demandante e incluso para cada acto de demanda, o porque la calidad y las capacidades de los oferentes generalmente difieren.

Por las razones apuntadas, el término oferta de servicios de salud, no puede utilizarse en el sentido usual de la teoría microeconómica, sino en referencia a un agregado de productos (servicios) con ciertas características comunes. A partir de estas características comunes, se han definido tres grupos de servicios (atención del primer,

segundo y tercer nivel) relativamente homogéneos, tanto respecto a las características de su proceso productivo como de las necesidades a las que dan respuesta, lo que facilita el análisis del mercado de servicios de salud.

Aún con esta desagregación en tres grupos, el análisis tiene la limitante de que al generalizar se obvian diferencias de los servicios que pueden ser específicos con exceso de oferta, otros con exceso de demanda y aquellos que se encuentren en equilibrio. Por citar un ejemplo, una situación así se puede presentar dentro de las diferentes especialidades de segundo nivel de atención. Sin embargo, por la enorme variedad de los servicios ofrecidos, hacer un análisis por cada uno, requiere de una amplia investigación.

2.1. Oferta de Servicios de Atención de la Caja Costarricense de Seguro Social CCSS.

En este apartado se analiza la oferta de los tres niveles de atención en el sistema de salud costarricense o, más específicamente, en el Seguro de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social.

2.1.1. Atención Primaria

Se refiere a la oferta de servicios de promoción de la salud, prevención, curación de la enfermedad y rehabilitación de menor complejidad, los cuales se realizan en los ámbitos domiciliario, comunitario, en establecimientos educativos y en la consulta externa de medicina general. Estos servicios los podemos dividir en dos grandes grupos: a) los programas de prevención y promoción, que se han diseñado de acuerdo a las necesidades de los diferentes grupos etarios y tomando en cuenta las necesidades de género, b) la atención de la morbilidad prevalente, que se hace en respuesta a la demanda, y para la que se cuenta con los servicios normales matutinos y vespertinos y con los servicios de urgencias, que enfrentan una elevada demanda.

En lo que se refiere a los programas de prevención, promoción y control de la morbilidad, teniendo como base los análisis de situación de salud nacional y en el contexto de la reforma del sector salud, se definieron como prioridades de atención doce problemas o necesidades de salud, a partir de las cuales se diseñaron cinco programas de atención integral en salud, a saber: el programa de atención integral del niño (a), el programa de atención integral del adolescente, el programa de atención integral de la mujer, el programa de atención integral del adulto y el programa de atención integral del adulto mayor.

Partir de la existencia de estos programas es fundamental para entender la oferta de servicios de atención primaria, cuya producción se mide en términos de coberturas de los grupos de población a los que se dirigen.

2.1.2. Cobertura de los programas de atención primaria

La cobertura en atención primaria está a cargo de las áreas de salud, conformadas por Equipos Básicos de Atención Integral (EBAIS) que son responsables de la atención de la población ubicada en un determinado sector geográfico, la cual oscila entre dos mil quinientos y siete mil habitantes, dependiendo de su concentración⁹⁶.

Usualmente el EBAIS está conformado por un médico, una enfermera auxiliar y un Asistente Técnico de Atención Primaria, ATAP, y tiene un equipo de apoyo, compartido con los demás EBAIS del área de salud (el perfil ocupacional es de trabajadora social, nutricionista, médico de familia, enfermera general, odontólogo, farmacéutico, microbiólogo y técnico de registros médicos).

Si bien los equipos básicos en prácticamente la totalidad de los casos están completos, hay algunas deficiencias en lo que respecta a equipo de apoyo, principalmente en las áreas rurales y algunos con exceso de población bajo su responsabilidad. El siguiente cuadro muestra algunos indicadores de disponibilidad de recurso humano en las Áreas de Salud.

⁹⁶ El promedio de población por EBAIS en el año 2001 se ubicó alrededor de 4.950 habitantes.

Cuadro N° 1
Personal de atención primaria por área de salud y por EBAIS,
según corresponda, Año 2001

PERSONAL POR EBAIS	
ATAP	1.27
Médicos generales	1.00
Auxiliares de enfermería	1.19
PERSONAL DE APOYO POR ÁREA DE SALUD	
Profesional en enfermería	1.55
Odontólogos	1.90
Farmacéuticos	0.93
Microbiólogos	1.00
Personal de registros médicos	0.95
Médico de familia	0.31
Técnico de registros en estadísticas de salud	0.95
Profesionales*	1.34

*Incluye trabajadoras sociales y nutricionistas, lo que implica un déficit de una de los dos o de los dos tipos de profesional. Fuente: Elaboración propia con base en datos de la Dirección de Recursos Humanos.

Con excepción de los poblados de baja densidad y acceso geográfico difícil, que en la mayoría de los casos reciben una visita periódica (semanal, quincenal o mensual) del EBAIS más cercano, los problemas de accesibilidad geográfica en atención primaria prácticamente han desaparecido con la implementación del nuevo modelo de atención.

Al año 2001, la población a la que aún no se le había asignado un EBAIS no sobrepasaba el 6% de la población total y, por encontrarse ubicada en zonas urbanas podía acceder directamente los servicios hospitalarios para efectos de atención de la morbilidad.

En el nuevo modelo de gestión, las áreas de salud –desconcentradas o en proceso de desconcentración– proveen servicios de atención primaria a la población, los cuales son financiados y evaluados en el marco de la función de compra que ejerce el nivel central de la institución. El instrumento que sintetiza el acuerdo entre comprador y proveedor es el compromiso de gestión, en el cual se establecen los productos a comprar con sus respectivos estándares de calidad.

El compromiso de gestión y su respectivo instrumento de evaluación, son la fuente primaria de información respecto a la producción, por programa de atención, de las áreas de salud. La evaluación se hace al inicio de cada año, y en lo que respecta a coberturas se realiza tanto en términos cuantitativos, según consultas de primera vez por programa de atención, como de revisión de la calidad de la atención, medida según las normas de atención que se establecen para cada programa.

Los programas de atención integral para los que se tienen datos de cobertura con calidad son los siguientes:

Niños menores de un año

Niños de 1 a 6 años

Adolescentes

Atención prenatal

Hipertensos

Diabéticos

Adulto mayor

Estos programas se han definido como prioritarios, con base en criterios de morbi-mortalidad, así como en criterios de costo efectividad.

En principio, los servicios de atención de la morbilidad cubren un 100% de la población del país y los de atención integral alrededor de un 94%, que corresponde a la población adscrita a alguna de las unidades de atención primaria⁹⁷. No obstante, la cobertura efectiva del primer nivel de atención de la CCSS ascendió en el año 2001 a un 52% de la población, en programas curativos o preventivos⁹⁸ y en lo que se refiere a atención integral, las coberturas por programa de atención, se presentan en el siguiente cuadro.

Cuadro N° 2
Cobertura de Atención Integral Total y con Calidad,
según programa de atención, CCSS-2001

Programa	Cobertura total*	Cobertura con criterios de calidad
Adulto Mayor	46.66%	32.65%
Diabéticos	65.07%	18.81%
Hipertensos	75.51%	26.63%
Tamizaje de Hipertensión Arterial	98.6%	n.a.
Atención Prenatal	82.08%	43.34%
Adolescentes	35.75%	24.58%
Niños de 1 a 6 años	43.83%	35.29%
Niños menores 1 año	89.66%	53.55%
Niños menores de 28 días	56.00%	38.00%

El denominador utilizado es la proyección, con base en los datos del censo 2000, de la población objetivo de cada programa, a junio del 2001.

Fuente: Dirección compra de Servicios de Salud. Informe de evaluación de compromisos de gestión, año 2001. Marzo, 2002.

En lo que se refiere a morbilidad, se puede afirmar que el sistema atiende el 100% de las necesidades que se traducen en demanda, y en lo que corresponde a atención integral, se considera que existe un exceso de oferta de servicios respecto a la demanda, pues la población tiene escasa cultura preventiva y los esfuerzos del sistema por modificar este comportamiento apenas empiezan a dar los primeros frutos.

Puesto que el cobro directo por las prestaciones de primer nivel sólo se da a población con capacidad de pago⁹⁹ y las barreras geográficas se han reducido a niveles casi nulos, se proponen las siguientes hipótesis para explicar la relativa baja cobertura efectiva en atención primaria:

La mencionada falta de cultura preventiva, la cual podría estar asociada con el nivel de escolaridad, y podría mejorarse con un reforzamiento de las campañas informativas.

97 El restante 6% corresponde a población a la que, debido a la fase de desarrollo del nuevo modelo de atención, aún no se la ha asignado un Equipo Básico de Atención Integral.

98 Esta cifra no incluye a los que accedan de manera directa otros niveles de atención ni a los que son atendidos mediante las modalidades de medicina de empresa o medicina mixta, programas de los que no se tiene información estadística.

99 La población sin capacidad de pago es asegurada directamente por el estado, previa solicitud y estudio de su situación socioeconómica.

La inconveniencia de los horarios de atención, por cuanto estos coinciden con los horarios de trabajo, doméstico o remunerado, de la mayoría de la población. La consulta vespertina en general se utiliza para la atención de urgencias o de morbilidad o requiere de cita previa, la cual se debe buscar también dentro de horas laborales.

Es probable que estas dos situaciones se refuercen para reducir coberturas de atención preventiva, pero a diferencia de la primera, la segunda puede derivar la demanda hacia la atención privada, en los casos en que la capacidad de pago no es una limitante.

Respecto a la cobertura en el escenario escolar, los programas brindados son valoración de agudeza visual y auditiva, estado nutricional, revisión del esquema de vacunas y revisión médica completa. Los niños que presentan alguna alteración en su estado de salud son referidos al respectivo Equipo Básico de Atención de la Salud, EBAIS, para su atención. La cobertura nacional de estos programas en el año 2001 alcanzó un 79%.

En cuanto a los programas de vacunación, según datos del Programa Ampliado de Vacunaciones que llevan conjuntamente el Ministerio de Salud Pública y la Caja Costarricense de Seguro Social, las coberturas medidas a partir de tercera dosis, muestran que en DPT se alcanzó un 91%, en polio un 93%, en Hepatitis B un 8%, en Haemophilus Inf. un 89% y en SRP un 85%.

Dentro del programa de atención integral a la mujer están los subprogramas de atención prenatal y el de Citologías Vaginales. Este último divide a la población objetivo en dos grupos: mujeres menores de 35 años y mujeres mayores de 35 años.

En el primer grupo, la cobertura en el 2001 alcanzó un 24% y en el segundo fue de 25%, lo que indica que aún no se le ha podido llegar a la población objetivo con una intervención clave tanto desde el punto de vista de necesidades de salud como de su costo efectividad. La calidad en este programa se mide mediante el manejo adecuado de los casos de PAP alterado, el cual alcanzó un 93%, el cual es bastante superior a los niveles alcanzados en años anteriores.

En lo que se refiere al comportamiento regional de las coberturas sobresalen los siguientes datos, según programa de atención (Recuadro N° 1).

Recuadro N° 1 Resumen de Coberturas Totales y con Calidad	
Atención de menores de 28 días, por encima del promedio nacional.	Región Pacífico Central 70% cobertura total y 53% con calidad. Región Brunca 30% y 14% respectivamente.
Programa atención a niños menores de un año.	Región Chorotega 97%, Pacífico Central 61%, Brunca 81%, Huetar Atlántica 87%, Central Norte 48% y Brunca 49%.
Programa de menores de 7 años por encima del promedio nacional.	Pacífico Central 47%, Central Sur y Huetar Atlántica 37%, Chorotega a nivel del promedio, Brunca 30%.
Coberturas de atención en el escenario escolar.	Sobrepasaron todas las regiones el 65%.
Programa de atención integral al adolescente.	Regiones Central Sur y Huetar Atlántica con coberturas, superiores al 40%, y región Brunca (inferior al 25% a nivel global y al 20% con calidad).
Subprograma de atención prenatal.	Regiones Chorotega, Pacífico Central y Huetar Atlántica, por encima del 80% y la Central Sur y Brunca por debajo del 30%. Con calidad muestran menores niveles la Huetar Atlántica, Pacífico Central y Huetar Norte.
Programa de atención al paciente diabético	Calidad regionales que van del 5.6 Región Huetar Norte a 34.8% en Huetar Atlántica. Coberturas totales 70% en la Chorotega, Pacífico Central, Huetar Atlántica.
Programa de atención pacientes hipertensos.	Un 86.7% cobertura total y 42% con calidad en la Región Pacífico Central. Región Huetar Atlántica 80% y 30% respectivamente.

Programa de adulto mayor.	Cobertura total 60% en la Pacífico Central, 30% Huetar Norte, Brunca, Central Norte y Huetar Atlántica no alcanzaron el 40%. Con calidad en la Huetar Atlántica, Huetar Norte y Brunca, fue menor.

Respecto al análisis regional llama la atención que la región Brunca alcanza las menores coberturas, tanto globales como con calidad, en casi todos los programas, mientras las regiones Pacífico Central y Chorotega alcanzan las mayores coberturas.

Posiblemente no es casual que la primera tenga el menor gasto per cápita regional y las dos segundas el mayor gasto, lo que hace pensar que esas menores coberturas son explicadas por disponibilidad de recursos. No obstante, se han hecho análisis de ejecución presupuestaria que asocian gasto con capacidad de gestión de las unidades, es decir, tanto el presupuesto negociado como la capacidad para gastarlo es menor en las unidades con débiles indicadores de producción.

Por otra parte, en lo que respecta a la región Brunca todavía existe una clara contradicción entre el nuevo modelo de atención y el modelo tradicional; la elevada disponibilidad de servicios hospitalarios¹⁰⁰ (cinco hospitales para una población de menos de trescientos mil habitantes), ha creado una cultura de sobre utilización de servicios hospitalarios que no ha podido ser contrarrestada por una gestión más beligerante en la implementación del nuevo modelo.

2.1.2.1. Atención de la morbilidad:

Aunque las consultas de atención integral y de atención a la morbilidad no se registran de manera separada, pues el sistema de información clasifica la producción de servicios en ambulatoria, hospitalaria y de urgencias, existe alguna información estadística que da idea de la producción de servicios de primer nivel más allá de las coberturas de atención integral, como son las cifras de atenciones de urgencias y de consultas totales y sus indicadores derivados.

100 La mayoría de estos hospitales fueron creados por las compañías bananeras, cuando estas tenían una presencia determinante en la región, y en alguna medida responden a la elevada dispersión de la población de la zona.

Cuadro N° 3
Consultas y Atenciones de Urgencias
Por Habitante, CCSS.
-Período 1993 – 2001-

AÑO	Atenciones de Urgencia Por Hab.	CONSULTAS POR HABITANTE		
		Médica	Odontología	Otros Profes.
1,993	0.57	1.85	0.19	0.09
1,994	0.62	1.86	0.19	0.07
1,995	0.63	1.91	0.20	0.08
1,996	0.64	1.97	0.21	0.08
1,997	0.69	2.05	0.22	0.08
1,998	0.75	2.09	0.29	0.09
1,999	0.79	2.10	0.31	0.08
2,000	0.84	1.97	0.34	0.08
2,001	0.87	2.46	0.38	0.09

Fuente : Departamento. De Estadísticas de los Servicios de Salud, CCSS.

El comportamiento de la razón de atenciones de urgencia por habitante es el que más llama la atención por su magnitud y continuo incremento; ya que las atenciones de urgencia en los servicios de salud de la CCSS han ido aumentando desde 0.57 por cada habitante en 1993 hasta 0.87 en 2001, resultado no esperado en los planes de mejoramiento de la oferta de servicios.

Si bien la demanda juega un papel importante en la producción de este servicio, también se debe reconocer que posiblemente la estructura u organización de la oferta estén ofreciendo incentivos para la sobre utilización de estos servicios. Las explicaciones sugeridas para entender la subutilización de servicios de atención integral posiblemente también ayuden a entender este otro desbalance en la utilización de servicios.

La razón de consultas por habitante se ha dividido en tres componentes, lo cual permite ver que el principal es la consulta médica, la cual aumentó de 1.85 en 1993 hasta 2.10 en 1999 y se redujo a 1.97 en 2000 para incrementarse nuevamente a 2.46 en 2001 que es la cifra más alta de los últimos 22 años; la consulta de odontología ha ido aumentando lenta y sostenidamente. La consulta a cargo de otros profesionales (psicólogos, dietistas, enfermeras, entre otros) se mantiene constante.

2.1.2. El segundo nivel de atención

Las atenciones de segundo nivel son producidas tanto en hospitales como en áreas de salud. El segundo nivel apoya al nivel primario mediante intervenciones preventivas, curativas y de rehabilitación (ambulatorias y hospitalarias) con grado variable de complejidad y especialidad. Los establecimientos de salud que conforman este nivel son: Prestaciones sanitarias, Hospitales Regionales y Periféricos, Albergue Temporal y Casa de Salud.

En lo que se refiere a áreas de salud, once de las noventa y siete existentes en el año 2001, tienen segundo nivel y todas se encuentran dentro de la Gran Área Metropolitana, donde también se brinda este tipo de servicios dentro de los hospitales nacionales o regionales. En las demás regiones o zonas del país, este servicio es prestado en la consulta externa de los hospitales.

El cuadro siguiente presenta la producción de consultas especializadas de primera vez y totales y su respectiva concentración. Se observa una mayor concentración en la población adscrita a clínicas metropolitanas y hospitales nacionales, lo que posiblemente suceda en respuesta a las mejores condiciones de accesibilidad que muestran estos centros. Esta situación puede darse por la existencia de una mayor oferta de servicios privados y del mayor nivel de ingreso de la población de las regiones centrales.

101 Esa cifra se alcanzó después de diez años de reducción continua de este indicador.

Cuadro N° 4
Producción de Consultas por Región
-Año 2001-

Región	Total	Primera Vez	Consulta por habitante
Total	2,473,436	1,242,227	1.99
Cl. Metropolitanas	384,879	178,904	2.15
R. Central Norte	352,240	250,933	1.40
R. Central Sur	189,885	101,751	1.87
R. Huetar Norte	74,843	40,072	1.87
R. Chorotega	117,779	63,101	1.87
R. Pacífico Central	106,121	56,293	1.89
R. Huetar Atlántica	118,715	49,329	2.41
R. Brunca	132,634	68,665	1.93

Fuente : Departamento de Estadísticas de los Servicios de Salud, CCSS.

a) Servicios complementarios para la atención de la salud

A pesar de que la población de asegurados directos es mucho más pequeña que la población general, en los servicios de atención de salud de la CCSS se producen más órdenes de subsidio por INCAPACIDAD que hospitalizaciones para toda la población, con un período promedio teóricamente en el HOGAR de 8.9 días en 2001.

La razón de exámenes de laboratorio por habitante se incrementó porque aparentemente en la actualidad se hace más uso del laboratorio que hace 22 años. En el 2001 la tercera parte se hace en los hospitales nacionales, pues no todas las clínicas y áreas de salud cuentan con este servicio, por lo que la columna de "otros establecimientos" es muy importante, porque así es como se ofrece servicios de laboratorio a las personas en todas las unidades.

En el contexto anterior cabe señalar que el acceso del médico a este medio de diagnóstico es universal, pues se extiende a los médicos de empresa y a la Medicina Mixta (sistema en el cual el paciente paga la consulta a su médico en el consultorio privado y este le da ordenes para que se haga los exámenes de laboratorio por cuenta de la CCSS).

Por otra parte, al 2001 las farmacias de la institución despacharon 2.5 veces más recetas que en 1980, parte de este aumento se puede atribuir al crecimiento de la población; también aumentó la razón por habitante porque aparentemente en la actualidad se hace más uso de los medicamentos que hace 22 años.

A diferencia del Laboratorio, el servicio de Farmacia está físicamente más distribuido entre hospitales, clínicas y áreas de salud, pues requiere menos infraestructura.

En el 2001 los Servicios de Farmacia registraron casi 42 millones de órdenes de medicamentos (11 al año por habitante); la mayor parte en los Hospitales Nacionales, en las Clínica Metropolitanas y en las Áreas de Salud de la Región Central Norte.

2.1.3. Tercer Nivel de Atención: Atención en los servicios de hospitalización

El tercer nivel de atención comprende la prestación de servicios preventivos, curativos y de rehabilitación de una complejidad y especialización más alta, para atender determinados problemas de salud. El área de influencia de este nivel puede trascender la del nivel secundario y abarcar el territorio de varias

provincias, cantones y distritos. Los establecimientos de este nivel son: Hospitales Centrales o Nacionales y Hospitales Especializados.

Obviamente, la atención hospitalaria no es independiente de la atención ambulatoria, por ese motivo la descripción de la oferta de servicios debe ser integrada. Ahora se trata solamente de los servicios individuales de atención de salud a las personas mediante la ocupación de una cama hospitalaria.

El 42% de los egresos hospitalarios se producen en el Tercer Nivel de atención, los hospitales nacionales. El cuadro 5 contiene las cifras generales de esta área en la CCSS y su evolución de 1980 a 2001. Se ve así que aunque la oferta total de camas hospitalarias de dotación normal se ha reducido desde 1982, su porcentaje de ocupación general se ha mantenido entre 74.4 en 1982 y 82.3% en 2001 sin una tendencia claramente definida.

Por otro lado, a pesar de la reducción en la razón de egresos por 100 habitantes, se ha incrementado el número absoluto de egresos hospitalarios (de 245,048 en 1980 a 331,856 en 1999, con una pequeña reducción a 327,675 en 2000 y un incremento a 333,541 en 2001).

Lo más notorio es la reducción sostenida de la estancia promedio (de 7.91 a 5.36 días), lo que, junto a la reducción de las camas (de 6,926 a 5,880), produjo aumento en el giro de camas (de 35.4 a 56.7) sin aumento sensible en el porcentaje de ocupación.

Cuadro N° 5
Número de Camas, porcentaje de ocupación, egresos, giro de
Camas, estancia promedio y porcentaje de intervenciones
Quirúrgicas Mayores CCSS. 1980 – 2001

<i>Año</i>	<i>Número camas</i>	<i>de % de Ocupación</i>	<i>Egresos</i>	<i>Giro Camas</i>	<i>de Estancias Promedio</i>	<i>% Quirurg. **</i>	<i>Interv.</i>
1980	6,926	77.9	245,048	35.38	7.91	42.16	
1981	6,924	76.5	250,332	36.15	7.27	43.35	
1982	7,085	74.4	253,179	35.73	7.10	42.23	
1983	6,952	77.2	263,244	37.87	6.78	41.49	
1984	6,841	78.9	278,392	40.69	7.21	41.44	
1985	6,832	81.0	301,592	44.14	6.24	40.67	
1986	6,790	79.5	298,632	43.98	6.73	41.89	
1987	6,774	79.1	302,230	44.62	6.13	41.78	
1988	6,741	78.4	300,729	44.61	6.31	43.11	
1989	6,602	78.8	303,742	46.01	5.87	39.78	
1990	6,536	76.7	290,988 *	44.52	6.05	42.69	
1991	6,379	78.2	289,634 *	45.33	6.15	44.69	
1992	6,245	80.7	298,013 *	46.12	6.46	45.78	
1993	6,131	79.2	298,091 *	48.47	6.11	45.51	
1994	5,860	81.1	297,942 *	50.44	5.67	45.94	
1995	5,947	80.3	302,911 *	50.94	5.76	45.80	
1996	5,953	81.1	307,864 *	49.93	5.94	47.32	
1997	5,924	81.2	316,453 *	51.31	5.73	47.43	
1998	5,924	75.2	318,812 *	53.46	5.31	48.06	
1999	5,910	80.6	331,856 *	55.77	5.54	48.75	
2000	5,861	81.6	327,675 *	55.91	5.42	48.49	
2001	5,880	82.3	333,541 *	56.72	5.36	49.69	

*Incluye otros centros.

** Incluye todos los egresos hospitalarios con intervención quirúrgica mayor de algún tipo.

Fuente: Dep. Estadísticas de los Servicios de Salud, CCSS.

Si se comparan con 1980, los hospitales de la CCSS en el 2001 redujeron el período promedio de permanencia en el hospital en 2.5 días por paciente lográndose una reducción de más de 800 mil estancias, junto con un aumento en los egresos; además tienen más de mil camas menos, y todavía el porcentaje de ocupación está por debajo del 85%, con más de mil camas desocupadas durante el año. La tendencia se mantendrá en tanto la oferta hospitalaria siga orientada a la gestión del paciente, y como resultado su estancia en el hospital se ajuste al período indispensable para su atención y se incremente la Cirugía Mayor Ambulatoria. Por ese motivo la queja por faltante de camas debe verse como problema de caso particular y no de la oferta general de la red de servicios.

Como el enfoque de la modernización es la atención del paciente y no la utilización de las camas, los porcentajes de ocupación se ha ido reduciendo naturalmente hasta que se encuentre la mejor estancia de acuerdo con el bienestar del paciente. Los hospitales tienen que dejar de medir su producción mediante el número de camas, porcentaje de ocupación, y dedicar recursos suficientes a la organización de la consulta externa, del servicio de emergencia, y al mejoramiento de los servicios complementarios de diagnóstico y tratamiento y de la red de servicios de su área de atracción, con los consiguientes beneficios para el bienestar del paciente y del personal que lo atiende.

Dentro de las normas de desempeño ya no se fija el porcentaje de ocupación máximo deseable, sino el mínimo aceptable dentro de la correcta administración de los recursos y los indicadores de evaluación del desempeño hospitalario se diversifican. Con menos camas se atienden más pacientes, lo cual es una adecuación de la oferta a las tendencias modernas del uso de camas.

Como la decisión de internamiento varía con los cambios en la práctica de la Medicina y con la disponibilidad de recursos, claramente el número de egresos hospitalarios con intervención quirúrgica que se mantenía alrededor del 42% desde 1980, se redujo a 40% en 1989, y ha estado oscilando entre 47 y 49% a partir de 1995, llegando a alcanzar un 50% en 2001. Esta cifra incluye la cirugía mayor ambulatoria, la cirugía mayor, la ginecológica y la obstétrica con las cesáreas y las episiotomías.

La estancia promedio bruta que ya es muy baja, pareciera estar ajustándose, pues en hospitales nacionales de corta estancia (Tercer Nivel) se mantuvo entre 5 y 6.5 días, con ligeras variaciones en los porcentajes de ocupación y en el número de egresos y con las proporciones más altas de Intervenciones Quirúrgicas.

Los dos hospitales psiquiátricos consumen mucho más días de hospitalización, a pesar de que sus egresos representan menos del 2%, por cuanto tienen las estancias más prolongadas. Largas estancias tienen también los Hospitales Nacional de Rehabilitación y Geriátrico Dr. Blanco Cervantes, con cifras inferiores a los generales nacionales. Los hospitales del segundo nivel, regionales, son los que producen más egresos en su respectiva región, con estancia promedio de alrededor de 4 días y porcentajes de egresos con alguna cirugía que varían entre 41% en el Escalante Pradilla y 56% en el Max Peralta.

Un factor reconocido que influye en la permanencia en el hospital, es la edad de las personas; los egresos y la estancia promedio del año 2001 por edad y hospital, permite ver que varios hospitales generales tengan más de un 12% de egresos de personas de 65 años y más, que incide en su estancia promedio total. Algunos de ellos tienen en general los promedios de estancia más altos.

De los 165,828 egresos hospitalarios con intervención quirúrgica que forman el numerador de este indicador ya comentado, el 20% son obstétricas en el parto (9% cesáreas y 10% episiotomías), 17.05 es cirugía mayor ambulatoria (sin ocupar camas de dotación normal de los servicios de Cirugía y Ginecología) y el 62% es Cirugía Mayor; estas proporciones varían según nivel de complejidad y hospital.

Como se ha insistido al principio de esta sección, los servicios de salud de atención hospitalaria no son independientes de los de atención ambulatoria. Para prestar servicios especializados se realiza una separación por las grandes áreas especiales de los servicios médicos: Medicina, Cirugía, Ginecología y Obstetricia, Pediatría y Psiquiatría. La tendencia moderna es reducir el uso de la cama a lo estrictamente indispensable, mediante el desarrollo de la tecnología de diagnóstico y tratamiento.

Cerca del 24% de las camas hospitalarias de la CCSS pertenecen al Servicio de Medicina (adultos) y el 26% al de Cirugía, o sea que prácticamente el 50% de ellas se utiliza en estos dos servicios. El número y

distribución de este instrumento de la atención de la salud, varía según regiones y hospitales y dependen mucho del grado de resolución del hospital, de la evolución de la práctica médica y de la influencia de esta en la estancia promedio. Por ejemplo, en los hospitales nacionales generales las camas de cirugía son más del 42% de las camas de dotación normal, sobre todo en el San Juan de Dios (54%) y en el México (49%), seguido por el servicio de Medicina. En la mayor parte de los hospitales regionales y periféricos predominan los servicios de Medicina y de Obstetricia.

2.1.4. Acceso y disponibilidad de los Servicios de Salud

Dada la poca disponibilidad de información relacionada con el acceso y disponibilidad de los servicios de salud, los resultados se refieren a los obtenidos en el estudio realizado por el Dr. Luis Rosero Bixby del Centro Centroamericano de Población de la Universidad de Costa Rica en el 2001. En su estudio Rosero indica que la mitad de la población costarricense reside a un kilómetro o menos de un centro de atención médica y a cinco kilómetros o menos de un hospital. Alrededor del 10% de la población tiene acceso deficiente a servicios de salud según varios indicadores que establecen un umbral mínimo de acceso. La variación espacial de este porcentaje que, por sí mismo ya es un indicador de inequidad, permite identificar las inequidades geográficas existentes en el país en esta materia.

El acceso –y sus inequidades- a la atención primaria de la salud y a centros hospitalarios cambió poco en el periodo 1994-2000, y fue de un ligero deterioro. Un número importante de puestos y centros de salud que pertenecieron al Ministerio (y que con la reforma pasaron a la CCSS) ha dejado de dar servicios a la población. Esto puede ser parte de un proceso de racionalización y eliminación de duplicaciones.

El acceso a los servicios está dado por la confluencia de la oferta y la demanda. Una forma simple de caracterizarlo es con indicadores de la cercanía de un establecimiento al lugar de residencia de los individuos.

El índice de densidad de acceso a todo tipo de establecimientos presenta, por su parte, una mediana de 0.34 horas médico per cápita anual e identifica a 14% de población con acceso deficiente a servicios de salud, es decir por debajo del mínimo de 0.2 horas médico per cápita definido de antemano.

Cuadro N° 6
Población con acceso deficiente a servicios de salud
-Período 1994-2000-

Servicio	1994	2000	Cambio
Atención Primaria	8.4%	8.8%	0.4%
Atención Médica	21.7%	13.0%	-8.7%
Hospital	11.3%	12.1%	0.8%
Densidad de servicios	17.5%	13.6%	-4.0%

Fuente: Oferta y acceso a los servicios de salud en Costa Rica: Estudio basado en un sistema de información geográfica (GIS), Dr. Luis Rosero Bixby.

¿Cómo han cambiado en años recientes los porcentajes de población con acceso deficiente a servicios de salud?. El cuadro N° 6 muestra un ligero deterioro en los porcentajes de acceso deficiente de atención primaria y a centros hospitalarios entre 1994-2000. En estos años no se abrieron nuevos hospitales y se cerraron puestos y centros de salud, al tiempo que la población aumentó en casi 20%.

En contraste se observa una disminución considerable en el porcentaje de población con acceso deficiente a centros de atención médico de 22% en 1994 a 13% en el 2000. Como consecuencia de esto, se observa también una mejora en el índice de disponibilidad de servicios, que se traduce en una disminución de la población con disponibilidad deficiente de 18% en 1994 a 14% en el 2000. La principal causa de esta mejora es la creación de los EBAIS.

Las mejoras de equidad de acceso apuntadas cubren el período en que se ha estado ejecutando la reforma del sector salud. La desagregación de estos cambios en los tres grupos poblacionales definidos según su participación en la reforma permite evaluar mejor el impacto de ésta en las tendencias anotadas. El 21% de la

población del censo del 2000 presenta acceso deficiente, comparado con 6% y 11% en los otros dos grupos. Algo semejante se observa en el indicador general de disponibilidad de servicios.

2.2. Oferta de Servicios de Atención del Instituto Nacional de Seguros

El tipo de servicios médicos que se presta en INS-Salud y en la red de establecimientos, no se agrupa en ninguno de los niveles de atención, ya que por su condición éstos son una mezcla entre lo público y privado, aunado al hecho que no se cuenta con indicadores que permitan determinar el nivel de complejidad.

El tipo de recurso físico y humano varía dependiendo del centro de atención, en el complejo de INS-Salud existe 14 modulares, 144 camas, 9 salas de rehabilitación, 50 camillas para terapia y el recurso se da bajo dos modalidades: i) por planilla 350 funcionarios de diferente perfil ocupacional, ii) por contrato, existe un registro de 400 proveedores para contrato de personal de diversa especialidad (aseo, vigilancia, alimentación, rayos x, laboratorio, imágenes médicas).

La Casa Albergue, fue creada con la finalidad de hospedar a las personas que viven en zonas alejadas (zonas urbanas) que por motivo de una cita o tratamiento no tienen donde alojarse, a éstas personas se les brinda asistencia básica, ropa (entendiéndose como la ropa distintiva del albergue para su permanencia) y alimentación. Posee 70 camas y en algunos de los casos se presta atención médica de ser necesario.

Los consultorios del sistema médico de empresa tienen un nivel primario; el recurso humano es por contrato de los cuales 291 son médicos y 165 enfermeras, el equipamiento es de implementos médicos quirúrgicos necesarios y convenientes, con un espacio adecuado para la atención de los trabajadores.

En los dispensarios el recurso físico varía según el establecimiento, tienen un nivel asistencial primario según lo indicado y el recurso humano es de 42 funcionarios administrativos, 2 médicos, 2 farmacéuticos, 21 enfermeras, 5 fisioterapeutas en planilla y 117 contrataciones de profesionales en otras áreas.

La accesibilidad en este caso se puede dar de tres formas, en primera instancia de acuerdo a la situación geográfica, en segundo lugar si se encuentra o no asegurado a los regímenes de Riesgos de Trabajo (RT) o Seguro Obligatorio Automotor (SOA) y finalmente dependiendo del tipo de póliza que se adquiere.

La accesibilidad geográfica es una de las limitaciones más potenciales que tienen las personas para recibir una atención médica, si bien se cuenta con dispensarios y consultorios de médicos de empresa la atención que se brinda a los usuarios es básica y no es por igual en todos los casos, de aquí que cuando se requiere una atención más especializada debe referirse los pacientes al complejo.

La cobertura de acuerdo con la Ley de Universalización es para todos, sin embargo, las personas que reciben los servicios médicos debe estar bajo los regímenes del INS, entonces existe una cobertura administrativa del 72.6% que corresponde a la población asegurada por RT.

2.3. Oferta de Servicios de Atención del Sector Privado

En el sector privado resulta difícil desagregar por nivel de atención, ya que por definición el primer nivel considera aspectos de prevención y promoción de la salud, en el segundo se atienden consultas más generales, especialidad y urgencias, entre otros que requieren cierto nivel de complejidad y el tercer nivel se ocupa de la hospitalización y la cirugía mayor. Existen clínicas que, en muchos casos, se componen de tres consultorios y ofrecen una atención en el momento, siendo este un sector que se especializa más en curación y rehabilitación y finalmente, algunos realizan cirugías menores, por lo que podría considerarse a estos prestadores de servicios más pasivos. Dado que no se cuenta con información pertinente y relevante que defina el nivel de complejidad en cada caso, no es posible hasta el momento desagregar por nivel. Esta situación plantea la necesidad de establecer mejores mecanismos de control a los establecimientos y centros de salud, además de crear normativas para obtener la información.

Por otra parte, la disponibilidad y características de los establecimientos varía según el tipo de atención, en el caso de los hospitales en su mayoría cuentan con equipos de alta tecnología, salas de cirugía menor, salas para realizar resonancias magnéticas y de tomografía axial computadorizada (TAC). El área de influencia es

nacional y no está restringida, sin embargo, la atención médica en el sector privado se encuentra condicionada al nivel de ingreso de las personas.

La cifra del recurso humano se encuentra subestimada ya que no se logra determinar en todos los centros privados, con excepción de los hospitales Clínica Católica, Jerusalén y CIMA/San José, el perfil ocupacional comprende aproximadamente 175 enfermeras, 62 médicos¹⁰² y 273 que se divide entre administrativos y servicios de apoyo.

En el ámbito de la accesibilidad, el principal factor es del socioeconómico, donde el precio del servicio tiene una estrecha relación a la capacidad de pago del usuario y la satisfacción que de ésta se derive.

La disponibilidad de recurso físico y humano, así como la cobertura y capacidad resolutive, no fue posible de obtener dado que no se cuenta con la información necesaria que ayude a elaborar indicadores de producción, calidad, efectividad, así como las tasas de cobertura con relación a la población.

E. Estimación de la Demanda de Servicios de Salud

El concepto demanda implica traducir las necesidades en salud de una población en necesidades de prestaciones en salud. Aquellas necesidades en salud que efectivamente se concretaron en prestaciones en salud es lo que llamaremos demanda conocida, en cambio aquellas necesidades que se plantearon como necesidad y no fueron resuelta por los servicios de salud la llamaremos demanda insatisfecha y aquellas necesidades de la población que no se conocen en los servicios de salud las denominaremos demanda desconocida.

En el presente análisis trataremos principalmente la demanda conocida y la demanda insatisfecha; es tarea pendiente del sistema de salud desarrollar y aplicar las técnicas pertinentes, tipo “Encuesta de Necesidades Percibidas de la Población”, para conocer lo que hoy llamamos demanda desconocida.

Para desarrollar este análisis se emplea principalmente el método de utilización de servicios tanto en el ámbito ambulatorio como de hospitalización. Las fuentes de información son: La Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples 2001 en el módulo de atención en los servicios de salud que contenía preguntas para todos los miembros del hogar sobre uso y número de consulta odontológica, consulta médica total y privada y hospitalización durante el primer semestre.

El Sistema Estadístico de la CCSS, por su parte, mantiene un registro continuo con relación a la hospitalización y encuestas quinquenales para la atención ambulatoria.

1. Utilización de los Servicios de Salud

1.1. Características demográficas y proyección de población:

Para analizar y estimar la demanda es importante caracterizar la población del país y proyectar su crecimiento al mediano y largo plazo. El tamaño poblacional está directamente relacionado con la cantidad de servicios requeridos y la distribución de esta población en el país es necesaria para entender y explicarse la interacción entre demanda y oferta.

La estructura de edad de esta población incide en forma importante en el uso de los servicios y en el marco de la transición demográfica; los servicios de salud deben satisfacer los requerimientos de las poblaciones jóvenes (infancia y reproducción) y las crecientes demandas de enfermedades crónicas de la población de la tercera edad.

¹⁰² El dato de los médicos se encuentra subestimado, solo incluye al personal de tres hospitales; la falta de información imposibilita establecer para este apartado el total de médicos y otros profesionales en salud.

Al comparar las pirámides poblacionales del año 1973 y 2001 parece evidente que la estructura de la población de Costa Rica ha cambiado. El grupo de menores de cinco años que había sido el grupo mayoritario, ha disminuido, por el contrario aumenta el grupo de 10-14 años al igual que el de 75 años y más. En síntesis, la pirámide del 2001 muestra un ensanchamiento en la población económicamente activa y en la tercera edad. En las proyecciones del 2005 ésta situación se acentúa, lo que plantea nuevos retos a los servicios de salud ya que estos elementos influyen en la utilización de servicios de salud y por ende en la demanda esperada.

Otro elemento importante de conocer son las necesidades de salud de la población. El país no cuenta con una encuesta de necesidades percibidas por la población, sin embargo se han realizado diferentes esfuerzos para lograr aproximarse a estas.

Uno de ellos es El Plan de Atención a las Personas (PASP), en cuya elaboración se utilizó una metodología muy participativa, intersectorial y con participación social, que permitió la identificación de 19 problemas prioritarios de salud, a saber:

- Enfermedades del aparato Circulatorio
 - Tumores
 - Enfermedades del Aparato Respiratorios
 - Enfermedades del Aparato digestivo
 - Complicaciones del embarazo, parto y puerperio
 - Diabetes mellitus
 - Infecciones intestinales
 - Dengue
 - Enfermedades mentales
 - Patología Bucodental
 - Causas externas
 - Enfermedades Prevenibles por vacunación
 - Artropías y dorsopatías
 - VIH/SIDA
 - Enfermedades de transmisión sexual
 - Tuberculosis
 - Anemia ferropénica
 - Enfermedades de los ojos
 - Malaria
- 1.2. Demanda Conocida:

Se pueden definir como aquellas necesidades en salud que efectivamente se concretaron en prestaciones en salud. En el caso de la demanda insatisfecha resulta de las necesidades que no fueron resueltas por los

servicios de salud, mientras que la demanda desconocida será las necesidades de la población que no conocen en los servicios de salud.

1.3. Nivel Ambulatorio

a) Algunos indicadores de utilización en los sectores público y privado:

La utilización de servicios ambulatorios a nivel nacional en los últimos ocho años (cuadro 7), muestra un predominio del uso del sector público, en donde para el año 2001 el 83% de las consultas son públicas y el 17% privadas. Sin embargo, este predominio ha ido disminuyendo en estos ocho años, siendo en el período 1993-1998 la mayor caída del uso del sector público significando un 6% menos, en esos cinco años.

Cuadro N° 7
Utilización de los Servicios Ambulatorios Según Sector Público y Privado
-Año 1993-1998-2001-

	Público	Privado	Total
Proporción 1993	90.0	10.0	100.0
Proporción 1998	83.7	16.3	100.0
Proporción 2001	83.0	17.0	100.0

Fuente: Departamento de Estadísticas. DAPE, a partir de la Encuesta de Hogares de 1993-1998-2001.

Si analizamos la tasa de utilización de consultas por sector, vemos en el sector público es 4.7 veces más que en el sector privado, lo que es esperable dado que no media pago en el momento de recibir la atención. Estas tasas son ligeramente menores que las encontradas en el año 98, en donde en el nivel nacional era de 2.6 por habitante con un 2.2 en el sector público y 0.4 en el privado.

Este cambio podría explicarse desde una perspectiva numérica, en el hecho de que a pesar que el volumen de consultas aumentó en el año 2001 con respecto al 1998 dicho aumento es 2%, el mismo, es menor al crecimiento anual de la población.

Si bien es cierto que los datos no son totalmente coincidentes entre la Encuesta de Hogares y las estadísticas de la Caja, en ambas se ve un descenso entre 1998 y el 2001. Tal disminución puede tener varias explicaciones que van desde un mejor manejo de las consultas al brindar una atención más integrada, en el marco de un nuevo modelo de atención, por una diversificación de acciones (preventivas y de promoción) que no son calificadas como consultas, hasta una disminución de la oportunidad de atención en relación con la demanda por limitación o inadecuada gestión de los recursos existentes, entre otras.

En virtud de lo anterior que indica la necesidad de profundizar en las causas de esta situación, es importante desagregar la información y revisar esta utilización por regiones de salud (cuadro 8).

Cuadro N° 8
Consultas por habitante sector público y privado, según región
-Año 2001-

Regiones	Consulta por Habitante	
	Público	Privado
Central	1.81	0.51
Chorotega	2.01	0.24
Pacífico Central	2.31	0.20
Brunca	2.35	0.18
Huetar Atlántica	2.37	0.21
Huetar Norte	1.73	0.24
Total	12.58	1.58

Fuente: Departamento de Estadística. DAPE, a partir de la Encuesta de Hogares.

Al revisar las consultas por habitantes entre el sector público y privado, como ya se indicó, la diferencia de utilización a escala nacional es de 4.7 veces más en el sector público y aumenta conforme se eleva el nivel de pobreza de la región. Es así como la región Brunca tiene una consulta pública por habitante 13 veces mayor que la privada. Caso especial es la región Huetar Norte que tiene una tasa de consulta pública por habitante menor a la tasa nacional y central, aspecto que llama la atención y que requiere ser estudiado con mayor detalle.

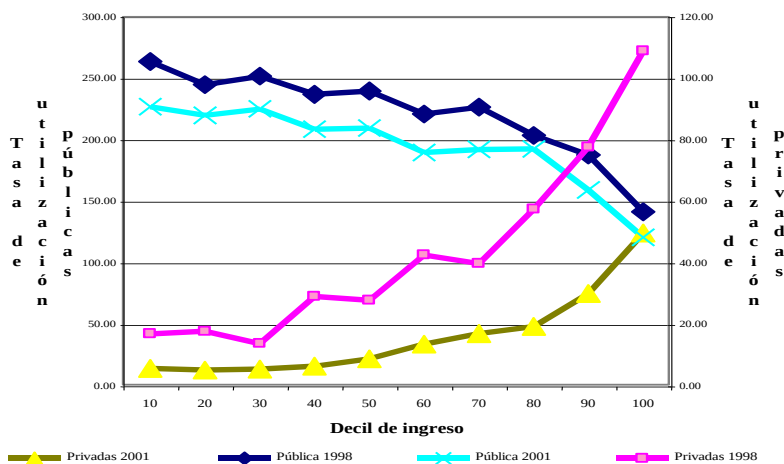
Resulta interesante en esta discusión revisar por región la participación de las consultas privadas en el total de consultas, en donde vemos que la región central origina el 22% de las consultas privadas seguido por un 12% de la región Huetar norte lo que resulta un comportamiento distinto con respecto a otras regiones cuya población tiene similar nivel de pobreza.

1.4. Utilización según decil de ingreso, edad, sexo, zona y nivel de pobreza años 1998 y 2001

La necesidad de consulta por decil de ingreso es prácticamente uniforme lo que indica que el ingreso no es una variable que afecte o sea determinante en la utilización de servicios de salud para la población costarricense. Sí se muestran diferencias en la composición según financiamiento entre el sector público y privado, ya que la tasa de utilización del sector privado en el decil más alto de ingreso es casi nueve veces mayor que la tasa de utilización observada en el primer decil de ingreso, es decir, que se muestra una tendencia creciente y directa entre uso de servicios privados y el decil de ingreso.

Gráfico N° 1

Tasa de utilización de consultas públicas y privadas según decil de ingreso. 2001.

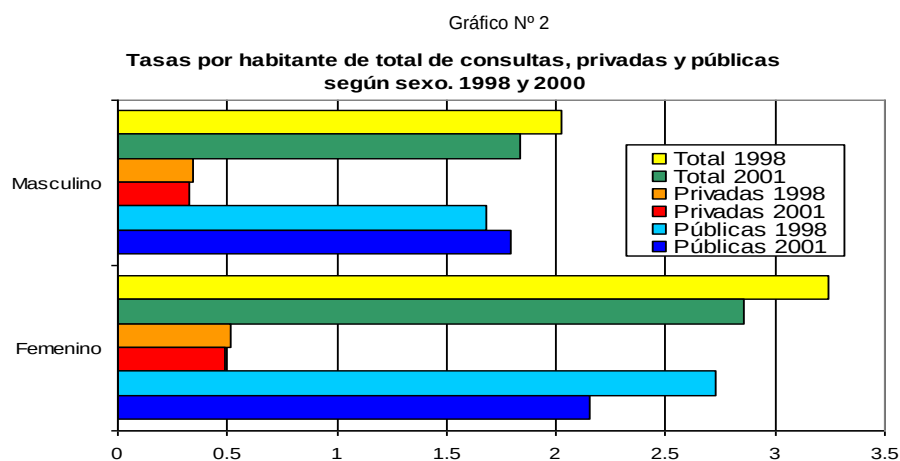


Fuente: Elaboración Propia

El patrón de utilización por grupo etario es similar, en el ciclo de vida dan cuenta de la mayor utilización de servicios, predominando el peso en el grupo de la tercera edad. El grupo de 0-4 años utiliza un 42% más los servicios que en el total del país y la tercera edad (65 años o más) dos veces más, es decir, 4.72 consultas por habitante para el año 2001.

El comportamiento en el sector privado es casi igual en ambos años con una ligera disminución también en el 2001. Un rasgo distintivo en este sector es que el peso de la edad en la utilización de servicios es mucho menor comparado con el sector público, lo que podría indicar que en este sector la edad no es una variable muy importante para acceder a él, aunque siempre es mayor en los extremos de la vida. Otra hipótesis posible es que en el sector privado sea menos probable que existan policonsultantes debido a que la consulta tiene un costo monetario directo e inmediato.

Con respecto a la utilización por sexo (Gráfico N° 2) como ya se ha mostrado históricamente la utilización es mayor en el sexo femenino que en el masculino, sin embargo hay un decrecimiento de esta distancia entre 1998 y 2001, situación que se origina sector público donde la tasa de utilización de las mujeres disminuye en un 21% y la de los hombres aumenta en un 6.5%, en el año 2001 con respecto a 1998.

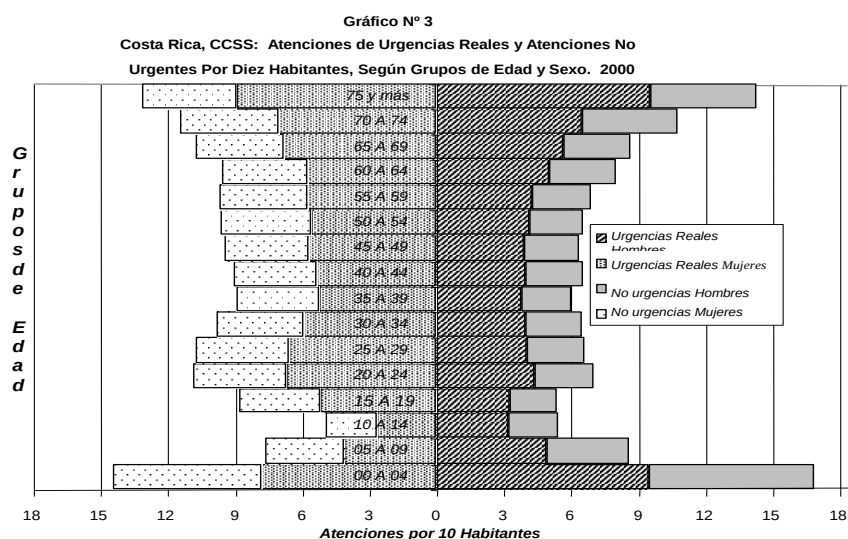


Fuente: Departamento de Estadística. DAPE. a partir de las Encuestas de Hogares 1998 y 2001.

El sector privado mantiene la misma relación en ambos años, 50% en las mujeres que en los hombres. Las Estadísticas de la CCSS nos permiten analizar estas dos variables (edad y sexo) por tipo de consulta, ya sea de primer nivel (medicina general) o especialidades.

Como vemos los resultados son prácticamente iguales a los indicados anteriormente, el consumo de consultas es muy alto en la primera edad (menores de 5 años), se reduce grandemente de los 5 a los 19 años, va aumentando con la edad y sobrepasa a los menores de 5 años a partir de los 65 (tercera edad); así, el grupo más frecuente de la población es el que menos hace uso de la Consulta Externa, los que más la usan son los grupos minoritarios. Además, desde los 15 y hasta los 74 años de edad las mujeres consultan más que los hombres, incluyendo la edad fértil (15 a 44 años).

Esto no varía mucho si se toman en cuenta sólo las consultas de Medicina General (parte central y oscura del gráfico) o las Especialidades (zonas más claras de cada barra). Este mismo patrón se encontró en las encuestas anteriores (1987 y 1992).



Fuente: Elaboración Propia

Otro tópico importante de explorar es el comportamiento de las consultas por habitante según zona ya sea rural o urbano, teniendo en mente que en el país el 59% de la población se cataloga como urbana y el 41% como rural, según Censo del año 2000.

En términos de la distribución geográfica en la zona rural las tasas de utilización son ligeramente superiores a las observadas en la zona urbana, y a su vez muestran un componente primordialmente público ya que el 89% de las consultas se brindaron por parte de este sector, lo cual sigue reflejando uno de los logros del Seguro de Salud Costarricense.

La última relación que se desea mostrar es la utilización de los servicios según nivel de pobreza. Uno de los elementos más interesantes de analizar es la particularidad de Costa Rica en donde las tasas de consultas por habitantes son muy similares, a pesar de las diferencias en situación económica. Obviamente esto sucede porque el sistema público tiene un peso muy alto (83% del total de consultas) en donde el acceso a los servicios por parte de la población no está limitado por el nivel de ingreso, es más, como se vio anteriormente, la utilización es mayor en las regiones más pobres, lo que lo hace bastante más equitativo que muchos otros sistemas de salud. Aunque en forma más tenue por verlo a nivel global, el sector público muestra mayores tasas de utilización en la categoría de extrema pobreza.

Si vemos el comportamiento del sector privado, como es de esperar, la mayor utilización se encuentra en la categoría de “no pobres”, aunque no deja de llamar la atención, que existen proporciones de población que aún en extrema pobreza utilicen los servicios privados.

1.5. Utilización de Servicios de Salud, según condición de Aseguramiento

Otra de las variables importantes de analizar es la relación de la utilización de servicios de acuerdo a la condición de aseguramiento, aspecto que también podemos revisar a partir de los datos de la encuesta con la ventaja de poder verlo no sólo general sino también por sector público y privado (Cuadro N° 9).

Cuadro N° 9
Tasa de Utilización de Consultas por Sector, según
Condición de Aseguramiento
-Año 2001-

Condición	Público	Privado	Total
Asalariado	1.8	0.4	2.2
Mediante Convenio	1.4	0.2	1.6
Cuenta Propia	1.7	0.5	2.2
Por cuenta del Estado y sus Familiares	1.8	0.1	1.9
Familiar Asegurado Directo	2.0	0.5	2.5
Pensionado RNC	4.7	0.3	4.9
Pensionado CCSS Hacienda	3.9	0.8	4.7
Familiar de Pensionado	2.7	0.6	3.3
Otras Formas	1.3	0.2	1.5
No Asegurado	1.1	0.3	1.4
Ignorado	0.7	0.5	1.2
Total	1.9	0.4	2.4

Fuente: Departamento de Estadística. DAPE, a partir de la Encuesta de Hogares del 2001.

Una de los primeros elementos que saltan a la vista en la información global, es que no hay una gran diferencia en la utilización de consultas por habitante según su condición de aseguramiento, lo que estaría indicando que esta condición no es una variable determinante para acceder los servicios de salud, y que la mayor utilización está más determinada por la edad y el nivel de ingreso, ya que la categoría de pensionados son las que registran el mayor uso y se eleva más si se combina con ser del régimen no contributivo en donde llega a ser dos veces más que la utilización total de país.

En el sector privado vemos que la variable edad sigue siendo determinante ya que las categorías “pensionado CCSS y Hacienda” y “Familiar de pensionados” son las que registran la mayor utilización, sin embargo, el ingreso, inferido a partir de su condición de aseguramiento, marca diferencias en la utilización de servicios en este sector. Es así como los pensionados del Régimen no Contributivo, a pesar de su edad, tienen tasas menores que otras categorías de pensionados, al igual que muestran tasas más altas en las categorías de “asalariado” y por “cuenta propia” que en la de “Por cuenta del Estado”, por ejemplo.

1.6. Tipo de atención demandada, lugar y motivo de la demanda

En relación con el tipo de atención demandada el 67% corresponde al Primer Nivel de Atención (medicina general) y el 22% a consultas especializadas. Las consultas especializadas, mostraron una disminución del servicio de atención médica pública en las edades medianas y una mayor importancia de la prestación de servicios públicos de atención especializada en las más adultas.

Con respecto al motivo de la consulta, parece importante destacar que la enfermedad da cuenta del 52% de las atenciones solicitadas, sin embargo, el motivo de control aparece como el segundo motivo de consulta.

Existe un patrón de incremento en el porcentaje de la consulta por control y por referencia de acuerdo con la edad, mientras que en las edades menores y medianas la intención de uso de la consulta, no es tanto el control sino la atención de algún tipo de dolencia.

Al mirar el lugar donde se solicita la atención, vemos que el 78% de las personas utiliza la red de servicios de la CCSS, un 57% utiliza el EBAIS y Clínicas y un 21% los Hospitales. También la información permite conocer la utilización de servicios de otras modalidades de atención como son el INS y Medicina de Empresa, en donde el 1% de las personas utiliza los servicios de INS y el 3% los de Medicina de Empresa.

En términos generales, los usuarios de los servicios ambulatorios públicos se concentran en los niños, las personas de 45 años y más, las mujeres y las personas que se ubican en los primeros ocho deciles de ingresos. Mientras que los usuarios de servicios de consulta médica privados se caracterizan por ser personas que se ubican en los deciles más altos de ingresos, hombres en edades medianas y que se encuentran en la fuerza laboral ocupados.

1.7. Atenciones de urgencias por habitante

Mostrando muy poca influencia del sexo o de la edad de las personas, el patrón de consumo de las atenciones de urgencia no cambia si se toman en cuenta solo las atenciones calificadas por el médico como urgencias reales o si solo las calificadas como no-urgencias. Puede decirse que, en términos generales y parecido a lo que sucede en la atención ambulatoria fuera de los Servicios de Urgencia, las cifras de consumo de atenciones de urgencia, urgentes o no, son bastante más altas en los menores de cinco años y algo altas en las edades más avanzadas; además, desde los 15 años son más frecuentes en las mujeres.

1.8. Demanda Insatisfecha

La demanda insatisfecha será tratada en dos ámbitos, por medio de las listas de espera y por información de la Encuesta de Hogares, sobre personas no atendidas que necesitaron servicios.

1.9. Demanda no efectiva:

Para el año 2001, en el ámbito nacional, el 12% de las personas que necesitaron servicios, no pudieron concretarlo en una atención. El motivo más frecuente para este hecho(41%) fue “se curó o automedicó” seguido de “no tuvo tiempo” (13%). El motivo “no había cupo” que da cuenta de la oportunidad de atención de la CCSS se presenta entre el 7% de estas personas. La no utilización por motivos económicos aunque no es muy alta (7%) se presenta especialmente en las regiones Chorotega, Pacífico Central y Brunca.

1.10. Listas de Espera

Las listas de espera son una de las evidencias más claras de problemas en la oportunidad de atención, las cuales generan demanda insatisfecha. En Costa Rica se ha definido que se cataloga en lista de espera cuando la atención se programa para 90 o más días de haberla solicitado.

De acuerdo a la información de la Dirección de Compra de Servicios de Salud, a partir de la evaluación del compromiso de gestión del año 2001, muestra que existe 10 especialidades con lista de espera para consulta externa y cirugía electiva.

1.11. Método utilizado para estimar la brecha de oferta y demanda

Para estimar la demanda existen varios métodos: Necesidades de salud, objetivos de prestaciones, utilización de servicios y razón recursos /población.

a) Método Objetivo de Prestación:

La base para definir los objetivos de prestación son las Normas de Atención Integral del Primer Nivel de Atención.

La estimación se realizará para la atención preventiva por ser la que cuenta con normas que permite aplicar el método. Sin embargo es necesario realizar varias aclaraciones que permitan una adecuada interpretación de la información que se presentará.

La fuente de información será los resultados de los compromisos de gestión del año 2001.

La población utilizada es la negociada para el año 2001 que no contemplaba aún el censo 2000 por no estar disponible al momento de la negociación.

Las prestaciones realizadas corresponden únicamente a las otorgadas por el Primer Nivel de Atención de la CCSS. Por lo tanto es necesario tener en cuenta que no se incorpora las atenciones brindadas por el sector privado, ni por otras modalidades de atención como es Medicina de Empresa. Incluso en las prestaciones institucionales no están tomadas en cuenta las que se brindan en los hospitales como Medicina General.

Al interpretar las diferencias tomar en cuenta lo indicado en el punto anterior.

El método de objetivos de la prestación se aplicó a las siguientes atenciones: de menores de un año, captación temprana de menores de un año, niños y niñas de 1-6 años, en el escenario escolar, del Adolescente, Diabético e Hipertenso, Vacunación, Odontología preventiva y Toma de PAP.

La atención del escenario escolar incluye las siguientes valoraciones: Agudeza visual, Agudeza auditiva y revisión del esquema de vacunación. La atención odontológica, por su parte, incluye fluoración, sellantes y educación.

El resultado de la aplicación de la metodología se puede ver en el cuadro N° 16 del Anexo 1, en donde se aprecia que las mayores diferencias se encuentran en la toma de citología, en la atención de adolescentes y en la atención odontológica especialmente a embarazadas y adolescentes. Reiterando lo dicho, es necesario tener presente que solo incluye las atenciones brindadas por la CCSS. Es muy importante contar con información del sector privado y de otras modalidades de atención ya que probablemente en el caso de la Toma de PAP¹⁰³ existe una importante cantidad de personas que demanden este servicio en el sistema privado y en Medicina de Empresa.

Con relación a adolescentes y menores de 1-6 años a pesar de ser coberturas bajas, indica que se deben mejorar las estrategias de abordaje en estos grupos, es posible reconocer un importante avance, en éstos grupos de población históricamente se ha tenido coberturas muy bajas para lo cual se han desarrollado diversas metodologías con e fin de mejorar atención, especialmente en el caso de los adolescentes.

Para el caso de la atención odontológica muy probablemente la dificultad de cubrir la demanda potencial obedece a insuficientes recursos (Humanos y Tecnológicos) ya que a pesar de los esfuerzos y aumento de recursos especialmente con el traspaso del personal del Ministerio aún es insuficiente, y en algunos casos hay una inadecuada distribución del existente.

2. Instituto Nacional de Seguros

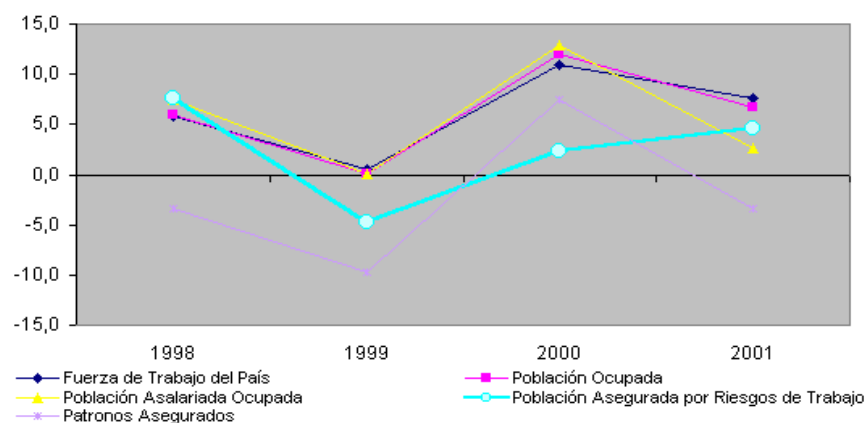
La demanda de servicios en el Instituto Nacional de Seguros, se analizará de acuerdo con la cobertura, demanda insatisfecha, la demanda no cubierta y caracterización demográfica.

2.1. Cobertura

¹⁰³ En la **toma de PAP pareciera existir una limitante cultural que provoca dificultad para que se sienta la necesidad de demandar cada dos años este servicio.**

De acuerdo con la Ley de Universalización de Seguros, la cobertura de la población que recibe servicios de salud, debe ser de un 100%. En el INS existe una cobertura administrativa que corresponde a la población asegurada por Riesgos del 72.6%, que es el resultado de una relación entre los asegurados por riesgos de trabajo 775,141 trabajadores con respecto a 1,068,412 de la población asalariada ocupada.

Gráfico N° 4
Crecimiento de la Fuerza de Trabajo, Población Ocupada, Asalariada
Ocupada, Asegurada por Riesgos de Trabajo y Patronos Asegurados
-1998 al 2001-



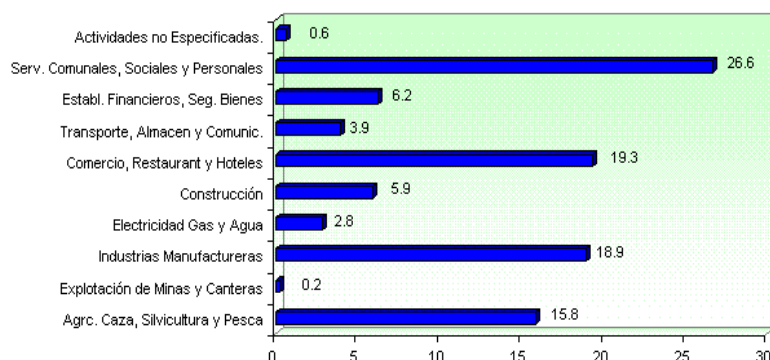
El aumento en la cobertura administrativa de Riesgos de Trabajo (RT) no ha sido sostenido, a modo de ejemplo, en 1998 se dio un crecimiento del 7.5%, en detrimento de un -4.7% del año siguiente, se observa un leve repunte en los años 2000 y 2001 de un 2.4% y 4.5% respectivamente. Esta situación hace suponer que los programas de promoción prevención de los accidentes riesgos de trabajo tuvieron un menor impacto, aunado a estos se puede citar que la exclusión de la obligatoriedad del seguro en el caso de los trabajadores independientes puede estar afectando la afiliación al régimen¹⁰⁴.

También llama la atención el similar comportamiento que tiene la fuerza de trabajo, población ocupada, asalariada ocupada y los patronos asegurados, donde la cantidad disminuye considerablemente en el año de 1999 y mantienen una tendencia al aumento en los años siguientes. Es de suponer entonces que el aseguramiento de riesgos de trabajo estaría influenciado por condiciones que manifiesten las anteriores variables.

De la cobertura de trabajadores en RT según actividad económica, servicios comunales, sociales y personales tienen una mayor participación 26.6%, seguido de la actividad de comercio y afines 19.3%, en tercer lugar se ubican las industrias 18.9% y finalmente con 15.8% agricultura, caza, etc.

En cuanto a las actividades de explotación de minas y canteras, electricidad, gas, agua, construcción, transporte, establecimientos financieros y no especificadas, en conjunto alcanzan apenas un 19.5%.

Gráfico N° 5
Participación de los Asegurados por el Seguro de Riesgos de Trabajo Según
Actividad Económica
Período 1997 al 2001.



2.2. Demanda Insatisfecha y No cubierta

104 Título Cuarto. De la protección de los trabajadores durante el ejercicio del trabajo. Artículo 194: Señala “Sin perjuicio de que, a solicitud del interesado, se pueda expedir el seguro contra riesgos del trabajo, estarán excluidos de las disposiciones de este Título: a) La actividad laboral familiar de personas físicas, entendida ésta como la que se ejecuta entre los cónyuges, o los que viven como tales, entre éstos y sus ascendientes y descendientes, en beneficio común, cuando en forma indudable no exista relación de trabajo. b) Los trabajadores que realicen actividades por cuenta propia, entendidos como los que trabajan solo o asociados, en forma independiente, y que no devengan salario. Reformado por Ley N° 6727 de 9 de marzo de 1982.

La demanda insatisfecha es el producto de no recibir la atención deseada o pretendida por el usuario o cliente, por causa de la falta de recurso sea físico, económico o de capital humano o cualquier otro factor que pueda limitar o afectar la atención. Para el caso particular del Instituto Nacional de Seguros este tipo de demanda no fue posible de obtener por la falta de información.

Algunas personas en el Instituto consideraron que la demanda insatisfecha era aquellas personas que no se encontraban bajo el Régimen de Riesgos de Trabajo, recordemos que un 72.6% de la población está asegurada por RT, por lo que un 27.4% no lo está. Sin embargo, considerando los elementos que puedan determinar o no la insatisfacción de la demanda, se considera prudente agrupar a este porcentaje de personas (27.4%) en una demanda no cubierta.

2.3. Caracterización Demográfica

En la caracterización demográfica se consideran las variables de demanda conocida y las necesidades de salud de la población en el país. Siempre refiriéndose al modo de trabajo del INS.

2.3.1. Demanda Conocida

Se entenderá como la demanda conocida a la utilización de los servicios, principalmente lo relacionado con: las consultas (brindadas, subsecuencia, días incapacidad, altas otorgadas, ambulatorias), hospitalizaciones, hospedaje, procedimientos, entre otros de acuerdo al régimen y puntos de servicio.

a) Consultas brindadas, consultas subsecuentes, días incapacidad y altas otorgadas.

Con respecto a los puntos que ofrecen servicios de atención médica, al 2001 se reportan un total de 468,484 consultas brindadas, 303,455 corresponden al complejo INS-Salud, 154,023 a Dispensarios y 10,084 se dieron en los consultorios de Médico de Empresa, en el último de los casos sobresale el poco crecimiento con relación al año anterior, que pasó de un 53.2% en el 2000 a un -8.9% en el año siguiente. Aquí se dejan ver dos posibles explicaciones, una que existe una mejor promoción de la salud en las empresas y dos que los trabajadores utilizan adecuadamente los servicios (poca posibilidad de policonsultantes).

Las consultas en los dispensarios no han mostrado crecimientos importantes, por el contrario existe una tendencia al crecimiento sostenido, mientras que en el complejo se da un mayor dinamismo.

Siempre en el tema de las consultas brindadas pero esta vez según el régimen solo en el RT se dieron 350,272 consultas, seguido del SOA 113,280, otros seguros 3,064 y finalmente el seguro estudiantil con 1,407.

En el campo de las consultas de subsecuencia en el complejo se dio un crecimiento del 11.8%, cifra menor si se compara con el período anterior 17.2%, en los dispensarios se observa un mayor crecimiento de un 6.9% y en consultorios alcanzó un -5%, una cifra menor al compararse con el 15.8% del 2000.

Los días incapacidad otorgados en el 2001 ascendieron a 2,960,535, solo en RT la participación relativa es del 86.9%, 12.7% en SOA y 0.4% equivalente a los seguros estudiantiles y otros. El número de altas ascendió a 307,834, un incremento de 82,817 en términos absolutos.

Dentro de los servicios que se prestan en el Complejo INS-Salud, existe la práctica ambulatoria. En este sentido, no se puede omitir el hecho que no existe ningún tipo de información que permita el acceso de los datos relacionados.

b) Hospitalización y Hospedaje

En el ámbito de hospitalización en el 2001 se reportan 2,103 hospitalizaciones por el régimen de RT, en el SOA 1,151 y 39 otros, cantidades que en términos absolutos representaron un aumento de 168 y -45 en los

primeros rubros. De éstas hospitalizaciones se derivaron 30,755 días cama efectivamente ocupadas durante en año, con una ocupación potencial de 32,248, lo que implica un porcentaje de ocupación efectiva del 95.4%¹⁰⁵.

Como parte de los centros que prestan servicios médicos para la atención de pacientes, el INS ha creado una Casa Albergue para todas aquellas personas provenientes de áreas alejadas que requieren de una atención médica de diversa índole, del 2000 al 2001, el total de pacientes hospedados aumentó en 705 más, un crecimiento del 36.7%, derivándose 15,906 días camas y un índice de ocupación del 16.5%.

c) Procedimientos

Los servicios al paciente por tipo de procedimiento, indican que en la realización de éstos el hospital tiene una mayor participación 87.9% (2001), en segundo lugar se encuentran las asistencias de exámenes 3.7% y los que se realizan en el albergue 3.6%. El traslado de pacientes y exámenes de laboratorio alcanzan el 2.5% y 2.3% respectivamente.

Los procedimientos más frecuentes en enfermería de consulta externa, son las curaciones, otros procedimientos, servicio de valoración a pacientes, inyectables y algunos de cirugía menor.

En ortopedia según el régimen, se produjeron 9,192 consultas en RT, 784 en SOA y 121 de otros seguros. Radiología reporta un total de 43,598 pacientes atendidos, un promedio mensual de 3,666, lo que implicó 45,471 exposiciones y 41,667 placas.

Por concepto de farmacia se despacharon 426,119 cupones solo en el régimen de riesgos de trabajo, 132,429 en los seguros obligatorios automotor y 10,083 en otros, para un total de 568,631 cupones, lo que generó un crecimiento del -1.1%. Aún cuando se observa una disminución total en los medicamentos, en el complejo de INS-Salud la cifra fue de un 6.6% por este concepto, lo que puede estar asociado a la población que se atiende en el complejo y los servicios no ofrecidos en los dispensarios y consultorios.

Finalmente en el servicio de transportes, donde los pacientes reciben el servicio de traslado a domicilio ya sea a hospitales y clínicas privadas o al complejo de INS-Salud para recibir atención integral, el total de traslados en el 2001 fue de 72,001, 49,868 RT, 20,758 SOA y 1,375 de otros seguros.

2.3.2. Necesidades de Salud

Las necesidades de salud que tiene una población son difíciles de establecer según el tipo de proveedor de servicios de salud, además siendo el INS-Salud un centro que presta atención pública y privada, aunado al hecho de quienes reciben el servicio son personas que se encuentran aseguradas en algunos de los regímenes, las necesidades no son iguales para todos.

Ante la ausencia de antecedentes que puedan ayudar a la definición de éstas, se considera necesario en primera instancia conocer la problemática existente en el país, para lo cual se analizarán los accidentes ocurridos según la actividad económica y el género.

La cantidad de accidentes ocurridos en el 2001 fueron de 110,249, de los cuales el mayor número se produjo en San José 31,837, una participación del 28.9%, en Alajuela se produjeron 18,503 (16.8%), Limón 14,871 que implica una participación relativa del 13.5% y en Puntarenas 11,564 (10.5%). Las provincias de Heredia, Cartago y Guanacaste alcanzan un 27.1% en conjunto, mientras que los no especificados obtienen apenas un 3.3%.

Cuadro N° 10
Accidentes Laborales, Según Actividad Económica
Según Provincia de Ocurrencia
-Año 2001-

105 Información obtenida del Boletín Estadístico INS-Salud. Año 2001. Cuadros N° 32 y N° 33.

Conceptos	San José	Alajuela	Cartago	Heredia	Guanacaste	Puntarenas	Limón	No Esp.
Ag. Caza, Silvic.								
Pesca	1,154	4,597	2961	2,407	3,364	4,957	9,562	662
Exp. Minas y								
Canteras	47	88	17	50	84	33	29	7
Ind.								
Manufactureras	7,570	5,022	2659	3,322	694	1,630	1,635	386
Elect. Gas y Agua	844	619	347	168	723	187	141	224
Construcción	5,318	2,089	1669	1,464	1,352	1,140	535	241
Com, Rest. Hot.	6,445	2,140	851	1,663	588	1,123	561	187
Transp. Alm.								
Comun.	1,472	948	212	340	133	727	758	91
Estab. Finan. Seg.								
Bien	1,726	285	280	271	199	173	195	115
Serv. Comu.Soc.								
Pers	7,116	2,590	1359	1,200	1,213	1,544	1,387	1,605
Act. no Especif.	145	125	87	19	102	50	68	158
Total	31,837	18,503	10,442	10,904	8,452	11,564	14,871	3,676

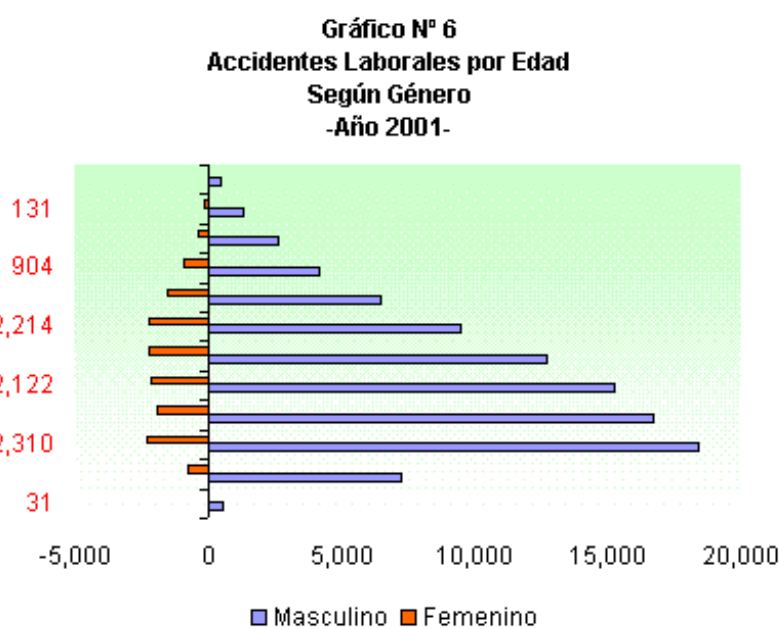
Nota: En el rubro de no especificado contiene los errores producto de la digitación de los datos.

Fuente: Sistema Mecanizado de Riesgos de Trabajo

Según el género, los accidentes en hombres superan en mayor número al de las mujeres. Solo en el 2001 el sexo masculino se dieron un total de 95,203 casos, en detrimento de 14,630 en el femenino, una diferencia en términos absolutos de 80,573106. Esta conducta puede considerarse como normal, considerando que las mujeres hasta hace unos pocos años están incursionando en la actividad laboral, y realizan en muchos casos trabajos menos complejos y expuestos a riesgos y accidentes laborales.

Por edad, el rango que oscila entre los 15 y menos de 55 años es el que mayores accidente reportó, en grupo alcanzaron un total de 104,337 accidentes y el de 55 a menos de 65 tuvo 4,407. Mientras que los menores de 15 años y los de 65 y más, en conjunto tienen apenas 1,057 accidentes en el 2001.

Tal como se observa en el gráfico, la pirámide según género deja de manifiesto la cantidad de hombres inmersos en la actividad laboral, con respecto a las mujeres. Dado que no se cuenta con estadísticas de períodos anteriores, no se conoce si el comportamiento se ha mantenido constante o muestra algunas alteraciones.



Como resultado de los riesgos y accidentes laborales a los que está expuesta la población, independientemente de la edad y el sexo, el Instituto tiene como medidas: i) tener un Consejo de Salud Ocupacional y de Seguridad Vial, con el fin de ofrecer charlas a los trabajadores sobre la promoción de la salud y prevención de los accidentes, ii) también cuenta con el Complejo de INS-Salud el cual brinda los servicios médicos a las personas que han sufrido un percance producto de la actividad laboral, adicionalmente ha establecido una red de servicios entre los que se citan dispensarios y consultorios médico de empresa y un albergue temporal.

También existen programas de curación a domicilio, visitas de equipos multidisciplinarios que ofrecen terapia ya sea para la reinserción laboral o cambio de actividad de trabajo. La inspección a las empresas¹⁰⁷ permite realizar labores de trabajo social y la docencia¹⁰⁸.

106 Sistema Mecanizado de Riesgos del Trabajo.

107 Las visitas a las empresas tienen dos funciones, la primera incluye visitas a empresas para la inspección de salud y seguridad industrial, y la segunda relacionada con los puestos de

La estrategia utilizada trae consigo dos maneras de atención a los clientes, es proactiva, porque toma en cuenta la prevención y reactiva en el caso de la rehabilitación de los pacientes.

2.3.3. Indicadores

Las sesiones efectivas / programadas en terapia ocupacional fueron de un 94.9%. El porcentaje de ocupación efectiva de acuerdo a los hospedados en el Albergue es de un 60.2% en el 2000, mientras que al 2001 la cifra es de un 76.8%.

Con respecto al servicio de radiología se establecen los siguientes indicadores de producto cantidad para el 2001, 1.1 que es la relación de los estudios realizados entre los pacientes atendidos, en este mismo contexto el indicador de exposiciones / pacientes de 1.2 y en placas de 1.1 con relación a los pacientes.

Los porcentajes de ocupación efectiva en el hospital ascendieron a un 95.4% en detrimento del 82.3% del año anterior, un 13.1% más.

C. Calidad de los Servicios de Salud en Costa Rica

Tradicionalmente la valoración de la calidad estaba centrada más en los aspectos del proceso de atención que se presta y en los resultados. Hoy día, incorpora el valor de la calidad desde el punto de vista de los usuarios, de aquí que las encuestas de satisfacción adquieran mayor relevancia, principalmente cuando se intenta medir las listas de espera en la consulta externa y pruebas de diagnóstico, entre otros.

Los indicadores permiten medir la capacidad de cumplimiento de las metas en cada empresa, la satisfacción del producto que espera el cliente y lo que recibe, combinando las variables de rapidez, comunicación, capacidad de respuesta, oportunidad, accesibilidad y tiempo de espera dan una perspectiva de la calidad de los servicios que se pueden estar ofreciendo, siempre y cuando se cuente con la información, es posible establecer tales indicadores.

La calidad de atención es un producto de múltiples interrelaciones entre la calidad técnica, la equidad, la eficiencia, la eficacia, la oportunidad de atención, continuidad, coordinación de la atención y la humanización de los servicios, en respuesta a las necesidades en salud de los diferentes grupos sociales, géneros y etnias.

La satisfacción de los usuarios de los servicios es de fundamental importancia cuando se estudia la calidad de atención y está identificada en la relación entre las acciones desarrolladas por los servicios y la satisfacción de las necesidades en salud. Proporciona información del éxito del proveedor para satisfacer las necesidades concretas de sus usuarios y usuarias. Sin embargo, se debe reconocer que el mercado de la salud es atípico y con información asimétrica, puesto que los usuarios poseen una comprensión incompleta de la ciencia y tecnología, de manera que sus juicios usualmente representan una perspectiva de la calidad desde el ángulo de las relaciones interpersonales que se logran establecer entre prestatarios y usuarios.

Por lo anterior, la satisfacción de los usuarios, se sustenta en los esfuerzos realizados por los prestatarios en la educación y democratización de los conocimientos y en el auto cuidado en salud. En última instancia, los esfuerzos de los servicios de salud, deben dirigirse a que la población comprenda y se apropie de los conocimientos, actitudes y prácticas, que hagan posible su participación activa y crítica en los procesos de construcción social de la salud.

1. Ministerio de Salud

trabajo ya sea para reubicar a una persona de su puesto o ubicarla en el mismo, según las condiciones del trabajador.

108 La práctica de docencia se da en el sentido de impartir charlas en empresas, ya sea sobre el uso adecuado de los equipos, protección, medidas preventivas y adecuadas posturas de trabajo, entre otros, para ello se trabaja con el Consejo de Salud Ocupacional.

El Ministerio de Salud, como ente Rector es el responsable de velar por el Programa Nacional de Garantía de Calidad en Costa Rica, por considerar este como uno de los componentes básicos que garantizan la calidad de los servicios de salud, es un programa que direcciona los desarrollos teóricos y metodológicos que el Ministerio de Salud establece para cumplir con las estrategias de: Planificación y Conducción, Vigilancia de la Salud, Regulación del Desarrollo de la Salud e Investigación Científica y Desarrollo Tecnológico.

Este programa comprende los temas de regulación de: i) regulación y rol del Estado, ii) Marco de Referencia y Direccionalidad del Proceso de Reforma del Sector Salud, iii) Principios de Equidad con Calidad, Solidaridad y Universalidad, enfoque de derechos y participación ciudadana, aunado a los estándares nacionales e indicadores de desempeño de sistemas y servicios de salud, iv) habilitación de servicios.

1.1. Resultados de Evaluaciones 1998-2001

a) Acreditación de Establecimientos de Salud

El proceso de acreditación en Costa Rica inició con la evaluación de las maternidades y sus servicios de apoyo. Posteriormente esto se modificó y, para cambiar de maternidades a hospitales generales, se incluyó en la evaluación las áreas de Ginecología, Cirugía, Medicina y Pediatría. La primera evaluación se realizó incluyendo las maternidades y sus servicios de apoyo, la segunda y tercera evaluación involucra el concerniente a un hospital nacional.

Las bases de datos del Ministerio de Salud de la primera y segunda evaluación permiten obtener resultados globales en lo que a maternidades estrictamente se refiere. Es así como se cuenta con el cumplimiento global del área denominada Obstetricia y Atención al Recién Nacido que involucra el Sector de Admisión, el Sector de Hospitalización, el área de atención Inmediata al Recién Nacido y lo que se refiere a Sala de Partos.

Cuadro N°. 11

Cumplimiento de estándares por áreas según tipo de hospital
2000-2001

Área	H. Públicos	H. Nacionales	H. Regionales	H. Periféricos
Recurso Humano	56.52%	95.83%	60.42%	39.39%
Planta Física	48.02%	58.89%	54.72%	35.89%
Recurso Material	45.09%	70.83%	44.58%	35.87%
Documentación	66.67%	83.33%	58.33%	63.64%
Manejo Información	97.83%	100.00%	93.75%	100.00%
Gestión	69.45%	97.92%	77.78%	60.41%
Educación	56.52%	100.00%	50.00%	45.45%

Fuente: Ministerio de Salud

b) Habilitación de los Servicios de Salud

En 2002, por el Decreto Ejecutivo 30571-S sobre “Reglamento para Permisos de Funcionamiento en el Ministerio de Salud” se mejora el trámite para la Habilitación de Establecimientos de Salud y afines, bajo la responsabilidad de esta Dirección, proceso que culmina la publicación de las Normas en La Gaceta

Tomando como base los estándares ya desarrollados de tipo estructural, se inició un proceso de consulta de expertos, de usuarios, prestatarios, de centros académicos, gremios y otros actores sociales interesados. Se desarrollaron estándares nacionales, previa validación teórica y práctica en el campo, para la habilitación de los siguientes tipos de establecimientos:

Hospitales de más de 20 camas

Hospitales de menos de 20 camas

Establecimientos de atención a las personas adultas mayores

Centros de atención al niño/a y adolescente y Hogares Comunitarios

Establecimientos de atención odontológica

Establecimientos de cirugía ambulatoria

Establecimientos de cirugía oftalmológica

Laboratorios Microbiológicos y Químico-clínicos

Bancos de Sangre

Diferentes tipos de albergues permanentes o transitorios

Atención prehospitalaria

Establecimientos de consulta externa y especialidades médicas

Establecimientos de atención integral en el primer nivel (EBAIS)

Actualmente, se ha logrado avanzar en este proceso y este requisito obligatorio, ya se exige como trámite previo para la compra de servicios o para los establecimientos de atención en salud o afines que reciben algún tipo de financiamiento público.

El camino recorrido, nos permite asegurar, que las condiciones actuales que se exigen, por ejemplo, a los establecimientos de atención a personas adultas mayores, ha contribuido en forma significativa a una mejoría en la calidad de atención que ofrecen estos establecimientos. En 1999 no se tenía ningún centro acreditado ni habilitado, en el 2002, se tienen 20 establecimientos habilitados (16 públicos y 4 privados) y 1 acreditado.

c) La Evaluación de Sistemas y Servicios de Salud

La Evaluación de Sistemas y Servicios de Salud es el estudio del conjunto de recursos que moviliza la sociedad y sus instituciones, como respuesta a las condiciones de vida y necesidades en salud de la población de un espacio-población concreto.

La evaluación de una red de servicios de salud, que atiende una población claramente determinada, se realiza por medio de un enfoque de evaluación de estructura, proceso y resultado. Reconociendo que los elementos estructurales condicionan la equidad-calidad de atención, pero que por sí solos no la garantizan, por lo que se hace necesario establecer las relaciones entre estos tres elementos desde una perspectiva de redes de atención.

Se han propuesto y ejecutado los siguientes abordajes metodológicos, que ofrecen indicadores de proceso y resultado de la atención:

El análisis de la Mortalidad Infantil y Materna.

Las condiciones o Enfermedades Trazadoras.

La Evaluación de la Atención Integral del primer nivel de atención.

2. Calidad de los Servicios de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social

2.1 Evaluación y mejoría de la calidad en la Superintendencia General de Servicios de Salud

La SUGES es el órgano supervisor y fiscalizador interno de la garantía de calidad, continuidad, confiabilidad y oportunidad de la prestación de los servicios de salud de acuerdo con los parámetros de acreditación y protocolos de atención definidos por el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social.

El monitoreo se lleva a cabo por medio del Sistema de Información de la SUGES (SINS), los proveedores envían información mensual que contiene datos sobre la oferta, demanda, resultados e impacto. Para lograr la ejecución y evaluación permanente de la calidad se cuenta con 105 contralorías ubicados en hospitales y áreas de salud, aunado a esto se realizan encuestas de satisfacción, diseño de indicadores, también se utiliza el Índice de Calidez Humana, que desagrega la calificación del trato recibido en aspectos como: empatía, interés, comprensión, accesibilidad, respeto, gentileza, urbanidad, cortesía, afectuosidad, dignidad y decoro, expresado por los funcionarios de salud en la prestación de servicios de salud.

Para llevar a cabo las labores de supervisión y fiscalización la SUGES posee las siguientes Direcciones:

Sistemas de Información: realiza Encuestas que incluye las variables de trato, derechos y deberes de los usuarios de servicios de salud, consentimiento informado, confianza del usuario en los profesionales e insumos (medicamentos).

Dirección de Evaluación y Análisis de Servicios de Salud: Diseña e implementa metodologías para la evaluación de las áreas de oferta, demanda, proceso, resultado e impacto y establecer indicadores de oportunidad, continuidad, igualdad, equidad, seguridad, atención apropiada, solidaridad, exigibilidad de los derechos de los usuarios, y la satisfacción de éste.

Dirección de divulgación, seguimiento y mejoramiento de la calidad: Desarrolla programas de orientación, calidad y capacitación.

2.2 Programa de Mejoramiento Continuo de la Calidad

El Programa de Mejoramiento Continuo de la Calidad contiene aspectos como: Foros Nacionales e Internacionales de Calidad, ferias de carácter informativo relacionadas con el tema de calidad y de proyectos de mejoramiento continuo de la calidad desarrollados. También involucra la capacitación y mejoramiento continuo de la calidad y el Plan Institucional de Calidad, para llevarlo a cabo se requiere de su implementación y la utilización del Sistema de Gestión y Garantía de la Calidad.

2.3. Evaluación de los Compromisos de Gestión

Con la evaluación de los Compromisos de Gestión se visualiza el grado de éxito alcanzado en cantidad y calidad de la prestación de los servicios de salud y se logra conocer además el alcance de los objetivos y metas predeterminados y definidos según los lineamientos institucionales no solo local, sino también regional y nacional.

El año 2001 es el segundo año en que se evalúan todas las unidades proveedoras de salud institucionales, un total de 125 centros distribuidos en 29 hospitales y 96 áreas de salud entre las que se encuentran 4 administradas por cooperativas y 2 por la Universidad de Costa Rica.

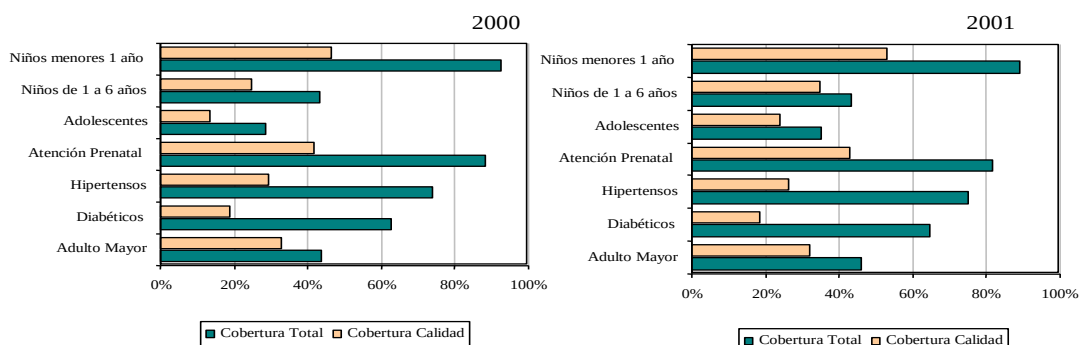
2.3.1. Cobertura nacional total y con calidad

En el ámbito nacional se constata que la Institución tiene una Cobertura Global a través de todos sus programas preventivos y curativos en el primer nivel de atención de un 52% para el año 2001, esto significa que más de la mitad de los usuarios del sistema acceden a los servicios básicos de salud, sin contar los que acceden directamente los otros niveles de atención.

Una mirada al nivel nacional comparando el año 2000 y 2001 en los distintos programas evaluados, permite visualizar que en la mayoría hay un ligero aumento de las coberturas totales. Los que tuvieron un leve descenso en el programa de menores de un año y prenatales, de estos solo la disminución en prenatales resultó estadísticamente significativa. En estos dos programas siguen persistiendo problemas de información,

especialmente de sobre registro, que será comentado posteriormente para que el lector tome las precauciones necesarias al usar esta información. La aclaración viene en el sentido que este descenso probablemente se debe a una depuración de los registros de base, eliminando duplicaciones, más que a una disminución real de personas atendidas.

Gráfico N° 7
Cobertura nacional total y con calidad según programa de atención
-Años 2001-2002-

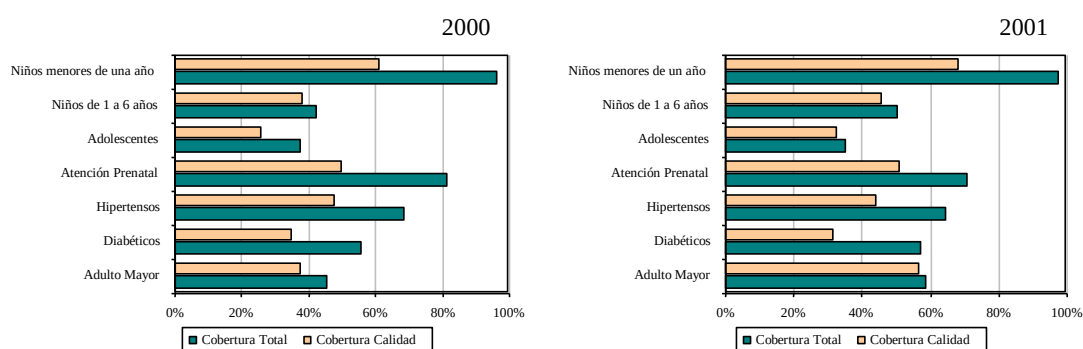


Fuente: Evaluación Compromisos de Gestión 2000- 2001. Dirección Compra Servicios de Salud

2.3.2. Comportamiento de las entidades de Compra Externa de Servicios de Atención Integral en Salud

Con respecto a las coberturas con calidad la mayor parte de los programas aumentó los porcentajes de esta cobertura si comparamos el 2000 con el 2001, a excepción del programa de diabéticos que disminuyó en un 3% y de hipertensos en un 4%.

Gráfico N° 8
Cobertura nacional total y con calidad según programa de atención
brindadas por entidades de compra externa (cooperativas y UCR). 2000 y 2001



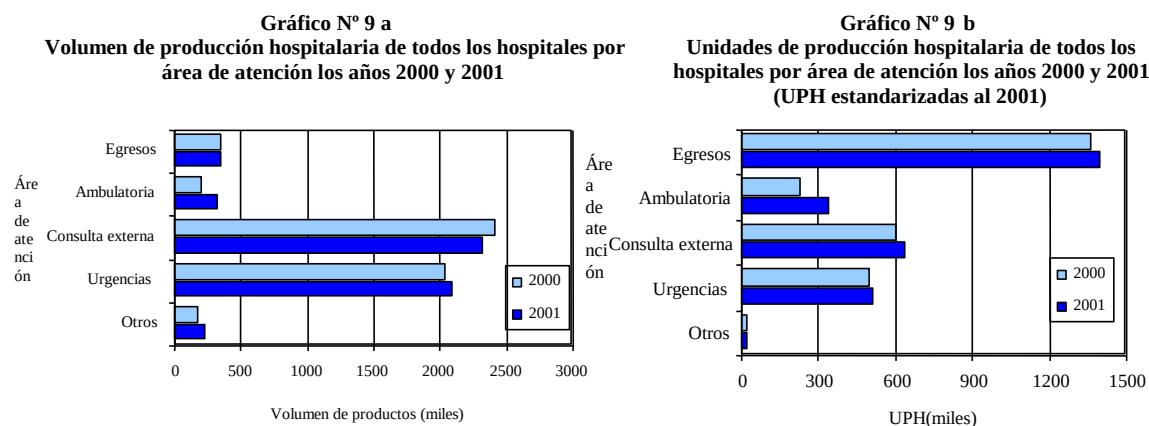
Fuente: Evaluación Compromisos de Gestión 2000/2001. Dirección Compra Servicios de Salud

2.3.3. Producción Hospitalaria: Análisis por área de atención

Las unidades de producción hospitalaria se incrementaron en 7,2 % del año 2000 al 2001. Los egresos se incrementaron en 1.02%, mientras que las Unidades de Producción Hospitalaria (UPH) lo hicieron en 2.8%.

Este rubro contempla las hospitalizaciones en las diferentes especialidades que ofrece cada hospital, agrupados en cinco servicios (Cirugía, Medicina, Ginecología, Obstetricia y Pediatría / neonatología) para la mayoría de hospitales, a excepción de los hospitales especializados. El estándar de cada servicio varía según el nivel de complejidad, disminuyendo conforme disminuye esta. Además, el estándar de UPH varía según el servicio de hospitalización siendo mayor en el servicio de Medicina, seguido de Cirugía, Pediatría / neonatología, Ginecología respectivamente, siendo el menor el de Obstetricia.

La atención ambulatoria propiamente dicha se incrementó en 48.7% en sus productos y 49.5% en las UPH. El área contempla las atenciones ambulatorias del nivel hospitalario, exceptuando la consulta externa. Entre sus programas se encuentran: Hospitalización domiciliaria, Hospitalización de día, Medicina de día, Cirugía Mayor Ambulatoria y los procedimientos especiales del tercer nivel, este último producto incorporado en el 2001, por lo cual se justifica el aumento de producción que se presentó en esta área de atención.



Fuente: Evaluación Compromisos de Gestión 2001. Dirección Compra Servicios de Salud

La cantidad de consultas que se brindaron en el 2001 en comparación con las del 2000 disminuyó en 4,0%, sin embargo incrementaron las UPH en 4,8%. Las consultas que se toman en cuenta son todas las consultas especializadas de primera vez y subsecuentes, odontológicas especializadas y generales y las de otros profesionales.

Las consultas especializadas de primera vez son las que tienen un estándar más elevado, el cual duplica el estándar de las consultas subsecuentes, en el año 2001 se presentó un incremento importante de las consultas de primera vez y una disminución de las consultas subsecuentes.

Las consultas de urgencias presentaron un aumento del 2.6%, lo cual no es tan importante ya que el crecimiento poblacional para estos años fue de 2.15%109.

2.4 Auditoría Médica

El área de Auditoría Médica, unidad dependiente de la Auditoría Interna de la Institución es conformada en la Sesión 7270 del 29 de octubre de 1998, Artículo 6 inciso g. La Ley 6577 emitida por la Asamblea Legislativa, firmada el 6 de mayo de 1981. Dado que es una dependencia muy reciente y no se cuenta con la cantidad de recurso humano necesario, existe una deficiencia y falta de información relacionada con las actividades que deben desarrollarse. En virtud de lo anterior, actualmente se cuenta con un programa a implementar en el 2003, que se detalla en el apartado a).

Matriz N° 1
DE PRODUCTOS, PROCESOS Y SUBPROCESOS

PRODUCTOS FINALES	▪ Calidad del proceso, recursos y resultados para la prestación de los servicios de salud fiscalizados y evaluados. ▪ Apoyo administrativo suministrado.
PROCESOS	▪ Garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud.
SUBPROCESOS	▪ Investigación y recopilación de información. ▪ Análisis de información. ▪ Elaboración de informes en participación con los usuarios ▪ Evaluación de la calidad. ▪ Evaluación administración de Recursos (financieros, materiales, humanos y tecnológicos. ▪ Administración de los recursos internos.

a) Programa de Trabajo año 2003

Se presenta a continuación el Plan Anual Operativo del Área Auditoria Médica para el año 2003. Para su ejecución y elaboración se han considerado los siguientes aspectos:

Cuadro N° 12
Metas

CATEGORIA DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	DÍAS POR ACTIVIDAD	PORCENTAJE
Programadas	06	45	17%
Evaluación Riesgo	08	45	22%
Especiales	22	45	61%
TOTAL	36	135	100%

* Se llevarán acabo evaluaciones de programa en un total de 7 Hospitales, 3 nacionales y 4 hospitales regionales) y una Área de Salud, (incluye un EBAIS), se desarrollaran 14 actividades de programa en total.

Fuente: Auditoria Médica. Caja Costarricense de Seguro Social

3. Instituto Nacional de Seguros

Particularmente en el INS, específicamente en los servicios de atención de INS-Salud, la calidad se mide por elementos de habilitación y acreditación de los centros, atención, satisfacción, programas de mejoramiento continuo y recursos de informática.

Diagrama N° 2



En el punto de habilitación y acreditación, en la actualidad se cuenta una red de servicios desconcentrados en todo el país, 33 dispensarios, 348 empresas adscritas, un complejo INS-Salud y una Casa Albergue Temporal. Para que se pueda dar la habilitación de los centros de salud debe cumplirse con una serie de parámetros, entre los que se encuentran, infraestructura y tipo de recursos.

Los tiempos de espera para recibir una cita están entre 7 y 15 días, dependiendo de la especialidad. Cuando se trata de cupos en cirugía, y en el complejo no se tiene la disponibilidad en el momento, gracias a los convenios con clínicas privadas es posible referir pacientes de forma tal que puedan ser atendidos en el menor tiempo posible.

Otro de los conceptos que utilizan para medir la calidad es la satisfacción del usuario, se cuenta con dos modalidades: a) el buzón de sugerencias incorpora fórmulas de acuerdo a la especialidad o servicio, b) cliente fantasma, consiste en que un funcionario llama vía telefónica para realizar una consulta y toma en cuenta el trato que recibe, tiempo que tarda en atenderlo, capacidad de resolución y conocimiento.

El Programa de Mejoramiento Continuo de la Calidad, incluye las actividades de supervisión, proyectos propuestos y ejecutados, fortalecimiento, contraloría de servicios y derechos y deberes de los usuarios.

Finalmente se consideran los recursos de informática necesarios para la atención, el INS-Salud posee un sistema de expediente electrónico para todas las personas, se utiliza en complejo y demás centros, permitiendo que toda la información sea enviada a un servidor principal y permite realizar cruces de los datos del paciente. En este sentido, el Sistema de Información Administrativo (SIMA) es fundamental para la alimentación del expediente.

F. Referencias Bibliográficas

- Ayala, Norma y otros. Elementos del Sistema Nacional de Salud y su proceso de modernización. Curso Gestión Local de Salud, CCSS-UCR-CENDEISS, 1999.
- Ayala, Norma. Utilización de Servicios de Salud año 2001. CCSS, Dirección de Compra de Servicios de Salud. Agosto 2002.
- Castillo, Jacqueline. Informe preliminar de uso de Servicios de Salud. CCSS. Dirección Actuarial. 2002.
- CCSS. Departamento de Información Estadística de Servicios de Salud. Cambios en la Morbilidad y Mortalidad por edad y Sexo Costa Rica. 1987,1992 y 1997._ Julio, 1999.
- CCSS. Gerencia de División Administrativa, Dirección de Compra de Servicios de Salud. Evaluación Anual, Compromisos de Gestión 2001. Informe General. San José., Costa Rica, Marzo 2002.
- CCSS. Cobertura de las Prestaciones de los Servicios de Salud 2001. Presidencia Ejecutiva. Dirección Actuarial y de Planificación Económica. Departamento de Estadística. Costa Rica, agosto 2002.
- CCSS. Plan de atención a la salud de las personas, p.a.s.p. 2001-2006,. Costa Rica, 2001.
- CCSS. Memoria Institucional 2001 Caja Costarricense de Seguro Social. Costa Rica, 2002.
- Guillem López Casasnovas y Vicente Ortún Rubio. Economía y Salud. Fundamentos y Políticas. Editorial Ediciones Encuentro, Madrid, España 1998.
- Herrero, Fernando y Durán, Fabio. El sector privado en el sistema de salud de Costa Rica. Santiago de Chile, Naciones Unidas, CEPAL, 2001.
- INEC. Encuesta de Hogares, Módulo de Salud,1998 y 2001._San José, Costa Rica, 2002.
- INS. Boletín Estadístico de Riesgos de Trabajo (RT). Año 2001.
- INS .Boletín Estadístico INS-Salud. Año 2001._
- INS. Boletín Estadístico Seguro Obligatorio Automotor (SOA). Año 2001.
- INS. Plan Estratégico Institucional 2001-2005. Proceso de Modernización. Protección y Servicio, Guía de Servicios Instituto Nacional de Seguros.
- Miranda G. Guido. La seguridad social y el desarrollo en Costa Rica. Costa Rica: EDNASSS/CCSS, 1994.
- Moya, Ligia. Consumo de Servicios de Salud por la CCSS, según sexo, edad y cantón de residencia, 2000. UCR. Escuela de Estadística. Setiembre 2002.
- OPS. Lineamientos Metodológicos para el Análisis del Sector Salud (2da versión, septiembre 2002). Organización y Gestión de los Sistemas y servicios de Salud. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud.
- OPS. Lineamientos Metodológicos para la realización de análisis funcionales de las redes de servicios de salud. Marzo,1998.
- Rosales Obando, José. Elementos de Microeconomía. San José, Costa Rica, Editorial UNED, 1994.
- Rosero Bixby, Luis. Acceso y disponibilidad de servicios de salud en Costa Rica 2000. Centro Centroamericano de Población (CCP) de la Universidad de Costa Rica. Costa Rica, 2001.

Rosero Bixby, Luis y Güell Dogulas. Oferta y acceso a los servicios de salud en Costa Rica: estudio basado en un sistema de información geográfica (GIS). Instituto de Investigación en Salud (INISA) de la Universidad de Costa Rica, noviembre 1998.

“CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES”

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CAPITULO V

“RECTORIA Y FUNCIONES ESENCIALES DE LA SALUD PUBLICA”

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El proceso de revisión y análisis de situación actual de la rectoría en salud permite llegar a las siguientes conclusiones:

Existe en el país amplio reconocimiento de la importancia del ejercicio de la rectoría del Ministerio de Salud como la Institución depositaria de la máxima autoridad sanitaria, pero existe claridad acerca de que el avance logrado por el país en esta materia, es aún insuficiente para garantizar el cumplimiento de su misión rectora.

Es necesario que la rectoría sea asumida como el mecanismo para garantizar la responsabilidad social del Estado, la cual es fundamentalmente de conducción.

Los objetivos de trabajo urgentes deben hacer énfasis en la consolidación del Sistema Nacional de Salud, el cual mas allá de los servicios de atención a las personas, debe incorporar a todas las instancias de la sociedad que participan en la producción social de la salud de modo que se logre un mayor grado de intervención en las determinantes sociales del proceso salud-enfermedad.

La Vigilancia de la Salud es una de las áreas determinada por Ministerio de Salud como básica para lograr sus objetivos institucionales, sin embargo no es parte de las funciones de rectoría en los procesos de medición promovidos por OPS, por lo que el país se avocara a desarrollar los indicadores para medir esta función como parte del ejercicio rector.

El tema de Regulación de los Servicios, debe abordarse cada vez con mas fuerza desde la perspectiva de sus efectos en el financiamiento, por lo que es prioritario incursionar en la forma como se asignan los recursos a los servicios, en el caso de la CCSS vía Compromisos de Gestión en el marco de los procesos de evaluación de EBAIS.

La rectoría no se ejerce simplemente por ser rector, es parte de un proceso en el cual la autoridad que ha sido identificada como rectora en Costa Rica por excelencia y que es el Ministerio de Salud, debe consolidar sobre la base del ejercicio de esa autoridad en el marco de la defensa de los derechos de las poblaciones empobrecidas y la búsqueda incesante de la reducción de inequidades.

Los temas de financiamiento, sistemas de información y recursos humanos, merecen un tratamiento especial, si se quiere dar el salto cualitativo que la rectoría requiere, para ello es también fundamental el apoyo político en el desarrollo del proceso de fortalecimiento y consolidación de la rectoría y que este se traduzca en acciones concretas.

Es necesario a la luz de los años transcurridos post reforma, una revisión de los hechos, entre algunos aspectos fundamentales están el hecho de que la reforma partió de algunos supuestos que no se han cumplido, entre estos el hecho de que reformando los servicios de atención individual, se hacia reforma del sector. Se partió de que el tema de ambiente puede esperar y no es así. De que los servicios de salud pueden autorregularse cuando los mercados en salud, no son mercados perfectos. Se partió de la premisa de que la rectoría no demandaba recursos y se trataba solo de un grupo de profesionales en el nivel central, cuando la mayor parte de las acciones rectoras tienen su nicho en el nivel local.

Haciendo un análisis FODA, se pueden identificar en el Ministerio de Salud las siguientes condiciones. Principal fortaleza: el conocimiento que este ha desarrollado en el tema de rectoría. Oportunidad: la necesidad social de que, en un ambiente con tendencia a aperturas de mercados, exista una institución cuya misión es la de

reducir las iniquidades. Principal debilidad: la desmotivación de los funcionarios relacionada con los procesos de reestructuración y su manejo. Principal amenaza: la crisis y el recorte presupuestario.

2- La capacidad institucional de rectoría se define y evalúa de acuerdo con el desarrollo de la capacidad de conducción, regulación y coordinación del sector como garantía de una efectiva resolución de los problemas de salud.

Se pudo evidenciar en el desarrollo de este trabajo que no se ha construido un marco de referencia conceptual y operativo en lo relativo al papel rector del Ministerio de Salud en el nuevo contexto del Estado y la Rectoría del Sector Salud.

Se debe ahondar en nuestro país con un mayor énfasis en las funciones de orientación del financiamiento, armonización de la provisión.

Ahora bien, estas funciones solo podrán ser abordadas en la medida en que el Ministerio de Salud logre el desarrollo de competencia técnica específica en el quehacer que le es propio amparado en el marco legal y la capacidad público-técnica de los recursos humanos para ejercer la rectoría con enfoque estratégico.

Como áreas críticas se pueden anotar:

La ausencia de un perfil funcional ordenado y articulado de múltiples actores que se ajuste a la rectoría.

La ausencia del desarrollo técnico para abordar temas en los cuales el Ministerio de Salud ha estado ausente como los relativos al aseguramiento, al financiamiento, a la regulación y fiscalización.

Ausencia de evaluaciones periódicas del funcionamiento sectorial, de la operación de sus instituciones.

Se encontró coincidencia en los resultados de la encuesta dirigida a actores claves sobre Rectoría en Salud, la Consultoría para el fortalecimiento operacional de las Áreas Rectoras Locales del Ministerio de Salud, y en la medición de la Rectoría que si bien es cierto las capacidades legales y organizaciones para el ejercicio de la Rectoría en el país han logrado un avance significativo, las capacidades del personal, y la capacidad de sistema tienen un bajo nivel de desarrollo

En lo relativo a la responsabilidad rectora de aseguramiento es necesario consolidar la cobertura de los grupos excluidos particularmente de los pertenecientes al sector informal de la economía y a los grupos marginados por razones culturales, étnicas y /o geográficos.

3- En el ámbito de las funciones esenciales se concluye que existen dos áreas prioritarias de intervención para mantener y mejorar el nivel de desempeño de las mismas, desarrollo de competencias e instrumentos y aplicación sistemática de procesos de monitoreo, seguimiento y evaluación de las funciones esenciales; y en el área de recursos humanos, el desarrollo e implementación de un sistema de evaluación del desempeño y de incentivos al personal que reconozca y estimule la creatividad, la calidad y los resultados del trabajo.

El intercambio generado entre los funcionarios de la ASN y los académicos, confirma el interés mutuo de mejorar la formación de recursos humanos en salud pública y desarrollar investigaciones acordes con las necesidades del país. La acción concreta a partir de las conclusiones obtenidas, debe ser materializada a corto plazo.

Esta experiencia permite obtener una visión general e integrada del desempeño nacional de las FESP en Costa Rica, a partir de la reflexión de un grupo heterogéneo y representativo del quehacer en salud pública en el país.

Además, permite tener una línea basal, susceptible de ser complementada con la visión de los niveles regionales y locales, para orientar las futuras acciones del desarrollo de la salud pública.

Ahora bien, cabe rescatar el proceso que se está llevando a cabo como país de ajustar el instrumento de medición con los niveles subnacionales, ha permitido un apropiamiento de estos funcionarios de la metodología de FESP como herramienta valiosa para direccionar sus competencias rectoras.

CAPITULO VI

“PROTECCION SOCIAL EN SALUD”

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES	RECOMENDACIONES
En Costa Rica el principio de universalidad del seguro de salud esta vigente desde 1961 (Ley de Universalización de los Seguros Sociales) y con ese fin en 1984 se crea el Seguro por Cuenta del Estado para asegurar la salud de los más pobres y sin empleo. No obstante, la tasa de aseguramiento real, con base en los datos del censo del 2000 muestra que es del 81.8%	Establecer mecanismos claros para ampliar la cobertura del seguro social en salud y avanzar hacia un real aseguramiento universal de la salud en Costa Rica.
Si bien entre 1984 y el 2000 el promedio nacional de la tasa de aseguramiento mejoró del 71.2% a 81.6%, existen diferencias entre las Provincias y Cantones. En la Provincia de Heredia es de 86.2% y en la de Guanacaste es de 79.0%. A nivel cantonal las diferencias son mayores, en el extremo inferior se ubica Upala con 53.3% y en el superior Montes de Oca con 90.8%.	Identificar y poner en marcha estrategias nacionales y locales para reducir las disparidades en las tasas de aseguramiento, entre las Provincias y entre los Cantones.
El aseguramiento por grupo étnico también muestra diferencias. En la población indígena es de 70.1%, en la China de 71.1% y en la Afrocostarricense de 83.6%.	Definir e implantar estrategias para reducir las diferencias étnicas en las tasas de aseguramiento.
La tasa de aseguramiento es proporcional al grado de Índice de Desarrollo Social (IDS). En los 16 cantones del quintil superior el promedio es de 84.5% y en los 17 del quintil inferior es de 80.1%	Definir e implantar estrategias para reducir las diferencias en la tasa de aseguramiento observada en los cinco grupos según IDS.
El incremento de 10.6% en la tasa de aseguramiento observado entre 1984 y el 2000 (71.2% a 81.8%), se debe principalmente a la incorporación de 8.5% de asegurados por el Estado y al crecimiento de 2.1% de los asegurados voluntarios. En cambio, se observó una reducción de los asegurados asalariados del 19.2% al 18.8%.	Efectuar estudios para identificar las causas del estancamiento y reducción de asegurados asalariados. Definir estrategias que controlen la evasión de las cotizaciones a la Seguridad Social en la diferentes ramas de actividad Proponer nuevas modalidades de aseguramiento en el caso de trabajadores voluntarios y hacer obligatorio su inclusión al REM
En el 2000 el 10.4% del total de población asegurada correspondía a asegurados por cuenta del Estado. No obstante que hay evidencia de que este mecanismo se utiliza para subsidiar principalmente a la población más necesitada (de los indígenas asegurados el 42.1% es por cuenta del Estado y en los cantones los cantones del quintil inferior por IDS el 14.7% de los asegurados son por cuenta del Estado), también se observa que reciben este subsidio el 10 % de personas que no corresponden a grupos étnicos minoritarios y el 4.9% de los que viven en cantones del quintil superior del IDS.	Efectuar estudios para caracterizar a la población asegurada por cuenta del Estado, y determinar estrategias y garantizar la focalización de este subsidio hacia los grupos más necesitados.
La selección de la población a la que se asigna el subsidio del Seguro por Cuenta del Estado esta a	Definir los mecanismos para transferir la identificación de la población que amerita el

cargo de la CCSS, no obstante que en su inicio se le encomendó al Ministerio de Salud. Actualmente esta institución cuenta con los recursos, organización e información necesaria para efectuar identificar a la población que requiere el subsidio con cargo a los recursos estatales y para regular este subsidio desde el nivel cantonal, a través de las áreas rectoras de la salud.	Seguro de Salud por Cuenta del Estado, de la CCSS al Ministerio de Salud y establecer los mecanismos de coordinación entre ambas instituciones para el uso óptimo de estos recursos, en el marco de la política general de Gobierno de lucha contra la pobreza.
Desde el punto de vista estructural y organizacional, el Sistema de Aseguramiento de la Salud tiene tres componentes. El de la CCSS que asegura los riesgos de enfermedad y maternidad, el del INS que asegura los riesgos en el trabajo y el riesgo de accidentes en tránsito y un subsistema de aseguramiento privado incipiente pero en crecimiento. En conclusión, se trata de un sistema de aseguramiento fragmentado, con mecanismos de autorregulación en cada componente y sin mecanismos de coordinación entre ellos para evitar gastos innecesarios en las fuentes de financiamiento, en los procesos de atención y gastos administrativos. Es notoria la carencia de un mecanismo de regulación general del aseguramiento de la salud en Costa Rica.	Fortalecer la función de regulación sectorial del Ministerio de Salud en esta materia y establecer los instrumentos legales, reglamentarios y operativos para la regulación nacional del aseguramiento en salud. Fortalecer el rol del Ministerio de Salud en la armonización de los diferentes sectores involucrados en el financiamiento y prestación de los servicios.
No obstante que se observa un avance importante en materia de aseguramiento y en acceso a los servicios de salud, ello no se refleja suficientemente en las coberturas reales de servicios básicos de salud como son: la prevalencia anticonceptiva de mujeres en unión es del 80%, la detección de cáncer cervicouterino es del 75%, la cobertura de vacunación de BCG a menores de un año es de 88%, la proporción de embarazadas que recibe atención por personal calificado es de 71%.	Establecer mecanismos para utilizar óptimamente la infraestructura y los recursos disponibles para aumentar el acceso y coberturas de salud. Formular los compromisos de gestión a partir de un real análisis de los recursos disponibles en cada área de salud y del análisis de necesidades de salud. Fortalecer el rol modulador del Ministerio de Salud en la identificación de prioridades de intervención para ser incluidas en las áreas de salud.
Existen grupos y población excluida de la protección social en salud, como es el caso de la población inmigrante de origen nicaragüense. Sus indicadores de cobertura y de salud son marcadamente inferiores a los del resto de la población.	Formular políticas y establecer mecanismos para reducir la exclusión social en salud de grupos de población ya identificados.

CAPITULO VII

“GASTO Y FINANCIAMIENTO DE LA ATENCIÓN A LA SALUD”

Conclusiones

La producción de indicadores financieros y económicos de la actividad del sector salud es una práctica poco desarrollada en el país. No existe una estimación única y con carácter oficial del gasto público en salud, ni tampoco desagregaciones útiles del gasto en términos de fuentes de financiamiento, bienes y servicios prestados, y proveedores. Las instituciones públicas generan un sinnúmero de reportes en forma de presupuestos, estados financieros, informes para los entes fiscalizadores, y otros más, pero no tienen consistencia en los conceptos y formas de registrar los flujos financieros involucrados en sus diversas actividades. El problema de información en el sector privado es aún mayor, tanto por su ausencia en muchos casos, su difícil acceso o bien la imposibilidad de conocer con certeza el grado de confiabilidad que tiene.

Lógicamente esta deficiencia del sistema, ha constituido una seria restricción al momento de elaborar este capítulo. La necesidad de ampliar el análisis tradicional hacia uno donde se le pueda dar seguimiento a los recursos financieros a través de todo el sistema de salud, demanda adoptar estrategias de estimación vinculadas con la metodología de cuentas nacionales en salud. En este particular, la Comisión Interinstitucional responsable del tema de gasto y financiamiento, asumió el reto de construir, en un período de tiempo realmente corto, las principales matrices propuestas en el Sistema de Cuentas Nacionales en Salud de la OECD. Las ganancias de esta primera aproximación son una realidad, pues las matrices estimadas han permitido explorar nuevas dimensiones en el análisis del tema.

En consecuencia, el análisis efectuado en este capítulo, emplea conjuntamente las estadísticas financieras tradicionalmente producidas y las obtenidas por medio de las matrices del SCNS, así como, información específica de las instituciones y actores claves del sector salud. La meta a futuro, es continuar con este ejercicio analítico de manera permanente, introduciendo con ello mejoras en los sistemas de información y los indicadores usados para monitorear el desempeño del sector, buscando trascender hacia el estudio de las preocupaciones básicas de eficiencia, eficacia, equidad y sostenibilidad del sistema de salud nacional.

Después de estas consideraciones, a continuación se exponen las conclusiones más relevantes del capítulo. En las próximas dos secciones, se plantean los retos y oportunidades del sector en cuanto al financiamiento y gasto de la atenciones a la salud, identificadas por la Comisión.

El gasto nacional en salud total muestra un crecimiento sostenido desde principios de la década anterior. En el 2001 representó 7.4% del PIB, y en términos per capita ascendió a US\$ 295.6, casi el doble del registrado en el año 1991.

El gasto continúa exhibiendo un predominio público, pero la participación del componente privado es cada vez mayor, gracias a la expansión de los oferentes privados, concentrados en atenciones de carácter ambulatorio y de poca complejidad, y la venta de medicamentos. Pese a todo, nuestro país es uno de los cinco países de América Latina con más bajo gasto privado.

El gasto de bolsillo es casi un 25% del gasto total. Si bien es cierto, el perfil de los consumidores de servicios privados es de personas de ingresos medios-altos y altos, también es cierto, una proporción creciente de individuos de estratos bajos de ingresos se ven obligados a incurrir en gastos de este tipo, por problemas de acceso, oportunidad y calidad de los servicios brindados en la red de establecimiento públicos

Los argumentos a favor de mantener la superioridad del gasto público son múltiples, dos de suma importancia se incluyeron en el estudio. Por un lado, el gasto público en salud es el componente del gasto social más equitativo de todos, en el sentido que las familias más pobres reciben recursos en una proporción mayor a su peso poblacional. Diecinueve países de una lista de veintinueve que tienen una esperanza de vida al nacer igual o mayor a la de Costa Rica, mantiene un gasto en salud mayoritariamente público, situación que confirman su impacto.

El financiamiento de las atenciones a la salud dependen de las contribuciones a la seguridad social. Este tipo de esquema se encuentra expuesto al desempeño de la actividad económica y el mercado laboral, en términos de la generación de empleo y salarios reales crecientes. De igual manera, la integración de la economía nacional con los mercados internacionales, con la consecuente necesidad de las empresas y productores de conseguir niveles aceptables de competitividad, sugieren un reto estratégico a futuro, respecto a la conservación del actual mecanismo de contribuciones calculadas sobre los salarios o ingresos de los trabajadores.

El apoyo financiero del Estado es bastante bajo, pese a las obligaciones legales establecidas. Conforme al principio declarado de universalidad de los seguros sociales, las modalidades de aseguramiento crecieron, con el propósito de cubrir la totalidad de la población nacional. No obstante, las nuevas fuentes de financiamiento creadas, a cargo fundamentalmente del Estado, no han generado los recursos suficientes para soportar los costos asociados.

En términos de atenciones producidas, el sistema de salud nacional concentra sus gastos en servicios ambulatorios y servicios de hospitalización, con una participación relativa de 30.1% y 25.9%, respectivamente.

El gasto por proveedor, indica que los servicios ambulatorios son efectuados en partes casi iguales por proveedores públicos y privados. Este resultado está influenciado por una demanda de consultas privadas más dirigidas a consultas de especialistas y odontológicas, así como, una discrepancia significativa en los costos de la atención entre el sector público y privado.

La hospitalización es una actividad típicamente pública, en parte por los altos costos para los usuarios, aceptables niveles de satisfacción y el desinterés de los proveedores de llevar a cabo cuantiosas inversiones requeridas para prestar este tipo de servicio.

El gasto en medicamentos es un tema que debe investigarse más profundamente, pues consume un 32% del gasto privado, financiado en su mayor parte por los hogares de manera directa. Debe precisarse en el lado los productores, intermediarios y vendedores, aspectos tales como la estructura de mercado, márgenes de ganancia, condiciones de competencia, formación de precios, y en el caso de los consumidores, básicamente la forma en que se distribuye el gasto según nivel de ingresos.

La participación en la prestación y financiamiento de las atenciones a la salud, están dominadas por el Seguro de Salud, con casi dos terceras partes del gasto total. El Gobierno Central arriba a un 5.2% y el INS, en su papel de administrador del Seguro de Riesgos de Trabajo y el Seguro Obligatorio de Automóviles, un 4.3%.

El gasto privado en salud, según la estimación con base en la metodología del SCNS, es de un 25.6%, con poco más del 95% del gasto realizado por los hogares por medio de desembolsos directos.

El uso de los seguros privados como mecanismo de financiamiento es insignificante. Las explicaciones están vinculadas a la amplitud de las prestaciones y facilidades de acceso que tiene el Seguro de Salud, y al monopolio en poder del INS, que ha ejercido un límite al desarrollo de los seguros comerciales.

El papel del sector privado como proveedor de atenciones a la salud financiadas con recursos públicos es aún marginal.

La piedra angular del sistema nacional de salud, el Seguro de Salud, muestra una alta dependencia de los recursos que reciba por concepto de las contribuciones de los trabajadores asalariados, quienes representan tan sólo un 18.4% de los asegurados, pero aportan el 81.5% de los ingresos totales del régimen.

La morosidad y evasión son los problemas esenciales que enfrenta el seguro obligatorio. Fortalecer el combate de estos dos males, es una de las acciones que deben considerarse como prioritarias.

Las fuentes de financiamiento asociadas con las modalidades no tradicionales de aseguramiento, enfrentan múltiples inconvenientes. Desde la baja afiliación en el Seguro Voluntario y el incumplimiento de las obligaciones estatales, hasta problemas para identificar los beneficiarios de ciertas modalidades con cargo completo al Estado (Seguro por Cuenta del Estado).

No obstante, la administración financiera del Seguro de Salud, ha introducido un conjunto de mejoras en los procesos de facturación y recaudación, que constituyen una fortaleza futura. De igual manera, la Ley de Protección al Trabajador dota a la CCSS, de importantes instrumentos jurídicos y herramientas normativas, para combatir el problema de la evasión y morosidad con mayores poderes.

En lo correspondiente al mecanismo de asignación de recursos, en el contexto de la Reforma del Sector Salud, se introdujo los Compromisos de Gestión, como una forma de trasladar el riesgo de la gestión a cada uno de los centros de atención que brindan las atenciones del Seguro de Salud. Concretamente, los recursos a las Áreas de Salud atienden un criterio per cápita, en tanto, las actividades de los hospitales se negocia con base en la Unidad de Producción Hospitalaria (UPH).

El gasto en el primer nivel de atención ha crecido en los últimos años, representando el 22% del total en el año 2001. No obstante, su distribución territorial parece guardar aún las inequidades observadas en el pasado.

Por último, en cuanto a la sostenibilidad financiera del Seguro de Salud, un estudio actuarial reciente, señala bajo los supuestos adoptados, un posible exceso de gastos sobre ingresos a partir del año 2014. Aunque la investigación debe interpretarse de manera cautelosa, es importante, enfatizar sobre la necesidad de discutir públicamente este trascendental tema.

Recomendaciones

Los retos que debe enfrentar el sector salud en el tema de gasto y financiamiento son múltiples. No obstante, la premisa básica es que todas las acciones o programas que se diseñen y ejecuten en un futuro, debe buscar de manera directa o indirecta el fortalecimiento del financiamiento y provisión pública de los bienes y servicios de la salud. La lista que a continuación se presenta no es de ningún modo completamente exhaustiva ni definitiva, es el producto de la reflexión y análisis de los miembros participante en la Comisión responsable de desarrollar este tema.

i) Mejorar la producción y el uso de la información

La información, precisa, confiable y oportuna, es un insumo indispensable para llevar a cabo procesos inteligentes de toma de decisiones, que incidan favorablemente sobre la gestión del sistema y el impacto de éste en el estado de salud de la población. En términos generales, las instituciones públicas adolecen de buenos sistemas de información, tanto a nivel central como local, particularmente en cuanto a los costos que implica efectuar ciertas intervenciones o programas. Esta deficiencia no sólo repercute en la asignación eficiente de los recursos, sino que también, en tareas de suma importancia, como la evaluación y seguimiento de procesos tan complejos como la Reforma del Sector Salud.

Así por ejemplo, en la actualidad, la contabilidad de costos del Seguro de Salud no permite conocer el monto gastado por las actividades de promoción y prevención de la salud, ni tampoco el costo incurrido por la atención de enfermedades específicas, como el SIDA o el cáncer. De igual manera, es común la ausencia de datos confiables, para llevar a cabo análisis comparativos sobre el costo de contratar servicios con proveedores privados o producirlos internamente, y en caso de la primera opción, saber cuál debería ser el precio justo de la transacción.

En lo que respecta al sector privado, parece que el problema se centra en el acceso a la información, aunque los pequeños proveedores presentan dificultades en el registro de su producción y los fondos que reciben. En este particular, el Ministerio de Salud debe ejercer las potestades legales con las que cuenta, para procurar la recopilación y divulgación de un conjunto básico de indicadores de este grupo de prestadores, con el objetivo de mejorar las estadísticas y transparencia del mercado de bienes y servicios de salud.

ii) Incrementar la eficiencia productiva del sistema

Este objetivo es probablemente la aspiración máxima de cualquier sistema de salud, sin que sea la excepción el nuestro. Las medidas impulsadas en el proceso de Reforma del Sector Salud han tenido un marcado énfasis en mejorar la asignación y productividad de los recursos, principalmente de aquellos

administrados en el Seguro de Salud. Contrario a la importancia de darle un seguimiento sistemático al impacto real de este proceso, el país carece de estudios y evaluaciones serias sobre esta materia.

Las preguntas abundan ante las escasez de respuestas apoyadas por evidencia, suficiente y confiable. Por supuesto, no es posible continuar ejecutando un conjunto de medidas sin saber cómo han funcionado las iniciales, pero sobretodo, ignorando su incidencia en los aspectos centrales del sistema: equidad, eficiencia, eficacia y sostenibilidad. Una sugerencia, entre muchas otras, es promover una mayor divulgación de los indicadores y estadísticas producidas por unidades claves de la reforma, tales como la Dirección Compra de Servicios de Salud. Las barreras y obstáculos para hacer uso de esta información es habitual, incluso en aquellos casos donde se pretende satisfacer necesidades de carácter interno.

Pese a todo, es todavía claro que los recursos de producción no siempre se utilizan en las proporciones adecuadas, o bien no se encuentran disponibles en las cantidades necesarias, circunstancia que atenta en contra de la eficiencia técnica del proceso de producción de los servicios de salud. Además, una de las críticas más frecuentes a los Compromisos de Gestión, es que si bien es cierto, buscan introducir elementos de competitividad a lo interno de la red pública de atención, han limitado la capacidad productiva de estos proveedores a únicamente la producción pactada o bien a una cierta producción que no necesariamente responde a las necesidades de la población.

La estrategia para los próximos años, es consolidar avances como el aumento de los recursos en el primer nivel de atención, aunque mejorando la distribución territorial en función de las necesidades de salud de la población, y la creación de los instrumentos jurídicos y administrativos que permitan a los centros de atención llevar a cabo una gestión más autónoma de las decisiones del nivel central.

iii) Distribuir el riesgo de la enfermedad

En la actualidad, el ente asegurador público, la Caja Costarricense de Seguro Social, está asumiendo la mayoría del riesgo que implica la enfermedad de las personas, y los usuarios tan sólo una parte residual en forma de costos de transporte, tiempos de espera e ingresos no devengados. Las facilidades de acceso que caracterizan el Seguro de Salud y la amplia variedad de servicios que ofrece, han fomentado la despreocupación de las personas por el costo que pueda implicar sus problemas de salud y por contribuir en la medida de sus posibilidades con el financiamiento de éste.

Una de las opciones que pueden mejorar la distribución del riesgo entre asegurador y asegurado, es imponer mínimos de meses cotizados para acceder sin recargo ciertos servicios o bien establecer montos límites de pago a determinados servicios. La discusión en un futuro debe conducir hacia la búsqueda de los mecanismos más idóneos para tales efectos, salvaguardando en todo momento, el acceso oportuno y equitativo de la población a las atenciones requeridas.

No obstante, previo a medidas de esta naturaleza, es factible considerar otras menos restrictivas. Por ejemplo, fortalecer el rol de las Unidades de Validación de Derechos como mecanismos de control de ingreso a los centros de atención públicos y como un apoyo a la política de obligatoriedad contributiva. Por otro lado, el desarrollo de un sistema de cobro eficiente para los individuos que sin estar contribuyendo, pero con plena capacidad económica, hacen uso de las prestaciones dadas por el Seguro de Salud

En cuanto a la relación asegurador-proveedor, es prioritario continuar perfeccionando los Compromisos de Gestión como instrumento capaz de trasladar los riesgos inherentes al manejo de las necesidades de salud de quién paga a quién provee, implementando mecanismos de pago a los proveedores que incentiven la eficiencia y productividad, y concediendo mayores atribuciones a las unidades propiedad de la CCSS para la ejecución de sus actividades.

iv) Fortalecer las finanzas del Seguro de Salud

La Ley de Protección al Trabajador, convierten en obligatoria la contribución de los trabajadores independientes al Seguro de Salud a partir del año 2006. El desafío para los administradores de este seguro, es diseñar en los próximos años, mecanismos financieros de aportación que reconozcan las particularidades propias de este tipo de empleo, pero sin crear incentivos económicos a la evasión.

Gracias a esta misma ley, la CCSS cuenta en la actualidad, con mayores instrumentos y potestades legales para combatir la evasión y la morosidad. La aplicación práctica de facultades, tales como el cierre de negocios por la negativa sin fundamento del patrono de entregar información sobre sus trabajadores, es casi una realidad. El impacto de esta medida puede tardar algún tiempo para evidenciarse, sin embargo, es indiscutible las potenciales ganancias que representa.

Por otro lado, la gestión financiera del Seguro de Salud debe aislarse de las exigencias gubernamentales, las cuales imponen límites de crecimiento del gasto o contratación de personal, la acumulación de deuda en forma de títulos valores, e incluso la presencia de superávit operativos, que no responden a las necesidades de gasto o inversión de este seguro. Ciertamente, la propuesta no es obviar la realidad fiscal que enfrenta el país, sino más bien, proteger los recursos aportados por los trabajadores y patronos que residen en el país, de cualquier injerencia que pretenda desviar éstos a usos distintos a los relacionados con el mejoramiento de salud de la población.

v) Ajustes en las modalidades de aseguramiento

La multiplicidad de niveles de contribución es un incentivo para evadir o eludir las responsabilidades con la seguridad social por parte de los agentes con capacidad contributiva. En consecuencia, es necesario establecer una cuota uniforme para todas las modalidades contributivas del aseguramiento. De lo contrario, es predecible que continúe el proceso, e incluso crezca, de trabajadores asalariados inscritos en el Seguro Voluntario, debido a que en términos globales tiene un costo casi de la mitad respecto al seguro de tipo obligatorio.

En esta misma dirección, debe proponerse una transformación de los mecanismos que se emplean para seleccionar los Asegurados por Cuenta del Estado. Dado los esfuerzos que desde hace algunos años viene realizando el Instituto Mixto de Ayuda Social, en la homologación de criterios y herramientas para identificar las personas y familias pobres que viven en el país, una posibilidad real es el uso del SIPO para elegir los beneficiarios de esta modalidad de aseguramiento.

vi) Evitar la salida de los contribuyentes de ingresos altos y medios

El financiamiento del Seguro de Salud, está concentrado en las contribuciones de los trabajadores asalariados de los deciles de más altos ingresos, precisamente, aquellos cuyo patrón de utilización de los servicios públicos es muy inferior al promedio nacional. Las preocupaciones en cuanto a esta circunstancia, son dos en lo esencial. Por un lado, la pérdida de voz que representa para los usuarios, dado que estos grupos son los que mayor capacidad de organización tienen, y por tanto, mayores son las posibilidades que sus demandas por servicios de una mejor calidad, más oportunos y eficientes, sean atendidas por los responsables de administrar el seguro social.

La otra preocupación, es una posible huida de éstos como contribuyentes efectivos del régimen. Pese a que la evidencia no sugiere la presencia aún de este fenómeno, las presiones de ciertos grupos de interés, apoyados por organismos internacionales, tratando de fomentar la discusión de temas como libre elección médica o una mayor participación de proveedores privados con financiamiento público, puede recibir una entusiasta acogida por parte de los contribuyentes de ingresos medios y altos.

Las estrategias y acciones particulares para frenar la salida de este grupo, requieren ser estudiadas de una manera minuciosa. Ninguna de las alternativas que se implementen, deben atentar contra la igualdad de trato, el principio de solidaridad o la sostenibilidad financiera del seguro.

vii) Evaluar el rol de financiador que cumple el Estado

Una acción más en pro de fortalecer las finanzas del Seguro de Salud, es promover una discusión nacional sobre el rol del Estado como fuente de financiamiento complementaria. La atención de las personas afiliadas por Cuenta del Estado y en el Régimen No Contributivo, son por mucho la más onerosa de todo el Seguro de Salud, y los montos facturados al Estado equivalen a lo sumo a una cuarta parte del costo total.

Pero además de una facturación reducida, el Estado incumple con sus obligaciones, al no pagar ni oportuna ni completamente sus adeudos. Esta situación no es sencilla de resolver, pues entre otras medidas, requiere establecer mecanismos legales de carácter sancionatorio para aquellos funcionarios y autoridades gubernamentales que no transfieran los fondos reglamentados a favor de la CCSS. No obstante, el obstáculo principal no sería promulgar una ley, sino más su aplicación, pues es poco creíble pensar en que la Presidencia Ejecutiva y una buena parte de los miembros de la Junta Directa de la CCSS, o bien el jerarca del Ministerio de Salud, tengan la disposición política de enfrentarse al Poder Ejecutivo, siendo éste quien los nombra.

Quizás tampoco sea lógico exigir al Gobierno aportaciones mayores, cuando sus finanzas parecen encontrarse en la peor posición de los últimos años. Sin embargo, no es justo que las aportaciones del Estado disminuyan, cuando el peso de la población subvencionada por éste ha crecido de manera sostenida, y donde el gasto en salud en los próximos 20 o 30 años de ciertos grupos en riesgo social, tales como los adultos mayores, aumentará significativamente.

viii) Regulación el sector privado

Pese al sostenido crecimiento registrado en la producción privada de servicios de salud, este grupo de proveedores no están sujetos a una regulación efectiva por parte de las autoridades de salud del país. Además de sus limitadas posibilidades de auto-regulación, únicamente los colegios de profesionales imponen ciertos criterios para su funcionamiento y tarifas mínimas.

Es trascendental crear una normativa legal transparente y equitativa, que permita circunscribir la actividad privada en el mercado de salud a ciertos requerimientos mínimos en cuanto a instalaciones físicas, equipos, personal, estándares de calidad, protocolos de atención, satisfacción de los usuarios, formación de precios, control del mercado, prácticas monopolísticas, competencia, entre otros. Por supuesto, este marco regulatorio no debe concebirse como un paquete de ataduras o barreras a la gestión privada de los servicios de salud, y menos aún, a su futuro desarrollo, es más bien, una forma de fortalecer su crecimiento sostenible, favoreciendo tanto el interés económico particular como el interés social.

Por otro lado, los contratos con proveedores privados financiados con recursos públicos, deben promover la minimización de costos para el sistema como un todo, y apelar a fuertes sanciones cuando los proveedores hagan un uso indebido de la asimetría de la información o la estructura del mercado, sea para inducir la demanda, prestar servicios de baja calidad o cobrar precios por encima de los márgenes razonables de ganancias.

ix) Discutir un sistema transparente de racionamiento

Además de la condición natural de limitados que tienen, los recursos del sistema público destinados a la provisión de bienes y servicios de salud enfrentan múltiples presiones. Desde el acceso indiscriminado de una proporción significativa de la población a las atenciones brindadas por el Seguro de Salud, sin contar con un financiamiento apropiado, hasta las frecuentes imposiciones de los Tribunales de Justicia, exigiendo la satisfacción de demandas de grupos minoritarios de usuarios, negando la realidad financiera del régimen, han conducido a una cuestionamiento fundamental: el diseño y aplicación de mecanismos de racionamiento de los recursos del sistema.

Una de las propuestas más interesantes, pero probablemente huérfana de apoyo político y social, es la administración del régimen con un enfoque de seguro clásico, donde la cobertura de las necesidades de salud está restringida a una cierta canasta o paquete básico de servicios. La obtención de aquellos bienes y servicios no incluidos en este paquete, puede adoptar diversas formas. Una de tantas opciones, es el pago de una prima adicional al asegurador público, otra la contratación de un seguro privado de gastos médicos

La falta de una discusión seria y responsable de este problema, ha llevado al sistema público a racionar sus recursos, por medio de formas poco transparentes, tales como las colas, las listas de espera y los biombos médicos. Todas estas prácticas se encuentran expuestas y promueven la corrupción del sistema en general, y ponen en una desventaja manifiesta a las personas más necesitadas.

Oportunidades

Junto con los retos futuros que enfrenta el sector salud, grandes oportunidades también se presentan. De igual manera que la anterior, la siguiente lista no es de ninguna forma definitiva, es tan sólo el señalamiento de unos cuantos factores que pueden identificarse como potenciales ventajas del sistema público de salud, particularmente del Seguro de Salud.

i) Ley de Protección al Trabajador

Establece la obligatoriedad de los trabajadores independientes de contribuir en el financiamiento del Seguro de Salud, cinco años después de la entrada en vigencia de la citada ley.

Fortalece los instrumentos y evasiones legales de la CCSS para el control de la evasión. Actualiza las multas impuestas a los patronos por la entrega de información incompleta o falseada, usando como monto de referencia los montos de salarios mínimos que se establecen semestralmente.

ii) Aumento de la Población Económicamente Activa

El proceso de envejecimiento de la población permite gozar del denominado “bono demográfico”, concepto implica que durante la transición demográfica, la proporción de personas en edad de trabajar crecerá más rápidamente que el resto de la población. La ganancia depende de la capacidad de la economía nacional y el mercado labora para generar los puestos de trabajo necesarios, y de las autoridades de la CCSS en el diseño, ejecución y monitoreos de acciones que permitan afiliar la mayor cantidad de estos trabajadores como contribuyentes del Seguro de Salud.

iii) Facturación y recaudación procesos más ágiles

El tiempo de facturación y período de cobro han disminuido significativamente con la puesta en marcha del Sistema Centralizado de Recaudación (SICERE).

El uso de la infraestructura bancaria para llevar a cabo la recaudación externa de las cuotas obrero-patronales ha dado resultados positivos.

El reporte de los cambios mensuales en las planillas vía Internet, el programa “Grandes Clientes” y el Pago a proveedores por medio del SINPE.

iv) Ahorros potenciales del actual modelo de atención

El fortalecimiento financiero del primer nivel de atención, debe trasformarse en el mediano plazo en una menor utilización de los servicios prestados por los centros de complejidad media y alta.

La introducción de la facturación entre los centros de atención, es un elemento que puede mejorar la gestión competitiva y un uso más eficiente de los recursos limitados

CAPITULO VIII

“PROVISIÓN SERVICIOS”

LOS RECURSOS HUMANOS EN SALUD

Conclusiones

Conclusiones sobre la regulación del ejercicio profesional

Con respecto a los Colegios Profesionales, el sondeo permitió identificar lo siguientes:

Hay dificultad para recolectar y analizar la información, pues los registros de los colegios son heterogéneos y cada uno, como es de esperar, está diseñado de acuerdo con sus propias necesidades.

Los Colegios de Médicos y Cirujanos y el de Farmacéuticos cuentan con un programa de recertificación profesional, diseñados con un modelo amplio en rangos de aceptación de acreditaje.

La participación de los colegios en los procesos decisorios referentes a carreras universitarias y perfil ocupacional institucional es limitada.

Aunque todos los colegios tienen programas de capacitación para sus colegiados esta no siempre se coordina con las instituciones empleadoras.

Considerando el espacio que el Ministerio de Salud ha desarrollado en materia de regulación, el desarrollo del Recurso Humano, es materia ineludible para la evaluación de la calidad de los servicios y sistemas de salud y puede ser aprovechado como uno de los medios fundamentales para fortalecer la formación, el ejercicio profesional y la educación permanente del personal en salud, en procura del logro de la equidad, la solidaridad, la calidad, requisitos indispensables de la atención en salud.

El Programa Nacional de Garantía de Calidad, importante esfuerzo del Ministerio de Salud como ente rector, en materia de recursos humanos puede ser fortalecido con los estudios que se proponen en este documento, con el propósito de elaborar estándares cada vez más pertinentes al campo de los recursos humanos para la garantía de calidad en salud.

En relación con la formación:

Los procesos de acreditación de entidades de formación superior, como mecanismo nacional para garantizar la excelencia de los programas y calidad profesional de los graduados, han avanzado con lentitud en nuestro país. Están acreditadas a la fecha dos carreras de la Universidad de Costa Rica, Trabajo Social y Medicina y en la Universidad Latina, la carrera de Odontología. Por otra parte, no se han acreditado los establecimientos de salud donde se desarrolla docencia de grado y postgrado.

La oferta académica de nuevos programas de carreras de ciencias de la salud se ha incrementado considerablemente en los últimos diez años, nuestro estudio registra 71 programas de 25 diferentes carreras en 29 universidades, de éstas 3 son universidades públicas. Hasta el año 1995, existían sólo tres programas de la carrera de medicina, tres de odontología y seis de enfermería, mientras que en la actualidad existen nueve, seis y ocho respectivamente. Lo preocupante de este crecimiento es la ausencia de criterios que definan las necesidades existentes y la pertinencia de abrir nuevas ofertas académicas y de mecanismos que aseguren la calidad de la formación que ofrecen.

Los requerimientos del sistema de atención en salud no han logrado permear las prácticas en salud y por ende los currículos continúan, en su mayoría, produciendo un egresado cuyo perfil de competencias se dirige a la atención de alta complejidad.

En relación con el empleo

La fragmentación en la legislación y la atomización de las organizaciones gremiales y sindicales, crea condiciones para que se realicen negociaciones con criterios diferenciales con los grupos, según sean sus cuotas de poder, generando iniquidades en las condiciones de trabajo, fuentes de conflicto y promoviendo la desregulación.

La contratación de servicios a terceros es una práctica que se está generalizando tanto en las instituciones públicas, como en las privadas, sin que se haya evaluado su impacto en la calidad de la atención, ni su repercusión en la generación de nuevas formas contractuales las cuales muestran tendencia a la precarización de las condiciones de trabajo.

Las múltiples regulaciones profesionales tienden a limitar la implementación y el desarrollo del modelo de atención asumido por el país, lo que hace necesaria la concertación nacional sobre los principios que sustentan los objetivos sanitarios fundamentales y los intereses resguardados por cada gremio.

No se observa un esfuerzo sostenido en el Área de Investigación que sustente la planificación estratégica en el desarrollo de recursos humanos; los registros de datos que alimentan la información sobre la formación, utilización, composición, distribución y requerimientos de los recursos humanos, están fragmentados y tienen diseños que corresponden a diferentes lógicas. Este hecho obstaculiza el abordaje metodológico integrador del objeto de estudio y es reflejo de la escasa visibilidad del campo, lo que representa una limitante para realizar estudios de naturaleza semejante al del Análisis Sectorial.

Las necesidades globales de recursos humanos en salud no han sido claramente determinadas por lo que las posibles iniquidades en su distribución y calidades son difíciles de estimar. Sin embargo existen desproporciones evidentes que requieren de urgente atención, como por ejemplo el déficit en Asistentes Técnicos en Atención Primaria, Patólogos, Psicólogos, Odontólogos, Enfermeras con especialidad en Salud Mental y Geriátras, tal y como se demuestra en estudios citados en este trabajo.

La saturación laboral de ciertas carreras hace que haya una precarización del empleo. Se tienen reportes de personal graduado en enfermería que ejecuta labores de enfermería auxiliar, incrementando la conflictividad entre estas dos categorías de personal que coexisten y compiten en un mismo espacio laboral.

En relación con la regulación del ejercicio profesional

La recertificación como garantía de calidad de la práctica profesional se ha puesto en práctica solamente en el Colegio de Médicos y Cirujanos. Los Colegios de Enfermería y Farmacia están elaborando propuestas en esta materia. Se considera que la recertificación no evidencia estar orientada por el modelo de atención vigente.

Recomendaciones

Los recursos humanos son sujetos fundamentales del desarrollo de la salud, por tanto deben conceptual y analíticamente ser considerados en cada uno de los ámbitos de la formulación de la Política Nacional de Salud.

Creación de capacidad institucional para políticas de recursos humanos

La política en recursos humanos debe ser formulada, ejecutada, coordinada y seguida por el conjunto de actores sociales involucrados en la formación, el empleo y el ejercicio técnico y profesional.

Es necesario la creación de espacios que legitimen el encuentro de los actores sociales (gremios, instituciones empleadoras y formadoras, organizaciones de trabajadores y representantes de la ciudadanía) en el marco de las atribuciones de conducción y regulación de la Autoridad Sanitaria. La apertura de este espacio es una necesidad sentida por los actores involucrados en el campo de los recursos humanos en salud.

Sin desmedro de otros mecanismos que puedan establecerse para la articulación de esfuerzos nacionales por el desarrollo de recursos humanos en salud, se propone:

La creación de una instancia nacional e interinstitucional de alto nivel, adscrita al Ministerio de Salud, constituida por decreto ejecutivo. Esta instancia deberá tener un núcleo ejecutivo que asegure la continuidad, permanencia y efectividad de su accionar.

Las funciones prioritarias de esta instancia serían:

Proponer al Consejo Sectorial de Salud la política nacional en materia de recursos humanos.

Dar seguimiento y monitoreo de las políticas.

Establecer los lineamientos para el diseño e implementación de un sistema de información en red interinstitucional.

Definir los criterios básicos para la regulación de la formación de recursos humanos en salud.

Promover la investigación en el campo de la formación, el trabajo y la práctica profesional de cara al modelo de atención vigente.

Abrir espacios de discusión permanente para la identificación de los problemas prioritarios.

Identificar espacios y mecanismos que permitan la inclusión en las agendas de distintos organismos (gubernamentales y no gubernamentales, agencias de cooperación internacional e institutos de investigación, entre otros), de los asuntos relevantes en materia de recursos humanos en salud relacionados con la equidad y la calidad de la atención en salud.

La instancia debería estar conformada por representantes del Ministerio de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social, del Instituto de Acueductos y Alcantarillados, de las organizaciones gremiales y sindicales, de las Universidades Públicas y Privadas de Costa Rica y la población. El CONESUP, SINAES, CONARE y el Servicio Civil serían entes asesores.

La instancia que se propone debe ser capaz de rendir cuentas a corto plazo al Consejo Sectorial de Salud dada la trascendencia de tomar decisiones en este campo.

Desarrollo e integración de la información para la formulación de políticas

Otro elemento importante a considerar es el fortalecimiento de cada uno de los sistemas de información en recursos humanos de las instituciones del sector, como componente de proyectos para el desarrollo de capacidades institucionales en la gestión de recursos humanos.

Las organizaciones del sector deben emitir disposiciones específicas para fortalecer la gestión de los recursos humanos y propiciar la equidad en su distribución de acuerdo con las necesidades en salud de la población, teniendo como referente la desconcentración de la oferta de servicios y los requerimientos del primer nivel de atención.

Se requiere la elaboración de un sistema de incentivos sociales y económicos, vinculados a la productividad, rendimiento, méritos, calidad de los servicios y fortalecimiento de todos los niveles de atención, así como la capacitación y educación continua en respuesta a las necesidades de los recursos humanos que se desempeñen en el nivel local y regional.

Una capacidad renovada de regulación estatal y colegiada

Debe replantearse la regulación, que ejerce el Estado, en la apertura de nuevas carreras en el área de salud. Para ello el ente rector en Salud, junto con el Ministerio de Educación, debe formular los requisitos mínimos que deben cumplir los proyectos que se presenten para apertura de carreras. Especial importancia debe darse a la formalización de los campos clínicos que serán ocupados por los estudiantes, es decir: su ubicación, número, calidad y coexistencia de otras universidades en el centro de práctica. Igualmente deberá regularse sobre las características del cuerpo de profesores, su formación, sus antecedentes profesionales y docentes, dando énfasis especial al requisito de que estos no posean múltiples contratos con varias universidades.

El Sistema Nacional de Acreditación de la Educación Superior, en conjunto con la Autoridad Sanitaria, debe analizar y plantear los estándares específicos que deben cumplir los programas de las carreras de salud, acordes con las características y necesidades actuales y futuras del Sector. El ente rector deberá promover la acreditación como garantía de calidad de los entes docentes estatales y privados para beneficio de estudiantes, graduados y la población a la cual atienden.

El ente rector deberá promover la creación de un sistema de acreditación de los diferentes centros asistenciales como parte de su Sistema Nacional de Garantía de la Calidad.

Los colegios profesionales deben trabajar en la orientación de sus procesos de recertificación en concordancia con el modelo de atención vigente en el país. Esto para que los elementos que sean objeto de recertificación sean congruentes con una actualización ligada a un ejercicio profesional acorde con las necesidades de salud de la población.

Necesidad de generar nuevas evidencias sobre áreas críticas.

Finalmente es importante recomendar algunos estudios que se requieren realizar en las áreas de la formación y la práctica profesional y los cuales el grupo ha considerado como prioritarios:

Formación

Análisis de los currículos de las carreras de salud, tomando en cuenta su objeto de estudio, los perfiles de competencias, ejes curriculares, materias del plan de estudios, intensidad horaria y porcentaje del plan de estudios dedicado a contenidos y prácticas orientadas a la atención primaria, entre otros. Estos estudios pueden generar análisis e intervenciones sobre aspectos críticos como la enseñanza de la investigación en respuesta a la situación de salud, la práctica de la ética y la equidad con calidad en la atención en salud.

Necesidades de formación de profesionales en salud y de especialistas en medicina, de acuerdo con el nivel de formación, que defina los criterios o variables sobre las cuales se realiza esa determinación, congruente con las necesidades actuales y futuras.

Identificación y seguimiento de las tendencias cuantitativas y cualitativas de los procesos de formación y el empleo público y privado en salud.

Empleo

Perfiles de competencia de los diferentes profesionales en la atención integral en salud, con énfasis en el mapeo de las competencias requeridas para la intervención en la atención primaria de salud.

Seguimiento de las tendencias en los contenidos y proyección de los programas de recertificación profesional desarrollados y su impacto en la calidad de los servicios.

Identificación de las capacidades institucionales para enfrentar los procesos de desarrollo de recursos humanos futuros.

Productividad y rendimiento de los recursos humanos en los tres niveles de atención y la repercusión en los montos y destino de las inversiones en capital humano y la creación de empleo público.

Ejercicio profesional

Elaborar análisis para conocer los niveles de empleo, desempleo y pluriempleo profesionales para orientar mecanismos de formación y contratación.

Son necesarias las investigaciones que sustenten la planificación estratégica en el desarrollo de recursos humanos, mediante el empleo de sistemas de información sobre la formación, utilización, composición, distribución y requerimientos de los recursos humanos.

CAPITULO IX

RECURSOS TECNOLÓGICOS

Conclusiones

Políticas de desarrollo tecnológico

Las Áreas rectoras del Ministerio de Salud poseen escasos recursos logísticos para operar adecuadamente, por cuanto no existe la combinación óptima de tales recursos para ejercer la rectoría de la salud de mejor manera.

La situación señalada en evaluación realizada por el Ministerio de Salud, refleja que se ha realizado una inversión considerable en los rubros de planta física y recursos materiales en el primer nivel de atención, durante el periodo 2001.

En el tercer nivel de atención se está desarrollando un proceso de mejora continua estimulado por políticas institucionales como los compromisos de gestión y políticas nacionales como la acreditación por parte del Ministerio de Salud.

No existe una distribución equitativa del recurso humano, de la planta física y de los recursos materiales entre los hospitales periféricos y nacionales. En los últimos resultados de la III Evaluación a los Hospitales Públicos, realizada en los años 2001 y 2002, se presentan cifras alarmantes de cumplimiento de estándares con respecto a Recurso Humano, Planta Física y Recurso Material: 68.1%, 61.4% y 55.9%, respectivamente. Los Hospitales Periféricos son los que tienen un menor cumplimiento de estándares 61.5% con respecto a los Hospitales Nacionales que muestran un 74.1% (MS Allen, 2002).

El país no dispone de una política en el Sector Salud sobre tecnologías sanitarias, sino lo que existen son esfuerzos aislados muy recientes que son paralelos al desarrollo tecnológico de cada institución, las cuales organizan internamente su gestión tecnológica. Rara vez se evalúa y cuando se realiza se hace para tecnologías de alta complejidad, sin embargo tampoco esto ha sido una práctica común en las instituciones del Sector. Tampoco existe ningún organismo público ni privado que evalúe la tecnología con criterios de seguridad, eficacia, efectividad y aceptabilidad, que tome en cuenta además costo e impacto.

El Ministerio de Salud con base en la Ley General de Salud, la Ley Básica de Energía Atómica y el Reglamento sobre protección contra las radiaciones ionizantes, establece los requisitos que debe cumplir toda actividad relacionada en forma directa o indirecta con la emisión de radiaciones ionizantes, así como las instalaciones e inicio de operación.

El Sector Salud ha adquirido paulatinamente tecnología de alta calidad, no obstante esta no siempre es la adecuada para responder a las necesidades, por cuanto se carece de una distribución equitativa y la capacidad instaladas no siempre responde a la demanda. Uno de esos efectos se puede observar en las filas de espera de la mayoría de los centros de salud.

Se presentan limitaciones con respecto al recurso humano con capacidad en manejo tecnológico, lo cual se ve agravado por la inexistencia de una política de desarrollo tecnológico que contemple la preparación continua con respecto a los avances tecnológicos y a la gestión tecnológica.

La CCSS está rezagada en cuanto al equipamiento, lo cual se debe principalmente a la falta de planificación para la adquisición de tecnologías. La adquisición de tecnologías es deficiente en cuanto a recursos económicos y técnicos. Así mismo se carece de una política de mantenimiento bien definida, campo en el cual también se observan deficiencias.

La carencia de normas y políticas nacionales o sectoriales que dirijan los esfuerzos de las instituciones del Sector es una de las principales causas de las deficiencias que afectan el adecuado desarrollo de las TIC en el Sector Salud.

Las instituciones del sector han venido realizando esfuerzos aislados, estableciendo prioridades individuales que regularmente obedecen a estudios poco profundos de las necesidades o como respuesta a presiones de los usuarios más que a planes estratégicos de desarrollo.

La ausencia de estándares y metodologías de desarrollo comunes a todas las instituciones del Sector Salud provocan esfuerzos aislados que a su vez inciden en la desagregación de la información y limitan la capacidad de análisis.

Existe una marcada heterogeneidad de las plataformas de desarrollo utilizadas en las aplicaciones tecnológicas del sector, lo cual es causa de incompatibilidad de estas y de las bases de datos, lo cual incide negativamente en la capacidad de análisis de la información.

Tanto en el Ministerio de Salud como la CCSS, se han realizado esfuerzos para contar con redes de comunicaciones adecuadas según las necesidades. En ambos casos estas plataformas se encuentran en estado avanzado, lo que constituye una fortaleza para el Sector.

El desarrollo informático (hardware, software y comunicaciones) se ha concentrado en los niveles centrales de las instituciones, con una distribución poco equitativa respecto de los niveles regionales y locales.

Medicamentos

En Costa Rica no existe una política de regulación del precio de los medicamentos, los cuales se venden de acuerdo con la oferta y la demanda.

El sistema de salud costarricense permite, por medio de la seguridad social, tener acceso a los medicamentos, aunque no de manera ágil. Por ello, se han desarrollado políticas para mejorar la accesibilidad en el sector privado que han permitido una mayor competencia y apertura del mercado de medicamentos.

La actual política de registro y control de medicamentos, en cuanto a eficacia y seguridad de ellos, se ha desarrollado en forma satisfactoria y congruente con las necesidades de la población y de las exigencias mundiales, sin embargo es necesario establecer una estrategia más agresiva de fármaco-vigilancia.

Equipo y material biomédico

No existe una política nacional ni institucional en relación con el equipo y material biomédico que permita una distribución acorde con las necesidades según el nivel de atención y el área geográfica. Así como para garantizar la seguridad y eficacia de estos y para evaluar su impacto económico y social.

Por parte del Ministerio de Salud existe en proceso de elaboración el Reglamento para la importación, control y registro del Equipo y Material Biomédico.

Recomendaciones

El Ministerio de Salud como ente rector debe impulsar y coordinar la formalización de políticas relacionadas con el desarrollo tecnológico, con el propósito de disponer en forma eficiente y equitativa de los recursos.

Cada institución del Sector Salud debe organizar internamente la gestión tecnológica, teniendo en consideración el que se evalúe la seguridad, la eficacia, la efectividad, la accesibilidad, el costo y el impacto de la incorporación tecnológica. Se deben establecer canales de comunicación entre los distintos componentes del sector para racionalizar el uso de tecnologías y para compartir la información.¹¹⁰

Crear una política de desarrollo de recurso humano en el área tecnológica que responda a las necesidades de cada institución del sector, para lo cual debe reforzarse la capacitación en este campo en forma paralela a la gestión tecnológica.

Coordinar esfuerzos tendientes al establecimiento de estándares y metodologías de desarrollo de aplicaciones comunes a las instituciones del Sector Salud. En este sentido la participación del Sector Privado debe estar claramente definida.¹¹¹

Impulsar los esfuerzos institucionales para dotar de tecnologías adecuadas a los niveles primario y secundario de atención de la salud, en procura de una distribución más equitativa de los recursos disponibles.

Desarrollar políticas institucionales de gestión tecnológica que incluya aspectos como la evaluación, la capacitación, la distribución, la formación profesional y la regulación entre otros. Para esto es necesario crear un plan a largo plazo con objetivos claros y con la participación muy activa del Ministerio de Ciencia y Tecnología y los organismos sectoriales correspondientes.¹¹²

Establecer estrategias para reforzar y ampliar las acciones de habilitación de los servicios, teniendo en consideración la desconcentración instrumental facultada por la Ley 7852 de Desconcentración de Clínicas y Hospitales de la CCSS. Dentro de estas estrategias deben considerarse acciones para evitar la incorporación descoordinada de tecnologías por dichos entes y que da pie para aumentar aún más la dispersión actual.

¹¹¹ Idem.

¹¹² Idem.

CAPITULO X

OFERTA Y DEMANDA DE SERVICIOS DE SALUD

Conclusiones

Existe una inadecuada utilización, organización y entrega de los servicios de salud, razón por la cual no se garantiza para toda la población equidad, accesibilidad, oportunidad y calidad con recurso físicos, económicos y de capital humano adecuado que permitan la satisfacción de la demanda.

El crecimiento del sector privado de salud, ha sido a través de la contratación de servicios privados por parte del sistema público. Se requiere que exista un sistema de regulación capaz de enfrentar las imperfecciones estructurales de los mercados que caracterizan los sistemas de salud, especialmente porque hoy día se percibe un mayor posicionamiento de este sector como resultado del consumo de la población. Actualmente no existen sistemas que permitan establecer la verdadera cobertura y la oferta real hacia los usuarios.

En Costa Rica no existe un sistema desarrollado de regulación económica de los mercados de salud, aunque el Ministerio de Salud ha empezado a dar algunos pasos en esa dirección.

La información en cuanto a los recursos físicos, económicos y de capital humano, es difícil de obtener en su totalidad, lo que puede estar explicado por la falta de un sistema de información más adecuado. Esto se suma a la ausencia de investigaciones en esta área, lo que imposibilita que el análisis de la oferta, demanda y calidad de los servicios médicos puedan observarse en términos de indicadores de calidad, efectividad, eficiencia y el impacto en la población.

Siendo el INS un proveedor y prestador de servicios médicos al sector público y privado es importante que se considere un punto importante al momento de tomar medidas y establecer políticas, si bien, este sector es pequeño si se compara con el de la Caja Costarricense de Seguro Social, no obstante, debe tenerse presente que una población de 775,141 está siendo atendida en el INS por concepto de servicios médicos, por lo que es relevante conocer las repercusiones que una prestación sanitaria privada pueda tener en el Sistema de Salud Costarricense.

La utilización de servicios hospitalarios tiene un comportamiento muy similar al de los servicios ambulatorios, sin diferencias importantes y congruentes con el nivel de pobreza de la población, sin embargo queda pendiente conocer el comportamiento de esta variable en la demanda insatisfecha conocida (listas de espera).

El ejercicio de estimación de demanda muestra un panorama en relación con las 17 actividades preventivas que permite aun con las limitaciones de los sistemas de información, orientar la toma de decisiones, comenzando por ver la importancia de mejorar la calidad y oportunidad de información para realizar este tipo de análisis con mayor seguridad de que la lectura se acerca adecuadamente a la realidad.

En relación con los procesos de acreditación, habilitación y evaluación de los centros de salud estos deben fortalecerse.

Los equipos de mejoramiento continuo de la calidad requieren seguimiento en los conocimientos sobre calidad y apoyo permanente en el desarrollo de los proyectos de mejora, por parte de los coordinadores y jefaturas correspondientes.

Recomendaciones

Elaborar e implementar y garantizar un Plan básico de Oferta de Servicios que garantice la calidad, equidad, acceso y universalidad de la atención institucional según nivel, que contemple el desarrollo tecnológico y dotación de recursos de acuerdo con las necesidades priorizadas de los demandantes y el análisis de situación de salud, así como el costo-efectividad y la sostenibilidad financiera. Involucrar a los representantes de la sociedad civil en la definición del Plan de oferta de Servicios, mediante la creación de estrategias para la prestación de servicios complementarios y garantizar a través del Ministerio de Salud la ejecución y seguimiento del Plan.

Es importante establecer mecanismos que permitan obtener la información obligatoria del sector privado, tales como Leyes o normas antes de la acreditación o establecer sanciones para aquellos proveedores que oculten los datos.

Se recomienda una mejor rectoría de la Institución competente, para que se exija a las empresas proveedoras y prestadoras de servicios de salud privadas una mayor información, con la cual se puede dar un mejor seguimiento de la calidad de los servicios versus los recursos utilizados, además de poder realizar comparaciones entre los sectores nacionales e internacionales.

Diseñar e implementar un sistema de información para el ejercicio de la Rectoría, que permita, entre otras cosas, recuperar la información de todos los servicios de Salud.

Si se establece el uso de las Cuentas Nacionales en Salud, tanto en el sector público como privado, la información sería más homogénea y permitiría la comparación entre instituciones; para ello es relevante la capacitación de funcionarios en esta materia. Lo anterior, podrá ser útil para determinar la oferta de los servicios esto tratándose del INS, sin embargo, puede ser extrapolado a otros sectores.

Seguir incrementando la equidad, accesibilidad, oportunidad y calidad de los servicios de salud, dirigidos a la población más desprotegida.

Seguir mejorando, a pesar de que se han hecho esfuerzos, la reducción de las listas de espera, así como incrementar la cobertura con calidad en los servicios y los sistemas de información, para dar un adecuado seguimiento acorde a las actividades.

Ampliar y fortalecer los procesos de acreditación, habilitación y evaluación de los centros de manera que respondan a las necesidades de la población, tomando en cuenta aspectos de geografía, perfil epidemiológico y nivel socioeconómico, aunado a garantizar la calidad de servicios de salud.

Garantizar la calidad de los servicios mediante la planificación, diseño, aplicación de instrumentos, evaluaciones, con la ejecución de acciones que repercutan en mejoras constantes en el Sistema de Salud; aspectos que se lograrían integrar, desarrollar, fortalecer y consolidar con la creación e implementación de un sistema de Garantía de Calidad en el Sector Salud. Mantener la calidad de los servicios del Sector Salud, como una prioridad nacional, tal y como lo establece el decreto D29731-60161 del 9 de agosto del 2001.

MINISTERIO DE SALUD

ANÁLISIS SECTORIAL DE SALUD

COSTA RICA

2002



CON LA COOPERACION TECNICA DE OPS/OMS



MINISTERIO DE SALUD

ANÁLISIS SECTORIAL
COSTA RICA
2002

SECCIÓN III

Dra. Rocío Sáenz Madrigal
Ministra
Coordinadora General

Msc. Edwin Acuña Ulate
Coordinador Análisis Sectorial

OPS/OMS
Cooperación Técnica

San José, Costa Rica 2002

Agradecimientos

A OPS/OMS, Washington, por la cooperación técnica brindada para la ejecución de este análisis.

A la representación OPS/OMS en Costa Rica, por acompañar este proceso desde sus inicios brindando su colaboración técnica y metodológica.

A las instituciones del sector salud que dieron amplio apoyo al proceso.

A funcionarios del sector salud que participaron en cada uno de los grupos de trabajo constituidos.

A académicos de universidades públicas y privadas que participaron en los grupos en carácter de expertos.

|

A representantes de organizaciones sociales y gremiales del Sector Salud que brindaron su apoyo para la consecución de los objetivos.

A profesionales del Sector Salud que dieron su apoyo en cada una de las áreas de su conocimiento.

Al personal técnico y administrativo del Ministerio de Salud que colaboró en las distintas etapas de la elaboración del análisis.

**ANÁLISIS DEL SECTOR SALUD COSTA RICA
2002
EQUIPOS DE TRABAJOS**

CONTEXTO ECONÓMICO, POLÍTICO Y SOCIAL

Msc. Eddy Castro Alpízar	Banco Central de Costa Rica
Licda. Katia Fernández	Caja Costarricense de Seguro Social
Lic. Guido Barrientos	Estado de la Nación

EPIDEMIOLOGÍA Y DEMOGRAFÍA

Dr. Willy Carrillo Angulo	Ministerio de Salud
Dra. Teresita Solano Chinchilla	Ministerio de Salud
Dr. Hugo Arguedas Jiménez	Ministerio de Salud
Dra. María Ethel Trejos	Ministerio de Salud
Alejandra Acuña Navarro	Ministerio de Salud
Dra. Leda Charpentier González	Ministerio de Salud
Rosa María Vargas	Ministerio de Salud
Héctor Pérez Brignoli	Universidad Nacional
Teresita Guzmán Duarte	Consejo de Seguridad Vial
Humberto Paredes Montiel	Organización Panamericana de la Salud

ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

Mba. Eduardo Aguilar Jiménez	Caja Costarricense de Seguro Social
Mba. Albán de la O Espinoza	Caja Costarricense de Seguro Social
Msc. Jairo NiñoOrganización	Panamericana de la Salud
Licda. Ana C. León Vargas	Ministerio de Salud
Dra. Marcela Vives	Ministerio de Salud
Mba. Jorge Sequeira Benavides	Caja Costarricense de Seguro Social
Msc. Ricardo Jiménez Badilla	Caja Costarricense de Seguro Social
Licda. María Rocío Martínez Hidalgo	Caja Costarricense de Seguro Social

COOPERACIÓN EXTERNA

Beatriz Bolaños	Acueductos y Alcantarillados
Bach. Karina Guardia	Ministerio de Salud
Licda. Kattia Fernández	Caja Costarricense de Seguro Social
Licda. Mercedes Méndez	Caja Costarricense de Seguro Social

RECTORÍA Y FUNCIONES ESENCIALES DE SALUD PÚBLICA

Dra. Darlyn Castañedas López	Ministerio de Salud
Dra. Rocío Sánchez	Caja Costarricense de Seguro Social
Msc. Xinia Rodríguez	Ministerio de Planificación Nacional
Msc. Marielos Benavides	Caja Costarricense de Seguro Social
Licda. Xinia Gómez Sarmiento	Ministerio de Salud
Msc. Marielos Rojas Espinoza	Ministerio de Salud

PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

Dra. María Elena López	Ministerio de Salud
Dr. Francisco Gólcher	Ministerio de Salud
Dra. Lidieth Carballo	Ministerio de Salud

GASTO Y FINANCIAMIENTO DE LA ATENCIÓN A LA SALUD

Lic. Gustavo Picado	Caja Costarricense de Seguro Social
Elizabeth Rodríguez	Caja Costarricense de Seguro Social
Msc. Rodolfo Morera	Caja Costarricense de Seguro Social
Msc. Katty Sáenz	Caja Costarricense de Seguro Social
Walter Calderón	Caja Costarricense de Seguro Social
Andrés Acuña	Caja Costarricense de Seguro Social
Shirley Quesada	Organización Panamericana de la Salud
Marcela Román	Proyecto Estado de la Nación
Desirée Castrillo	Banco Central de Costa Rica
Carlos Carrillo	Banco Central de Costa Rica
Paúl Castro	Instituto Nacional de Seguros
Patricia Phillips	Instituto Nacional de Seguros
Sergio Russell	Instituto Nacional de Seguros
Mba. Sandra Barrientos	Ministerio de Salud
Lic. Jorge Enrique Araya	Ministerio de Salud

RECURSOS TECNOLÓGICOS

Ing. Edgar Morales González	Ministerio de Salud
Dra. Jacqueline Peraza	Ministerio de Salud
Msc. Jennifer Lee	Ministerio de Salud
Ing. Marco Antonio Mora	Caja Costarricense de Seguro Social
Ing. Germán Cabrera	Caja Costarricense de Seguro Social
Dra. Ginnette Castro	Caja Costarricense de Seguro Social

RECURSOS HUMANOS

Lic. Lisímaco Guevara	Ministerio de Salud
Msc. Anargeri Solano	Ministerio de Salud
Msc. Carmen Campos	Ministerio de Salud
Lic. Mario Zúñiga	Acueductos y Alcantarillados
Licda. Mauren Vizcaíno	Hospital CIMA San José
Msc. Odette Campos	ANPE
Lic. Jorge Soto	SIPECO
Msc. Rosy Carballo	Ministerio de Salud
Dr. Guido Ulate	Universidad de Costa Rica
Msc. Rocío Rodríguez	Universidad de Costa Rica
Licda. Ingrid Behm	Universidad de Costa Rica
Lic. Guillermo Abarca	Caja Costarricense de Seguro Social
Msc. Nery Parada	Caja Costarricense de Seguro Social
Dra. Sandra Murillo	Organización Panamericana de la Salud

OFERTA Y DEMANDA DE SERVICIOS DE SALUD

Dr. Francisco Gólcher Valverde	Ministerio de Salud
Dra. Lidieth Carballo Quesada	Ministerio de Salud
Msc. Jacqueline Castillo Rivas	Caja Costarricense de Seguro Social
Msc. Norma Ayala Díaz	Caja Costarricense de Seguro Social
Msc. Elizabeth Rodríguez Jiménez	Caja Costarricense de Seguro Social
Msc. Ligia Moya de Madrigal	Caja Costarricense de Seguro Social
Msc. Katty Sáenz Vega	Caja Costarricense de Seguro Social
Msc. Marielos Benavides Alvarado	Caja Costarricense de Seguro Social
Licda. Roxana Aguilar Arguedas	Caja Costarricense de Seguro Social

VIH/SIDA

Dra. Jessica Salas	Ministerio de Salud
Dra. Marcela Vives	Ministerio de Salud
Hilda Salazar	Ministerio de Salud
Dr. Ignacio Salom	Caja Costarricense de Seguro Social
Leylin Méndez	Caja Costarricense de Seguro Social
Zeidy Mata	Caja Costarricense de Seguro Social
Luis Valerio	Defensoría de los Habitantes
Cristina Garita	Coordinadora Red Nacional ONG
Luis Bernardo Villalobos	Universidad de Costa Rica

SALUD AMBIENTAL

Licda. Xinia Alvarado Zeledón	Universidad de Costa Rica
Ing. Luis Bermúdez Jiménez	Ministerio de Salud
Licda. Rosi Carballo Picado	Ministerio de Salud
Ing. Andrés Incer Arias	Ministerio de Salud
Licda. Vilma Pacheco Urpí	Ministerio de Salud
Ing. Federico Paredes Valverde	Ministerio de Salud
Licda. Elizabeth Solórzano Jiménez	Ministerio de Salud
Dr. Gerardo Vicente Salazar	Ministerio de Salud

SALUD MENTAL

Dr. Rigoberto Castro Rojas	Asoc. Cost. de Psiquiatría
Dra. Kattia Jiménez Reyes	IAFA
Dra. Giselle Amador Muñoz	IAFA
Dra. Rosa María Villalobos	Caja Costarricense de Seguro Social
Licda. Agnes Gutiérrez	Caja Costarricense de Seguro Social
Dr. Walter Ureña Quirós	Caja Costarricense de Seguro Social
Licda. Marianela Cubero	Patronato Nacional de la Infancia
Msc. Milagro Somarriba	Ministerio de Salud
Licda. Laura Noguera Quintero	Ministerio de Salud
Licda. Patricia Poltronieri	Ministerio de Salud
Dra. Carmen Macanche Baltodano	Ministerio de Salud

VULNERABILIDAD Y PREPARATIVOS PARA DESASTRES

Ing. Grettel Meneses	Ministerio de Salud
Dra. Azálea Espinoza	Ministerio de Salud
Dra. Sonia Cruz	Caja Costarricense de Seguro Social
Dra. Ileana Herrera	Ministerio de Salud

INTEGRACIÓN DE DOCUMENTOS

Msc. Carlos Fuentes Bolaños	CENDEISS/Caja Costarricense de Seguro Social
Sr. Marvin Víquez	Ministerio de Salud

COOPERACIÓN TÉCNICA OPS/OMS

Dr. Philippe Lamy	Representante
Dr. Javier Santacruz	Consultor de Sistemas y Servicios de Salud
Dr. Humberto Montiel	Consultor de Epidemiología
Dra. Miryam Cruz	Consultora de Promoción de la Salud
Ing. Ricardo Torres	Consultor de Ambiente
Dra. Sandra Murrillo	Consultora de Nutrición

DIVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Dr. Daniel López Acuña	Organización Panamericana de la Salud
Dr. Priscilla Rivas	Organización Panamericana de la Salud
Dr. Eduardo Levcovitz	Organización Panamericana de la Salud
Dr. Fernando Lavadenz	Organización Panamericana de la Salud

EQUIPO DE APOYO

Mba. Vanesa Sánchez Carvajal	Ministerio de Salud
Sra. Natalia Solano Nájera	Ministerio de Salud

COORDINADOR ANÁLISIS SECTORIAL

Msc. Edwin Acuña Ulate	Ministerio de Salud

Tabla de Contenido

IX. CAPITULO IX VIH-SIDA.....	5
A. RESUMEN EJECUTIVO	5
B. INTRODUCCIÓN	7
C. METODOLOGIA	7
D. VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA Y RED DE LABORATORIOS	8
E. LEGISLACION Y DERECHOS HUMANOS	12
F. PREVENCIÓN	14
G. GRUPOS VULNERABLES	15
H. ATENCION INTEGRAL Y TRATAMIENTO	18
I. FINANCIAMIENTO	20
J. ORGANIZACIÓN Y GESTION.....	25
K. INVESTIGACION.....	30
L. ASPECTOS CRÍTICOS Y ESTRATEGIAS	30
M. LITERATURA CITADA Y CONSULTADA	34
X. CAPITULO X SALUD AMBIENTAL.....	37
A. RESUMEN.....	37
B. METODOLOGÍA	38
C. MARCO LEGAL E INSTITUCIONAL	38
1. Agua Potable y Aguas Residuales:.....	38
2. Contaminación de Cuerpos de Agua.....	39
3. Desechos Domésticos.....	39
4. Desechos no Domésticos.....	39
5. Contaminación Atmosférica.....	41
6. Salud Ocupacional.....	42
7. Sustancias Peligrosas.....	42
8. Fauna Nociva.....	43
9. Inocuidad de Alimentos.....	43
10. Aspectos Físico-Sanitarios en Edificaciones	44
11. Radiaciones.....	44
D. POLÍTICAS, PLANES Y METAS	44
1. Agua Potable y Saneamiento.....	44
2. Contaminación de Cuerpos de Agua.....	45
3. Desechos Domésticos.....	45
4. Desechos no Domésticos.....	45
5. Contaminación Atmosférica.....	46
6. Salud Ocupacional	47
7. Sustancias Peligrosas (incluye Agroquímicos)	47
8. Fauna Nociva.....	47
9. Inocuidad de Alimentos.....	47
10. Radiaciones.....	48
E. GESTIÓN DE SERVICIOS	49
1. Agua Potable y Saneamiento.....	49
2. Contaminación de Cuerpos de Agua.....	50
3. Desechos Domésticos.....	50
4. Desechos no Domésticos.....	51
5. Salud Ocupacional	52
6. Radiaciones.....	52
F. BIBLIOGRAFÍA.....	53

G.	ANEXOS.....	55
XI.	CAPÍTULO XI SALUD MENTAL.....	73
A.	RESUMEN	73
B.	OBJETIVOS DEL ESTUDIO	73
C.	ASPECTOS CONCEPTUALES	74
D.	METODOLOGIA.....	76
E.	LA SALUD MENTAL EN COSTA RICA	77
1.	ANTECEDENTES.....	77
2.	SITUACIÓN ACTUAL	78
3.	NECESIDADES SENTIDAS EN EL AREA DE SALUD MENTAL.....	92
4.	SISTEMA DE ATENCIÓN: OFERTA DE SERVICIOS.....	93
F.	BIBLIOGRAFÍA	98
XII.	CAPITULO XII VULNERABILIDAD Y PREPARATIVOS PARA	
DESASTRES	103	
A.	RESUMEN	103
B.	INTRODUCCIÓN.....	103
C.	ASPECTOS JURIDICOS RELEVANTES	104
1.	<i>Ley Nacional De Emergencias N° 7914.</i>	104
2.	<i>Normativa Complementaria</i>	105
D.	CARACTERIZACIÓN GENERAL DE LAS AMENAZAS EN EL PAÍS	105
1.	<i>Amenazas por Eventos Naturales</i>	106
2.	<i>Amenazas Antropogénicas y Tecnológicas</i>	109
E.	REDUCCIÓN DEL RIESGO POR SISTEMAS DE VIGILANCIA Y ALERTA	110
1.	<i>Población en Riesgo</i>	111
2.	<i>Alerta Temprana</i>	115
3.	<i>Vigilancia de Amenazas de Origen Natural</i>	116
4.	<i>Vigilancia de Amenazas Tecnológicas</i>	116
F.	ORGANIZACIÓN NACIONAL PARA LA GESTION DEL RIESGO.....	117
G.	ORGANIZACIÓN DEL SECTOR SALUD EN DESASTRE.....	118
1.	<i>Análisis y Organización del Ministerio de Salud.</i>	118
2.	<i>Análisis y Organización de la Caja Costarricense de Seguro Social</i>	121
3.	<i>Organización del Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados.</i>	122
H.	GESTIÓN POST DESASTRE.....	124
I.	ANEXOS	125

SECCION III
“TEMAS ESPECIALES”

CAPITULO IX

“VIH-SIDA”

IX. CAPITULO IX VIH-SIDA

A. RESUMEN EJECUTIVO

Los primeros casos de SIDA aparecen en Costa Rica a principios de la década de los años 80, en pacientes hemofílicos, que habían recibido hemoderivados importados, infectados con el virus de la inmunodeficiencia humana; en esta misma década fallece el primer caso registrado. En 1985 se reportaron los primeros casos de SIDA en personas homosexuales y bisexuales, quienes habían permanecido durante varios años en el extranjero, y regresaron al país en la última etapa de la enfermedad. Al año siguiente aparecen los primeros casos autóctonos en estos mismos grupos.

En la epidemia costarricense, el sexo predominante es el masculino, aunque al igual que en otros países, la razón hombre / mujer ha venido disminuyendo de 12:1 en 1998 a 7:1 en el 2001. Los grupos etarios más afectados corresponden al grupo de: 25 a 34 años, seguido del grupo de 35 a 44, 45 a 54 y de 15 a 24. El mayor número de casos se registra según provincia en el siguiente orden: San José, Heredia, Alajuela, Limón, Puntarenas, Cartago y Guanacaste. La tendencia de la mortalidad fue en aumento entre 1984 hasta 1997 y como se mencionara anteriormente, sufre un descenso a partir de 1998 con la introducción de la terapia antirretroviral. El evento VIH/SIDA no está incluido como enfermedad de Notificación Obligatoria en el Decreto de 1983. Dicha notificación se logra mediante un adendum creado en el Ministerio de Salud y dado a conocer a las autoridades de la CCSS para que a partir de 1985 se iniciara la notificación de esta enfermedad. El registro de los casos se realiza en forma manual o mediante una base de datos computadorizada que a la fecha se encuentra desactualizada.

En la actualidad existe un régimen general aceptable de normas legales en relación con los Derechos Humanos. La Ley General del VIH/SIDA de Costa Rica fue aprobada en mayo de 1998. Conforme lo establece el artículo 1º, la ley tiene por objetivo establecer las pautas generales de la educación, la promoción de la salud, la prevención, el diagnóstico, la vigilancia epidemiológica y la atención e investigación sobre el VIH y el SIDA; además, trata de los derechos y deberes de las personas que viven con el VIH/SIDA y los demás habitantes de la república.

Nuestro país aún no cuenta con una política definida sobre el mercadeo social del condón por parte de las instituciones gubernamentales, aunque sí hay propaganda comercial que promueve su uso. Lo anterior, unido a la falta de campañas de comunicación masivas dirigidas tanto a la población general como a los grupos de riesgo más importantes, hacen que las acciones de prevención se hayan visto disminuidas en los últimos años, a pesar de los ingentes esfuerzos aislados realizados por el Consejo de Atención Integral al VIH/SIDA y por algunas de las instituciones que lo componen, de mantener el tema de la prevención en sus programas y acciones estratégicas.

Desde que en 1985 se reportan en Costa Rica los primeros casos de SIDA en la población de hombres que tienen sexo con hombres (HSH). A la fecha, la vía principal de contagio con el VIH/SIDA en nuestro país, ha sido la sexual, en ese mismo grupo poblacional. Lo anterior se comprueba con la información estadística la cual muestra que el 43,79% de los casos de SIDA ocurren en HSH. Informes recientes indican que en la Clínica del SIDA del Hospital México, el 78% de los casos nuevos de VIH/SIDA se presenta en hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres.

La atención integral de los y las PVS se encuentra centralizada en los cuatro hospitales nacionales y uno regional (tercer nivel). Nuestro país estaría próximo a cumplir con los requisitos del “Escenario III de Atención” ya que los servicios de salud permiten la cobertura del 100% de los PVS que solicitan atención. Esta disponibilidad de servicios abarca no solamente a los pacientes nacionales, sino también a aquellos pacientes extranjeros que residen en nuestro país y se encuentren asegurados. Sin embargo, ni el segundo ni el primer nivel de atención cuentan con los recursos financieros ni de recurso humano para establecer los escenarios I y II y brindar atención integral con calidad desde la comunidad, ascendiendo según el nivel de complejidad y las competencias previamente establecidas.

La investigación en VIH/SIDA en el país ha tenido como objetivo fundamental, disponer de manera oportuna y veraz de información para la toma de decisiones que permita orientar las acciones estratégicas para la atención integral.

Los principales retos que enfrenta el Sistema de Salud costarricense para un abordaje oportuno y eficaz de la infección del VIH/SIDA a fin de mantener o disminuir los niveles actuales de la epidemia, se resumen en los siguientes lineamientos estratégicos: desarrollo de las capacidades y competencias en los niveles de gestión primario y secundario a fin de desconcentrar y hacer más accesible la atención integral de los y las PVS, desarrollo de un sistema de vigilancia epidemiológica oportuno y eficaz tanto de las infecciones y casos de SIDA como de sus factores de riesgo, desarrollo y fortalecimiento de diversas estrategias para promover una sexualidad saludable en la población en general con énfasis en los HSH y otros grupos vulnerables y el establecimiento de mecanismos de control y fiscalización del gasto en VIH/SIDA mediante la consolidación de una cuenta nacional en dicho rubro, que permita establecer las prioridades y redireccionar el gasto y la inversión.

Debido a que la concentración de las acciones del sector público hacia el VIH/SIDA y en especial de la CCSS, se han orientado principalmente hacia el financiamiento de servicios de atención y tratamiento y al suministro universal de la terapia antirretroviral, deberá incrementarse el gasto en rubros tales como: vigilancia epidemiológica, educación, información y comunicación, como medios de acción para la concientización de la población y en especial de los grupos vulnerables, a fin de promover la adopción de medidas preventivas que disminuyan el riesgo de contraer el VIH/SIDA y su propagación.

B. INTRODUCCIÓN

Los primeros casos de SIDA aparecen en Costa Rica a principios de la década de los años 80, en pacientes hemofílicos, quienes habían recibido hemoderivados importados que estaban infectados con el virus de la inmunodeficiencia humana; en esta misma década fallece el primer caso registrado.

En 1985 se reportaron los primeros casos de SIDA en personas homosexuales y bisexuales, quienes habían permanecido durante varios años en el extranjero, y regresaron al país en la última etapa de la enfermedad. Al año siguiente aparecen los primeros casos autóctonos en estos mismos grupos. En 1988 se detectó el SIDA en individuos heterosexuales, usuarios de drogas intravenosas y en niños infectados por la vía perinatal.

En 1997, un fallo de la Sala Constitucional, obliga a la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) a proveer la terapia antirretroviral a todos las personas que así lo requirieran y un año después, se aprueba la Ley General de VIH/ SIDA N° 7771, la cual define los derechos y los deberes de las personas que viven con el VIH/ SIDA así como las responsabilidades de las instituciones. Hasta el año 2.001, se han registrado 2.263 casos acumulados de SIDA, de los cuales solo en el año 2.001 han muerto 134 (3,33 muertes/100.000 habitantes), convirtiéndose en la primera causa de muerte dentro de las enfermedades de declaración obligatoria. Actualmente existen 1632 PVS en tratamiento antirretroviral.

El 80,03% de los casos se presenta en el grupo de 25 a 44 años de edad y de ellos, el 84,4% manifestó haberse infectado por la vía sexual, siendo la población de hombres que tienen sexo con hombres (HSH), la más afectada (43,79%) seguida por la de heterosexuales (24,8%) y la de bisexuales (16,68%).

Desde 1985 y hasta la fecha, las instituciones del Sector Salud de Costa Rica, las organizaciones no gubernamentales, algunas dependencias públicas, el sector privado y la cooperación de países y organismos internacionales, han desarrollado importantes esfuerzos en diferentes campos, para atender la epidemia del VIH/ SIDA a nivel nacional, lo que ha llevado a la constitución de un Consejo Nacional para la Atención Integral de VIH/SIDA, una red de organizaciones no gubernamentales y de distintas iniciativas privadas tanto para la prevención de la infección como para el abordaje y la atención integral de las personas con VIH/SIDA.

C. METODOLOGIA

El análisis del Sector Salud en el tema de VIH/SIDA fue realizado por un equipo multidisciplinario e interinstitucional, con representantes de las principales instituciones gubernamentales y no gubernamentales interesadas en el tema.

El equipo fue coordinado por la Dra. Jessica Salas, asesora del Viceministro de Salud, quien en coordinación con el grupo, establece los contenidos del análisis, y asigna responsables para la recopilación de la información, según la experiencia y las competencias de cada miembro. Se realizaron reuniones semanales, durante el primer mes de trabajo y luego se mantuvo contacto y retroalimentación y envío de los insumos vía fax y correo electrónico. Los contenidos de los apartados proporcionados por los distintos responsables, fueron sistematizados por dos de las integrantes del equipo, quienes en todo momento mantuvieron una comunicación constante y fluida, vía correo electrónico, con el resto del equipo, para la revisión y consolidación de los distintos apartados del informe, a fin de completar el esquema propuesto con la calidad requerida y en el tiempo estimado.

Además del equipo central se contó con la colaboración de la Dra. Gloria Terwes P. y de la MSc. Tarina García Concheso, quienes proporcionaron valiosa información acerca de la prevención del

VIH/SIDA en los trabajadores y trabajadoras comerciales del sexo, la primera, y sobre la investigación en VIH/SIDA en el ámbito clínico, la segunda.

D. VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA Y RED DE LABORATORIOS

Situación Epidemiológica

Los casos de SIDA han mostrado una tendencia creciente a partir de 1983 hasta 1998, fecha en que se introduce el tratamiento antirretroviral, manifestándose dicha intervención en un descenso en el número de casos de enfermedad a partir de 1999 (Gráfico 1).

En la epidemia costarricense, el sexo predominante es el masculino, aunque al igual que en otros países, la razón hombre/mujer ha venido disminuyendo de 12 :1 en 1998 a 7:1 en el 2001.

Gráfico 1

Casos de SIDA según edad en cifras absolutas y relativas, Costa Rica, 1983-2001

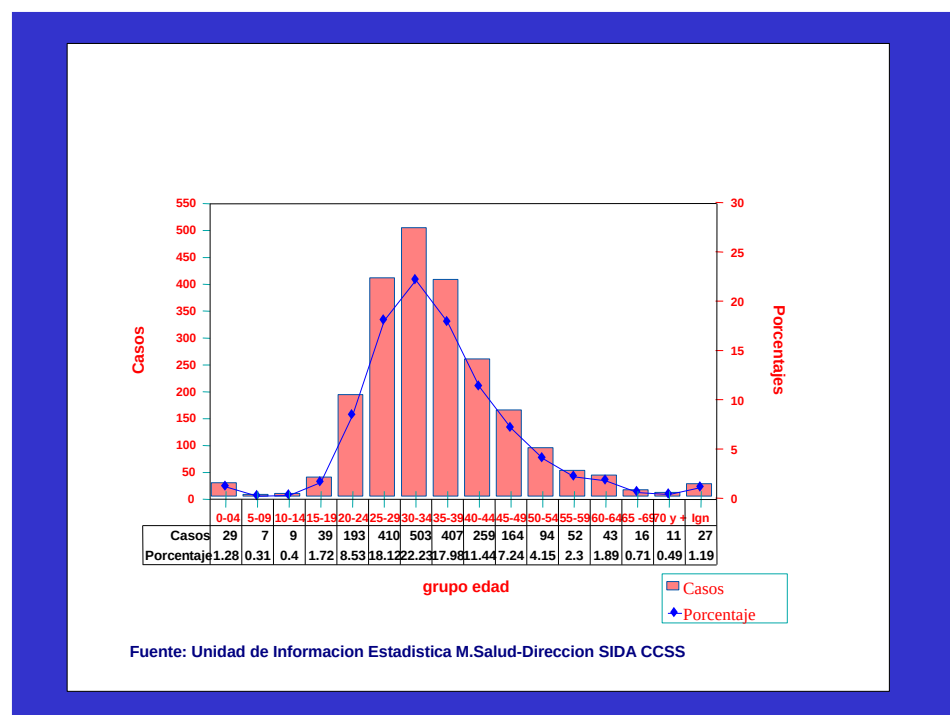
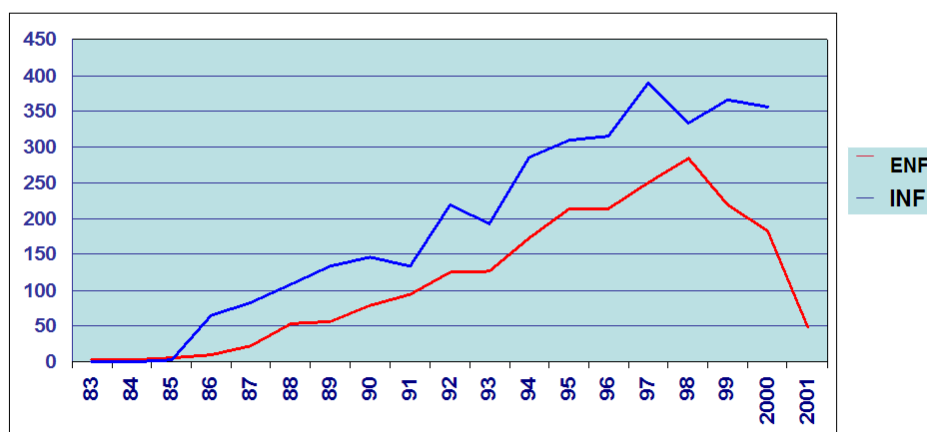


Gráfico 2

TENDENCIA ANUAL DEL VHI-SIDA EN COSTA RICA 83 - 2001



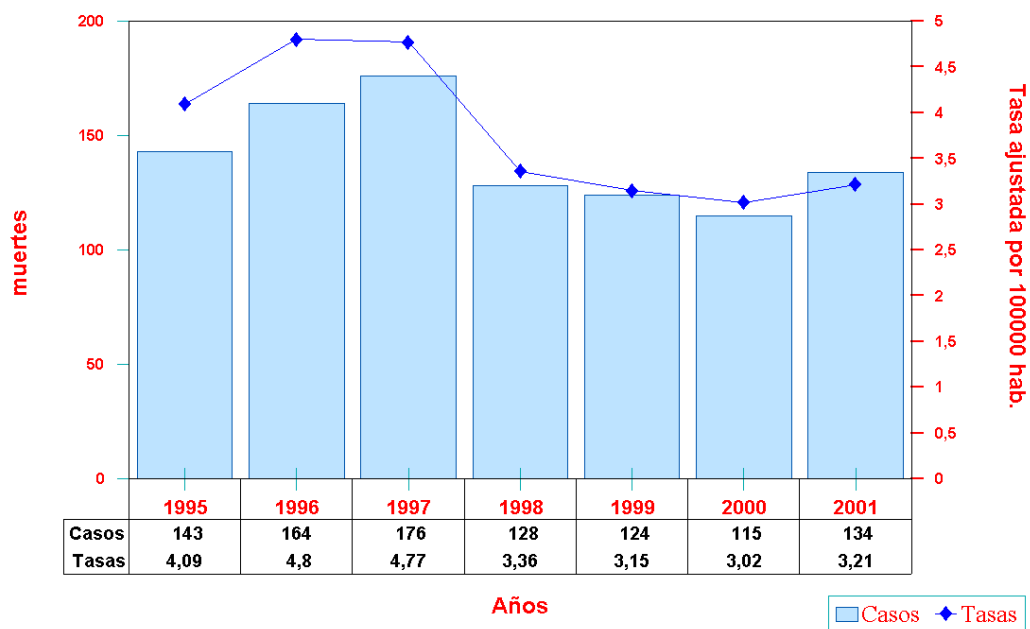
Los grupos etarios más afectados corresponden al grupo de: 25 a 34 años, seguido del grupo de 35 a 44, 45 a 54 y de 15 a 24. El mayor número de casos se registra según provincia en el siguiente orden: San José, Heredia, Alajuela, Limón, Puntarenas, Cartago y Guanacaste.

La tendencia de la mortalidad fue en aumento entre 1984 hasta 1997 (Gráficos 2 y 3), y como se mencionara anteriormente, sufre un descenso a partir de 1998 con la introducción de la terapia antirretroviral. Para poder demostrar el impacto del evento VIH/SIDA sobre la mortalidad prematura se calculó el indicador años de vida potencialmente perdidos, el cual se incrementa a partir de 1988 y empieza a disminuir en 1998.

(Gráfico 4).

Gráfico 3

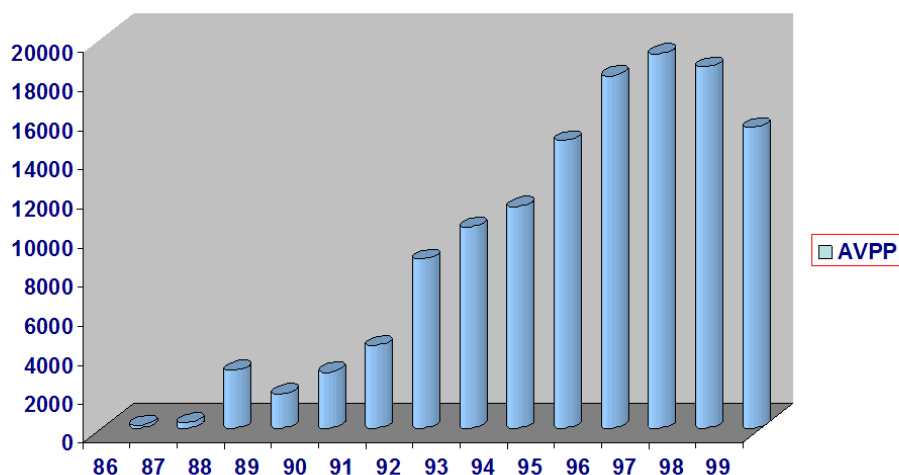
Mortalidad por SIDA segun año. Costa Rica 1995-2001
(tasa ajustada por 100.000 hab.)



Fuente: INEC-Unidad de Informacion Estadistica M.Salud

Gráfico 4

AÑOS DE VIDA POTENCIALMENTE PERDIDOS POR SIDA Costa Rica, 86 - 99



Sistema de Información

El evento VIH/SIDA no está incluido como enfermedad de Notificación Obligatoria en el Decreto de 1983. Dicha notificación en la boleta VE01 se logra mediante un adendum creado en el Ministerio de Salud y dado a conocer a las autoridades de la CCSS para que a partir de 1985 se iniciara la notificación de esta enfermedad.

Sin embargo, dicho adendum no incluyó un lineamiento dirigido a la notificación del infectado con VIH, lo cual ha impedido contar con información confiable acerca de las tendencias y magnitud de la epidemia en nuestro país. Con respecto a la obligatoriedad de la notificación obligatoria del VIH, tanto la Ley 7771 como su reglamento establecen apartados específicos en los que se consigna la obligatoriedad de la notificación de los casos positivos por parte del personal de salud. Actualmente se encuentra en revisión una propuesta de decreto ejecutivo que hace obligatoria la notificación del VIH y del SIDA, respetando la confidencialidad señalada en los mismos documentos.

Debido a que el país no cuenta con protocolos específicos para la vigilancia epidemiológica del VIH, las fichas utilizadas para la investigación de los casos carecen de información necesaria para la vigilancia adecuada del evento.

Investigación de casos y de contactos

Por razones que se explicarán detalladamente en el apartado “Atención Integral y Tratamiento”, los pacientes con VIH/SIDA son atendidos en las clínicas de VIH/SIDA de los cuatro Hospitales Nacionales y en la de un Hospital Regional (Monseñor Sanabria). Además, algunos PVS acuden para su atención al antiguo Departamento de Control del SIDA.

Aunado a lo anterior, y con el propósito de mantener una estricta confidencialidad de la información, se ha designado a un o una funcionario(a) del citado departamento (del cual se desconoce su permanencia a largo plazo), para que recabe la información procedente tanto de las Clínicas del SIDA como del mismo departamento. El registro de los casos se realiza en forma manual o mediante

una base de datos computadorizada que a la fecha se encuentra desactualizada. Además, debe recalcar que no existe retroalimentación de los casos procedentes de las regiones de salud (ni de la CCSS ni del Ministerio de Salud), así como de las Clínicas Periféricas o Áreas de Salud de la CCSS.

Lo anterior impide la planificación de estrategias de intervención como es el estudio de contactos a fin de incidir sobre la cadena de transmisión de la enfermedad.

Red de laboratorios

Actualmente, tanto la prueba presuntiva de ELISA como el Western-Blot confirmatorio se realizan únicamente en los laboratorios de los hospitales nacionales y regionales de la CCSS. Durante el inicio de la epidemia y hasta la década de los noventa, el Instituto de Investigaciones en Salud (INISA) de la Universidad de Costa Rica, ofrecía este servicio en forma gratuita como parte de las investigaciones epidemiológicas y de factores de riesgo que el Instituto llevó a cabo a lo largo de dicho período.

E. LEGISLACION Y DERECHOS HUMANOS

En el actual ordenamiento jurídico costarricense existen normas que garantizan el derecho a la salud y un régimen adecuado de garantía a los Derechos Humanos. La Constitución Política de Costa Rica, en su artículo 140, incisos 3 y 18 establece que compete al Presidente de la República y al Ministro de Salud definir la política nacional de salud, así como la planificación de todas estas actividades. Por su parte, el numeral 73 constitucional dispone que la prestación de servicios de salud estará a cargo de la Caja Costarricense de Seguro de Social; y la Ley General de Salud establece claramente los deberes del Estado con relación a la protección de la Salud Pública.

Nuestro país ha previsto además los mecanismos mediante los cuales las personas pueden hacer valer sus derechos frente a cualquier tipo de violación o arbitrariedad.

Los tribunales ordinarios, la Sala Constitucional y la Defensoría de los Habitantes de la República son algunas de las instancias mediante las cuales esos derechos se hacen efectivos de frente a algún tipo de violación o arbitrariedad por parte del sector público estatal o de cualquier particular.

En la actualidad existe un régimen general aceptable de normas legales con relación a los Derechos Humanos. Sin embargo, la naturaleza y características de la epidemia de VIH/SIDA y la particular situación de derechos humanos generaron la necesidad de que el país contara con una legislación específica en esta materia.

La Ley General del VIH/SIDA¹ de Costa Rica fue aprobada en mayo de 1998. Conforme lo establece el artículo 1º, la ley tiene por objetivo establecer las pautas generales de la educación, la promoción de la salud, la prevención, el diagnóstico, la vigilancia epidemiológica y la atención e investigación sobre el VIH y el SIDA; además, trata de los derechos y deberes de las personas que viven con el VIH/SIDA y los demás habitantes de la república.

Salvo por las excepciones contenidas en esta ley, a las PVS les asiste el derecho de que no se interfiera en el desarrollo de sus actividades civiles, familiares, laborales, profesionales, educativas, afectivas y sexuales, estas últimas de acuerdo con las respectivas recomendaciones de protección. Se establece el derecho a la información sobre la salud al definir que toda PVS tiene derecho a contar con datos exactos, claros, veraces y científicos acerca de su condición, por parte del personal profesional y técnico. El artículo 7 garantiza el derecho a la atención integral de la salud en tanto que toda PVS tiene derecho a recibir asistencia médico-quirúrgica, psicológica y de consejería; además, les confiere el acceso a todo tratamiento que le garantice aminorar su padecimiento y aliviar, en la medida de lo posible, las complicaciones originadas por la enfermedad.

¹ Consejo Nacional de Atención Integral del VIH/SIDA. Ley General del VIH/SIDA. San José, CR. Ministerio de Salud, 1998.

En este sentido, se establece de manera especial y en cumplimiento de diversas resoluciones de la Sala Constitucional, que la Caja Costarricense de Seguro Social deberá importar, comprar, mantener en existencia y suministrar directamente a los pacientes los medicamentos antirretrovirales específicos para el tratamiento del VIH/SIDA. La ley se ocupa de manera particular del tema de la confidencialidad de modo que sólo excepcionalmente dicha condición deba ser comunicada a otras personas sobre todo en casos judiciales o de interés para la salud pública. Al ser uno de los temas más controvertidos, se protegen los derechos y condiciones laborales de las PVS quedando prohibida toda discriminación laboral contra cualquier trabajador con VIH/SIDA. A pesar de la existencia de esta norma, uno de los derechos más olvidados, es el acceso y disfrute del derecho al trabajo de las PVS.

En cuanto al derecho a la educación, se establece que ningún centro educativo, público ni privado, podrá solicitar pruebas ni dictámenes médicos sobre la el estado de portador del VIH como requisito de ingreso o permanencia. Además, regula de manera detallada el tema relativo a las características y condiciones de la prueba para el diagnóstico clínico de la infección por el VIH y sus resultados, estableciendo que éstos serán confidenciales entre el médico, el personal del sector salud involucrado y el paciente, con las excepciones establecidas en la misma ley. La prueba diagnóstica de infección por el VIH no es obligatoria, pero la ley establece condiciones bajo las cuales es posible la realización no voluntaria de la misma.

Se establece la obligación de la notificación al Ministerio de Salud de todos los casos de VIH/SIDA detectados por parte de los médicos, microbiólogos, directores de los servicios de salud y los directores o responsables de laboratorios. La comunicación que deberá proteger la identidad de las personas infectadas. Uno de los temas más controversiales es el que se refiere a la notificación de los contactos sexuales. Al respecto el numeral 17 de la ley establece que el médico tratante o el personal de atención en salud capacitado que informe a un paciente sobre su condición de infección por VIH, deberá indicar, además del carácter infectocontagioso de ésta, los medios y las formas de transmitirla, el derecho a recibir asistencia, adecuada e integral, en salud y la obligatoriedad de informar de esta situación a sus contactos sexuales.

En la ley se establece la obligatoriedad de los trabajadores de la salud, públicos y privados, de prestar apoyo y atención integral a los pacientes con VIH/SIDA. Varios casos han sido constatados por la Defensoría de los Habitantes en relación con el incumplimiento a la obligación de prestar servicios de salud a las PVS. Cabe destacar de manera positiva que la Clínica del SIDA del Hospital México fue galardonada con el Premio Calidad de Vida en el año 2000, que otorga la Defensoría de los Habitantes a las personas y organizaciones que se destacan en la promoción y defensa de la calidad de vida de los habitantes del país.

Por su parte, el Ministerio de Justicia ha realizado esfuerzos importantes por divulgar esta ley y por mejorar el acceso a los servicios de salud a los privados de libertad que viven con el VIH. La Ley General de VIH/SIDA ha contado con muy poca difusión, de modo que su desconocimiento e incumplimiento son de especial preocupación en muchos ámbitos institucionales, sobre todo en el sector educacional donde – a pesar de algunos esfuerzos- destaca la ausencia de un plan institucional conforme lo establece la Ley General del VIH/SIDA y su Reglamento ². El problema de incumplimiento a esta ley no se debe a la poca coercitividad de las disposiciones de esta. Existe, en efecto, un capítulo de sanciones administrativas y penales en caso de incumplimientos a los derechos fundamentales de la PVS.

En este sentido, el Consejo Nacional de Atención Integral al VIH/SIDA es un órgano interinstitucional creado en el Reglamento de la Ley General del VIH/SIDA que como propósito fundamental, recomendar las políticas y los programas de acción de todo el sector público, relacionados con los asuntos concernientes a esta problemática. A pesar de algunos esfuerzos realizados, el Consejo ha tenido dificultades para cumplir con dicho mandato. Es necesario producir modificaciones al Reglamento que regula el Consejo con el fin de dotarlo de capacidad financiera para

² Consejo Nacional de Atención Integral del VIH/SIDA. Reglamento de la Ley General del SIDA. San

José, C.R.: Ministerio de Salud, RGM Createc S.A. 1999.

operar, pues dichos esfuerzos son insuficientes sin un apoyo económico para el desarrollo de las obligaciones establecido por ley.

La ley requiere de modificaciones en las sanciones que pueden ser aplicadas a las personas que violen injustificadamente la confidencialidad de una PVS, puesto que la regulación actual sólo impone una sanción a los trabajadores de salud, dejando sin pena esta misma acción cuando es realizada por otras personas.

F. PREVENCIÓN

Población General

Campañas para la prevención del VIH/SIDA

Durante el mes de diciembre del año 2001 se realizó la primera campaña televisiva dirigida a brindar información sobre la transmisión perinatal del VIH/SIDA. Esta consistió de dos piezas publicitarias la cual estuvo al aire durante un mes. La segunda fue realizada durante el primer trimestre del año 2002 y consistió también de dos piezas publicitarias dirigidas a brindar información sobre las vías de transmisión del VIH (en una de ellas una persona da su testimonio acerca de la forma por medio de la cual se infectó). También estuvo al aire durante un mes con un costo total de: 40 millones de colones.

Otros materiales elaborados:

Tanto la Caja Costarricense de Seguro Social como el Consejo de Atención Integral al VIH/SIDA elaboraron y distribuyeron material educativo (posters y despleables), para brindar información general sobre las infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA (qué son, y cómo prevenirlas), así como acerca de los derechos de las personas VIH/SIDA positivas.

Políticas sobre mercadeo social del condón (accesibilidad, calidad)

No existe en el país una política definida sobre el mercadeo social del condón por parte de las instituciones gubernamentales, aunque sí hay propaganda comercial que promueve su uso, especialmente los de la marca Durex la cual se encuentra disponible en todos los supermercados, farmacias y otros establecimientos comerciales.

La CCSS provee de condones a los asegurados y aseguradas que asisten a los servicios de salud, en especial a las consultas de ginecología y obstetricia. Además suple de condones a los centros penales del Sistema Penitenciario Nacional. Es importante recalcar que en el año 2001 se alertó a las autoridades correspondientes (Subgerencia Médica y Dirección de Compras), acerca del peligro que representaba el uso de los condones adquiridos para propósitos de planificación familiar (penetración vaginal), en relaciones anales por HSH, como es el caso de los privados de libertad. A la fecha se desconocen las acciones tomadas al respecto.

Otras actividades de prevención y promoción:

El Departamento de Medicina Preventiva de la CCSS, contempla áreas estratégicas de trabajo con base en las secciones que la conforman. Como uno de los eventos prioritarios se incluyen el VIH/SIDA y las infecciones de transmisión sexual, dentro del componente denominado “Atención Integral del Adolescente, del Niño y de la Mujer en Salud Sexual y Reproductiva”, con el propósito de orientar y proporcionar criterios que permitan superar obstáculos para abordar el tema de la sexualidad en forma integral.

Transmisión Madre-Hijo

En el artículo “Guía: Recomendaciones para la Prevención de la Transmisión Perinatal del Virus de la Inmunodeficiencia Humana en Costa Rica”, publicado en Acta Médica Costarricense 2001 por la Comisión Interhospitalaria de Terapia Antirretroviral, se menciona brevemente la importancia del tamizaje oportuno de la mujer embarazada mediante la prueba de ELISA. Indica además el procedimiento a seguir para la toma de muestra de sangre y el procedimiento a seguir en caso de que la primera muestra analizada sea positiva. Sin embargo, el documento no contempla aspectos importantes desde el punto de vista de la vigilancia epidemiológica (rectora y operativa) según nivel de atención, lo cual ha hecho difícil la implementación estandarizada y uniforme del tamizaje a nivel nacional, en especial en el primer nivel de atención que es en el cual se atiende al mayor porcentaje de embarazadas.

Otra razón por la cual el tamizaje a las embarazadas no se realiza en forma metódica en los servicios de atención integral, fue la falta de planificación de los insumos necesarios (reactivos para realizar la prueba), así como la metodología a utilizarse para la referencia y contrarreferencia de los resultados entre los niveles (Clínicas Metropolitanas y Áreas de Salud y los Hospitales Nacionales y Regionales, únicos que cuentan con la infraestructura para realizar dichos análisis.

Otro aspecto importante es el hecho de que debido a la ausencia de protocolos para la vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA, los laboratorios que realizan las pruebas, no cuentan con el sistema de información adecuado para identificar la prueba de tamizaje a las embarazadas.

Todo lo anterior, aunado a que los Compromisos de Gestión no incluyen indicadores relacionados con el programa de tamizaje, han ocasionado que el mismo no se encuentre fortalecido, ni sea una prioridad en los servicios de atención integral que se brinda a la población.

G. GRUPOS VULNERABLES

Hombres que Tienen Sexo con Hombres

En 1985 se reportan los primeros casos de SIDA en la población de hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y desde ese momento, la vía principal de contagio con el VIH/SIDA en nuestro país, ha sido la sexual. Lo anterior se comprueba con la información estadística la cual muestra que el 43,79% de los casos de SIDA ocurren en HSH. Informes recientes indican que en la Clínica del SIDA del Hospital México³, el 78% de los casos nuevos de VIH/SIDA se presenta en hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres.

Si bien Costa Rica no cuenta con estadísticas confiables sobre la incidencia del virus en la población general ni en los principales grupos de riesgo, informes preliminares acerca de la incidencia de VIH/SIDA en otros países centroamericanos indican que los HSH podrían convertirse en la punta de lanza para la propagación de la epidemia, hasta ahora localizada y controlable.

Así se ha determinado que para el 2001, el porcentaje de portadores del VIH en HSH fue del 13,0% en Honduras, de 11,5% en Guatemala, de 17,8% en El Salvador y de 11,3% en Panamá. Expertos en la materia consideran que la situación de nuestro país no es muy diferente a la del resto de los países centroamericanos o que incluso podría ser más delicada dado el creciente número de centros de socialización e intercambio de estas poblaciones existentes en Costa Rica.

Algunos factores de vulnerabilidad existentes en la población HSH son:

La opción de la terapia antirretroviral ha ocasionado que se haya “bajado la guardia” contra el VIH/SIDA

Los HSH constituyen una población minoritaria y discriminada con baja autoestima

Existencia de comportamientos de riesgo: consumo de drogas y alcohol

Visión diferente de la vida y el futuro.

³ Salom, Ignacio. Clínica de VIH/SIDA, Hospital México. San José, C.R.: CCSS: Hospital México. Octubre, 2002 (Comunicación personal)

Temor hacia las reacciones que encontrarán en el personal de salud y de las organizaciones no gubernamentales al solicitar apoyo, ayuda o información sobre su condición

Falta de confidencialidad en la mayoría de los espacios de consulta y de apoyo

En Costa Rica, solamente existe una ONG realizando acciones de prevención de la infección con ITS/VIH/SIDA en esta población (CIPAC).

El sistema penitenciario no es la excepción a la regla en donde la población privada de libertad cumple con una serie de factores de riesgo que la hacen también vulnerable a las ITS y VIH/SIDA. Entre ellos cabe mencionar:

Hacinamiento

Promiscuidad

Agresiones sexuales y físicas

Ambiente general de violencia, tensión y miedo

Falta de información sobre el VIH/SIDA

Uso de drogas con agujas intravenosas y jeringas compartidas

Tatuaje con equipo compartido y sin esterilizar.

Convivencia de hombres con hombres en situación de prisionalización

Falta de una pareja constante y la necesidad de afecto.

Todo lo anterior conduce a que la práctica de penetración sexual entre hombres sea común en el ambiente penitenciario, conducta de alto riesgo si no se practica de forma segura, tanto para los privados de libertad como para las parejas femeninas de muchos de ellos.

Trabajadoras y trabajadores comerciales del sexo

Las trabajadoras comerciales del sexo poseen un riesgo elevado de contraer la infección por el VIH, precisamente por el tipo de prácticas que realizan con los clientes, las cuales se dan desde un espacio de inequidad de género y de poder. El cliente es quien decide el tipo de práctica sexual, el uso de protección o no, e incluso la negociación de las diferentes “partes” del cuerpo de la mujer que se pueden tocar o no, cada una de las cuales tendría un precio determinado. Desde esta perspectiva, las mujeres tienen poca posibilidad de negociar el uso del condón de manera sistemática, debido a su baja autoestima, pobre control de sus vidas y el mito de ser señaladas como expertas en el sexo. Pero fundamentalmente se les ha hecho creer que su cuerpo no les pertenece, que es un cuerpo para otros y por lo tanto esos otros son quienes disponen para satisfacer sus deseos sexuales.

La cobertura de los servicios de atención de los y las trabajadores comerciales del sexo se ha visto disminuida y obstaculizada a partir de 1988 y los problemas para el abordaje integral de dichas poblaciones se acentuó desde 1994 cuando se inicia la Reforma del Sector Salud, y el Ministerio de Salud traslada las acciones preventivas y asistenciales a la CCSS. Este proceso trajo consigo la desintegración progresiva del Dispensario de Prevención y Atención en ITS del área metropolitana, el cual fue creado desde los años cincuenta y de los dispensarios periféricos, los cuales brindaban un servicio especializado y personalizado a dichas poblaciones. Aunado a lo anterior, lo súbito del traslado de las funciones a la CCSS y la falta de experiencia por parte de los funcionarios en el abordaje integral de dichas patologías, produjo una disminución en la cobertura de la atención y de la prevención, así como en la vigilancia y seguimiento de los contactos.

La readecuación del modelo de atención en salud, si bien contempla un aumento en la cobertura y calidad de la atención integral de la salud para los diversos grupos poblacionales (mujer, niño, adolescente, adulto y adulto mayor), no contempla servicios de salud especializados para grupos poblacionales marginados y estigmatizados de alto riesgo, como es el caso de los y las trabajadoras comerciales del sexo, los HSH, así como las niñas, niños y adolescentes en explotación sexual entre otros. Esta situación ha motivado que los y las trabajadores del sexo recurran a la automedicación y a la búsqueda de la medicina privada, la cual en la mayoría de los casos no va acompañada de consejería, ni de acciones educativas. Además, por razones obvias, la consulta privada no contempla el

seguimiento de los portadores de ITS o de VIH/SIDA ni de los contactos, lo cual podría llevar a un aumento de la incidencia de dichos patologías.

A finales de la década de los ochentas y con la aparición del SIDA las infecciones de transmisión sexual fueron perdiendo importancia relativa desde la perspectiva de los servicios de salud públicos. Debido a lo anterior, los y las trabajadores en control se fueron retirando progresivamente, de 395 centros de prostitución registrados y 2.500 mujeres en control aproximadamente en esa época, actualmente se tiene únicamente el 20% de los centros registrados y un 30% de las mujeres en control, con el agravante de que los servicios de laboratorio han sido reducidos al diagnóstico por gonorrea, sífilis y VIH y solamente en casos especiales se realizan estudios por chancro blando y chlamydia. Además a los grupos específicos de riesgo se les realiza una prueba trimestral de VIH y VDRL más TPHA, observándose un aumento importante de la sífilis en el grupo de mujeres y hombres trabajadores del sexo.

Niños (as) y adolescentes en explotación sexual

La violación de los derechos de la niñez y adolescencia manifestados mediante la explotación sexual, adquiere cada día mayor proporción y niveles de complejidad. Desde 1990 se han incorporado al marco legal vigente en nuestro país importantes instrumentos que fortalecen el accionar en la lucha por erradicar esta grave trasgresión. El Plan Nacional contra la Explotación Sexual Comercial de Niñas, Niños y Adolescentes en Costa Rica (Agosto 2001) señala los siguientes factores de riesgo para la existencia de este flagelo:

Hogares en condición de pobreza.

Insuficiente vigilancia de factores de riesgo social, tales como la deserción escolar, la violencia intra familiar y la violencia sexual.

Debilidad de los mecanismos comunitarios de prevención y solidaridad.

Insuficiente reconocimiento sobre el problema de la explotación sexual de la niñez y la adolescencia de parte de la sociedad en general

Creciente proliferación de redes y “empresas” de explotación sexual comercial de la niñez y adolescencia

Deterioro de valores morales y aspiraciones desmedidas de consumo

Cuando las niñas, niños y adolescentes son explotados sexualmente muchos otros derechos también son violados (como su derecho a la salud física y mental, a la educación, a la vida en familia, al juego, a la recreación). La explotación sexual comercial de personas menores de edad no es un fenómeno que está relacionado únicamente con la composición de la sociedad. Está presente en todos los sectores sociales, pero los grupos en condición de pobreza son más vulnerables y requieren de una atención prioritaria.

El Plan deja explícito que ello debe ser objeto de acciones en diversos campos, los cuales se orientan alrededor de tres áreas que parten de un enfoque sistémico: la prevención, la atención directa de las víctimas y un marco jurídico.

A nivel mundial se ha extendido la falsa creencia de que las personas menores de edad tienen menos riesgo de infectarse o estar infectados por el VIH que los adultos(as) prostituidos (as). En una relación sexual entre un hombre y un niño o niña se producen situaciones que podrían facilitar desde el punto de vista anatómico la transmisión del VIH. Debido a que el cuerpo del niño y de la niña no está completamente desarrollado, es más probable que la penetración sexual ocasione desgarros o heridas, que facilitan la transmisión del virus al organismo del niño y de la niña. Las niñas víctimas de explotación sexual comercial por su condición de violencia no están en la capacidad de exigir que el adulto abusador utilice el condón.

Las consultas médicas de atención de enfermedades de transmisión sexual no constituyen espacios diseñados para la atención especializada de personas menores de edad involucradas en esta dinámica de violencia sexual. Los adultos no tienen interés en poner en evidencia una situación de enfermedad sufrida por una persona menor de edad, precisamente porque se pondría en evidencia la

explotación sexual comercial. Ante estas situaciones las niñas y adolescentes no son tratadas médicamente y si lo son, recurren a remedios caseros o a la automedicación, con el consiguiente riesgo que patologías importantes y en algunos casos mortales o que causan discapacidades como las ITS no tratadas y el VIH/SIDA, pasen inadvertidos en esta población

Ante tal magnitud del problema de infección por VIH e infecciones de transmisión sexual, en personas menores de edad, especialmente quienes son atrapados por redes que los explotan sexualmente, es urgente realizar programas de erradicación de tal flagelo, y de manera paralela propiciar acciones tendientes a la atención de las niñas, niños y adolescentes que día a día están en eminente riesgo de la infección por el VIH.

H. ATENCION INTEGRAL Y TRATAMIENTO

La atención del paciente VIH/SIDA ha pasado por varias etapas a partir del momento en que se empiezan a diagnosticar los primeros casos. Los primeros dos años estuvieron dominados por el desconcierto, cuando aparece una enfermedad en gente joven, de características mortales y de etiología desconocida.

Durante los años ochentas, se diagnosticaron muy pocos casos, la mayoría HSH con capacidad económica para viajar o que vivieron en el extranjero y algunos pacientes hemofílicos. La respuesta de los servicios de salud, predominantemente la de los hospitales del tercer nivel fue inadecuada, tanto desde el punto de vista terapéutico como humano, ya que no solo se vieron afectados las personas infectadas con el VIH sino sus familiares también. Lo anterior debido al temor del personal de salud de contaminarse con las secreciones y/o excreciones corporales de los enfermos de SIDA.

El hecho de ser una enfermedad de transmisión sexual, con un alto índice de mortalidad y que afectaba predominantemente a los HSH, no facilitó la sensibilización del personal de salud, ocasionando discriminación y rechazo hacia los pacientes y sus familiares. Esto originó el surgimiento de organizaciones no gubernamentales, albergues y centros de caridad de carácter religioso, así como de grupos interdisciplinarios en los hospitales para brindar un trato más humano y menos discriminatorio. Se calcula que puedan existir cerca de 5.000 portadores del virus en un escenario de baja prevalencia, o de 15.000 en un escenario de alta prevalencia. Varios acontecimientos técnico científicos contribuyeron a introducir en nuestro país transformaciones fundamentales en la atención de los pacientes, así como en algunas medidas de prevención.

A partir de 1985, el país cuenta con la tecnología apropiada para la identificación de los anticuerpos anti VIH así como de un diagnóstico rápido, lo cual permitió la implementación del programa de tamizaje en los bancos de sangre, evitando así, la transmisión del virus por esta vía. Costa Rica, fue uno de los primeros países en vías de desarrollo en adoptar este procedimiento. Actualmente existen países, especialmente en África, en los cuales no se cuenta con este método de prevención de la infección. Se ha estimado que en nuestro país, la probabilidad de transmitir el virus por esta vía es de 1 en 100.000 transfusiones.

Otro elemento importante fue el desarrollo de la capacidad técnica y terapéutica para el abordaje de las infecciones por microorganismos oportunistas en los servicios de salud, lo que permitió prolongar la sobrevida de los enfermos. A principios de los años noventa, se empiezan a consolidar los equipos interdisciplinarios para la atención de los paciente con SIDA en los hospitales del tercer nivel, con la participación de profesionales en enfermería, trabajo social, sicología y nutrición principalmente. Estos equipos interdisciplinarios promovieron el diálogo con los pacientes y sus familiares a fin mejorar la calidad de vida de los enfermos.

El año de 1997, marca el inicio de la terapia antirretroviral en nuestro país, sólo un año después de haberse regulado su uso en los países desarrollados. La introducción de la terapia antirretroviral fue posterior a una resolución de la Sala Constitucional, la cual emite un mandato a la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) para la adquisición y distribución de los medicamentos a un enfermo que se encontraba en la fase terminal.

Este hecho cambió significativamente el curso de la enfermedad, ya que aumentó los años y la calidad de vida de los PVS. En la actualidad, las personas que viven con el virus, que acuden en forma

temprana a los servicios de salud para recibir atención integral y que cumplen con una adecuada adherencia a la terapia antirretroviral, tendrán mayores posibilidades de mantener una condición de salud estable y una vida más productiva.

En cuanto a los servicios de salud, nuestro país estaría próximo a cumplir con los requisitos que lo ubicarían en el “Escenario III de Atención” ⁴ya que los servicios de salud permiten la cobertura del 100% de los PVS que solicitan atención. Esta disponibilidad de servicios abarca no solamente a los pacientes nacionales, sino también a aquellos pacientes extranjeros que residen en nuestro país y se encuentren asegurados. Cabe señalar en este aspecto, que la atención integral se encuentra centralizada en cuatro hospitales nacionales del área metropolitana (México, San Juan de Dios, Calderón Guardia y Nacional de Niños) y además en el Hospital Regional Monseñor Sanabria de Puntarenas. La centralización de la atención ha sido condicionada por varios factores:

Existencia de las Clínicas para la Atención Integral de los Pacientes VIH/SIDA

Normativa vigente con relación a la terapia antirretroviral, cuya prescripción es responsabilidad exclusiva de los médicos especialistas en las ramas de infectología e inmunología

La severidad de la enfermedad, la cual demanda recursos especializados para su diagnóstico y tratamiento

El deseo de los enfermos y sus familias de ser atendidos en hospitales grandes más despersonalizados que garanticen la confidencialidad de su situación (invisibilidad), dados los tabúes, estigmas y la discriminación que podrían presentarse en los niveles más desconcentrados de los servicios (clínicas periféricas, áreas de salud y EBAIS.

Las Clínicas de Atención Integral de los Paciente VIH/SIDA realizan la atención de la enfermedad y sus complicaciones (infecciones oportunistas y neoplasias), brindan consejería “pos test”, identifican las condiciones socioeconómicas del paciente y su familia, caracterizan y fortalecen las redes de apoyo, ofrecen orientación y ayuda emocional y velan por la buena adherencia al tratamiento.

Además, reubican al enfermo en hogares o albergues, cuando las condiciones así lo demanden y durante su convalecencia para la reinserción a la actividad productiva. Actualmente, estas clínicas desarrollan programas de capacitación a equipos multidisciplinarios de hospitales periféricos a fin de que dichos centros cuenten con la capacidad de brindar la atención adecuada a algunas de las complicaciones de la enfermedad. Tal es el caso de los hospitales regionales de Liberia, Heredia, San Ramón, Alajuela, Ciudad Quesada y Cartago.

Al nivel hospitalario se cuenta con los recursos necesarios para el diagnóstico de la enfermedad y para la definición de la condición virológica e inmunológica del enfermo, así como para brindar el seguimiento necesario de la respuesta al tratamiento antirretroviral. Es importante señalar en este punto, que en virtud del tiempo de tratamiento que tienen algunos pacientes, de 4 a 5 años, y debido a la posibilidad de generación de resistencia viral al mismo, se hace necesario incorporar en los servicios de laboratorio la determinación del genotipo y/o fenotipo viral, lo que permitiría orientar adecuadamente al médico sobre las diversas alternativas terapéuticas. Para el suministro de los medicamentos antirretrovirales, la CCSS cuenta con un protocolo que establece los criterios clínicos para el inicio del tratamiento, así como las opciones de combinación recomendadas por los organismos internacionales.

Hasta la segunda semana de Octubre de 2002 existen 1632 PVS en tratamiento, de ellos 681 son atendidos en el Hospital Calderón Guardia, 436 en el Hospital México, 416 en el Hospital San Juan de Dios, 71 en el Monseñor Sanabria y 28 en el Hospital Nacional de Niños. Esta población se ha acumulado desde hace aproximadamente 5 años; llama la atención que hasta 1999 en el Hospital México, se venían detectando 7 y 12 casos nuevos por mes, y actualmente por razones aún no definidas, el número de casos nuevos detectados ha disminuido a la mitad. Sobre este mismo punto,

⁴ OPS/OMS. Atención Integral por escenarios de atención y niveles: Pautas de atención integral para personas infectadas por el VIH/SIDA en las Américas. Informe Resumido. Washington DC: OPS/OMS. http://www.paho.org/Spanish/HCP/HCA/BB_Summary_span.pdf (2001)

resulta importante mencionar, que se hace cada vez más necesario incrementar la disponibilidad de opciones terapéuticas, específicamente para la implementación de terapias de rescate por resistencia viral. Un estudio realizado en el Hospital México, mostró que al año de tratamiento, el 27.5 % de los pacientes presentaba cargas virales detectables, lo cual sugiere que en algunos de ellos el virus estaría desarrollando mecanismos de resistencia al tratamiento.

En la actualidad, los PVS que requieren hospitalización son ubicados en los servicios de Medicina Interna e Infectología. La estancia promedio de estos pacientes es de trece días. Se estima que un promedio de diez PVS son internados mensualmente en cada uno de los hospitales nacionales.

El segundo nivel está en la capacidad de atender las complicaciones relacionadas con la etapa de portador del VIH, así como de algunas de la etapa de SIDA. Sin embargo, debido a la resistencia del paciente y su familia de asistir a los establecimientos del segundo nivel (Hospitales Regionales y Clínicas Periféricas, y a la renuencia histórica del personal de salud de atender estos pacientes; el segundo nivel no está cumpliendo adecuadamente con dichas funciones. Las responsabilidades de los distintos niveles de atención quedaron plasmadas en un documento del Plan de Atención a las Personas de la Gerencia de Modernización de la CCSS. A partir de 1990, y ante el notorio crecimiento de la población penitenciaria, el Ministerio de Justicia crea 56 plazas de diferentes disciplinas en el área de salud para atender la salud de los privados de libertad en forma más eficiente y oportuna.

Mediante un convenio con la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), el Ministerio de Justicia se compromete a aportar los profesionales en las ramas de medicina, enfermería, trabajo social, farmacia, odontología, y algunos especialistas como psiquiatría, infectología, ginecobstetricia, sicología clínica así, como la infraestructura necesaria para brindar la atención primaria necesaria. A la CCSS por su parte le corresponde aportar los medicamentos, los análisis de laboratorio, las pruebas de gabinete, y la atención especializada con la que no cuenta el Ministerio de Justicia; así como todos aquellos procedimientos médicos propios del segundo y tercer nivel incluyendo el internamiento en los hospitales regionales y nacionales según la adscripción geográfica.

Dentro del marco de la organización del Sistema Penitenciario, es importante destacar que dentro de la atención diferenciada que se brinda a los distintos grupos poblacionales privados de libertad, se encuentran el grupo de los privados (a) de libertad que viven con el VIH/SIDA.

La atención médica en todos los centros a nivel nacional se orienta a partir de una clasificación de la población privada de libertad y sobre todo prestando especial atención a los pacientes con padecimientos crónicos, a los cuales se les brinda control y seguimiento mensual o trimestral según la necesidad mediante la operativización de clínicas acordes a la patología contemplándose entre estas una para el abordaje del VIH/SIDA. Se cuenta con la Comisión Penitenciaria del SIDA “COPESI” desde la cual y de acuerdo a la ley, se emiten las directrices de atención al paciente portador y enfermo con el VIH/SIDA.

En este sentido la COPESI organizó varios seminarios y talleres de trabajo con participación interinstitucional que culmina en el año 2000, con la definición de las *“Normas y procedimientos sobre la atención al VIH/SIDA en el Sistema Penitenciario Costarricense.”*

I. FINANCIAMIENTO

El siguiente apartado tiene como objetivo identificar el origen y la aplicación del financiamiento que da soporte a la atención integral del VIH/SIDA en Costa Rica. Para este documento se fijó como periodo de análisis de 1998 al 2002.

1. Responsables del financiamiento de la atención integral del VIH/ SIDA

1.1 Fuentes de financiamiento

La Constitución Política en el artículo 46, da la posibilidad de que el Estado opere algunas actividades para mantener un nivel de vida digno de la población. Dentro de estos bienes y servicios se encuentra la salud, considerada como un derecho constitucional de todos los

costarricenses. Así, para definir los responsables del financiamiento se identifican tres tipos de fuentes: las públicas, las privadas y las externas.

Fuentes públicas

En las fuentes públicas se distinguen las entidades del gobierno central como el Ministerio de Salud, el Ministerio de Educación Pública y el Ministerio de Justicia y Gracia; las cuales basan su financiamiento, principalmente en los impuestos, que son transferidos por el Ministerio de Hacienda. En segunda instancia, se encuentra la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), que se financia con una contribución tripartita entre del Estado, el patrono y el trabajador. En tercer lugar, dentro del sector educativo, participa la Universidad de Costa Rica, cuyo mayor flujo de recursos proviene de los impuestos.

Fuentes privadas

Aquí se agrupan las entidades con y sin fines de lucro, las organizaciones no gubernamentales (ONG), que sirven de apoyo a los hogares y a la función pública. Su financiamiento procede de donaciones, de la generación de recursos propios y de los organismos de cooperación internacional. Por otra parte, se tienen los gastos de bolsillo provenientes de los hogares para el pago de servicios de salud privados.

Fuentes externas

Están representadas por los recursos que provenientes de la cooperación internacional, los cuales son puestos en operación tanto por entes del sector público como por las ONG.

1.2 Fuentes de financiamiento

Antes de proceder a puntualizar sobre la distribución del financiamiento para la atención de la epidemia del VIH/SIDA, es importante mencionar que a pesar de que cada uno de los actores que participan en las acciones estratégicas de prevención, control y el tratamiento del VIH-SIDA cuenta con los recursos para el desarrollo de sus planes de trabajo. En Costa Rica no existe un mecanismo de consolidación de la información financiera, como por ejemplo de Cuentas Nacionales de VIH-SIDA, que permita visualizar la distribución de los recursos invertidos por los distintos entes y que sirva de insumo para la toma de decisiones. Asimismo, la mayoría de las entidades que realizan actividades en VIH-SIDA, no generan reportes consolidados que vinculen los objetivos, las metas alcanzadas y los recursos invertidos en su consecución.

A continuación se presenta la información obtenida para el quinquenio 1998-2002. Los resultados de los años 1998 y 1999, provienen del estudio de Cuentas Nacionales en VIH-SIDA⁵ y para los siguientes tres años se utilizan estimaciones.

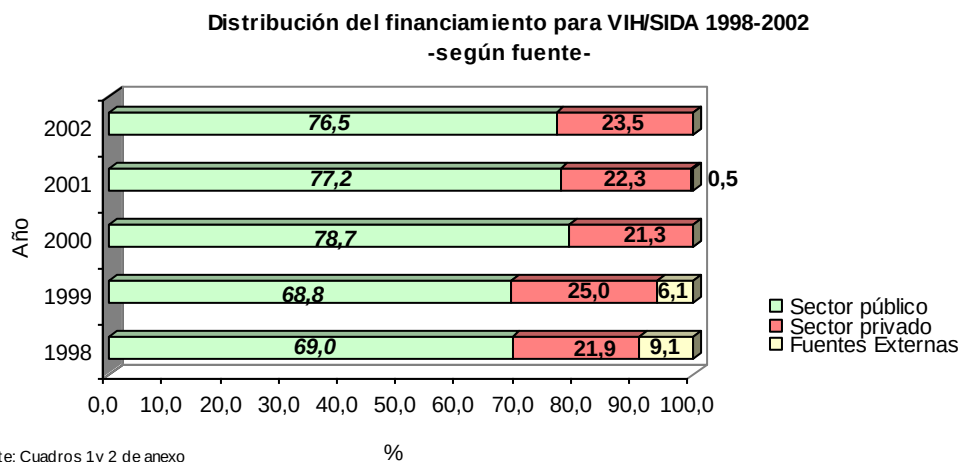
El total de recursos invertidos por nuestro país para afrontar la epidemia del VIH-SIDA fue de ₡16.856,9 millones aproximadamente, en el periodo de análisis. En promedio, se dedicaron ₡3.357,84 millones por año.

La principal fuente de financiamiento corresponde al sector público, la cual contribuyó con el 69,0% del total de los recursos para los primeros dos años y un 77,4% para los siguientes tres años. El sector privado aportó aproximadamente el 23,3% del financiamiento (gráfico 5).

⁵ Jiménez, Ronulfo; Rodríguez, Pablo y Herrera, Guisella. Cuentas Nacionales en VIH/SIDA. Estimación de flujos de financiamiento y gasto en VIH/SIDA 1998-1999. San José, C.R.: 1999.

En cuanto a las aportaciones de fuentes internacionales, éstas representaron el 9,1% y 6,1%, en 1998 y 1999 respectivamente. En el año 2001 se recibieron aproximadamente ₡17,1 millones (0,5%) y en los restantes años no ingresaron donaciones. Esta situación evidencia el hecho de que nuestro país ha dejado de ser considerado por los diferentes organismos donadores como prioritario para la cooperación tanto bilateral como multilateral.

Gráfico 5

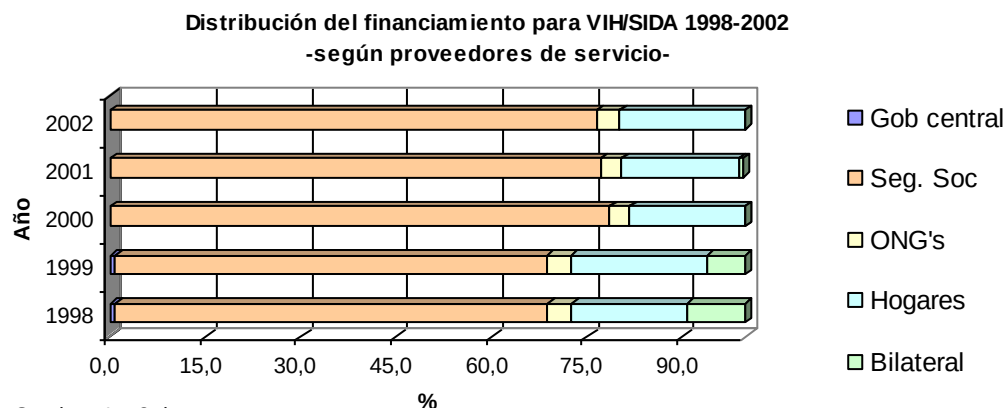


En términos de variación relativa, se tiene que el sector público decreció, en promedio un 35% en la contribución aportada, con excepción del año 2000, en el que aumentó en un 37,0% con respecto a 1999. El motivo principal de estos cambios es el comportamiento en el costo promedio de los medicamentos antirretrovirales (ARV), tal como se mostrará más adelante. De igual forma, los recursos captados a través de fuentes externas decreció significativamente y el sector privado mostró un crecimiento medio de 2,5% en los últimos tres años.

1.3 Entidades prestadoras de servicios

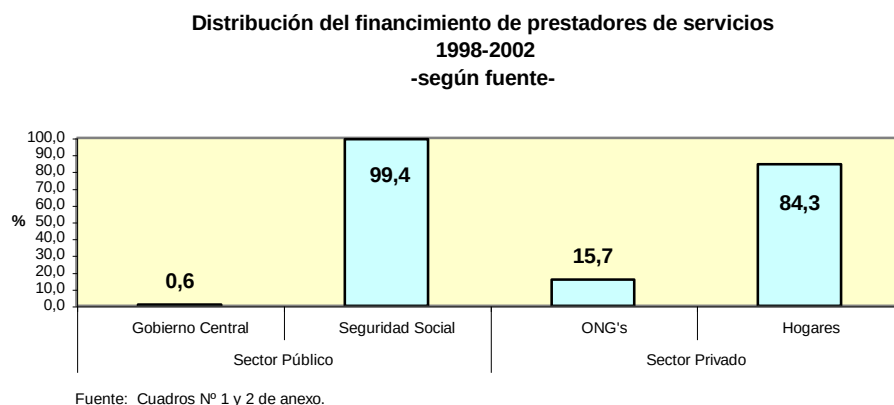
Al analizar el financiamiento público, se observa que la Caja Costarricense de Seguro Social es la principal fuente de recursos, con un valor cercano al 77%, (en los últimos tres años), seguido por los gastos de los hogares o de bolsillo con un 19% y las ONG con un 3,5%. (gráfico 6)

Gráfico 6



En términos de composición por sector, en el sector público, la CCSS aporta el 99% de los recursos, en tanto, el 1% restante lo aporta el Gobierno Central con sus diferentes acciones desarrolladas por medio del Ministerio de Salud, principalmente (gráfico 7). En el sector privado, las ONG's aportaron el 84% de los recursos, en tanto los hogares, el 16%.

Gráfico 7



2. Gasto nacional en la atención integral del VIH /SIDA

Del gasto nacional total generado por la atención del VIH/SIDA, resalta la importancia que reviste la inversión en la compra de medicamentos ARV, la cual representó, en promedio, el 47% en el quinquenio analizado. El cuadro 1 muestra la evolución que ha tenido el otorgamiento de terapia ARV. Se observa que el costo promedio por paciente ha decrecido en más del 50% desde 1998 al 2002, pasando de \$7.260 a \$2.375 aproximadamente, como consecuencia de la disminución de los precios por parte de las casas farmacéuticas y a la oferta de medicamentos genéricos.

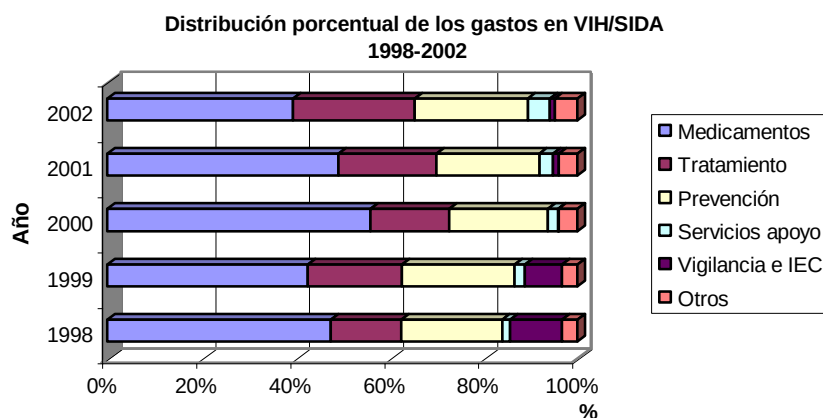
No obstante, el número de pacientes tributarios ha crecido a lo largo de los años. La compra de los medicamentos ARV representa el 7,4%, en promedio, de los recursos dedicados a la compra de medicamentos en la CCSS.

Cuadro 1

Gasto por tratamiento triasociado de antirretrovirales					
1998-2002					
Año	Pacientes tributarios	Costo promedio trat triasociado (\$)	Gasto anual ARV (1/)	Gasto en medicamentos (1/)	% ARV/Med.
1998	409	7.260	2.969	56.536	5,3
1999	609	6.803	4.143	47.422	8,7
2000	937	7.029	6.586	67.935	9,7
2001	1.144	4.641	5.310	64.947	8,2
2002 2/	1.620	2.375	3.848	70.930	5,4
1/ En miles de dólares					
2/ Datos estimados					
Fuente: Dpto. de Farmacoterapia					

El gasto en prevención, incluye la compra de condones, el abordaje de las infecciones de transmisión sexual, el tamizaje perinatal y de hemoderivados (bancos de sangre). Este representó el 22% del total de los recursos utilizados, tal como se anota en el gráfico 8, y tuvo un crecimiento aproximado del 4%. Aquí es importante mencionar la relevancia que muestra la adquisición de condones, dado que cerca del 20% del gasto es dedicado a este rubro, y el principal aporte lo realizan los hogares.

Gráfico 8



Fuente: Cuadros 1 y 2 del anexo

Por otra parte, los egresos correspondientes al tratamiento, que incluye hospitalización, consulta externa y mitigación, representaron el 20,0% del total de los recursos y tuvieron un incremento promedio del 20%.

La hospitalización es el rubro de mayor importancia en este apartado, representando el 14% del gasto.

Los servicios de apoyo, están representados por las pruebas de diagnóstico y monitoreo, y representan el 2,7% de los gastos. Se observa una baja inversión en vigilancia epidemiológica (1%). En 1998 y 1999 se da un aporte importante al gasto en información, educación y comunicación (IEC), equivalente al 13,3% y 7,8%, respectivamente, donde la principalmente fuente de financiamiento

provenía de la cooperación externa. En los años siguientes, al disminuir los recursos por esa vía, se evidencia una caída importante en dicho gasto, hasta alcanzar menos del 1% del gasto total.

3. Impacto del gasto del VIH/SIDA sobre el financiamiento del Sector Salud

Para dimensionar el impacto del financiamiento destinado a la atención de la epidemia del VIH/SIDA dentro del sistema de salud pública, a continuación se muestran los siguientes indicadores que relacionan el gasto en VIH/SIDA con estimaciones del gasto en salud (Cuadro 2).

Cuadro 2

Peso del gasto en VIH/SIDA al 2001	
En términos porcentuales	
Indicador	2001
Gasto público en Salud/PIB	5,9
Gasto público en VIH-SIDA/Gasto Público en Salud	0,9
Gasto público en VIH-SIDA/Gasto Total en VIH-SIDA	77,2
Gasto de hogares en VIH-SIDA/Gasto total en VIH-SIDA	18,9
Gasto público en ARV/Gasto total público en salud	0,6
Gasto total en ARV/Gasto total en VIH-SIDA	49,1
Gasto público en ARV/Gasto público (CCSS) medicamentos	8,2
<i>Fuente: Elaboración propia con base a datos del Estado de la Nación 2001 y estimación VIH/SIDA 2001</i>	

Del gasto en efectivo de la CCSS, el gasto en VIH/SIDA representa, en promedio, el 1%.

4. Cooperación internacional

Tal como se mencionó, en los últimos tres años la cooperación internacional para la atención del VIH/ SIDA en Costa Rica ha sido escasa. Sin embargo, a mediados del 2002, fue presentada por parte del Ministerio de Salud, a través del Consejo de Atención Integral del VIH/ SIDA, una propuesta de cooperación ante el Fondo Global de Lucha contra la Tuberculosis, Malaria y VIH/ SIDA, por un monto de \$4,2 millones. De aprobarse esta solicitud, su implementación se llevará a cabo de manera intersectorial, con la participación del Ministerio de Salud, el Ministerio de Justicia y Gracia, el Ministerio de Educación Pública, la CCSS y las ONG's. La propuesta está orientada hacia la prevención, por lo que su propósito es educar a los hombres que tienen sexo con hombres, adolescentes (en particular, los que se encuentran en situaciones de vulnerabilidad) y a las personas que viven con HIV/ SIDA, a adoptar comportamientos que protejan su salud, reduzcan su riesgo y vulnerabilidad a contraer VIH/ SIDA e ITS, y contribuya a obtener una mejor calidad de vida.

Por otra parte, recientemente se han iniciado conversaciones para evaluar la posibilidad y conveniencia para el país, de la compra de antirretrovirales a nivel centroamericano, esto como parte de la estrategia de acceso acelerado a la atención integral para personas viviendo con VIH/ SIDA en esta región. Esta iniciativa es impulsada por la OPS/ OMS.

J. ORGANIZACIÓN Y GESTION

Consejo Nacional de Atención Integral al VIH/ SIDA

Con la aprobación del Reglamento de la Ley General de VIH/ SIDA en 1999 se oficializa la conformación del Consejo Nacional de Atención Integral al VIH/ SIDA, el cual está adscrito al Ministerio de Salud y es la máxima instancia a nivel nacional encargada de recomendar las políticas y los programas de acción de todo el sector público en esta materia. Actualmente es presidido por el Viceministro de Salud. El Consejo se encuentra integrado por un o una representante de:

- a) Ministerio de Salud, quien preside
- b) Ministerio de Educación Pública
- c) Ministerio de Justicia
- d) Presidencia Ejecutiva de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS)
- e) Rectoría de la Universidad de Costa Rica
- f) Dos representantes de las organizaciones no gubernamentales (ONG) que atiendan asuntos relacionados con el VIH/ SIDA. Uno(a) de ellos(a) deberá ser una persona portadora del VIH que represente a toda la población afectada.

Funciones del Consejo

1. Recomendar al Ministerio de Salud las políticas nacionales sobre el VIH-SIDA, y elaborar y actualizar los planes maestros de VIH-SIDA, así como los demás planes nacionales relacionados con este tema.
2. Coordinar con las diferentes instituciones, tanto públicas como privadas, los asuntos relacionados con el VIH-SIDA. Se fomentarán la cooperación y los acuerdos institucionales.
3. Velar, ante las instancias públicas y privadas, por la plena observancia y el respeto de los derechos y las garantías de las personas portadoras del VIH o enfermas de SIDA, sus familiares y allegados.
4. Colaborar con el Ministerio de Salud en la fiscalización y evaluación de la ejecución y la eficacia de las medidas, disposiciones y acciones contempladas en las normas relacionadas con el VIH-SIDA, en el plan maestro de VIH-SIDA y en los planes nacionales de VIH-SIDA.

Logros

El Consejo ha trabajado principalmente en su consolidación como ente rector de las políticas en el campo de VIH/ SIDA, para lo cual en el año 2001 y mediante la colaboración de ONUSIDA, logró elaborar otro Plan Nacional Estratégico para el Abordaje Integral del VIH-SIDA 2001-2004⁶, el cual se sustenta en la Política Nacional de Salud 1998-2002 y en su correspondiente Plan Nacional de Salud 1999-2004. Este Plan representa un gran esfuerzo del Consejo ya que el mismo fue elaborado de manera intersectorial e interdisciplinaria, de forma participativa recopilándose los planes, programas y proyectos que se realizan o se van a realizar en el tema de VIH/ SIDA a nivel nacional en un período de cuatro años.

En el mes de septiembre 2002, el Consejo Nacional de Atención Integral del VIH/SIDA, con la participación de instituciones gubernamentales y no gubernamentales logró consolidar una propuesta de proyecto por \$4,202.352 la cual fue presentada al “Fondo Global para la Lucha contra el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria”, para financiar actividades de prevención de la infección con VIH/SIDA en: hombres que tienen sexo con hombres, niñas y adolescente en riesgo o en explotación sexual, PVS, así como en la población general.

Retos

Uno de los retos más importantes del Consejo para el corto y mediano plazo es la creación, financiamiento y consolidación de una Secretaría Técnica/ Ejecutiva, que le permita a ese órgano cumplir con sus funciones de ley, además de dar un seguimiento eficaz y eficientemente a los planes, programas y proyectos del Consejo. En segundo lugar, se plantea el reto de la implementación de las

⁶ Consejo Nacional de Atención Integral al VIH/SIDA. Plan Nacional Estratégico para el Abordaje Integral del VIH/SIDA, 2001-2004. San José, C.R.: Ministerio de Salud, 2001.

acciones contenidas en la propuesta recientemente presentada para su financiamiento, las cuales se presentan como un primer gran esfuerzo de trabajo conjunto entre el gobierno y la sociedad civil para desarrollar acciones específicas en el campo de la prevención del VIH /SIDA desde distintos escenarios con énfasis en HSH, PVS, niños, niñas y adolescentes.

Red de Organizaciones No Gubernamentales

Las ONG nacen de la necesidad sentida de las personas afectadas por el VIH/SIDA, no cubiertas por la Seguridad Social. La primera organización no gubernamental fue la Asociación de Lucha contra el SIDA fundada en 1987, la cual estaba conformada principalmente por personas homosexuales dedicadas a brindar apoyo a los enfermos de SIDA. Esta organización se transforma posteriormente en el Instituto Latinoamericano de Prevención y Educación es Salud (ILPES), el cual amplía su trabajo a otras áreas además del SIDA y con énfasis en los grupos minoritarios. ILPES deja de funcionar en 2001.

En 1989 se crea la Fundación Vida la cual ha desarrollado una amplia experiencia en la atención a las personas que viven con VIH/SIDA (PVS) y a sus familias por medio de sus programas de voluntariado, atención psicológica y subsidios. La Fundación Vida es la más antigua de las ONG's que trabajan actualmente. FUNDESIDA se crea en 1990 a fin de canalizar fondos internacionales en apoyo al Plan Nacional. Posteriormente nacen otras organizaciones abocadas a crear albergues como la Asociación Amigos de la Cinta Roja en 1994 que desaparece un año después, el Hogar Hoy por Ti, en 1996 y el Hogar de la Esperanza en 1997 aún activas. En 1995 surge la primera Asociación de Personas Viviendo con VIH-SIDA (APAVHI) la cual no se encuentra activa actualmente. En 1996 nace ASOVHISIDA también conformada por PVS la cual se mantiene activa.

Red de ONG

La primera iniciativa de crear la RED de ONG se dio en 1995, y fue impulsada por la Fundación Vida mediante la realización de un taller nacional que contó con el apoyo económico de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/ OMS).

No es sino hasta el año 2000 en que se logra su conformación, la cual cuenta con una secretaría ejecutiva, los respectivos reglamentos de funcionamiento, así como la celebración de reuniones ordinarias mensuales de los representantes de las organizaciones. La red ha desarrollado actividades de capacitación, de coordinación de actividades y de denuncia por la defensa de los Derechos Humanos de las PVS.

Financiamiento

Costa Rica ha recibido cooperación internacional para las ONG's principalmente por parte de la OPS/OMS, la Comunidad Económica Europea, de la Embajada Real de los Países Bajos, así como de otras organizaciones como HIVOS. Sin embargo, estos fondos han ido disminuyendo paulatinamente, debido a que dentro de las prioridades de los donantes, no se encuentra Costa Rica, ya que se cuenta con mejores condiciones y un panorama más optimista para abordar el problema del VIH/SIDA con relación a los hermanos países centroamericanos. Lo anterior ha significado una amenaza para la subsistencia de las ONG's ya que el apoyo estatal es escaso y los mecanismos de coordinación débiles y limitados.

La diversidad de los enfoques, poblaciones meta y estrategias utilizadas por las ONG's, constituyen un aporte importante a la atención y prevención del SIDA en el país, por lo cual realizan acciones para su auto sostenibilidad, principalmente por medio de la venta de servicios, como cursos de capacitación. Sin embargo, esta estrategia se ha visto muy limitada debido a la naturaleza de los servicios que brindan a los PVS y a la poca demanda de cursos de capacitación. Por esta razón, se considera fundamental la creación de alianzas estratégicas y para consolidar el apoyo estatal y asegurar de esta manera la subsistencia de dichas organizaciones así como su integración de manera activa en los planes, programas nacionales para el abordaje de la pandemia.

Logros

Acciones estratégicas:

Participación en procesos nacionales para la redacción de la leyes y la definición de planes, programas y proyectos.

Participación en procesos de lucha por los derechos de los PVS tanto a nivel nacional como centroamericano (acceso a terapia antirretroviral)

Principales actividades desarrolladas:

Programas de capacitación al personal de salud y población en general

Actividades de prevención y sensibilización de los diversos estratos poblacionales utilizando metodologías y materiales didácticos específicos.

Atención y prevención del VIH para HSH (homosexuales, bisexuales, travestis y privados de libertad)

Programas de apoyo emocional y acompañamiento para PVS a partir del diagnóstico inicial y hasta su muerte así como de seguimiento a sus parejas y familiares

Programas de ayuda económica a los PVS y sus familias (compra de alimentos, ropa, ataúd, servicios fúnebres, asesoría legal)

Instituciones Gubernamentales

Ministerio de Justicia

Desde 1985 cuando aparecieron los primeros casos reportados de VIH /SIDA en el país, el Ministerio de Justicia en coordinación con la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) incluyó en los servicios de salud que se brindan en los centros penitenciarios, la atención y el tratamiento de las privadas y privados de libertad afectados (as) con el VIH SIDA. En 1987, se creó la Comisión Nacional Penitenciaria de VIH /SIDA (COPESI), además de las subcomisiones que operan en los diferentes centros penales; las cuales coordinan la atención integral a las personas privadas de libertad portadores del VIH o enfermos de SIDA en coordinación con los servicios que brinda la CCSS. COPESI hasta la fecha ha realizado acciones de prevención y concientización sobre el sexo seguro y la normalización de la atención del privado de libertad afectado por VIH /SIDA. La falta del recurso humano capacitado, además de la falta de presupuesto adecuado para las acciones preventivas y de promoción de la salud, han impedido la institucionalización de un programa de capacitación con un enfoque de derechos humanos y de diversidades que tenga una cobertura significativa. Actualmente se cuenta con la colaboración del club Rotario 3H tanto para la capacitación de funcionarios como de privados de libertad en el tema de VIH/ SIDA.

Ministerio de Educación Pública

El Ministerio de Educación Pública, según lo explicitado en el Código de la Niñez y la Adolescencia (1998) y la Ley y Reglamento para la Atención del VIH /SIDA (1998), la Ley de Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad (Ley 7600, mayo de 1996) y las Políticas Educativas de la Sexualidad (MEP, 2001) indican la necesidad de:

Establecer un plan estratégico que indique:

El cambio de conductas y actitudes de las poblaciones jóvenes y favorecer proyectos de vida basados en una vivencia de la sexualidad sana en articulación con padres y madres de familia

Generar actitudes de tolerancia a la diversidad, inclusivas y de equidad en los ambientes escolares

Informar y aclarar acerca de los mitos, estereotipos y temores asociados al tema de sexualidad, y el VIH / SIDA, en procura de aumentar los niveles de tolerancia a la diversidad y generar procesos de equidad entre géneros.

Capacitar al personal docente, mediante la sensibilización y capacitación en el campo de la educación integral de la sexualidad

Incorporar en los programas de estudio la sexualidad como tema transversal de tal manera que se aborde el tema de la sexualidad y el VIH/ SIDA en cualquiera de las materias

Conformar en las poblaciones jóvenes estrategias de multiplicación, a través del diálogo entre jóvenes

Generar acciones curriculares para formar a la población estudiantil. Implica sensibilizar, aportar conocimientos y potenciar las competencias (habilidades y destrezas)

Establecer y fortalecer estrategias que reduzcan la vulnerabilidad de niños, niñas y adolescentes

Luchar contra los estereotipos y desigualdades de género con relación al VIH/ SIDA

Establecer estrategias de promoción de la atención psicosocial a los niños, niñas y adolescentes VIH/ SIDA positivas(os) en los centros educativos

A fin de lograr lo anterior, el Ministerio de Educación Pública crea mediante decreto ejecutivo de noviembre de 2001, el Departamento de Educación Integral de la Sexualidad (DEIS), el cual forma parte de la División Curricular. La educación integral de la sexualidad puesta en práctica durante el año de existencia del DEIS, prevé la conformación de equipos de coordinación institucionales de tal forma que familiares y estudiantes participan en el diseño, ejecución y evaluación de los proyectos pedagógicos dedicados al abordaje del tema extra aula (formación humana y grupos de apoyo). Este departamento es vigilante de la implementación de las Políticas Educativas en Sexualidad (junio del 2001), cuyo enfoque, además de informar deben incorporar valores éticos y generar competencias para la vida, así como educar en sexualidad con orientación en la prevención del VIH /SIDA.

Ministerio de Salud

El Ministerio de Salud en su papel de rector del Sector Salud tiene a su cargo la conducción de los procesos de definición de políticas, planes, programas y proyectos relacionados con el tema de VIH /SIDA en forma concertada con las instituciones gubernamentales y no gubernamentales que realizan acciones en dicho campo.

Además, le compete la regulación de los servicios de salud, públicos y privados que brindan atención integral a las personas VIH /SIDA positivas, así como de las instalaciones o albergues a cargo de las organizaciones no gubernamentales y otras instancias de la sociedad civil.

A la Ministra de Salud o a quien sea designado por ella, le corresponde la Coordinación del Consejo Nacional para la Atención del VIH/SIDA, máximo órgano rector en el tema. Ni el Ministerio de Salud ni el Consejo Nacional de Atención al VIH/SIDA cuentan con presupuestos específicos para el financiamiento de acciones específicas, a excepción de los fondos que por medio de la cooperación multilateral (OPS/OMS, ONUSIDA) se destinan para actividades concretas. Uno de los retos más importantes tanto del Ministerio de Salud quien coordina como del resto de las instituciones y

organizaciones que conforman el Consejo Nacional de Atención Integral al VIH/SIDA es la consolidación de su rol rector y fiscalizador de las políticas en dicho campo.

K. INVESTIGACION

La investigación en VIH/SIDA en el país ha tenido como objetivo fundamental, disponer de manera oportuna y veraz de información para la toma de decisiones que permita orientar las acciones estratégicas para la atención integral. En la Declaración de San José sobre VIH/SIDA, firmada por el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social, en Mayo de 1997, se establece lo siguiente en relación a la investigación en VIH/SIDA: *“Nuestro país cree en la importancia de la investigación científica, en el abordaje interdisciplinario y la educación como algunos de los medios más eficaces para hacer frente a este tema [...VIH/SIDA...] tan delicado. Creemos en el valor insustituible de una información que se caracterice por ser preventiva, responsable, integral y prudente”*

Aunque existen muchos esfuerzos de investigación en VIH/SIDA, todavía no se ha desarrollado un Programa de Investigación en VIH/SIDA que defina las prioridades de investigación, identifique y movilice los recursos necesarios, y coopere en la recopilación y divulgación de información en el ámbito nacional y en los niveles subnacionales.

L. ASPECTOS CRÍTICOS Y ESTRATEGIAS

Vigilancia Epidemiológica

La vigilancia epidemiológica del evento VIH/SIDA así como de los riesgos de contraer la infección se presenta como uno de los aspectos críticos más importantes del Sector Salud, ya que el sistema de vigilancia actual presenta varias deficiencias entre las que destacan:

El evento VIH/SIDA no está incluido como evento de notificación

obligatoria en el decreto emitido en 1983, a pesar de que un adendum emitido en 1985 al decreto en mención y que la Ley del VIH/SIDA hacen obligatoria la notificación de la enfermedad, aunque no así del infectado. Esto ha impedido contar con información confiable acerca de los individuos portadores y/o enfermos, insumo básico para la determinación de la tendencia y la magnitud real de la epidemia

No se cuenta con un protocolo para la prevención y control del VIH/SIDA y otras ITS

El sistema de información existente es ineficaz, ya que no se encuentra computadorizado, permite el sub-registro de casos y la alimentación del mismo no es expedita ya que la notificación por parte de los servicios de salud públicos es inoportuna y lenta y los servicios privados no notifican los casos diagnosticados tanto desde el punto de vista clínico como de laboratorio.

Como una estrategia fundamental a corto plazo se propone la elaboración, publicación y difusión del protocolo para la prevención y control del VIH/SIDA y otras ITS, así como la establecimiento de los mecanismos de coordinación interinstitucional y con los servicios de salud privados que permitan optimizar el sistema de vigilancia epidemiológica existente. A mediano o largo plazo el Sector Salud deberá orientar sus esfuerzos hacia la implementación del sistema de información en forma automatizada como parte del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud, el cual se encuentra en la etapa de implementación inicial.

Legislación

En este campo se nota un desconocimiento de la Ley del VIH/SIDA en la población en general y su incumplimiento por parte de la de los responsables. Lo anterior, a pesar de las sanciones administrativas y penales que se contemplan en ella. Los aspectos de confidencialidad de la identidad de los PVS plantean situaciones discriminatorias, ya que solamente se imponen una sanciones a los trabajadores de salud, dejando sin pena por esta misma acción a otros funcionarios o trabajadores.

En vista de lo anterior, se hace necesario establecer mecanismos para divulgar la ley de manera masiva, así como realizar las modificaciones necesarias en las sanciones que pueden ser aplicadas a las personas que violen injustificadamente la confidencialidad de una PVS. Debido a que el adendum del decreto de vigilancia epidemiológica vigente no hace obligatoria la notificación del VIH, se hace necesario la creación de un nuevo decreto ejecutivo que contemple la obligatoriedad de la notificación de dicha condición por parte de los servicios de salud tanto públicos como privados.

Gestión

Como aspecto critico de este apartado se plantea la necesidad de que el Consejo Nacional de Atención Integral al VIH/SIDA cuente con una personería jurídica que le permita captar y administrar fondos provenientes de fuentes financieras nacionales e internacionales, a fin de cumplir con las obligaciones establecidas por la ley , para lo cual deberán realizarse las modificaciones correspondientes al Reglamento de la Ley del VIH/SIDA.

Otra estrategia a considerar a corto plazo, es la creación de una Secretaría Ejecutiva, cuya función sería la de poner en operación las decisiones del Consejo, así como dar seguimiento a los planes y proyectos en VIH/SIDA, la definición de estrategias de comunicación y concertación entre los distintos actores involucrados en el abordaje del VIH/SIDA, así como la definición de propuestas de proyectos para la búsqueda de financiamiento externo. El financiamiento de las organizaciones no gubernamentales así como la necesidad de capacitación gerencial son dos temas que deben atenderse a fin de optimizar el desempeño de sus funciones y de definir propuestas viables susceptibles de financiamiento.

Prevención

Las acciones de prevención del VIH/SIDA a nivel de la población general se vieron disminuidas con la introducción de la terapia antirretroviral en nuestro país, ya que el gasto en medicamentos, redujo sustancialmente la inversión en otros rubros, como son las campañas informativas en los distintos medios de comunicación así como la producción de material educativo dirigido a los grupos poblaciones. Esta situación, ha sido analizada por el Consejo Nacional de Atención Integral del VIH/SIDA, el cual realizó las gestiones preliminares para el diseño de una campaña de mercadeo integral, enfocada a diversos sectores poblacionales y utilizando diversas estrategias. Sin embargo, la implementación de dicha campaña de mercadeo y comunicación social se ha visto obstaculizada por la falta de financiamiento adecuado.

Por otro lado, se hace indispensable la implementación de campañas permanentes que fomenten el uso del condón, así como garantizar la disponibilidad de condones que cumplan con los criterios de calidad establecidos internacionalmente.

El tamizaje de la mujer embarazada a nivel de los servicios de salud para prevenir la transmisión madre-hijo del VIH (TMH) no se realiza adecuadamente debido a diversas razones: solo se puede efectuar previo consentimiento informado, el personal no se encuentra capacitado para la evaluación del riesgo y brindar la consejería necesaria, la centralización para la realización de pruebas de tamizaje y confirmatoria y la falta de mecanismos expeditos para la devolución de los resultados de las pruebas a las Áreas de Salud y Clínicas Periféricas. Aunado a lo anterior, el tamizaje de la mujer embarazada constituye una tarea adicional para el personal de salud que requiere tiempo y dedicación, y que en algunas ocasiones no está contemplado en los compromisos de gestión. En este sentido, se evidencia la necesidad de establecer las directrices necesarias para que el tamizaje de las embarazadas

se realice adecuadamente desde el primer de atención, a fin de garantizar una cobertura adecuada de dicha estrategia.

Con respecto a la prevención en el grupo HSH, el cual presenta el mayor riesgo de infección y muerte por VIH/SIDA, es indispensable conocer la tendencia real de la infección y de los factores condicionantes a fin de diseñar estrategias de comunicación social y de prevención tendentes a promover las prácticas sexuales saludables o a modificar prácticas o costumbres riesgosas. Lo anterior sin dejar de lado, otros grupos vulnerables como son: los y las trabajadoras(es) comerciales del sexo y las niñas, niños y adolescentes en explotación sexual.

Atención Integral y Tratamiento

En este capítulo, el país afronta uno de los retos más importantes para el abordaje de la infección por el VIH/SIDA con calidad, amplia cobertura y accesibilidad, ya que si bien es cierto, el tercer nivel de atención, representado en este caso, por los cuatro hospitales nacionales y uno regional, se encuentra en capacidad para ofrecer casi la totalidad de los servicios especializados así como el tratamiento antirretroviral (Escenario III ⁷), en ninguno de los otros niveles se han definido las competencias, y por lo tanto, desarrollado las capacidades para brindar atención integral a los y las PVS (Escenarios I y II).

Lo anterior no significa que se debe desconocer el gran esfuerzo realizado por el Sistema de Salud, y los avances logrados por profesionales de gran mística y capacidad, por brindar respuesta a las necesidades de la epidemia, sin embargo, a corto y mediano plazo, deberá iniciarse un proceso estratégico de desconcentración de la atención integral para que esté disponible en todos los niveles del sistema de salud, según su complejidad y disponibilidad de recursos para permitir brindar atención domiciliaria y comunitaria, secundaria y terciaria, con un mecanismo de referencia y contrarreferencia como el que opera actualmente, para la mayoría de las enfermedades.

Se deberá garantizar que aún en las zonas donde los recursos sean limitados, se podrá prestar atención integral con calidad a los y las PVS, para asegurar una mejor sobrevivencia y productividad.

Gasto y Financiamiento

La concentración de las acciones del sector público entorno hacia el VIH/SIDA y en especial de la CCSS, han orientado el financiamiento principalmente hacia la provisión de servicios que involucran el tratamiento, el suministro universal de la terapia antirretroviral y el tamizaje de la sangre y de las embarazadas que lo deseen. Sin embargo, es notoria la escasa importancia dada a la vigilancia epidemiológica, la educación, la información y la comunicación, como medios de acción para la concientización de la población y en especial de los grupos vulnerables, a adoptar medidas preventivas que disminuya el riesgo de contraer el VIH/SIDA y su propagación.

El Plan de Atención a la Salud de las Personas (PASP) 2001 - 2006⁸ y el Plan de Atención de las Personas con VIH/SIDA 2001-2004, contiene objetivos y metas que involucran aspectos de educación e información. No obstante, es necesario y urgente, la adopción e implementación de estrategias de abordaje, en primera instancia, para los grupos más vulnerables de la población a contraer el VIH/SIDA, de tal forma que reciban información oportuna y disminuya su riesgo de exposición. Esta labor puede llevarse a cabo de forma intersectorial, incluyendo la participación del sector turismo y en general, de la empresa privada.

El gasto e inversión en tratamiento ARV muestra una participación notoria con respecto al gasto institucional de medicamentos de la CCSS, por encima del 5% en el quinquenio 1998-2002.

⁷ OPS/OMS. Atención integral por escenarios de atención y niveles: Pautas de atención integral para personas infectadas por el VIH/SIDA en las Américas. Informe resumido. Washington DC: OPS/OMS, ONUSIDA, IAPAC. http://www.paho.org/Spanish/HCP/HCA/BB_Summary_span.pdf, (2001)

⁸ Caja Costarricense de Seguro Social. Plan de Atención a la Salud de las Personas (PASP) 2001-2006. San José, C.R.: Caja Costarricense de Seguro Social, 2001-

Asimismo, el número de pacientes tributarios ha aumentado cuatro veces y de ellos, cerca del 5% de los pacientes son extranjeros, que ingresan al país, optan por el seguro voluntario a fin de recibir los beneficios dados por Seguridad Social.

Se hace necesario la búsqueda de mecanismos que permitan dar el sostenimiento financiero a largo plazo de este tratamiento en el país. Por ejemplo, regulando el otorgamiento de beneficios a extranjeros que no residan en el país, entre otras.

Costa Rica no se dispone de un mecanismo de consolidación de la información financiera que se genera en la atención integral del VIH/SIDA. De ahí, que sea dificultoso disponer de información actualizada y consolidada, que vincule las metas y productos obtenidos con los recursos financieros empleados, así como evaluar los alcances de las políticas implementadas.

Se requiere la adopción de un sistema de consolidación de información financiera por parte del CONASIDA, como por ejemplo, cuentas nacionales en VIH/SIDA, que permita a las autoridades sanitarias y a los gestores de las diferentes organizaciones, visualizar y monitorear la distribución de los recursos y los planes de trabajo VIH/SIDA, realizar las respectivas evaluaciones y retroalimentar la toma de decisiones en función de las políticas adoptadas.

Dada la capacidad técnica y de infraestructura con que cuenta nuestro país, la definición de una agenda nacional para la investigación en VIH/SIDA con la participación de las instituciones del Sector Salud, los institutos y centros de investigación de las universidades, tanto estatales como privadas y las ONG, se plantea como el asunto crítico a resolver a mediano plazo en este campo. El proceso participativo de definición de la agenda, deberá estar acompañado por las consiguientes negociaciones concertadas a nivel de país, para la búsqueda del financiamiento (bilateral o multilateral) para las propuestas que se planteen.

M. LITERATURA CITADA Y CONSULTADA

Consejo Nacional de Atención Integral del VIH/SIDA. Ley General del VIH/SIDA. San José, C.R.:Ministerio de Salud, 1998.

Consejo Nacional de Atención Integral del VIH/SIDA. Reglamento de Ley General del SIDA. San José, C.R.: Ministerio de Salud, 1999.

Salom, Ignacio. Clínica de VIH/SIDA, Hospital México. San José, C.R.: CCSS: Hospital México. Octubre, 2002 (Comunicación personal).

OPS/OMS. Atención Integral por escenarios de atención y niveles: Pautas de atención integral para personas infectadas por el VIH/SIDA en las Américas. Informe Resumido. Washington DC: OPS/OMS.
http://www.paho.org/Spanish/HCP/HCA/BB_Summary_span.pdf (2001).

Jiménez, Ronulfo; Rodríguez, Pablo y Herrera, Guisella. Cuentas Nacionales en VIH/SIDA. Estimación de flujos de financiamiento y gasto en VIH/SIDA 1998-1999. San José, C.R.: 1999.

Consejo Nacional de Atención Integral al VIH/SIDA. Plan Nacional Estratégico para el Abordaje Integral del VIH/SIDA, 2001-2004. San José, C.R.: Ministerio de Salud, 2001.

OPS/OMS. Atención Integral por escenarios de atención y niveles: Pautas de atención integral para personas infectadas por el VIH/SIDA en las Américas. Informe Resumido. Washington DC: OPS/OMS. http://www.paho.org/Spanish/HCP/HCA/BB_Summary_span.pdf (2001)

Caja Costarricense de Seguro Social. Plan de Atención a la Salud de las Personas (PASP) 2001-2006. San José, C.R.: Caja Costarricense de Seguro Social, 2001-

CAPITULO X
“SALUD AMBIENTAL”

X. CAPITULO X SALUD AMBIENTAL

A. Resumen

Este documento recopila la información para las siguientes áreas:

- Agua potable
- Aguas residuales
- Desechos sólidos
- Contaminación atmosférica
- Salud ocupacional
- Sustancias peligrosas
- Fauna nociva
- Inocuidad de alimentos
- Aspectos físico sanitarios en edificaciones
- Radiaciones ionzantes

En lo que se refiere al tema de contaminación de cuerpos de agua, no existe en el MINSA o en el MINAE, un inventario de entes generadores a escala nacional, que permita tener una imagen clara de la situación. ^{9/} En Costa Rica, el control de la contaminación en los cuerpos de agua se ha venido atendiendo por prioridades, por lo que se estableció como sector prioritario: el sector cafetalero y el sector azucarero. La estrategia ha consistido en la suscripción de convenios interinstitucionales que permiten abordar la reducción de la contaminación orgánica conforme a cronogramas de trabajo y programas de sensibilización hacia la sociedad civil.

La información sobre los desechos sólidos domésticos se encuentra dispersa. La Dirección de Protección al Ambiente Humano (DPA) ha hecho intentos de recopilarla por medio de los municipios, del IFAM y de empresas privadas, a fin de contar con datos confiables y actualizados. Como producto de gestión se cuenta con datos aproximados de generación de desechos por cantón.

Costa Rica cuenta con un Plan de Manejo de Desechos que ha servido como marco de referencia, junto con la Ley General de Salud y la Ley Orgánica del Ministerio de Salud para la toma de decisiones y acciones correctivas. Las líneas de coordinación se han dado principalmente con el IFAM y la Municipalidad de San José, sin embargo, lo deseable es que se pueda tener este nexo con todos los otros 80 municipios del país.

En algunas áreas, como son los desechos hospitalarios, se cuenta con información suficiente, experiencia en el campo, pero se está lejos de obtener un producto deseable.

La contaminación atmosférica, principalmente por fuentes fijas y móviles, en los últimos años se ha visto incrementada con la importación de gran cantidad de vehículos. Este factor, aunado a la inadecuada infraestructura de la red vial y a un deficiente ordenamiento territorial, ha despertado el interés de organizaciones de cooperación externa como: OPS/OMS, el BID y en los últimos cuatro años del Gobierno Alemán (por medio de la Agencia de Cooperación

Alemana GTZ, colabora con el proyecto de Aire Limpio para la Gran Área Metropolitana, fungiendo como contraparte principal el MOPT).

⁹Se están dando pasos entre ambas instituciones para caracterizar la magnitud de este problema y trazar algunas líneas de acción, como son la definición cánones o tasas por contaminación de vertidos (especialmente líquidos) en estos cuerpos, tomando como plan piloto la Gran Área Metropolitana del país. Se pretende desestimular paulatinamente la práctica tradicional de verter desechos líquidos en ríos, lagos y quebradas

Este proyecto de Aire Limpio, a la fecha no ha hecho desembolsos financieros para la implementación de instrumentos de control y monitoreo, únicamente ha actuado como un ente coordinador de las diferentes instituciones involucradas.

Por otra parte, el MINSA en coordinación con la Universidad Nacional (LAQAT), ha tratado de implementar una red de monitoreo de la calidad del aire en el Área Metropolitana con la operación de dos estaciones, para la determinación de los siguientes contaminantes: dióxido de azufre, óxidos de nitrógeno, PM₁₀ y plomo. No obstante estas acciones, lamentablemente no han sido de prioridad dentro de las políticas de salud de los diferentes Gobiernos de la República.

B. Metodología

La metodología se basó en utilización de fuentes secundarias, además de la experiencia de los profesionales especializados en cada uno de los campos analizados.

Al redactar cada capítulo se quiso presentar un documento que describiera la situación de la Salud Ambiental, de los elementos que lo conforman y de las relaciones entre ellos, tomando en cuenta el contexto histórico, político, económico y cultural. Así, el análisis sectorial constituye más que un diagnóstico situacional pues conjuga el componente retrospectivo de ese tipo de análisis con el prospectivo; es decir, incluye la construcción de hipótesis o escenarios de futuro y la formulación de recomendaciones y políticas.

El análisis sectorial proporciona: a) un volumen manejable de información relevante y actualizada sobre la Salud Ambiental, y b) una síntesis de problemas, estrategias y acciones que permiten orientar, si es necesario, un proceso de reforma. Derivados del Análisis Sectorial puede ser necesario acometer, en su caso, la elaboración de Planes de Salud Ambiental, Planes de Gestión de los Servicios o Planes Maestros de Inversiones.

Los objetivos generales del análisis sectorial son:

- Describir situaciones y evaluar políticas
- Identificar problemas y diagnosticar causas
- Sugerir estudios específicos para profundizar el análisis
- Plantear escenarios futuros
- Contribuir al diseño de políticas
- Proponer estrategias de solución
- Sugerir modalidades de implementación

Se aborda la temática considerando la intervención desde las perspectivas de: PROMOCIÓN, PREVENCIÓN, MITIGACIÓN y RECUPERACIÓN.

C. Marco Legal e Institucional

1. Agua Potable y Aguas Residuales:

El sector agua potable y saneamiento en el país está conformado por todas aquellas entidades que tienen como misión administrar acueductos y alcantarillados sanitarios (el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados, las municipalidades, la Empresa de Servicios Públicos de Heredia, las Asociaciones Administradoras de Acueductos Rurales (ASADAS) y Comités Administradores de Acueductos Rurales (CAARS) y operadores privados), aunque no está formalmente constituido. Esto reduce su fuerza de actuación.

La Ley Constitutiva del Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (AyA), le confiere la responsabilidad de ejercer ciertas funciones de rectoría del sector. Sin embargo, la institución no ha ejercido en su totalidad ese papel, pues le han sido retiradas algunas funciones rectoras y por otra parte la absorbe su papel de operador de sistemas de acueductos y alcantarillados, sobre sus funciones rectoras.

Las instituciones encargadas de la regulación y la fiscalización de la prestación de los servicios del Sector de Agua Potable y Saneamiento (SAPS) son:

Autoridad Reguladora de Servicios Públicos (ARESEP), Ministerio de Ambiente y Energía (MINAE), Ministerio de Salud (MINSA), Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (AyA) y el Servicio Nacional de Aguas Subterráneas, Riego y Avenamiento (SENARA).

Otras instituciones han actuado y actúan en el ámbito legal con dictámenes vinculantes con la regulación, la fiscalización y la misma prestación de los servicios. Estas son: la Sala Constitucional, la Contraloría General de la República y la Procuraduría General de la República.

2. Contaminación de Cuerpos de Agua

Las principales instituciones involucradas en el control de la contaminación de cuerpos de agua son: el MINSA como institución rectora en ambiente humano (antropocéntrico), el Ministerio del Ambiente y Energía (MINAE) institución rectora en ambiente (ecocéntrico), las Municipalidades como instituciones vigilantes y en algunos casos generadores de contaminación, el AyA como institución vigilante y ente generador y el sector industrial y agroindustrial del país como entes generadores de contaminación de cuerpos de agua.

El marco legal está constituido por la Ley General de Salud N° 5395, título II, artículos 275, 276, 277 y 293, Ley 5472 Ley Orgánica del Ministerio de Salud artículos 1, 2 siguientes y concordantes; Ley Orgánica del Ambiente N° 7554, artículos 50, 51, 52, 64, 65, 66 y 67 y Ley de Conservación de la Vida Silvestre N° 7317, artículo 132. Dentro de la reglamentación vigente se encuentra el Reglamento de Vertido y Reuso de Aguas Residuales (Decreto Ejecutivo N° 26042-S-MINAE) y sus reformas.

3. Desechos Domésticos

Las instituciones involucradas en el manejo de los desechos sólidos domésticos en Costa Rica son: MINSA, como institución rectora en salud ambiental, el MINAE (Ministerio del Ambiente y Energía), como institución rectora en ambiente, el IFAM (Instituto de Fomento y Asesoría Municipal) como institución asesora, las MUNICIPALIDADES como instituciones operadoras y controladoras del servicio de recolección y disposición final y empresas privadas, como operadoras del servicio de recolección y disposición final.^{10/}

El marco legal está constituido principalmente por: la Ley General de Salud N° 5395, título II, Capítulo II, artículos 278 al 284, Ley Orgánica del Ambiente N° 7554, artículos 60, 68 y 69 y Código Municipal, Ley N° 7794, artículo 74. Dentro de la Reglamentación vigente se encuentra el Reglamento sobre Manejo de Basuras (Decreto Ejecutivo N° 19049-S) y el Reglamento sobre Rellenos Sanitarios (Decreto Ejecutivo N° 27378-S).

4. Desechos no Domésticos

Desechos Peligrosos

¹⁰Por ejemplo, WPP Continental de Costa Rica, EBI Berthier S.A., EDM de Costa Rica.

El Ministerio tiene como una de sus competencias la responsabilidad del control del manejo de los desechos peligrosos (la Ley General de Salud en sus artículos 278, 279, 280, 281, y siguientes contienen el conjunto de normas que le confieren la competencia al MINSA).

Costa Rica ratificó mediante la Ley N° 7438, Convenio de Basilea Sobre el Control de los Movimientos Transfronterizos de los Desechos Peligrosos y su Eliminación publicada en La Gaceta N° 220 de 18 de noviembre de 1994.

Los compromisos adquiridos obligan al país a disponer todos los desechos peligrosos que se generen, en la medida de lo posible, en el lugar de generación, la reducción de los movimientos transfronterizos a niveles mínimos en forma consistente con el ambiente así como controlar los trasportes transfronterizos bajo los términos de la presente Convención, reducción de la generación de los desechos peligrosos garantizando su manejo ambientalmente seguro.

Desechos Hospitalarios

El MINSA como ente rector para ejercer el control y vigilancia en lo relacionado al MANEJO DE DESECHOS HOSPITALARIOS, tanto en los hospitales públicos (CCSS) como sector hospitalario privado, está respaldado por la siguiente legislación:

- a. Ley General de Salud, Capítulo II
- b. Decreto N° 19049-S, Reglamento sobre el Manejo de Basuras
- c. Decreto N° 27378-S, Reglamento Rellenos Sanitarios
- d. Decreto N° 28828-S, Reglamento General de Habilitación de Establecimientos de Salud y Afines.
- e. VOTO N° 8509-98 de la Sala Constitucional, cuya sentencia señala: “Se ordena al MINSA aplicar el Programa de Vigilancia Continua y permanente en todos los centros de atención médica del país, con el objeto de fiscalizar el cumplimiento de las medidas necesarias para una gestión segura de los desechos hospitalarios peligrosos”
- f. Próximo a publicarse: Reglamento sobre los requisitos para la separación, envasado, almacenamiento, recolección, transporte y disposición final de los residuos bio infecciosos que se generan en establecimientos de salud y afines.

Desechos Industriales

El manejo de los desechos de origen industrial corresponde al Ministerio de Salud, en virtud del daño que muchos de estos producen a los seres humanos. La Ley General de Salud en sus artículos 239, 240, 241, 252 siguientes y concordantes regulan el transporte, almacenaje, manipulación distribución y venta de todas aquellas sustancias de carácter combustible, inflamable, corrosivo, radioactivo, irritante, comburente así como otras sustancias que declare peligrosas el Ministerio de Salud (teratogénicas, mutagénicas, neurotóxicas, carcinógenas, etc.).

Lo anterior se regula mediante la vía reglamentaria según lo disponen los artículos de la Ley de maras.

Convenio de Basilea, Convenio de Estocolmo y Convenio Bilateral USA/Costa Rica

En un mundo comercialmente más globalizado, el tema de los desechos no se puede soslayar, especialmente tratándose de los desechos producidos por países desarrollados y que son trasegados a países del Tercer Mundo.

Considerando la situación anterior, Costa Rica ratificó el *Convenio de Basilea sobre el Control Transfronterizo de los Desechos Peligrosos y su Eliminación*, mediante la Ley N° 7438, publicada en La Gaceta N° 220 del 18 de Noviembre de 1994.

Compromisos Internacionales: Los convenios de Basilea y el de Estocolmo o COP's (Compuestos Orgánicos Persistentes) son instrumentos jurídicos que al ser ratificados por Costa Rica,

comprometen al país en cuanto a su cumplimiento. Costa Rica no cumple con su cuota de membresía a sendos convenios, aun así, estas secretarías siempre toman en cuenta al país en cuanto para las diferentes reuniones que celebran.

Coordinación Interinstitucional: El hecho de que el MINSA sea el Punto Focal en Costa Rica de ambos convenios, lo obliga a coordinar con otras entidades públicas y privadas. Por ejemplo en el de COP's, el Ministerio dirige la Comisión Nacional que agrupa a entidades como el MINAE a través del Instituto Meteorológico Nacional (IMN), la Académica (a través del IRET de la UNA), la empresa privada (por medio de Tratamientos Tecnológicos D & A S.A.), el MAG y una ONG (Centro Nacional de Producción Más Limpia -CNP+L). Han participado en algunas ocasiones, los representantes de la Fiscalía Ambiental y la Contraloría Ambiental.

En el caso del Convenio de Basilea, por la naturaleza de este instrumento, si bien no se ha constituido una Comisión Nacional del mismo, sí se han tramitado gestiones relativas a solicitudes de trasiego por el territorio nacional, de sustancias o desechos peligrosos como baterías ácido-plomo, PCB (PTS) y de otras sustancias que van a ser exportadas a países europeos como Francia, Holanda o Bélgica. Sin el consentimiento del MINSA, dichas sustancias o productos no podrían pasar por nuestras fronteras.¹¹

Se debe conformar la Comisión Nacional de Basilea, con representantes de la Academia, la empresa privada, la Dirección General de Aduanas, las ONG y la sociedad civil.

Productos Obtenidos: Costa Rica ha sido beneficiada por la Secretaría del Convenio de Estocolmo, para recibir un aporte económico por US \$500.000 para levantar el NIP (National Implementation Plan) o Plan Nacional de Implementación del COP's. Dicho aporte fue logrado a través del GEF (Global Environment Facility) o Fondo Mundial Ambiental de las Naciones Unidas, permitirá realizar un estudio minucioso de la existencia de estos compuestos orgánicos persistentes y su situación real.

Por su parte, el Convenio de Basilea, con el apoyo técnico y logístico de UNCTAD, está financiando una consultoría para determinar las fuentes, plantas de reciclaje y mercadeo de baterías de automóvil que contienen ácido-plomo, como parte de un estudio regional en Centroamérica y el Caribe de este tema. Este financiamiento es por un monto de US \$ 499.000.

Puntos Críticos: No se cuenta con un presupuesto específico para manejar estos tratados.

5. Contaminación Atmosférica

Contaminación Físico-Química (fuentes fijas y móviles)

Una de las áreas de responsabilidad del MINSA según la Ley General de Salud es la vigilancia de la calidad del aire. Ha actuado principalmente a través de la DPAH por medio del control de emisiones fijas de las industrias y el monitoreo de la calidad del aire mediante estaciones de monitoreo. Además es signatario del Convenio Inter-institucional Proyecto Aire Limpio San José (ver Anexo N° D-1). Otra labor ha sido la elaboración de normativas aprobadas como Decretos Ejecutivos:

- a. Reglamento sobre Inmisión de Contaminantes Atmosféricos, Decreto N° 30221-S, publicado en la Gaceta N° 57 del 21 de marzo de 2002
- b. Reglamento sobre Emisión de Contaminantes Atmosféricos provenientes de calderas, Decreto N° 30222-S-MINAE, publicado en la Gaceta N° 60 del 26 de marzo de 2002.

Además del MINSA otras instituciones que tienen responsabilidad en este tema son el MINAE, MOPT, Universidades Estatales y otras entidades que se nombran en el Anexo D-1.

Contaminación Sónica

¹¹Este fue el caso de la solicitud enviada desde Colombia a Costa Rica por parte de TREDI COLOMBIA Ltda., para pedir autorización de exportar a Francia bifenilos policlorados.

El MINSA se encarga de controlar el nivel de ruido generado por fuentes emisoras que puedan afectar a terceras personas. El control comprende la revisión de planes de confinamiento del ruido, y mediciones sónicas en lugares donde se perciben molestias que puedan afectar la sociedad civil y se da atención a denuncias interpuestas por la población.

- a. Ley General de Salud, N° 5395, artículos: 1, 2, 262,263, 293, 294, 295.
- b. Reglamento sobre Higiene Industrial, Decreto Ejecutivo N° 11492-SPPS del 22 de abril de 1980.
- c. Reglamento para el Control de Ruido y Vibraciones, Decreto Ejecutivo N° 10541-TSS del 14 de setiembre de 1979.
- d. Reglamento de Edificaciones y Construcciones, publicado en La Gaceta N° 56, Alcance N° 17 del 22 de marzo de 1983.
- e. Ley Orgánica del Ambiente, artículos: 59 y 60.

Contaminación por Olores

El MINSA se encarga de dar atención a denuncias interpuestas por la población por malos olores generados por las industrias en general, según lo establece la Ley General de Salud, N° 5395, en los artículos: 1, 2, 262,263, 293, 294, 295.

6. Salud Ocupacional

El ambiente en el cual se desarrolla el trabajo está constituido por gran diversidad de elementos que actúan sobre el ser humano causando deterioro en su salud. Proteger la vida y la salud en el trabajo le corresponde al sector salud, cuyo fundamento legal está establecido desde la Constitución Política en su artículo 66. De tal principio se desprenden una serie de leyes y reglamentos, cuyo cumplimiento debe ser garantizado por las instituciones del sector salud. Estas son la Ley de Riesgos del Trabajo, la Ley General de Salud sus artículos 2, 18, 37, 39, del 302 al 305, el Reglamento sobre Higiene Industrial, el Reglamento General de Seguridad e Higiene del Trabajo, entre varias reglamentaciones relacionadas con la salud ocupacional.

Las regulaciones en esta materia son establecidas por parte del MINSA o en forma concertada mediante el Consejo de Salud Ocupacional, y es la inspección del MINSA con la del MTSS las que deben verificar el cumplimiento de los reglamentos. El MTSS colabora en esa labor mediante sus inspecciones.

El INS promueve el cumplimiento de la reglamentación existente mediante el modelo de gestión preventiva de los riesgos del trabajo que impulsa desde los últimos 3 años. El cumplimiento de las medidas preventivas, de mitigación y recuperación para emergencias tecnológicas y naturales es parte del componente de regulación en materia de salud ocupacional, que trasciende hacia la población que vive alrededor de los lugares de trabajo. La fiscalización de los actores sociales se canaliza por medio de la representación del sector empresarial y el sindical en el Consejo de Salud Ocupacional, así como por medio de las Comisiones de Salud Ocupacional. Sin embargo, no resultan espacios suficientes por cuanto puedan existir otros canales de participación que garanticen una representación más amplia para fortalecer la fiscalización.

7. Sustancias Peligrosas

Sustancias Peligrosas y agroquímicos

De acuerdo con la Ley General de Salud, artículos 239, 240, 241, 244, 252 siguientes y concordantes, debe protegerse la salud de las personas de cualquier riesgo o daño que pueda producir cualquier sustancia o producto peligroso, declarado así por el Ministerio. Para tal fin, el Ministerio ejecuta los controles de importación, fabricación, manipulación, almacenamiento, venta, distribución y suministro de las sustancias químicas peligrosas, a través de la Dirección de Registros y Controles (DRC), por medio del registro y control, y de la Dirección de Protección al Ambiente Humano (DPAH) y de las Áreas Locales, por medio de los permisos de funcionamiento y el control de los establecimientos.

Por otra parte, en el primer semestre del 2002, nuestro país suscribió el Convenio de Estocolmo sobre Compuestos Orgánicos Persistentes (COP). Resta su ratificación por parte de la Asamblea Legislativa.

El registro de plaguicidas de uso agrícola es responsabilidad del Ministerio de Agricultura y Ganadería (MAG), el cual debe efectuar consulta al MS, con respecto a los aspectos de toxicología humana y ambiental, siendo vinculante la respuesta a esta consulta. Tomando en cuenta esta situación, el control de estos productos y de los establecimientos que los manipulan debe efectuarse en estrecha colaboración entre las instituciones mencionadas.

Para el transporte, la responsabilidad recae sobre el Ministerio de Obras Públicas y Transportes, pero el Ministerio de Salud apoya en algunos de sus trámites. En el caso de productos que agotan la capa de ozono, La cámara Gubernamental de la Capa de Ozono, controla y regula sus importaciones, previo registro ante el Ministerio de Salud. Los explosivos se controlan en conjunto con el Ministerio de Seguridad Pública.

El registro, permisos de funcionamiento y control de productos y sustancias químicas peligrosas tiene como base legal a la Ley General de Salud y otras leyes y reglamentos descritos en el Anexo F-1.

Emergencias Tecnológicas

Compete al Ministerio de Salud mediante los diferentes reglamentos, órdenes generales y particulares, ordinarias y de emergencia la protección de la salud de las personas y el ambiente humano.

La Ley General de Salud dicta el marco jurídico a través de los artículos 4, 37, 369 para que mediante acciones preventivas y correctivas no se generen eventos que puedan afectar la salud de las personas.

8. Fauna Nociva

El MINSA se encarga de dar atención a denuncias interpuestas por la población por fauna nociva en general, según lo establece la Ley General de Salud, N° 5395 y la Ley de Bienestar Animal, N° 7451. Además se cuenta con un convenio de cooperación con el Colegio de Médicos Veterinarios.

9. Inocuidad de Alimentos

El sistema de control de alimentos tiene una base legal que la Ley General de Salud con sus reglamentos y los Decretos Ejecutivos, así como cuerpos institucionales encargados de darle cumplimiento. El MINSA cuenta con una Dirección de Controles y Registros encargada de otorgar permisos de operación y venta de productos alimentarios industriales. No existe un control sobre el expendio de productos frescos a nivel del mercado nacional.

Siempre dentro del sector alimentario, otras instituciones ejercen control sobre actividades específicas: por ejemplo la Dirección de Salud Animal del Ministerio de Agricultura y Ganadería, ejerce un control veterinario sobre los establecimientos que requieren autorización de funcionamiento, dedicados al sacrificio e industrialización de animales, entre otras actividades.

10. Aspectos Físico-Sanitarios en Edificaciones

La Ley Orgánica del MINSA, Ley N° 5412 del 8 de noviembre de 1973, indica una serie de deberes claramente establecidas en el Título III, capítulos IV, V, VI y VII, referente a los aspectos físico sanitarios de las edificaciones. Además existen una serie de Decretos y Reglamentos que complementan la mencionada Ley, como por ejemplo el Decreto N° 27967-MP-MIVAH-MEIC-S referente al Reglamento para el Trámite de Visado de Planos para la Construcción y el Reglamento de Construcciones.

El MINSA asume la Rectoría con respecto al Sistema Nacional de Salud, el cual se extiende a todas las personas, entidades o grupos de los sectores públicos y privados cuyas acciones afectan directa o indirectamente la producción social de la salud. Como parte de dicha Rectoría se ha procedido a una reestructuración en los últimos años a una serie de áreas estratégicas dentro de las cuales se ubica la Protección y Mejoramiento del Ambiente Humano.

11. Radiaciones

La Unidad de Protección Radiológica, es un ente especializado en el accionar de la protección contra los efectos dañinos inherentes al uso de las radiaciones ionizantes, en las aplicaciones pacíficas. Se realizan acciones en el campo de radiaciones no ionizantes, como los campos electromagnéticos en la telefonía celular, líneas de transmisión de alto voltaje, etc. Para una mejor conceptualización de la Unidad de Protección Radiológica, en el anexo J-1 se adjuntan la misión y visión de la misma.

Existe un amplio marco legal que sustenta el quehacer rector del MINSA, el cual se presenta con más detalle en el Anexo J-2.

D. Políticas, Planes y Metas

1. Agua Potable y Saneamiento

El sector no cuenta con políticas, estrategias y programas para su desarrollo que consideren el alcance de metas de cobertura de los servicios, de potabilidad del agua, de tarifas que le permitan financiar y recuperar las inversiones, y de mejoramiento de la gestión financiera, comercial y operativa de los sistemas (reducción del agua no contabilizada entre otros). Se identifican acciones para el SAPS en el Plan Nacional de Desarrollo Humano 1998-2002 y en el Plan Nacional de Salud 1999-2004, en ambos casos, las acciones corresponden a listados de algunas obras y actividades, y no a planes integrales y sostenibles para el desarrollo del sector.

La inversión en el SAPS aunque ha venido incrementándose en los últimos tres años del 0,5 al 0,7 del PIB, no es significativa en las finanzas del Estado en comparación con otros sectores como Salud, Educación, Asistencia Social, Economía y Energía.

En la década del 80 el sector de agua potable y saneamiento invirtió un promedio anual de US\$15 millones por año; en la década del 90 se incrementó a US\$20 millones. En la próxima década se requerirá la inversión anual de US\$100 millones para ponerse al día, una meta imposible de alcanzar, y lo que más preocupa es que ningún operador tiene consolidado financiamiento para sus inversiones inmediatas, por lo que se corre el riesgo de que los sistemas se deterioren aún más y afecten seriamente los servicios.

Metas de Cobertura

La meta es que en un período de 20 años, la cobertura con agua, en el área urbana, se mantenga en el 98.5%, previéndose un importante aumento en la cobertura con alcantarillado sanitario de un 34% actual a 89% en el 2020, sustituyendo los tanques sépticos actualmente utilizados. En el área rural, se pasará de un 75.4% de la actual cobertura con agua a 90% en el 2020, mientras que la cobertura de saneamiento se mantendrá en un alto nivel, con un valor de 98% en el año 2020.

Partiendo de las inversiones que contempla el plan 2001-2020, por valor de US\$1,595 millones, se estimaron las fuentes o recursos que pueden financiarlo, en dos escenarios: sin reforma, es decir manteniendo el mismo esquema con que se viene manejando hoy en día el sector, y con reforma, o sea, siguiendo las políticas y estrategias que fueran presentadas en el Análisis Sectorial.

Como fuentes de fondos se han previsto: el flujo de caja neto, es decir los dineros que quedan después de descontar los costos de los servicios; los recursos de la concesión del Alcantarillado Metropolitano, que serían aportados por la iniciativa privada y los fondos que asigna el gobierno para desarrollos rurales. El resultado de usos y fuente revela que si se implementa la reforma el déficit sería de US\$ 695, pero si no se efectúa el proceso de transformación éste se incrementaría US\$ 1.013 millones, cifra que refleja una diferencia neta de US \$ 318 millones entre la opción de implementar o no la reforma.

Con el propósito de permitir la implementación inmediata de las propuestas presentadas, en el Análisis Sectorial de APS se ha preparado un Plan de Acción preliminar para la implementación del proceso de reforma y modernización del sector. Los programas de modernización que se señalan están contemplados en un cronograma de actividades que se realizarían dentro de un primer periodo de cuatro años, al cabo del cual el sector contaría con una nueva estructura organizacional, se dispondría de una planificación integral de los sistemas y de una situación mejorada de operación y gestión, que determinaría condiciones técnicas y financieras apropiadas para emprender programas mayores de inversión en rehabilitación y ampliación de los acueductos y sistemas de saneamiento.

2. Contaminación de Cuerpos de Agua

Se desarrolla el Programa de Control de la Contaminación del Agua elaborado en el año 1982, dentro del Programa Nacional de Saneamiento Ambiental (PRONASA) del MINSA.

En el año 1992 dentro del Programa de Ordenamiento Ambiental del Area Metropolitana de San José (PROGAM) realizado con fondos del BID uno de los componentes analizados lo constituyó el Control de la Contaminación de Cuerpos de Agua.

3. Desechos Domésticos

La planificación más seria que se ha hecho en el campo del manejo de los desechos sólidos fue el Plan Nacional de Manejo de Desechos en el año 1988, en cooperación con la Agencia de Cooperación Alemana GTZ. Dicho Plan fue oficializado por el Gobierno de la República en el año 1992. Se cuenta también con el proyecto de Ciudades Limpias.

4. Desechos no Domésticos

Desechos Peligrosos

El crecimiento de la población y diversidad de establecimientos industriales requiere de una política fuerte en lo que se refiere al manejo de desechos de tal manera que estos se dispongan en el lugar (área) de generación, y la necesidad de separación de basuras.

Se requiere determinar los agresores del ambiente humano y a la vez acusarlos ante el Ministerio Público.

Meta: determinar mediante un inventario las cantidades de desechos peligrosos que generan las industrias de alto riesgo.

Desechos Hospitalarios

La generación de desechos bioinfecciosos es inevitable en un centro de atención de salud. Se requiere por ello definir y aplicar procedimientos adecuados de manejo y supervisión que garanticen la inocuidad de los mismos para proteger la salud de clientes y usuarios de los servicios de salud.

El MINSA amparado en la legislación vigente, supervisa que las acciones de manejo, transporte y disposición final de los desechos hospitalarios se realicen de acuerdo con las normas y procedimientos establecidos. Para estos propósitos se cuenta con el programa de rectoría denominado: “Vigilancia Continua y Permanente en Hospitales” adecuadamente estructurado para brindar la cobertura necesaria en todo el país, garantizando la supervisión y control del manejo interno y externo de los desechos bioinfecciosos generados en los centros de atención de salud.

La ejecución del programa Vigilancia Continua y Permanente en Hospitales se localiza en la DPAH y ya se presentó El Plan Anual Operativo (PAO) para el año 2003, que pretende brindar una cobertura de control del 100% en hospitales públicos y privados.

Desechos Industriales

El control preventivo es una de las acciones más importantes en lo que respecta al manejo de desechos industriales y se inicia desde la ubicación geográfica de las industrias, hasta su clasificación por índice de peligrosidad según lo dispone la legislación internacional incorporada a nuestra legislación mediante la vía reglamentaria.

Política: Las industrias clasificadas en cualquiera de los niveles de peligrosidad de la escala de las Naciones Unidas, deberán presentar para su aprobación las normas de seguridad que apliquen, los puntos críticos de control de riesgo, y los reportes operacionales fijados de acuerdo al nivel de riesgo que representen.

Plan: Determinar cuales son las industrias que presentan mayor riesgo con el propósito de verificar el cumplimiento con las normas aprobadas y verificación de los planes operativos.

Este plan requiere de un diagnóstico según las estadísticas de organismos especializados.

Metas: Lograr controlar el 85% de las industrias de alto riesgo mediante la verificación del cumplimiento con las normas de seguridad y planes operativos.

5. Contaminación Atmosférica

Contaminación Físico-Química (fuentes fijas y móviles)

El MINSA integró a diferentes instituciones que realizan mediciones sobre la calidad del aire como: la Universidad Nacional (UNA), a través del Laboratorio de Química de la Atmósfera (LAQAT), el Programa de Estudios de la Calidad del Aire (PECAire) y la Universidad de Costa Rica (UCR) a través del Centro de Investigación en Contaminación Ambiental (CICA), completándose así una red de 7 estaciones que estarán en operación a más tardar el 15 de octubre de 2002. También se cuenta con un borrador de la política Nacional de Calidad del Aire.

Contaminación Sónica

Esta en proceso de aprobación el Reglamento sobre Procedimientos de Medición de Ruido, se está trabajando en una propuesta para el Reglamento de Funcionamiento de Karaokes (además de ruido, contemplará condiciones físico sanitarias y aspectos de salud ocupacional).

Regulación y Fiscalización: El MINSA ejercerá rectoría a las diferentes Áreas Regionales promoviendo la capacitación, equipos y mantenimiento de los mismos, asesorías y aplicación de guías y procedimientos.

6. Salud Ocupacional

Actualmente existe un plan nacional de salud para el período 1999 al 2004 en cual se establece la necesidad de aplicación y revisión de las normas y procedimientos que regulan las sustancias tóxicas, la promoción de las normas de gestión preventiva de riesgos de trabajo y la normalización del sistema de gestión preventiva, desarrollo de programas de prevención, mitigación y prevención de desastres naturales y emergencias tecnológicas, programas de capacitación comunitaria sobre desastres, elaboración de planes de emergencias con participación comunitaria. La política elaborada para el período 1998-2002 contempla el control de los riesgos de enfermar o morir por factores sanitarios relacionados con la contaminación, inseguridad y peligros de medio ambiente y la prevención, mitigación y respuesta a las necesidades de la población en situaciones de desastres, como los planteamientos más relacionados con el campo de la salud ocupacional. Existe un Plan Nacional de salud Ocupacional.

7. Sustancias Peligrosas (incluye Agroquímicos)

Se han generado los programas e instrumentos necesarios para la vigilancia y el control, a través de la DVS, DRC y la DPAH se han puesto en marcha, obteniéndose resultados positivos en beneficio de la salud de la población. Por medio de capacitaciones en algunas de las regiones se ha preparado a las autoridades de salud para la efectividad del control y continuar con la meta del Ministerio de descentralizar las actividades y fungir como ente rector.

En el área de protección al ambiente se han elaborado una serie de reglamentos e instrumentos para orientar y apoyar las acciones de control. De igual manera se están impartiendo capacitaciones hacia las autoridades responsables en la actualidad de ese control y se participa en varios órganos de coordinación a los que acuden los diferentes actores involucrados.

Como meta se ha fijado la continuidad de las capacitaciones, el estudio técnico de diversas sustancias o productos para promover restricción / prohibición / sustitución de su uso y la promulgación por diversos medios de comunicación, folletos, afiches y otros, de las normativas existentes y de la adecuada manipulación de los productos químicos peligrosos. Además, revisar o elaborar la reglamentación y los procedimientos para el Control que aún son necesarios.

Situación Financiera: El registro de estos productos no genera entradas a la institución por lo que, el control y el otorgamiento de permisos de funcionamiento se realizan con los recursos propios del Ministerio, sufriendo las limitaciones y recortes propios de la institución.

Vulnerabilidad de la Infraestructura: La mayor vulnerabilidad que presenta la protección del riesgo o daño a la salud de las personas, por la “manipulación” de productos químicos es el recurso humano y económico para un efectivo control y seguimiento y evaluación, para promover la sustitución, para la información de riesgos y otros.

8. Fauna Nociva

Con excepción de algunos insectos vectores, actualmente el MINSA no dispone de lineamientos para el abordaje de la fauna nociva.

9. Inocuidad de Alimentos

La definición de políticas nacionales relacionadas con la salud en general y con los alimentos en particular le corresponde al Poder Ejecutivo a través del MINSA. Es el Ministro quien tiene la responsabilidad de la organización y formulación de políticas, para lo cual podrá dictar reglamentos y las disposiciones pertinentes.

La inocuidad de los alimentos que consume la población diariamente es garantía de salud y bienestar. Los riesgos a la salud asociados a los alimentos pueden ser químicos (plaguicidas, metales pesados, toxinas), microbiológicos (bacterias, virus, protozoarios), físicos (trozos de metal, madera, plástico, entre otros). Estos riesgos pueden contaminar un alimento en cualquier etapa de la cadena alimenticia.

Por lo tanto, es necesario desarrollar sistemas de prevención, control y verificación de seguridad de consumo de alimentos como un derecho de adquirir alimentos seguros

La disponibilidad de alimentos en Costa Rica es muy buena, tanto en variedad como en cantidad para cubrir la demanda nacional y producir para exportación, sin embargo los costos de producción de algunos de esos bienes es alto y se presentan amenazas, especialmente en la economía de libre mercado imperante en Costa Rica” (Sáenz: 2001)

La distribución de alimentos se hace a través de redes comerciales complicadas, pero los consumidores pueden disponer de ellos en: tiendas pequeñas, almacenes de alimentos, supermercados, ferias del agricultor, mercados, establecimientos alimenticios (sodas, restaurantes, otros).

Demanda y Cobertura: La industria alimentaria ocupa un lugar importante en la economía nacional, generando empleo y proporcionándole dinamismo las exportaciones y por lo tanto a la economía nacional. Por otro lado las importaciones alimentarias corresponden principalmente a materias primas y a productos enlatados y empacados.

El sector agroalimentario es uno de los más importantes para el mercado nacional pero los malos manejos que se le dan a los alimentos a lo largo de la cadena ponen en riesgo su calidad, lo que los hacen inapropiados para el consumo humano y para la exportación.

La industria alimentaria se encuentra en expansión en el país, aunque el mayor número de ellas corresponden a actividades de micro y pequeña industria.

Vulnerabilidad de la Infraestructura: A pesar de que en nuestro país existe un marco legal adecuado en materia de inocuidad de alimentos, la infraestructura requerida, así como el recurso humano preparado, es insuficiente, tanto para hacer cumplir la ley como para manejar en condiciones de inocuidad los alimentos en un 100%.

En el país hay disponibilidad de alimentos, aunque hay una marcada diferenciación entre zonas urbanas y rurales. En las zonas urbanas existe un mayor poder adquisitivo de alimentos y una mayor variedad, mientras que en las zonas rurales esta disponibilidad es muy limitada.

Algunas actividades para el mercado nacional se realizan en infraestructuras inadecuadas como son las plantas de sacrificio de animales bobinos, porcinos y avícolas, creando un ambiente adecuado para la transmisión de enfermedades. El mercado de exportación está protegido ya que deben someterse a regulaciones tanto nacionales como internacionales.

En el país hay industrias y establecimientos donde se procesan, almacenan y expenden alimentos de mucha antigüedad no reuniendo las condiciones requeridas.

10. Radiaciones

Políticas:

a. Garantizar servicios de calidad para los pacientes diagnosticados o tratados con equipos o fuentes emisoras de radiaciones ionizantes en la Caja Costarricense del Seguro Social e instalaciones privadas.

b. Garantizar que la salud de los trabajadores y público no se deteriore por el uso de equipos o fuentes emisoras de radiaciones ionizantes en las aplicaciones médicas, industriales y de investigación.

- c. Garantizar que el empleo de radiaciones ionizantes con fines pacíficos en el país no sea causa de deterioro del Medio Ambiente.
- d. Establecer los lineamientos necesarios en las aplicaciones de radiaciones no ionizantes como telefonía celular, campos electromagnéticos, láser, de modo que no constituyan deterioro de la salud de la población ni deterioro del medio ambiente.
- e. Establecer los lineamientos necesarios para la gestión segura de los desechos radiactivos existentes en industrias, hospitales y universidades.
- f. Establecer los lineamientos requeridos para establecer un Plan Nacional de atención de Emergencias Radiológicas.

Planes:

- a. Ejercer la rectoría del Ministerio para que la Caja Costarricense del Seguro Social, replantee el actual Departamento de Control de Calidad y Radioprotección para que ejecute acciones operativas de control interno de sus equipos y fuentes.
- b. Coordinar con los generadores de desechos radiactivos para el establecimiento de una disposición final y única de los desechos radiactivos siguiendo las recomendaciones internacionales.
- c. Coordinar con la Comisión Nacional de Emergencias y los entes internos del Ministerio para la elaboración de un Plan Nacional de Atención de Emergencias Radiológicas.
- d. Coordinar con otras Direcciones del Ministerio en los aspectos de habilitación de centros de atención médica y odontológica así como en los registros de medicamentos radiactivos.

Metas:

- a. Aprobar toda importación y posterior desalmacenaje de fuentes o equipos emisores de radiaciones ionizantes.
- b. Autorizar a todo trabajador ocupacionalmente expuesto a laborar con radiaciones ionizantes.
- c. Autorizar toda construcción que albergue equipos o fuentes emisoras de radiaciones ionizantes.
- d. Autorizar mediante Permiso Sanitario de Funcionamiento toda instalación previo cumplimiento de los requisitos establecidos para utilizar equipos o fuentes emisoras de radiaciones ionizantes.
- e. Autorizar la gestión definitiva o temporal de desechos radiactivos.
- f. Vigilar, inspeccionar y controlar el 100% de las instalaciones de mayor riesgo en medicina e industria.
- h. Mantener actualizados los registros de usuarios de radiaciones, importación de equipos y fuentes y gestión de desechos radiactivos.
- i. Realizar auditorías a hospitales, clínicas e industrias que cuentan Permiso Sanitario de Funcionamiento para verificar el cumplimiento de la legislación y reglamentación vigente.
- j. Actualizar del marco legal vigente y creación de reglamentos específicos.
- k. Vigilar y controlar los límites de campos electromagnéticos en cumplimiento de votos de la Sala Constitucional y de la reglamentación vigente.

E. Gestión de Servicios

1. Agua Potable y Saneamiento

La red de servicio de suministro de agua alcanza los 2.033 acueductos^{12/}. De estos 171 son administrados y operados por AyA, 235 por municipalidades, 1.620 por Asociaciones Administradoras de Acueductos Rurales (ASADAS) y Comités de Acueductos Rurales (CAAR's) y 7 por las Empresas de Servicios Públicos de Heredia (ESPH).

La red de servicio de alcantarillado sanitario en el país cubre 11 sistemas. De estos, el AyA atiende 8 sistemas y 3 de estos son cubiertos por municipalidades. Solo se realiza el tratamiento de las aguas residuales en solo 6 de estas ciudades.

A nivel urbano, la cobertura con agua es alta, del 98.5% de la población total y con alcantarillado sanitario es solo del 34%. A nivel rural la cobertura con agua potable es de 75.4% y con servicios de saneamiento (tanque séptico o letrina) del 97%, datos que indican altas coberturas de estos servicios. Solo 4% de las aguas residuales recolectadas reciben tratamiento^{13/}.

Al AyA le corresponde atender aproximadamente al 50% de la población del país (39,7% urbana y 11,6% rural), mientras que el otro 50% es atendido por las Municipalidades, la Empresa de Servicios Públicos de Heredia S. A (ESPH S.A.), Asociaciones Administradoras de Acueductos Rurales (ASADAS), Comités Administradores de Acueductos Rurales (CAARS) y operadores privados.

2. Contaminación de Cuerpos de Agua

a. Las labores de vigilancia de la contaminación de cuerpos de agua las realiza el MINSA, para lo cual se basa en lo establecido en la Ley General de Salud principalmente en lo que corresponde al otorgamiento de los Permisos de Ubicación, Construcción y Funcionamiento de actividades generadoras de contaminación y en el control de los vertidos de las fuentes generadoras. El Ministerio tiene problemas para la atención de la demanda provocados por la escasez de recursos humanos y materiales. En 1998 el MINSA realizó una reestructuración de la institución con el fin de trasladar funciones y competencias a los niveles regionales y locales e incrementar la atención de este tipo de demanda.

b. El AyA constituye la principal fuente generadora de contaminación de cuerpos de agua por descargas de aguas negras sin tratamiento. En los últimos años esta institución ha contratado estudios para el diseño y construcción de un sistema de tratamiento de aguas negras para el Área Metropolitana, contando ya con el terreno necesario para la construcción del sistema de tratamiento. También ha participado en la comisión elaboradora de normas de vertido y recibe y revisa Reportes Operacionales de entes generadores que vierten en las redes de alcantarillado sanitario que administra ese instituto.

c. Las municipalidades a cargo de las redes de alcantarillado sanitario se han limitado al mantenimiento de las redes existentes sin que hayan planeado nuevas obras de tratamiento ni de ampliación de redes en los últimos 10 años.

d. El sector industrial y agroindustrial ha hecho inversiones considerables en los últimos 10 años enfocadas principalmente a la construcción de sistemas de tratamiento, a través de la suscripción de convenios con el MINSA y atendiendo las exigencias establecidas en la Ley General de Salud.

3. Desechos Domésticos

a. *Almacenamiento y Separación intradomiciliarias:* se ha iniciado un proceso de separación de desechos (selección, clasificación y reciclaje) en algunos distritos del país.

¹² Informe del Análisis Sectorial de Agua Potable y Saneamiento de Costa Rica, Julio del 2002.

¹³ Informe del Análisis Sectorial de Agua Potable y Saneamiento de Costa Rica, Julio del 2002.

b. *Recolección:* existen deficiencias en las frecuencias de recolección de los desechos (frecuencias de una vez por semana) producidas especialmente por la escasez de vehículos recolectores (compactadores o no) especialmente en las zonas rurales del país.

c. *Tratamiento y disposición final:* Constituye el principal problema del manejo de los desechos sólidos domésticos en Costa Rica. Se han implementado algunos Rellenos Sanitarios Regionales pero una cantidad importante de los desechos todavía continúa disponiéndose en botaderos a cielo abierto.

Situación Financiera: Cada Municipio lleva un registro individual de los costos del servicio y del número de usuarios con que cuentan, así como de los ingresos recibidos y del porcentaje de morosidad con que cuentan. En la mayoría de los municipios existen tarifas que no cubren los costos de los servicios, además de un porcentaje alto de morosidad por parte de los usuarios de los servicios domiciliarios; existiendo el problema de que al tratarse de un servicio público con implicaciones sanitarias no es conveniente la suspensión de los servicios. Por tal motivo las municipalidades recurren a otros recursos para mantener el servicio de manejo de desechos sólidos.

Estado y Vulnerabilidad:

a. La recolección de los desechos se efectúa en vehículos recolectores próximos al cumplimiento de su vida útil, especialmente en los cantones situados en las zonas rurales del país, por lo cual se requiere presupuestar la renovación y compra de nuevos equipos preferentemente compactadores.

b. Con excepción de los Rellenos Sanitarios Regionales (Río Azul administrado por la WPP, Los Mangos y el de la EBI en la Carpio) la mayoría de los rellenos sanitarios y botaderos a cielo abierto carecen del equipo mínimo necesario para el esparcimiento, compactación y cubrimiento de los desechos. El Anexo B1 detalla la situación actual de la disposición final de los desechos en el país.

4. Desechos no Domésticos

Desechos Hospitalarios

Le corresponde al MINSA la rectoría en el sector hospitalario de la CCSS y centros de atención médica privados. La coordinación con la Dirección de Servicios de Salud, que se encarga de otorgar la habilitación a los establecimientos de Salud, de acuerdo con el Reglamento (Decreto Ejecutivo N° 28882-S), para lo cual requieren una constancia emitida por la DPAH previa a la habilitación (trámite interno), demostrando el cumplimiento con las regulaciones fisicosanitarias establecidas en los citados reglamentos.

Situación Financiera de los Operadores: El sector hospitalario público se rige por los presupuestos que elaboran anualmente para cubrir las diversas necesidades, avalado por la Contraloría General de la República. La CCSS con las políticas de control y seguimiento del MINSA ha procedido a suministrar en algunos hospitales y clínicas los insumos necesarios exigidos para el adecuado manejo de los desechos bioinfecciosos y punzocortantes. Quedan aspectos por cubrir sobre todo cuando se publique el reglamento específico para el manejo de desechos hospitalarios. Se ha exigido el uso de autoclaves para la esterilización de todos los desechos que salen del hospital. Con los centros de atención de salud privados, el Ministerio está exigiendo la pronta implementación de todos los insumos y procedimientos establecidos en la legislación vigente.

Vulnerabilidad de la Infraestructura: Es frágil, se requiere capacitación del personal en los diversos hospitales y clínicas para que apliquen los procedimientos adecuados de control y manejo en materia de desechos hospitalarios. Además, depende de la aprobación de los presupuestos específicos para la actividad. El sector privado cuenta con recursos económicos suficientes para acatar de inmediato las recomendaciones del MINSA.

5. Salud Ocupacional

Fundamentalmente estos son los de prestaciones médicas que brinda el INS y la CCSS, las asesorías del INS para implementar el sistema de gestión preventiva, los servicios educativos y de divulgación que se dan por medio de las universidades que forman profesionales y técnicos en salud ocupacional, por ejemplo, del Instituto Tecnológico de Costa Rica, del Colegio Universitario de Alajuela, del INA, los aportes del MEP, así como los materiales educativos del Consejo de Salud Ocupacional, del MINSA y de la CCSS. Las dificultades mayores se encuentran en la alta demanda hacia los servicios médicos del INS y de la CCSS por accidentes y enfermedades laborales, y los servicios de rehabilitación que implica una vez cerrada la atención por el INS, la atención de las secuelas por parte de la CCSS. El impacto del material educativo y divulgativo que hacen diferentes instituciones se desconoce, así como cuanto ha contribuido la formación en salud ocupacional en la promoción, prevención, atención y rehabilitación, o bien, en la promoción, prevención, mitigación y recuperación debida a emergencias tecnológicas y desastres naturales.

Vulnerabilidad de la Infraestructura: Los servicios de rehabilitación tanto del INS como de la CCSS están saturados y centralizados geográficamente, por lo que se requiere mejorar su capacidad. El MINSA debe mejorar sustancialmente la infraestructura y equipamiento de sus Áreas Rectoras, fortaleciendo las comisiones y departamentos de salud ocupacional en los establecimientos de mayor riesgo, procurando que estos cuenten con planes y programas, cuya ejecución debe tener seguimiento y evaluación por parte del Área Rectora. El primer nivel de atención de la CCSS donde las acciones de promoción y prevención son primordiales debe ampliarse con la construcción de establecimientos para los EBAIS.

6. Radiaciones

Los servicios son prestados en el área médica en un 90 % por la Caja Costarricense del Seguro Social y el restante 10% por entidades privadas. En las aplicaciones industriales se tiene un registro de 43 empresas usuarias de equipos de rayos X y materiales radiactivos. En investigación se tienen 3 universidades estatales y 2 centros de investigación médica.

Estado y Vulnerabilidad de las estructuras: La estructura del país para atender la problemática es muy vulnerable, tanto por el escaso personal capacitado como por los presupuestos asignados. A esta situación se debe agregar que el marco legal vigente (Ley General de Salud) no se ha actualizado por lo que se presentan vacíos legales sumamente riesgosos, amén de las sanciones obsoletas para quien incumpla la ley. En caso de emergencias radiológicas la capacidad actual de acción y mitigación es muy reducida como consecuencia de lo antes expuesto.

F. BIBLIOGRAFÍA

- Convenio Interinstitucional Proyecto Aire Limpio San José. MOPT/GTZ, setiembre 2000.
- Sáenz M., Diagnóstico General sobre la Situación de Inocuidad de Alimentos en Costa Rica, 2001.
- Proyecto Aire Limpio San José, Info – CD. Proyecto MOPT/GTZ

G. ANEXOS

ANEXO C-1

RECOLECCIÓN Y DISPOSICIÓN FINAL DE DESECHOS MUNICIPALES COSTA RICA			
INSTITUTO DE FOMENTO Y ASESORÍA MUNICIPAL – IFAM Manejo Integral de Desechos Sólidos – MIDS –			Actualizado al 5 de julio del 2002 Ing. Abel Vargas Salazar
PROVINCIA	MUNICIPALIDAD	RECOLECCIÓN	Disposición Final Situación Actual
San José	Acosta Alajuelita Aserrí Coronado Curridabat Desamparado Dota Escazú Goicoechea León Cortés Montes de Oca Mora Moravia Pérez Zeledón Puriscal San José Santa Ana Tarrazú Tibás Turubares	Municipal Municipal Municipal Municipal Municipal Municipal Municipal Municipal Municipal Municipal Municipalida d Municipalida d Municip. WPP-EBI Municipalida d Municipal Municipal No hay servicio	Botadero a cielo abierto, diseño de planos y compra de terreno Lleva a Río Azul. Lleva a Río Azul. Lleva a Río Azul. Lleva a Río Azul. Lleva a Río Azul. Botadero a cielo abierto. Lleva a Río Azul. Busca construir relleno regional Lleva a Río Azul. Busca construir relleno regional Botadero a cielo abierto. Río Azul. Río Azul. Busca construir relleno regional. Río Azul. Busca construir relleno regional Vertedero semi-controlado. Compró nueva finca, en estudios W.P.P. Los Mangos. Busca solución cantonal Río Azul y W.P.P. Construye en La Carpio. W.P.P. Los Mangos. Busca construir relleno regional. Relleno Semi Controlado con mejorías. Río Azul. Busca construir relleno regional La municipalidad no da el servicio.
Alajuela	Alajuela Alfaro Ruiz Atenas	Particular Municipal Municipal	WPP Relleno controlado propio. Busca compra de finca

		Grecia Guatuso Los Chiles Naranjo Orotina Palmares Peñas Blancas C.D. Poás San Carlos San Mateo San Ramón Upala Valverde Vega	WPP Municipal Municipal Municipal Municipal WPP Municipal Municipal Municipal Municipal	aledaña. WPP WPP, busca construir relleno propio Botadero sin control, Relleno Sanitario Manual Botadero, busca relleno regional, compró el terreno. Botadero a cielo abierto, busca soluciones. WPP. No se da el servicio de recolección. WPP. Relleno semi- controlado propio. Lleva a Orotina. Relleno Sanitario Mecanizado desde agosto-00. Botadero a cielo abierto. WPP
o	Cartag	Alvarado Cartago Cervantes C.D. El Guarco La Unión Jiménez Oreamuno Paraíso Tucurrique C.D. Turrialba	Particular Municipal Municipalida d Municipal Municipal Municipal Municipal Municipal y particulares	Relleno sanitario manual. Vertedero semi- controlado. Relleno sanitario manual. Lleva los desechos a Cartago. Río Azul. Botadero a cielo abierto Vertedero rehabilitado. Lleva a Cartago. Botadero a cielo abierto. Relleno sanitario con problemas.
a	Heredi	Barva Belén Flores Heredia San Isidro San Pablo San Rafael Santa Bárbara Santo Domingo Sarapiquí	Municipalida d Municipalida d WPP Municipal Municipal Municipal Municipalida d Municipalida d Municipal	WPP. WPP. WPP. WPP. Lleva a San Pablo. Vertedero en proceso de mejoras, préstamo de IFAM WPP WPP. Vertedero en proceso de mejoras, préstamo de IFAM Relleno Sanitario Manual en problemas

Guana caste	Abangares Bagaces Cañas Carrillo Colorado C.D.: Hojancha La Cruz Liberia Nandayure Nicoya Santa Cruz Tilarán	Municipal Municipal Municipal Municip.y partic. Municipal Centro Agríc Cantonal Municipal Municipal Municipalida d Municipal Municipal Municipal	Lleva a Puntarenas, en proceso de compra de terreno. Vertedero a cielo abierto. Vertedero a cielo abierto carretera a Upala. Relleno con probl. de oper., en proceso de contrat particul. Botadero a cielo abierto. Relleno a cargo del Centro Agrícola Cantonal. Botadero sin control. Nuevo proyec en construcción Relleno sanitario municipal con problemas de operación Relleno semi controlado agotado con el Centro Agrícola. Se busca terreno Botadero sin control. Botadero semi controlado. Botadero sin control.
Puntar enas	Aguirre Buenos Aires Cóbano C.D. Corredores Coto Brus Esparza Garabito Golfito Lepanto C.D. Montes de Oro Osa Parrita Potrero Gnde C.D. Puntarenas	Municipal Municipal Municipal Municipal Municipal Municipal Municipal Particular Municipal Municipal Municipal Municipal Municipal	Manejado por ASOPROQUEPOS, semi- controlado Botadero sin control. Vertedero sin control, junto a un tajo. Botadero, aún no opera el relleno sanit. que construyó. Botadero a cielo abierto, sin control. Lleva a finca en Zagala, semi controlado. Relleno sanitario con permisos de funcionamiento. Vertedero semi controlado, mal operado. Lepanto botadero sin control. Lleva a finca en Zagala, semi-controlado. Botadero a cielo abierto sin control Botadero a cielo abierto, propiedad de Palmatica. Vertedero sin control. Lleva a finca en Zagala, semi-controlado.

Limón	Guácimo Limón Matina Pococí Siquirres Talamanca	Municipal Municipal Municipal Municipal Municipal	Botadero sin control. Vertedero controlado particular. La lleva a Limón. Botadero sin control. Botadero a cielo abierto. Botadero a cielo abierto, tienen nuevo terreno.

ANEXO D-1

PROYECTO AIRE LIMPIO SAN JOSÉ

El MINSA por medio de la DPAH es signatario del Convenio Interinstitucional Proyecto Aire Limpio San José. Este convenio esta conformado por el Ministerio de Obras Públicas y Transportes (MOPT), Ministerio de Ambiente y Energía (MINAE), MINSA (MINSA), Autoridad Reguladora de los Servicios Públicos (ARESEP), Defensoría de los Habitantes (DHR), INA (INA), Colegio Vocacional Monseñor Sanabria (COVOMOSA), Confederación Nacional de Asociaciones de Desarrollo Comunal (CONADECO), Universidad Nacional (UNA), fundación Suiza de Cooperación para el Desarrollo Técnico (SWISSCONTACT) y la Agencia Alemana de Cooperación Técnica con el Proyecto Aire Limpio (GTZ).

Este convenio esta compuesto por los sub- objetivos:

- § Revisión Técnica Vehicular,
- .O.1
- § Transporte Público,
- .O.2
- § Vigilancia de la Calidad del Aire (participación fundamental del MINSA) y el
- .O.3
- § Comunicación Social.
- .O.4

Las funciones y marco legal de las instituciones involucradas se detallan a continuación:

INSTITUCIÓN	RESPONSABILIDAD Y TEMAS DE ACCIÓN PRIORITARIOS	MARCO LEGAL
Ministerio de Obras Públicas y Transportes (MOPT), Consejo de Transporte Público (CTP)	El MOPT es el rector del Sector Transporte e Infraestructura. El CTP es el órgano de desconcentración máxima, encargado de definir políticas y ejecutar planes y programas nacionales de su competencia. · Planificación y control del Transporte Público Colectivo. · Revisión Técnica Vehicular (rtv)	Ley N° 4786 Gaceta N° 141 del 10 de julio de 1971. Ley N° 7969 del 28 de enero de 2000. Art. 7. Ley de Tránsito por vías públicas terrestres N° 7721 del 15 de enero de 1998.
Ministerio de Ambiente y Energía (MINAE)	Ministerio responsable de la política ambiental del país, en materia de Regulación y control a través del Contralor Ambiental como órgano adscrito. · Elaboración de normas Ambientales. · Promoción de la participación de la sociedad civil en el tema. · Educación ambiental y sensibilización de la población.	Ley N° 7554 Ley Orgánica del Ambiente. Art. 1, 7, 102, 116
MINSA (MS)	Entidad del Gobierno Central responsable de la salud humana y por consiguiente de la contaminación atmosférica. Es responsable de velar por los problemas de inmisiones que afectan la salud de las personas. · Control de emisiones. · Control de emisiones por fuentes fijas y otras fuentes excluyendo las móviles.	Ley N° 5395. Ley General de Salud. Art. 1, 2, 262, 263, 293, 294, 295
Autoridad Reguladora de los Servicios Públicos (ARESEP)	Institución autónoma · Regulación del transporte público, en especial del colectivo.	Ley N° 7593, publicada en la Gaceta N° 169 del 05 de setiembre de 1996. Capítulo II, Art. 4 y Capítulo III, Art. 5.
Defensoría de los Habitantes de la República (DHR)	Vela por las acciones de la administración pública sean acordes con el ordenamiento jurídico y respeten los derechos e intereses de los habitantes, dentro de ellos el desecho a un medio ambiente saludable. · Divulgación de la problemática y de sus derechos a la ciudadanía. · Vigilancia en la calidad de	Ley N° 7319 del 17 de noviembre de 1992, reformada por la Ley 7423 de 18 de junio de 1994 en el Art. 1 Constitución Política, Art. 46

	prestación del servicio público de transporte. · Vigilancia en la calidad de vida de los habitantes.	
INA	· Cooperación en aspectos relacionados con la RTV. · Cooperación en los programas de formación de chóferes de autobuses y del personal para el control de emisiones vehiculares.	
Colegio Vocacional Monseñor Sanabria (COVOMOSA)	· Cooperación con aspectos relacionados con la RTV · Cooperación en los programas de formación de chóferes de autobuses y del personal para el control de emisiones vehiculares.	
Confederación Nacional de Asociaciones de Desarrollo Comunal (CONDECO)	Convocatoria y representación de la Sociedad Civil en el Proyecto a través de las organizaciones de base que la constituyen.	De acuerdo a lo establecido en el Art. 15 de la Ley 3859, conocida como Ley de Desarrollo de la Comunidad
Universidad Nacional (UNA): Laboratorio de Química de la Atmósfera (LAQAT), Programa PECAire e Instituto de Estudios Sociales en Población (IDESPO)	Institución de educación superior cuya misión le obliga a la investigación sistemática de la realidad costarricense, dentro de la armonía entre el ser humano y la naturaleza · Estudios de contaminación del Aire, medición de emisiones y emisiones de fuentes fijas. · Estudios de opinión de la población y análisis estadísticos. · Estudios sobre aceptación por parte de la ciudadanía respecto a medidas impulsadas por el proyecto · Educación ambiental y sensibilización de la población.	Estatuto Orgánico en sus Art. 3 fines y Art. 4 funciones.
Fundación Suiza de Cooperación para el Desarrollo Técnico (SWISSCONTACT)	· Control de la calidad del Monitoreo de la Calidad del Aire. · Manuales de capacitación en RTV para mecánicos. · Organización de eventos relacionados con la Calidad del Aire.	Se basan en el acuerdo Número 5049 de la Cooperación Técnica y Científica entre la República de Costa Rica y la Confederación Suiza, firmado el 17/11/1971.
Sociedad Alemana de Cooperación Técnica, Proyecto Aire Limpio San José (GTZ).	Apoya los procesos de desarrollo y reforma de los países contraparte cooperando en los proyectos y programas con lineamientos de sostenibilidad, fomento del auto ayuda. En CR se desarrolla en	Mediante la Ley 3654 del 23 de diciembre de 1965, publicado en la Gaceta N° 2 del 05 de enero de 1966, por medio de la cual se

	áreas prioritarias de “educación y capacitación”, “el medio ambiente”, “el desarrollo local”, entre otros. ·Facilitación y moderación del Proyecto. ·Aportación de asesoría técnica mediante expertos locales en los temas de RTV y planificación de transporte público. ·Aportación de asesoría técnica mediante expertos externos en todos los subobjetivos del proyecto. ·Aportación de algunos equipos y servicios necesarios para la ejecución del proyecto. ·Apoyo en la coordinación interinstitucional y en la implementación de la metodología de seguimiento M&E del proyecto.	aprobó el Convenio sobre Cooperación Técnica celebrado con el gobierno de la República Federal de Alemania, suscrito en la ciudad de San José el 23 de julio de 1965. Por medio del decreto 25961-RE se publicó el Acuerdo de Asesoramiento al MOPT.

ANEXO F-1

LEYES	FE CHA	PUBLICA CIÓN	NOMBRE DE LEY O MATERIA QUE REGULA
5395	23 /10/73	30/10/73	Ley General de Salud
7223	08 /04/91	86/ 08/05/91	Aprobación del Protocolo de Montreal, Relativo a las Sustancias Agotadoras de la Capa de Ozono Suscrito el 16 de Setiembre de 1987.
7228	06 /05/91	101/ 29/05/91	Aprobación de la Adhesión de Costa Rica al Convenio de Viena para la Protección de la Capa de Ozono
7571	07 /02/96	Alcance 19 a la Gaceta 6328/03/96	Convención de la Naciones Unidas sobre la Prohibición del Desarrollo, Producción, Almacenamiento y el Empleo de Armas Químicas y sobre su Destrucción
7808	11 /06/98	Alcance 41 a Gaceta 14021/07/98	Aprobación de la Enmienda del Protocolo de Montreal Relativo a Sustancias que Agotan la Capa de Ozono y sus Anexos.
7957	17 /12/99	05/ 07/01/00	Reforma a la Ley de Armas Químicas y Explosivos (7560)
DECRETOS	FE CHA	PUBLICA CIÓN	NOMBRE DE DECRETO O MATERIA QUE REGULA
11152-S	06 /10/80	30/ 12/02/80	Reglamento General de Seguridad e Higiene del Trabajo
17966-S- MEIC	04 /02/88	39/ 25/02/88	Regula la Venta del Dicromato de Potasio
18822-S	06 /02/89	37/ 21/02/89	Prohíbe el uso del Nitrobenzeno en

			Productos Químicos
19032-S	07 /06/89	122/ 27/06/89	Reglamento de Importación de Precusores, Sustancias o Productos Químicos o Disolventes y sus Reformas
19797-S	17 /07/90	146/ 06/08/90	Regulación Y Prohibición sobre el Uso de Gases Propelentes incluidos en el Protocolo de Montreal. (CLOROFLUROCARBONOS O CFC)
20197-S	17 /01/91	21/ 30/01/91	Sustancias Tóxicas (Comisión de Vigilancia).
21060-MEIC-S	12 /02/92	48/ 09/03/92	Regulación sobre el Uso de Hipoclorito de Sodio (Cloro)
24334-S	22 /12/94	114/ 14/06/95	Reglamento de Importación y Regulación del Contenido de Plomo y Mercurio en Pinturas
24637-MIRENEM-S	19 /07/95	185/ 29/09/95	Prohibido el uso de Gasolina con Plomo en Instituciones Públicas
24715-MOPT-MEIC-S	34 859	207/ 01/11/95	Reglamento para el Transporte Terrestre de Productos Peligrosos
25056-S-MINAE-MEIC	19 /02/96	72/ 16/04/96	Reglamento del Uso Controlado del Asbesto y los Productos que lo Contengan
25120-SP	17 /04/96	112/ 13/06/96	Reforma a la Ley de Armas Químicas y Explosivos, (Artículos 40, 41, y 42)
25352-S	09 /07/96	143/ 29/07/96	Prohibido Vender Inhalantes a Menores de Edad
25986-MEIC-MTSS	11 /03/97	85/ 06/05/97	Norma RTCR 226: 1997 Extintores Portátiles Contra el

			Fuego
26092-S	26 /05/97	117/ 19/06/97	Reglamento sobre Tatuajes
26118-S	01 /06/97	129/ 07/07/97	Se Prohíbe la Venta al Público para uso Doméstico del Dicromato de Potasio
27008-MEIC- MOPT	20 /03/98	Alcance 33 a Gaceta 128 03/07/98	Norma Técnica RTCR 305: 1998. Reglamento de Transporte de Productos Peligrosos y su Señalización
27299-RE	06 /08/98	184/ 22/09/98	Ratifica Adhesión a Enmienda del Protocolo de Montreal sobre la Capa de Ozono
27500-RE	20 /11/98	Alcance 92-A a Gaceta 245 17/12/98	Reglamento sobre Uso y fabricación de Materiales Pirotécnicos
27567-S	04 /01/99	Alcance 1- A a la Gaceta 611/01/99	Obliga a toda Empresa Dedicada a la Producción, Almacenamiento, Distribución y Venta de Gases para Uso Hospitalario, Realizar las Pruebas Analíticas y Certificar su Pureza
27728	18 /03/99	Alcance 21 a Gaceta 5925/03/99	Reforma al Reglamento de la Ley de Armas Químicas y Explosivos
27879	36 315	101/ 26/05/99	Reglamento para el Transporte sin Riesgo de Mercancías Peligrosos por Vía Aérea
28113-S	02 /10/99	Alcance 74 a Gaceta 19406/10/99	Reglamento para el Registro y Control de Productos Peligrosos. (Ver Fe de Erratas en Gaceta N° 203 del 20-10-99).
28930-S	11 /10/00	184/ 26/10/00	Reglamento para el Manejo de Productos Peligrosos
30465-S			Reglamento

			General para el Otorgamiento de Permisos de Funcionamiento por parte del MINSA
3358	12 /11/73	--	Regula Identificación de Cilindros de Gas
Fe de erratas	20 /10/99	203/ 20/10/99	Instructivo para Llenar el Formulario de Registros y Control de Productos Peligrosos

Anexo H-1

Marco Institucional

Instituciones encargadas del control de alimentos	Departamento o encargado	Funciones de control
MINSA	Dirección de controles y registros	☐ Otorga permisos de operación y venta de productos alimenticios industriales. ☐ Vigila el uso de sustancias peligrosas, agroquímicos y fertilizantes en instalaciones de manejo y manipulación de alimentos
Ministerio de Agricultura	Sanidad animal y vegetal (Dirección de sanidad agropecuaria)	☐ Control epidemiológico sobre establecimiento dedicados al sacrificio de animales. ☐ Registro de uso de agroquímicos y vigila locales de expendio ☐ Autoriza locales de manipulación de productos agrícolas para la exportación ☐ Vigila condiciones sanitarias de locales para evitar contaminación de alimentos ☐ Inspecciona productos alimenticios que ingresan al país

Anexo H-2

Marco Legal

Leyes, regulaciones y normas en salud animal:	☐ Ley General de Salud ☐ Ley de medicamentos veterinarios ☐ Protección de la industria apícola ☐ Reglamento de control, elaboración de alimentos y expendio para animales ☐ Reglamento para actividades de aviación agrícola
Leyes, regulaciones y normas en sanidad vegetal:	☐ Ley de protección fitosanitaria ☐ Ley de sanidad vegetal ☐ Reglamento a la ley de protección fitosanitaria
Leyes, regulaciones y normas en inocuidad de alimentos	☐ Ley reguladora de publicidad ☐ Ley general de alcohol ☐ Ley de protección al consumidor ☐ Etiquetado de alimentos preservados ☐ Registro y comercialización de alimentos ☐ Producción y venta de mantequilla, margarina y grasas para pastelería ☐ Reglamento para publicidad de alimentos ☐ Reglamento para la elaboración, empaque, transporte, almacenamiento, expendio y normalización de queso, helados y sorbetes ☐ Reglamento para la producción, conservación, reparo y venta de leche ☐ Reglamento de harinas ☐ Reglamento de panaderías ☐ Reglamento de ferias del agricultor ☐ Reglamento técnico 1996. límites máximos de residuos de plaguicidas vegetales ☐ Reglamento etiquetado de plaguicidas ☐ Reglamento Codex alimentario
Consejos Consultivos:	☐ Subcomisión de Desregulación: encargada de revisar leyes y reglamentos relativos al registro, control, exportación e importación de productos alimenticios ☐ Comisión técnica consultiva: encargada de hacer destacar en la etiqueta de los alimentos la calidad nutricional.

Mecanismos de acreditación y certificación:	Son protocolos de reconocimiento como el HACCP en carnes, pescado y mariscos. El reconocimiento a nivel internacional se hace a través del Sistema Nacional de Calidad y cuenta con órganos como: ☐ Instituto de Normalización Técnica Costarricense (INTECO) ☐ Ente Nacional de Acreditación (ENA) ☐ Órgano Nacional de Reglamentación Técnica ☐ Ente Petrológico

ANEXO I-1

CATEGORÍA	998	999	000	001	002	OTAL
Apartamentos	15	50	6	0	9	70
Bodegas	6	2	0	5	1	24
Casas	,832	,292	,851	,575	0	550
Clínicas y Hospitales	3	2	2	7	0	4
Comercio	40	27	3	8	6	24
Condominios	45	33	15	33	8	94
Conj. Habitacionales	0	1	2	3	0	6
Escuelas	4	5	2	4	0	5
Estaciones de Servicio	8	2	0	0	2	2
Estadios	0	0	2	0	0	2
Fábricas	2	6	2	3	0	3
Gimnasios	0	3	1	5	1	0
Granjas Avícolas	0	7	2	3	7	9
Granjas Porcinas	0	0	6	4	0	0
Hoteles	4	8	2	0	0	4
Oficinas	3	07	3	4	6	43

Otros	86	2	31	6	27	3	98	3	8	7	720	1,
Planes de Confinamiento		0		0	1	1	3	2		3	6	4
Rellenos		0		0	6	6	1			0	2	2
Restaurantes	6	1	6	2	0	0	0			1	3	4
Sistemas de Tratamiento	4	5	4	7	3	9	7	4	3	1	08	3
Talleres		4		1		4	1			0	0	2
Templos		2		2		3	6			3	6	1
Urbanizaciones	67	1	6	8	2	7	9	3	7	1	35	4
TOTAL	,881	2	,895	2	,825	3	,694	4	65	2	4,560	1

ANEXO J –1

Misión y Visión de la Unidad de Protección Radiológica.

Misión

Garantizaremos que las aplicaciones pacíficas de las radiaciones en las áreas médica, industrial y de investigación no constituyan un deterioro de las condiciones de salud de la población ni del medio ambiente.

Visión

Somos una dependencia líder que ejerce la rectoría establecida en el marco legal y reglamentario vigente en el campo de las aplicaciones de las radiaciones mediante una Unidad de control, vigilancia, supervisión y registro de todas las aplicaciones pacíficas de esta forma de energía.

CAPITULO XI
“SALUD MENTAL”

XI. CAPÍTULO XI SALUD MENTAL

A. Resumen

El sistema de Salud de Costa Rica ha venido en un constante proceso de reestructuración de acuerdo a las necesidades que existen tanto a nivel nacional como mundial, pues no somos un ente aislado:

La reforma sectorial ha tenido dos grandes objetivos:

1- Asegurar los servicios integrales de salud con calidad suficiente, para ello se han readecuado los modelos de atención, formación y promoción de los equipos básicos de atención integral en salud; con el desarrollo de un sistema centralizado de recaudación así como la definición de otros mecanismos que permitan la asignación de recursos financieros a través de los compromisos de gestión.

2- Fortalecer el rol como Rector que debe mantener el Ministerio de Salud para lo que se han recaudado tanto sus funciones como su estructura orgánica, estableciendo a la vez mecanismos de conducción sectorial y sobre todo un énfasis en la capacitación del personal para lograr efectuar las nuevas tareas desconcentrando las acciones a los niveles subnacionales.

De acuerdo con la Encuesta Nacional realizada a los costarricenses, el año 2000, estos han señalado las adicciones, la violencia intrafamiliar y el abuso sexual, entre otros, como los problemas prioritarios en salud mental. Estos datos aunados a las estadísticas nacionales sobre índices de violencia intrafamiliar, extrafamiliar, actos delictivos, aumento de accidentes de tránsito, son indicadores de secuelas físicas y mentales, de gran impacto emocional y alto costo económico, familiar, social y para el Estado.

La constante exposición de nuestros niños, adolescentes, adultos mayores y adultos en general a los aspectos descritos, así como aquellas situaciones que se derivan en forma directa e indirecta del consumo de droga (lícitas e ilícitas), y otras conductas adictivas y hizo plantearnos a este grupo de trabajo la prioridad que nuestro país tanto en el abordaje de los problemas como en la prevención y la promoción de la salud mental.

Dada la importancia de la prevención y su bajo costo, comparado con la atención de la enfermedad, se recomienda realizar diagnósticos situacionales certeros que permitan priorizar las necesidades tanto nacionales como por sectores, orientar los recursos, elaborar políticas y estrategias para brindar a cada ciudadano sin importar el sexo, edad, credo político, religioso o condición social, la calidad que cada ciudadano costarricense tiene derecho de disfrutar. Costa Rica somos todos.

B. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

OBJETIVO GENERAL:

Contribuir al análisis de la situación de la salud mental en el país desde una perspectiva integral y formular recomendaciones para la elaboración de Políticas nacionales de salud mental y lineamientos para el desarrollo de un Plan Nacional de Salud Mental

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Identificar las necesidades de atención en campo de salud mental con énfasis en el nivel primario de atención

Determinar el rol de la promoción y la prevención, de la salud mental en el país.

Describir el rol de la atención y la rehabilitación en el abordaje de las enfermedades mentales.

Identificar y priorizar los principales problemas en salud mental en el país.

Identificar las competencias (recursos humanos, financieros y otros) del sector salud para el abordaje de la salud mental.

Analizar las políticas, planes, programas y proyectos nacionales en ejecución sobre salud mental en el país.

Analizar la legislación vigente sobre derechos humanos de las personas con enfermedad mental en el país.

C. ASPECTOS CONCEPTUALES

SALUD MENTAL

Definir la salud mental no ha sido tarea fácil. Las diferentes culturas la han definido de formas diversas. En el pasado prevaleció el concepto de salud mental desde un modelo clínico-biologista, desde cuya perspectiva, mentalmente sano es no manifestar síntomas o signos que encuadren en un diagnóstico psicopatológico.

Hay consenso en admitir que “salud mental” es algo más que la ausencia de enfermedad o trastorno, y que está determinada por factores de orden biológico, psicológico, social y ambiental. De ahí que se requiera de un abordaje integral, con un enfoque intersectorial e interinstitucional y la participación comunitaria, lo cual facilitaría un proceso de cambios reales y participativos en la atención psicológica y social.

La evidencia científica es vasta acerca de las bases fisiológicas, químicas y neuroendocrinas relacionadas tanto con la enfermedad como con la salud mental, lo que no sucede con aquellos factores de carácter ambiental pero que si son generadores de actitudes y conductas que dañan la salud mental. Muchos de estos factores a lo largo de la vida, se asocian, potencian sus efectos y aumenta el riesgo de enfermar.

La salud mental es una condición básica de salud y se define como el proceso de desempeño satisfactorio de las funciones mentales, que da como resultado, actividades productivas, desarrollo de relaciones exitosas con otras personas, habilidad para adaptarse a los cambios y soportar la adversidad. Este proceso conlleva al bienestar personal y grupal, el bienestar de la familia y a contribuir positivamente en la comunidad y la sociedad.

DETERMINANTES DE LA SALUD MENTAL

La salud mental está influida por factores biológicos, genéticos, sociales, culturales, económicos y ambientales. De la interacción de estos factores se espera el desarrollo equilibrado y armónico de la personalidad, lo que supone tres logros fundamentales:

Madurez emocional para asumir responsabilidades consigo mismo y con el medio, para el trabajo productivo y para establecer y mantener vínculos afectivos

Independencia y autonomía

Establecer relaciones sanas y productivas

Esto constituye por tanto un proceso dinámico de “construcción social” que ha de fortalecerse desde los primeros eventos de vida de cada ser humano (desde la gestación hasta la senectud) .

Factores genéticos

Las condiciones de los progenitores proporcionan el aval genético que dirige la formación y el funcionamiento del cerebro y sistema nervioso base de la actividad mental, cuya integridad determinará el grado de salud mental o su antítesis la enfermedad. Los trastornos mentales y del comportamiento se deben fundamentalmente a la interacción de múltiples genes de riesgo y factores ambientales.

Después del nacimiento y a lo largo de la vida, todas las experiencias que dan lugar a una comunicación directa entre neuronas, ponen en marcha procesos moleculares que remodelan las conexiones sinápticas existentes (plasticidad sináptica), crean otras nuevas, debilitan, desaparecen o fortalecen las existentes, originándose los procesos mentales.¹⁴

Algunos de los factores que afectan la integridad biológica y que son parte del diario vivir del ser humano son: el sufrimiento fetal, las Infecciones en el sistema nervioso central, radiaciones, intoxicaciones, la desnutrición, los traumatismos craneoencefálicos, los cuidados de la salud en general así como también las condiciones de vida en que el individuo se desenvuelve.

Factores psicológicos

El comportamiento humano se configura en parte por medio de interacciones con el entorno natural y social, mediados por la motivación, la recompensa, los castigos. El comportamiento es aprendido, y puede ser adaptativo o desadaptativo (TM)

Determinantes claves para la salud mental:

a- La formación de vínculos afectivos con figuras significativas para el niño, como producto de la interacción afectuosa y estable entre los padres (o cuidadores) principalmente en la infancia, favorece el desarrollo normal del lenguaje, el intelecto y el control emocional.

Obstáculos para la formación de estos vínculos pueden ser: la pobreza, las guerras, las migraciones los embarazos seguidos de la madre, las separaciones de los padres y la violencia intra familiar.

b- Interacción social: es decir, desarrollar relaciones sociales a través del juego, de la convivencia pacífica en todos los escenarios sociales (hogar, escuela, colegio, trabajo, comunidad)

c- Los Grupos de apoyo: tener un amigo (a).

d- Desarrollo personal: mayor autoestima, fomento de habilidades.

e- Acceso a oportunidades como la educación, la cultura, el deporte, la recreación, el ejercicio de sus derechos.

Factores sociales

¹⁴ Informe sobre Salud en el Mundo 2001, Salud Mental: Nuevos Conocimientos, Nuevas Esperanzas, OMS.

Podemos citar entre muchos, la cultura, la educación, la urbanización no planificada, fenómenos migratorios, la pobreza (marginalidad), los rápidos cambios tecnológicos, la violencia social, las condiciones de vida y desarrollo social, desastres, etc.

D. METODOLOGIA

El análisis sectorial en salud mental se definió como la revisión de estudios e informes internacionales y nacionales sobre la salud mental y sus determinantes en Costa Rica, identificando posibles tendencias y asuntos críticos, con el propósito de dar recomendaciones sectoriales e institucionales para el mejoramiento de la salud mental de la población y la reducción de trastornos mentales.

Etapas a seguir:

Identificación de actores claves (experiencia, conocimientos, poder de decisión, otros) relacionados con el tema para conformar un grupo de trabajo.

Convocatoria de los actores para la justificación y motivación. La primera reunión se efectuó el 12 de septiembre del 2002. Fueron convocados el director del departamento de Salud Mental de la CCSS, la Directora y Jefe de área técnica del IAFA, el Presidente de la Asociación Costarricense de Psiquiatría, un representante por el Hospital Nacional Psiquiátrico, un representante del Colegio de Enfermeras del área de salud mental, un representante del Patronato Nacional de la Infancia y dos funcionarias de la Unidad de promoción de la Salud del Ministerio de Salud. Posteriormente se sumaron una Trabajadora Social del área de salud de Paso Ancho y una Psicóloga de la Dirección de Centros Infantiles, ambas del Ministerio de Salud. El grupo consolidado, 6 a 8 personas, se ha reunido un día por semana y participó en un taller con un grupo ampliado de actores el 17 y 18 de octubre. La inclusión de actores del Instituto Nacional de Seguros (INS), del Instituto Nacional de la Mujer (INAMU), de Municipalidades y Empresas privadas quedaron pendientes para otra etapa.

Definición de términos de referencia y unificación de conceptos y criterios. Por ejemplo, el modelo de atención actual y el propuesto por la CCSS hace referencia a la atención de la *enfermedad mental*". Por consenso se determina que en lo sucesivo nos referiremos al modelo de atención de la salud mental.

Definición de áreas temáticas y objetivos del análisis: En el ámbito de la salud mental se visualizaron ocho posibles áreas de estudio y análisis con la finalidad de fortalecerlas. Tales fueron: - Políticas, planes, programas y proyectos existentes en salud mental (últimos 5 años), Servicios de atención, problemas prioritarios, recursos humanos, materiales y financieros de salud mental, atención primaria, el rol de la promoción de la salud en la prevención de los trastornos mentales, así como la calidad de la atención y la legislación vigente en salud mental

Elaboración de cuestionarios para orientar la búsqueda de información (ver anexo N° 2).

Asignación de tareas y compromisos.

Elaboración de un cronograma de trabajo.

Visitas a instituciones y entrevista a personas claves.

Programación de un taller con un grupo ampliado de actores claves.

Discusión y ampliación de los informes.

Redacción del documento preliminar y final.

E. LA SALUD MENTAL EN COSTA RICA

1. ANTECEDENTES

En Costa Rica al igual que en otros países la salud mental no ha sido la prioridad en los modelos de atención, sino que ha correspondido este lugar a la atención propiamente de la enfermedad. Esto deriva en un modelo de atención centrado en la psiquiatría, cuyo representante histórico ha sido el Hospital Psiquiátrico fundado en 1890 con el nombre de asilo Manuel Antonio Chapuí. Con los avances científicos y el aporte de las ciencias sociales el asilo evolucionó hacia un hospital mental hoy conocido como Hospital Nacional Psiquiátrico.

Las acciones de salud mental propiamente dichas no han tenido en el pasado prioridad ni han sido objeto de Políticas Públicas en el Ministerio de Salud. No obstante, se han impulsado desde distintos ámbitos gubernamentales y no gubernamentales acciones que directa o indirectamente inciden en la salud mental, especialmente en el área materno-infantil. Desde la década de los sesenta el Ministerio impulsó la investigación y la promoción de la salud mental a través de los programas nacionales de Preparación Psico-física para el Parto y el programa de Evaluación y Estimulación del Desarrollo Integral del Niño menor de seis años (1976 y 1977).

Con la Ley de traspaso de los hospitales a la Seguridad Social en 1973 la atención de los trastornos mentales queda oficialmente a cargo de la Caja Costarricense del Seguro Social.

El primer servicio de Psiquiatría en un hospital general, se inició en el año 1961 en el hospital Calderón Guardia, con una Jefatura propia desde 1972. En mayo del 2001 el servicio se independizó de la sección de Medicina Interna, con base en el reconocimiento de la Psiquiatría como la quinta especialidad clínica básica. (Decreto Ejecutivo No 20665-S-octubre de 1991)

Desde 1965 existe la inquietud de atender al enfermo mental fuera del ámbito institucional, ya para 1969 había consulta externa en 4 clínicas metropolitanas y en 6 provincias

En la década de los ochenta (80-86) se impulsó la prevención y la detección de problemas de salud mental en el nivel primario de atención, mediante la capacitación a médicos generales, técnicos de atención primaria, líderes comunales y personal de apoyo de los servicios básicos de salud (Caja y Ministerio), especialmente en la provincia de Limón, región Chorotega y Pacífico Central. También se ensayaron proyectos de salud mental en la clínica Marcial Fallas, en Quepos y Parrita.

A principio de la década de los noventa, Costa Rica firma la Declaración de Caracas, movimiento que tiene como fin la reestructuración de la Atención Psiquiátrica, proponiendo un cambio del modelo centrado en el hospital psiquiátrico por un modelo comunitario, nuevo Paradigma de la atención. Con este fin se coordinó un grupo de trabajo y se elaboró un Plan denominado Plan Nacional para la Reestructuración de la Psiquiatría y la Salud Mental, publicándose además un Decreto Ejecutivo aún vigente: N° 20665-S para impulsar su implementación. El Plan con muchos esfuerzos se logró llevar e implementar en tres regiones del país, contándose con la asesoría de especialistas italianos y el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud. Se dio gran impulso a la promoción de los derechos humanos y a la desinstitutionalización y rehabilitación psicosocial de los enfermos mentales crónicos.

Dicho proceso quedó bajo la dirección del Departamento de Salud Mental de la CCSS creado en 1996, luego del traspaso de todos los programas de atención a las personas, incluida la salud mental, del Ministerio a la CCSS, como parte de un fuerte proceso de reforma institucional que fortalece la rectoría en el Ministerio de Salud.

La necesidad de fomentar y mantener un enfoque de salud mental, se ha venido gestando en la última década con los programas de “Escuelas para padres”, “Comités de Niño agredido”, “Programas de Promoción y Prevención sobre Alcoholismo y fármaco dependencias en adultos y en niños y adolescentes a través de programas escolares como “Trazando el Camino, Habilidades para la Vida” (elaborados por el IAFA ejecutados en coordinación con el MEP).

2. SITUACIÓN ACTUAL

Hasta la fecha, la intervención sobre los trastornos mentales, está centrada en el tercer nivel de atención (hospitales y clínicas), con ausencia de la promoción de la salud mental, acciones aisladas de prevención e insuficientes intervenciones en el área de la rehabilitación psicosocial de los enfermos mentales. La atención de los problemas de alcoholismo y drogadicciones se ha venido dando en forma independiente por otros sectores como los no gubernamentales (ONG).

Otras entidades como INAMU, Fundación Ser y Crecer, PANIAMOR, realizan acciones de prevención de la violencia y abuso.

Problemas Prioritarios de Salud Mental

El grupo de trabajo definió 8 problemas prioritarios de salud mental de acuerdo con su trascendencia, magnitud, viabilidad e interés comunitario. En orden de importancia son: el abuso sexual, la violencia intrafamiliar, el alcoholismo y drogadicción en primer lugar; la depresión y el suicidio en segundo lugar de prioridad, y en un tercer lugar, los trastornos de ansiedad, la violencia laboral y los trastornos psicosomáticos

ABUSO SEXUAL

El abuso sexual es todo acto en el que una persona en una relación de poder, involucra a otra persona a mantener contacto “sexualizado”, físico o verbal, o a participar en otras interacciones sexuales mediante el uso de la fuerza, intimidación, coerción, chantaje, soborno, manipulación, amenaza, o cualquier otro mecanismo que anule o limite la voluntad personal. Incluye, entre otros, exhibicionismo, acoso sexual, exposición o participación en pornografía, sexo oral, penetración genital o anal. Implica la acción de una persona hacia otra en contra de su voluntad. Puede darse por un miembro de la familia o por allegados a ésta¹⁵.

(Protocolo de Vigilancia de la Violencia Intrafamiliar y el Abuso Sexual Extrafamiliar, 2002, Ministerio de Salud, CCSS)

Los efectos en la salud mental pueden ser devastadores si no se brinda atención psicológica oportuna a la víctima y a la familia. Las áreas dañadas por el abuso son: la sexualidad, el autocontrol, la autoestima, la confianza, la competencia; resultando una sexualidad traumática, la estigmatización, la traición y la impotencia (Dinámicas traumáticas en el abuso sexual infantil, David Finkelhor y Angela Bruwne) Los efectos son más severos cuando el agresor ha sido un familiar y cuando el abuso se produce en forma repetitiva, en cuyo caso la víctima se sienta más culpable por no evitarlo.

Blume (1990) describe un síndrome postraumático como secuelas del incesto (abuso sexual por un miembro de la familia): desórdenes en la alimentación (anorexia, bulimia), desórdenes en el sueño (pesadillas, insomnio), pobre imagen corporal, adicciones, automutilaciones, miedos, fobias, desórdenes afectivos, problemas con el establecimiento de la confianza y de los límites personales, culpa y vergüenza, amnesia psicógena, disociación, sentimientos de abandono e impotencia, estigmatización, revictimización, negación, entre otros.

El abuso tiene serias implicaciones en el desarrollo psicosocial de la niñez. Las niñas tienden a presentar más reacciones ansiosas-depresivas. En los niños tiende a objetivarse un fracaso escolar mayor y dificultades de socialización; uno de cada cinco niños abusados se convierte en agresor, abusa de otros menores, puede incluso utilizar la violencia física contra los niños que están bajo su cuidado o contra sus propios hijos (Save the Children Suecia, 1990)¹⁶.

¹⁵ Protocolo de Vigilancia de Violencia Intrafamiliar y el Abuso Sexual Extrafamiliar, 2002, Ministerio de Salud, CCSS)

¹⁶ Save the Children Suecia, 1990

La depresión es la patología más claramente relacionada con los abusos sexuales. Los estudios al respecto muestran que quienes sufrieron abuso en la infancia, desarrollan más frecuentemente depresión durante la vida adulta.

El abuso sexual puede ser causa de trastorno mental en la infancia o en la vida adulta, trastornos del vínculo, inestabilidad emocional, bajo rendimiento escolar, conductas sexualizadas, trastornos de adaptación y conducta, trastornos de personalidad, ansiedad, aislamiento social, desconfianza, vergüenza, miedo, hostilidad, baja autoestima, trastornos alimenticios, del sueño, consumo de alcohol y en la esfera sexual. También puede ser causa de depresión, ideación, gestos e intentos suicidas, alteraciones psicosomáticas y explotación sexual infantil.

Etiología del abuso sexual

Se supone que existe una dinámica familiar disfuncional, con una madre separada o alejada del padre o compañero en el triángulo incestuoso. En este tipo de familias, el niño o la niña tiende a reemplazar a la madre como compañera sexual del padre.

Entre sus determinantes se identifican factores culturales, patriarcado, valores sociales, inexistente educación sexual, marginalidad, hacinamiento, presiones económicas (sociedad de consumo, globalización), el alcoholismo y la drogadicción, legislación insuficiente o que no se aplica, así como el crecer en ambientes de poca protección y carente de vinculación afectiva.

Investigaciones realizadas en varios países como Estados Unidos, Inglaterra, y Canadá, establecen que un 20% de mujeres y un 10% de hombres reconocen haber sido víctimas de abusos sexuales en la infancia. En España se estima que actualmente un 23% de las niñas y un 15% de los niños sufre abusos sexuales antes de los 17 años.

A pesar de la alta incidencia estimada, la dimensión real del problema en el país no se conoce por cuanto la información que se produce es por atenciones, estimándose un alto porcentaje de sub-registro al no denunciarse por ser considerado aún un tema tabú entre las familias o por fuertes amenazas de los agresores. Las principales fuentes de información las producen aquellas instituciones que atienden esta problemática, que son el INAMU, la Fundación PAN Y AMOR, la fundación SER y CRECER, ILANUD, el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense del Seguro Social.

En el 2001 se atendieron en el Hospital Nacional de Niños, 313 niños agredidos, 185 mujeres y 128 varones; el 40.8 % fueron por abuso sexual, 27.4% por agresión física y el 9.9% fueron testigos de violencia en sus hogares y el 21 % ingresaron por negligencia, abandono y enfermedades ficticias. En este mismo centro, en el primer trimestre del presente año se atendieron 66 niños agredidos, de los cuales 39 (58.9%) fueron por abuso sexual.

De 9143 atenciones a menores de 18 años hechas por el Patronato Nacional de la Infancia de enero a agosto del 2002, el 45.27% fueron por abuso sexual, de los cuales el 37.8% es de origen intra familiar y el 7.5% extrafamiliar. La atención del abuso sexual debe ser una prioridad.

VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

La violencia intra familiar se define como “toda acción u omisión ejercida contra un pariente por consanguinidad, afinidad o adopción, que produzca como consecuencia daños a la integridad física, sexual psicológica o patrimonial, violando su derecho al pleno desarrollo y bienestar”¹⁷. (Acciones Rectoras del Ministerio de Salud en Violencia Intra familiar, Costa Rica, 2001).

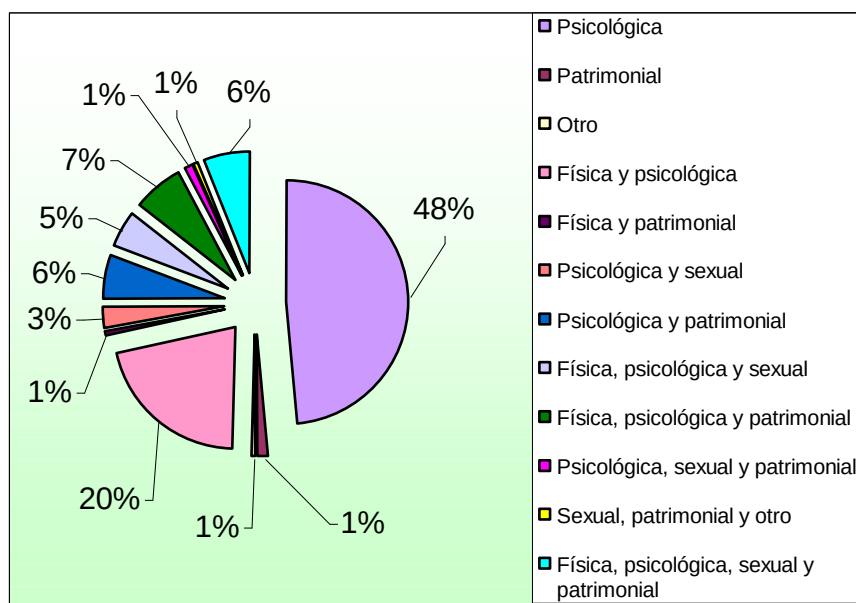
La violencia intrafamiliar y el abuso sexual representan un problema de salud pública y de seguridad ciudadana, por su elevado número de víctimas y por sus graves consecuencias. Es una de las más dramáticas expresiones sociales de la violencia de género que atañe principalmente a la mujer.

Adquiere características alarmantes. Se produce entre miembros de la familia o compañeros sentimentales y suele acontecer en el hogar. Incluye las formas de violencia como el maltrato a niños, a

¹⁷ Acciones Rectoras del Ministerio de Salud en Violencia Intrafamiliar, Costa Rica, 2001)

discapacitados, a ancianos, y la violencia contra la pareja, el abuso físico, sexual, emocional y patrimonial. (ver gráfico N° 1, en Anexo 2)

GRÁFICO NO. 2
TIPOS DE VIOLENCIA



El abuso psicológico es toda acción u omisión destinada a degradar o controlar acciones, comportamientos, creencias y decisiones de otras personas por medio de la manipulación, intimidación, amenaza, humillación, aislamiento o cualquier otra conducta que implique un perjuicio a la salud psicológica, autodeterminación o el desarrollo personal.

La violencia física es toda acción u omisión que arriesga o daña la integridad corporal de una persona. Las denuncias al Poder Judicial por Violencia Intrafamiliar se han incrementado hasta en 5.000 por año desde la publicación de la Ley contra la Violencia Intrafamiliar en 1996. Solo el 20% de las solicitudes se resuelven a favor de la solicitante.

También las llamadas a la línea telefónica “Rompe el Silencio” (INAMU) aumentan considerablemente. En el año 2000 se recibieron 37.000 llamadas solicitando ayuda y orientación por ser víctimas de violencia doméstica. (12.304 llamadas en 1997)

Los daños en la salud física y mental son impredecibles, de alto costo económico, emocional y social que puede transformarse en una barrera para el desarrollo socioeconómico del país. La tercera parte de las mujeres violentadas sufren episodios de depresión y un mayor riesgo para el suicidio, el alcoholismo y el consumo de psicofármacos. Las mujeres pierden 9.5 años de vida saludable a causa de la Violencia doméstica y sexual, así como también reduce su ingreso económico entre un 3% y un 20% (BM,1993)¹⁸

La agresión física es la causa directa de muerte en el 50% de las muertes femeninas en el mundo (Foro Mundial de Mujeres, España, 2000). Los femicidios ocurridos en Costa Rica de 1990 a 1999 fueron: 184 mujeres, la mayoría entre los 25 y 35 años de edad. La edad promedio del agresor fue de 35 años (el 87% de estos no tenían antecedentes delictivos). (ver gráficos N° 3 y 4, en Anexo 2)

ALCOHOLISMO Y DROGADICCIÓN

¹⁸ Banco Mundial, 1993

De acuerdo con los resultados de las encuestas nacionales realizadas por el IAFA y OPS desde 1990, el consumo de drogas y/o sustancias psicoactivas lícitas o ilícitas, representa uno de los principales problemas del país, concentrándose el mayor número de afectados en edades económicamente productivas, lo que incide directamente en el contexto social, familiar y económico.

El consumo de alcohol y otras drogas es un factor relacionado directamente con la generación de eventos traumáticos, las lesiones físicas personales y las ocurridas en el hogar constituyen los eventos que con más frecuencia se evidencian. Las sobredosis y los intentos de suicidio son más frecuentes en mujeres, asociados principalmente al consumo de tranquilizantes y sustancias ilícitas. Cerca de un 25% de los ingresos hospitalarios están relacionados con el consumo de alcohol, con un aumento sustancial durante los fines de semana. Además, se ha detectado el consumo de licor en las últimas 6 horas previas a los ingresos por trauma directo u accidente de tránsito.

El consumo excesivo de alcohol es un elemento común entre las víctimas de violencia, dato obtenido al indagar las historias detectadas de eventos traumáticos.

Ya desde los años 80 se ha venido detectando la influencia que representa el consumo de alcohol en estos tipos de sucesos (Madrigal 1984), siendo en esa fecha apenas de un 11%, mientras que para el año 2002 ha aumentado a un 25%, de acuerdo con el estudio realizado en 1998 en un centro de emergencias de un hospital general tipo A de San José (Salud y drogas vol.2 N° 1 2002). El comportamiento de estos consumos basados en la última encuesta nacional en año 2000 es detectado como un 30,65 de los principales problemas que enfrenta el país.

Respecto a la prevalencia de vida en consumo de alcohol y tabaco, hubo una disminución de 11,7% y 3%, respectivamente en los últimos diez años, describiéndose en 1995 un incremento del 2,2%, en tabaco; sobre este último, la prevalencia de vida de 33% en 1990, bajó a 30% en el 2000. La incidencia del consumo de tabaco en población general ha aumentado, pasando de 14 x 1000 en 1990 a 22 x 1000 en 1995, en la población de 12 a 70 años.

Para el consumo de alcohol se anota también disminución en los últimos 5 años de 62,3% a 54,3%, fenómeno que se viene detectando desde 1990 en donde era de 66%. Esta reducción estadísticamente significativa podría atribuirse a los programas de prevención y las medidas de control de precios para los productos en distintos momentos del período estudiado. Los niveles de ingestión anormal de alcohol son de un 17% de la población. En estudios realizados en muestras nacionales representativas de estudiantes de séptimo, octavo y décimo año, a partir del año 2000, sugieren una percepción de riesgo en las poblaciones, a pesar que ningún estudiante “desea llegar a depender del alcohol”. Tanto mujeres como hombres inician la ingesta de alcohol antes de los 12 años de edad.

El consumo de drogas ilícitas ha experimentado un aumento significativo en la última década, con la siguiente distribución: Prevalencia de vida de 5,5% para marihuana, 1,8% para cocaína y un 0,7% para el crack. El mayor incremento se presenta a partir del año 1995 (Ver gráficos 5 y 6, en Anexo 2)

La edad de inicio de consumo de tabaco, marihuana, cocaína y crack son de 16,30; 17,71; 19,93 y 22,77, respectivamente. La edad de inicio de consumo de alcohol ha tenido un leve aumento, siendo para año 2000 a los 17,24 años, en 1990 de 17,13 y para 1995 hubo un aumento a 18,01 años; el fenómeno de este último año puede ser atribuible a las diferentes campañas de prevención realizadas y a un mayor control en los precios del producto.

En cuanto a los ingresos económicos familiares de las personas con problemas de adicciones, son en un 46% de ingresos medio-bajos y un 41% bajos.

De acuerdo con estudios realizados por el IAFA en Egresos Hospitalarios por drogas en el 2001, se reportan en el expediente 39% por alcohol, 4% tabaco, 12% Marihuana y 12% crack.

DEPRESIÓN

La depresión es un trastorno mental frecuente que puede aparecer en cualquier momento de la vida aunque la incidencia es mucho mayor en la madurez. Más frecuente en mujeres que en hombres con una prevalencia puntual de episodios unipolares de 3.2% en la mujer contra un 1.9% en hombres.

El 5.8% de los hombres y el 9.5% de las mujeres experimentará un episodio depresivo en cualquier momento de su vida.

La depresión se caracteriza por una combinación de tristeza, desinterés por las actividades y disminución de la energía. Otros síntomas son una pérdida de la confianza y la autoestima, sentimientos injustificados de culpa, ideas de muerte y suicidio, menor capacidad de concentración y la aparición de trastornos del sueño y la alimentación. Otros efectos de la depresión son las disritmias, disfunción laborales, incapacidad, suicidios, agresividad, somatizaciones y problemas familiares.

La depresión puede ser aguda o crónica, leve, moderada o grave y es responsable del 4.4% del total de años de vida potencial perdidos, índice que se estima irá en ascenso en los próximos años. Expertos a nivel mundial estiman que en menos de 10 años la depresión se convertirá en la principal enfermedad mundial.

Entre sus causas se señalan componentes genéticos y biológicos relacionados con los neurotransmisores principalmente Serotonina, Norepinefrina y Dopamina. Entre los factores de riesgo se indican el abuso sexual, la violencia doméstica, la pobreza, soledad, presiones laborales, trastornos de personalidad, pérdidas: sociales, materiales y personales, desesperanza y pensamientos negativos

Aspectos culturales como una socialización basada en el control a través de la culpa, la no aceptación de las expresiones de enojo y frustración especialmente en niños; la sociedad promueve formas de aislamiento social para enfrentar el dolor o la soledad : consumo de fármacos o de sustancias innecesarias, sedentarismo, comida excesiva. La sociedad occidental induce formas inadecuadas para el manejo del duelo : no se nos educa para aceptar la muerte y otras pérdidas, las expectativas de las personas son siempre lo eterno. La estructura y rigidez de roles en la familia que son fuente de conflictos entre sus miembros, también las situaciones de abandono o de violencia intrafamiliar influyen en la depresión.

Como factores protectores se tiene un diagnóstico temprano y tratamientos adecuados, familias integradas y contenedoras, buena comunicación, percepción positiva de la vida, confianza básica, y un sentido de identidad y pertenencia.

Depresión infantil

Estudios a nivel mundial indican que prácticamente 2 de cada 10 niños menores de 12 años presentan cuadros depresivos importantes que ameritan atención. Algunos de sus síntomas son: la falta de interés en el juego y otras actividades, miedos inexplicables, ausentismo y bajo rendimiento escolar, tristeza, llanto e irritabilidad. La depresión infantil es el resultado principalmente de problemas dentro de la casa, separaciones de los padres, la muerte de un familiar, cambios de domicilio, catástrofes ambientales como huracanes y terremotos.

Un estudio en México reveló que el 95% de las dificultades académicas son causadas por factores emocionales (Instituto de Salud Mental, México,2002)¹⁹. La escuela es el principal lugar donde se detectan estos problemas depresivos.

En los adolescentes, debido a los fuertes cambios bio-psico-sociales, se produce cierto grado de depresión transitoria pero que pueden impactar las esferas cognitivas, afectivas y conductuales, por lo que debe tenerse en cuenta para prevenirla. La depresión es la principal causa del suicidio.

En los siguientes cuadros se observa que los trastornos afectivos y ansiosos son la principal causa de consulta en urgencias de la red de servicios de la CCSS, tanto para todos los grupos d edad como en la población adolescente.

CUADRO NO. 1

URGENCIAS ATENDIDAS POR TRASTORNOS MENTALES POR DIAGNOSTICO Y SEXO EN TODAS LAS EDADES, AÑO 1996

¹⁹ Instituto de Salud Mental, México,2002)

TIPO DE URGENCIA	TOTAL (%)	HOM BRES	MUJ ERES
TRASTORNOS MENTALES	1.88	1.81	1.93
Alcoholismo	0.34	0.64	0.12
Esquizofrenia	0.12	0.20	0.06
Otras Psicosis	0.13	0.12	0.13
Episodio depresivo	0.39	0.24	0.51
Otros trastornos afectivos	0.09	0.04	0.12
Ansiedad	0.42	0.24	0.56
Otros trastornos neuróticos	0.27	0.19	0.33
Otros trastornos mentales	0.12	0.14	0.10

Fuente : Departamento de Estadísticas, CCSS,2002

CUADRO NO. 2
URGENCIAS ATENDIDAS POR TRASTORNOS MENTALES EN
PERSONAS DE 15 A 19 AÑOS, SEGÚN SEXO, AÑO 996

TIPO DE URGENCIA	TOTAL (%)	HOM BRES	MUJ ERES
TRASTORNOS MENTALES	1.74	1.63	1.80
Alcoholismo	0.22	0.27	0.19
Esquizofrenia	0.02	-	0.04
Otras Psicosis	0.07	0.14	0.04
Episodio depresivo	0.22	0.34	0.15
Otros trastornos afectivos	0.05	-	0.08
Ansiedad	0.46	0.14	0.64
Otros trastornos neuróticos	0.60	0.61	0.60
Otros trastornos mentales	0.10	0.14	

Fuente : Departamento de Estadísticas, CCSS, 2002

SUICIDIOS (La extrema desesperanza)

El suicidio es el evento en el cual un individuo toma la decisión de acabar definitivamente con su vida, cumpliéndose el objetivo a cabalidad. El suicidio, las tentativas de suicidio y las ideas suicidas en general se consideran signos de trastorno psicológico.

Una de las principales causas de muerte en adultos jóvenes y predomina en la población de 15 a 34 años a nivel mundial, lo que representa para la sociedad una pérdida masiva de personas jóvenes en los años productivos de la vida, significando un serio problema de Salud Pública.

Costa Rica tenía en el año 1965 una tasa de suicidios de 2.4 x 100.000 h; en 1970 de 3.6 x 100.000 y el año 2000 6.5 x 100.000 (263 muertes, el más alto de la década).

Predomina en hombres (88.2%) más que en mujeres (11,8%). Proporción de 6:1

Para ese mismo año (2000), el grupo más afectado fue de 20 a 39 años. Más frecuente en solteros (40.3%) que en casados (41%). Los agricultores, desocupados, comerciantes, guardas y domésticas figuraron como los más afectados

Los factores de riesgo más importante son las Depresiones, los Trastornos de Personalidad y el abuso de Sustancias. La mayor incidencia se da en San José (38.4%), le siguen Alajuela, Limón, Cartago y Heredia. El método más utilizado fue el ahorcamiento (o suspensión) (32%), seguido por el envenenamiento (32.6%) y por el arma de fuego (26.1%).

Estudios recientes demuestran que jóvenes con problemas familiares, mujeres agredidas, privados de libertad y ancianos constituyen los grupos que más frecuentemente recurren al suicidio como una salida para sus problemas. (Starcevic, 1999)²⁰

TRASTORNOS DE ANSIEDAD

La ansiedad es una sensación psíquica desagradable de intranquilidad que experimenta un individuo en ciertas ocasiones en donde percibe que puede ocurrir algo inesperado y malo que puede atentar contra su integridad física o mental. Puede ser normal cuando es proporcionada al estímulo que la ocasiona. Cuando persiste por un tiempo excesivamente prolongado o es muy intensa se dice que es patológica.

Entre sus causas se mencionan factores ambientales, genéticos y biológicos. No existe una causa única que pueda explicar todas las distintas facetas de los trastornos ansiosos. Pueden estar asociados a una enfermedad física, a situaciones de abuso de cualquier tipo, a presiones económicas, estrés laboral, inseguridad ciudadana, pérdidas, alcoholismo y farmacodependencia.

Las teorías psicológicas tratan de explicar los síntomas con base en conflictos intrapsíquicos que surgen entre impulsos inaceptables que emergen del inconsciente (Id) y que son rechazados por el super ego, generando tensión entre ambas esferas, lo que da como resultado los síntomas ansiosos. Para poder manejar estos síntomas el Ego entonces recurre a mecanismos de defensa automáticos como la negación, la sublimación, la formación reactiva, etc.

Morbimortalidad.

Los trastornos mentales son condiciones de salud que se caracterizan por alteraciones del pensamiento, el estado de ánimo y el comportamiento, o alguna combinación de éstas. Entre sus efectos están la incapacidad para el desempeño, discapacidad, dificultades en la interacción social, sufrimiento o muerte.

Son complejos y de causas biológicas, sociales y psicológicas. Pueden presentarse en cualquier sociedad y en el transcurso de toda la vida; afectan a personas sin distinción de raza, sexo, edad y grupos poblacionales. Así mismo, varían en severidad e impacto sobre el bienestar y la calidad de vida de las personas.

²⁰ Stacervic, 1999

Otros problemas de naturaleza psico-social, estrechamente vinculados con la salud mental son la violencia social, la violencia intra-familiar, la violencia en el tránsito, el alcoholismo y la fármaco-dependencia.

La enfermedad mental más que la salud propiamente dicha, se atiende a través de la amplia red de hospitales y clínicas con que cuenta la Caja Costarricense del Seguro Social, mediante consulta externa o ambulatoria, hospitalizaciones, medicina de enlace y atención de emergencias.

Principales causas de consulta y egresos hospitalarios

La proporción de consulta por trastornos mentales respecto al total en la CCSS, casi no ha variado en los últimos 20 años. Fueron de 3.07% en 1983, de 4.27% en 1987, de 3.98% en 1992 y 3.7% en 1997. más frecuentes en hombres (4.05%) que en mujeres (3.95%), situación diferente a la de 1983 donde las dos terceras partes de las consultas eran mujeres y un tercio hombres.

La primera causa de consulta (65%) son los trastornos neuróticos y de la personalidad, seguidos de psicosis y otras alteraciones mentales, como se anota en el cuadro siguiente.

CUADRO NO. 3
CAUSAS DE CONSULTA (%) POR TRASTORNOS MENTALES
SEGÚN AÑO Y SEXO

CAUSA AÑO	1987			1992			1997											
	TAL	TO	M HO	J MU	TAL	TO	M HO	J MU	TAL	TO	M HO	J MU						
Trastornos Mentales		4.27		3.99		4.43		3.98		4.02		3.96		3.70		4.14		3.47
Psicosis		0.65		0.76		0.59		0.47		0.58		0.42		0.45		0.56		0.39
Trast. y Neurótico y Personalidad		2.78		2.07		3.19		2.47		2.06		2.70		1.90		1.67		2.01
Dependenc ia		0.11		0.24		0.03		0.05		0.13		0.01		0.10		0.23		0.03
Alcoholica																		
Dependenc ia		0.08		0.08		0.08		0.07		0.11		0.06		0.13		0.16		0.12
Abuso drogas																		
Otras alteraciones mentales		0.65		0.83		0.55		0.91		1.14		0.78		1.13		1.51		0.92

Los egresos hospitalarios representan el 3.5% del total de egresos en 1987, el 2.16% en 1992 y el 2.07% en 1997; mayor en hombres (4.03%) que en mujeres (1.66%), en los tres períodos de estudios.

La primera causa de egreso como se ve en el Cuadro No.5, son las psicosis y dentro de esta la esquizofrenia, lo que muestra una reducción paulatina conforme se avanza en el tiempo, lo que podría deberse a una mejoría en los programas de rehabilitación. Los trastornos mentales no psicóticos son la segunda causa de egreso, seguido por el alcoholismo y otras alteraciones mentales.

CUADRO NO. 4
EGRESOS HOSPITALARIOS POR TRASTORNOS MENTALES
SEGÚN SEXO Y AÑO

CAUSA AÑO	1987			1992			1997		
	OT.	OM	UJ	OT.	OM	UJ	OT.	OM	UJ
Trastornos Mentales	.05	.25	.96	.16	.63	.49	.07	.22	.53
Esquizofrenia	.13	.71	.85	.90	.35	.70	.82	.16	.65
Otras Psicosis	.46	.90	.24	.42	.8	.24	.28	.44	.20
Dependencia Alcohólica	.5	.25	.05	.19	.56	.03	.11	.31	.02
Trastornos mentales	.69	.85	.61	.46	.59	.41	.79	.13	.62
Otras alteraciones mentales	.32	.54	.21	.18	.33	.11	.08	.17	.04

FUENTE: Serie Estadísticas de la Salud, Número 83, 1999, CCSS

El siguiente cuadro muestra algunas características de la mortalidad por trastornos mentales:

CUADRO NO. 5
MORTALIDAD POR TRASTORNOS MENTALES
POR SEXO Y AÑO (%)

CAUSA AÑO	1992			1997		
	TOTAL	HO	M	TOTAL	HO	M
Trastornos Mentales	1.96	2.8	1.09	2.13	3.28	0.96
Psicosis	0.79	0.6	0.9	0.73	0.7	0.74
Alcoholismo	0.66	1.1	0.19	1.04	1.8	0.17
Abuso Drogas	0.51	1.0	-	0.38	0.6	0.06

FUENTE: Serie Estadísticas de la Salud, Número 83, 1999, CCSS

Consultas por Grupos de Edad

Hasta los 14 años de edad las consultas se clasifican solo en dos categorías: trastorno mental no psicótico y otras alteraciones mentales, y los egresos en trastorno mental no psicótico y retardo mental, agregándose otras como alcoholismo y psicosis después de los 15 años.

En el grupo de 5-9 años se incrementan las consultas de: 2.29% en 1987 a 4.18% en 1997; más frecuente en niñas. Los egresos no muestran diferencias por sexo

Para los grupos de 5-9 años y de 10-14 años en la información estadística disponible, no hay precisión referente a cuántos ni cuáles son psicóticos y no psicóticos. En ambos grupos se evidencia la mayor prevalencia en hombres que en mujeres y un aumento en el porcentaje de consulta (Cuadros 6 y 7).

Las niñas de 10 a 14 años se internaron más que los varones en los períodos 1987-1997. Las consultas por trastornos mentales en el grupo de 15-19 años mantienen un porcentaje estable, con leve descenso en el período estudiado. En cuanto a los egresos, se internaron más mujeres dos terceras partes que hombres (un tercio), cobran importancia los ingresos por alcoholismo y psicosis. Este grupo de edad, en 1996 utilizó los servicios de urgencia (1.74%), del total de las emergencias, siendo la primera causa de consulta los trastornos neuróticos y ansiedad; los trastornos afectivos (episodio depresivo y otros trastornos afectivos), seguidos por el alcoholismo.

Este análisis puede complementarse con información obtenida de los servicios infarto juveniles (3) existentes en la CCSS. En el Hospital Nacional de Niños, en el 2001 se produjeron 4250 consultas, de las cuales el 46% por Déficit atencional, seguido por mal manejo de límites en un 26%, niño agredido: 25% y el 12% trastornos de eliminación y un 12% por problemas de aprendizaje.

En el 56% de los casos había problemas de violencia intra-familiar y drogas en el entorno de estos niños y el 62% presentaron más de un problema psiquiátrico. Los niños con mal manejo de límites presentaron una mayor tendencia a ser víctimas, en el 60% de los casos con un coeficiente intelectual inferior al normal. Los niños y adolescentes con coeficiente intelectual normal o superior

mostraron más tendencia a la depresión y trastornos de ansiedad. Los casos de trastorno de aprendizaje, en el 60% traían coeficiente intelectual inferior al normal.

Las consultas y los egresos en el grupo de 20-24 y de 45 a 59 años tienen un comportamiento similar, aumentan en forma notoria, en proporción similares entre hombres y mujeres, aunque ligeramente mayor en estas.

En el grupo de 45 a 59 años, las consultas (%) se incrementan con proporciones parecidas entre hombres (6.52%) y mujeres (6.31%), a expensas de los trastornos mentales no psicóticos y psicóticos, como se observa en el cuadro siguiente.

CUADRO NO. 6
CONSULTAS (%) POR TRASTORNOS MENTALES
EN PERSONAS DE 45 A 59 AÑOS, SEGÚN SEXO Y AÑO

CAU SA AÑO	1987			1992			1997		
	OTAL	OM	UJ	OTAL	OM	UJ	OTAL	OM	UJ
Trastornos Mentales	.12	.88	.22	.31	.97	.47	.69	.73	.26
Psicosis	.13	.34	.05	.87	.10	.76	.87	.34	.68
Trastornos mentales no psicótico	.93	.81	.41	.37	.58	.72	.29	.26	.30
Síndrome de dependencia alcoholica	.41	.95	.18	.26	.54	.13	.17	.53	.03
Otras alteraciones mentales	.64	.78	.59	.81	.76	.84	.35	.60	.25

En el cuadro No. 7 se observa que los egresos hospitalarios pasan de 7.55% en 1987 a 4.51% en 1997, con predominio moderado en hombres (5.5%) que en mujeres (6.31%). La esquizofrenia es la primera causa de egreso, índice que se reduce significativamente de 45.17% en 1987 a 11.75% en 1997, ¿mejoras en los programas de rehabilitación?

CUADRO NO. 7
EGRESOS HOSPITALARIOS (%) POR TRASTORNOS MENTALES
EN PERSONAS DE 45 A 59 AÑOS, SEGÚN SEXO Y AÑO

A AÑO	CAUSAS	1987			1992			1997		
		OTAL	OM	UJ	OTAL	OM	UJ	OTAL	OM	UJ
	Trastornos Mentales	.55	.99	.72	.20	.49	.28	.51	.46	.86
	Esquizofrenia	.41	.30	.50	.72	.67	.76	.53	.24	.73
	Otras psicosis	.85	.37	.46	.75	.18	.45	.80	.11	.06
	Alcoholismo	.64	.56	.21	.75	.71	.07	.65	.46	.10
	TMI no Psicótico	.19	.13	.24	.71	.59	.80	.14	.55	.86
	Retardo Mental	.45	.63	.31	.26	.34	.20	.11	.10	.12

Las características de consulta y egresos en las personas de 60 años y más, atendidas en psiquiatría, muestran una ligera reducción en la proporción de consultas (4.85% bajan a 3.71%), con un franco predominio en mujeres (4.67%) que en hombres (4.08%). Los trastornos mentales no psicóticos ocupan la primera causa de consulta.

3. NECESIDADES SENTIDAS EN EL AREA DE SALUD MENTAL

Un estudio realizado en la Caja Costarricense de Seguro Social indica que el problema principal de salud percibido se refiere a la salud mental, el cual lo relacionan con:

- Cultura de violencia que genera agresión, delincuencia.
- Transformación de la estructura familiar
- Empleo /desempleo /empleo no calificado
- Educación
- Pobreza
- Falta de información
- Aspectos socioculturales generales
- Prácticas de exclusión como el abandono, la soledad, la discriminación y el rechazo.
- Limitaciones de los servicios de salud

Dentro de los grupos de población con necesidades específicas se encuentran: niños, niñas y adolescentes, mujeres, adultos mayores e inmigrantes (nicaragüenses y panameños), población en estado de pobreza, discapacitados, grupos indígenas.

En el estudio también se indica la percepción que se tiene de los servicios de salud:

Mala atención en general
Saturación de los servicios, falta de especialistas en áreas de la salud, citas a largo plazo, largas filas de espera para la atención
Poca información al paciente
Diagnóstico y tratamiento inadecuados
Falta de medicamentos
Restringida participación social
Discriminación (falta de equidad, preferencias)

Inadecuada infraestructura y equipamiento

Necesidades sentidas en el ámbito comunitario Una encuesta a madres de preescolares que asisten a los CENCINAI señaló las siguientes necesidades:

Conocimiento sobre Sexualidad infantil, juegos sexuales en menores.
Abuso: qué es y cómo prevenirlo.
Agresividad en los niños y niñas.
Conductas violentas. Juego y relaciones con otros niños.

Influencia de la TV .
Conflictos entre los miembros de la familia.
Relaciones familiares. Celos entre familiares.
Respeto a las diferencias. Poca tolerancia a las diferencias.
Expresión del afecto.

Un estudio en asambleas comunales (participación comunitaria, 1998)) con 17 comunidades reveló que sus prioridades en salud mental eran : Alcoholismo infanto juvenil, drogadicción, falta de centros de recreación, Conflictos, familiares, abandono y maltrato, problemas mentales, violencia social y falta de educación a padres de familia

Otro estudio reciente realizado por las 81 áreas de salud del Ministerio de Salud en el primer trimestre de este año (Acos, MS, 2002¹) indicó que todas las regiones identificaron problemas relacionados con Salud mental como alcoholismo, drogadicción, VIF, inseguridad ciudadana; 7 regiones priorizaron (de 1o. A 3o. Lugar) las siguientes: Violencia Intrafamiliar (problema No.1). Farmacodependencia y embarazo en adolescentes.

4. SISTEMA DE ATENCIÓN: OFERTA DE SERVICIOS

FORTALEZAS

La enfermedad más que la salud mental propiamente dicha se atiende a través de una amplia red de hospitales y clínicas de la CCSS, mediante consultas ambulatorias, hospitalizaciones, medicina de enlace y atención de emergencias.

- El Ministerio de Salud dirige y conduce una propuesta para la formulación de políticas nacionales en salud mental, como parte de la Política Nacional de Salud 2002-2006.

- Se cuenta con dos hospitales nacionales especializados, el Hospital Nacional Psiquiátrico y el hospital Dr. Chacón Paut y servicios de Psiquiatría en 5 hospitales nacionales. En los 7 hospitales regionales y 13 hospitales periféricos se cuenta con un psiquiatra que atiende consulta externa,

¹ Ministerio de Salud, ACOS, 2002.

interconsultas, emergencias y hospitalizaciones, con gran recargo de funciones. También se dispone de consulta externa en 9 clínicas del área metropolitana.

- El Hospital Nacional Psiquiátrico es un centro de referencia y tiene además funciones de docencia e investigación. Desde la década de los 90, inicia acciones hacia su modernización, con énfasis a mejorar la calidad de vida de sus pacientes y la búsqueda de opciones para la desinstitucionalización y reinserción social, obteniéndose algunos logros como la reducción del número de camas de 1.140 en 1990 a 811 en la actualidad: 570 para larga estancia y 241 para agudos. En los últimos 5 años se logró la reubicación externa de 150 pacientes que puede considerarse un logro de la rehabilitación y mejor coordinación con el programa de Hospital Diurno y Hogares Transitorios. Tiene un presupuesto de 5, 857,497.272; 956 empleados, un censo promedio de 632 pacientes, un índice ocupacional de 78%, y 811 camas.

- Un servicio de psiquiatría en el Hospital Calderón Guardia, creado en 1961. En mayo del 2001 el servicio se independiza de la sección de Medicina Interna, reconociéndose la psiquiatría como la quinta especialidad clínica básica (Decreto Ejecutivo 20665-S)

- La Caja cuenta actualmente con la propuesta de un modelo readecuado para la atención de la salud mental: Nuevo Modelo de Atención en Salud Mental. Perfil de Proyecto. Caja Costarricense del Seguro Social. Marzo, 2002), en el cual se propone una transformación de la organización y el funcionamiento de la red de atención, con acciones en los tres niveles, de acuerdo a los cánones modernos de la atención en salud mental y las necesidades actuales de la población costarricense, con énfasis en la promoción de la salud mental. Propone la integración de equipos multidisciplinarios para la atención integral por niveles de las personas por niveles resolutivos. El modelo aún no ha sido aprobado por la Junta Directiva de la CCSS. La CCSS cuenta con recursos humanos altamente especializados: 73 psiquiatras y 81 psicólogos.

- Otros prestadores de servicios son en Instituto Nacional de Seguros que cuenta con 2 psiquiatras y 3 psicólogas. De enero a octubre del presente año se han producido 6.028 atenciones, de las cuales 1.328 son dadas por psiquiatras y 4.700 por psicólogos. Estas atenciones representan el 1% del total de consultas del INS en el mismo período. El INS cuenta en sus oficinas centrales con una clínica de reinserción laboral atendida por un equipo interdisciplinario.

- El sector privado en los últimos diez años ha incrementado de forma importante la atención en salud mental. En la clínica Bíblica funciona desde hace nueve años un programa de salud mental atendido por dos psiquiatras que ofrecen medicina de enlace, atención de emergencias, hospitalizaciones y consulta externa con un promedio de 120 consultas mensuales por médico psiquiatra. También el Hospital CIMA/San José cuenta con un amplio equipo de psicólogos y psiquiatras.

- Es importante anotar que, de 15 universidades que tienen la carrera de Psicología, 7 brindan servicios de salud mental a estudiantes y algún otro tipo de público a precios módicos o gratuitos. Estas son : UNIBE, Leonardo Da Vinci, Monterrey, UCACIS, Universidad Latina, UCR, y VINCULOS.

- Existencia de instituciones públicas y privadas que desarrollan acciones relacionadas con salud mental, con énfasis en la atención más que a la promoción (INAMU, IAFA, PANI, PANIAMOR, SER Y CRECER, CNFL, ETC.)

- El Instituto Nacional Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), creado por la Ley 7035 es el ente rector que atiende la problemática de alcoholismo y adicciones, a nivel nacional. Entre sus funciones se destaca la acreditación de todos los programas y organizaciones dirigidas al abordaje de la temática de adicciones; elaboración de programas de prevención, promoción, atención y

rehabilitación, y un servicio de consulta externa, para la atención directa de personas con problemas de alcoholismo u otra farmacodependencia a través del Servicio de Desintoxicación del Instituto en coordinación con otras instituciones no gubernamentales y algunas del Estado.

-En la Consulta Externa se atienden tanto los pacientes referidos por el Servicio de Desintoxicación del IAFA como por otras entidades. El servicio brindado es totalmente integral desde emergencias, con intervención de Trabajo Social, Enfermería, Educación Individual y Familiar.

- El 78% de la población atendida no son asegurados. Del año 1999 al año 2001 produjo 15757 atenciones: el 10% son niños entre 5-14 años, el 70% personas entre 15-45 años. El 10% requiere atención psiquiátrica y 40% son atenciones generales.

- El ordenamiento jurídico costarricense tiene un conjunto de disposiciones relativas a los derechos humanos de las personas con discapacidad mental, promulgados a inicios de la década de los setenta y dispersos en diferentes cuerpos normativos entre los que se destacan la Ley General de Salud, la Ley 7600 de Igualdad de Oportunidades para las personas con discapacidad, la Convención Americana para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad y la Ley de Derechos de los Pacientes.

- La Ley General de Salud se refiere al internamiento, voluntario e involuntario, por causas mentales (Art. 22 y 30), obligando al director del establecimiento a comunicar los ingresos no voluntarios en forma inmediata a la Corte Suprema de Justicia la cual debe hacerse ante el juzgado de familia de la jurisdicción correspondiente, y deberá cumplir con las obligaciones y requisitos de la curatela.

- La Ley 7600 desarrolla un cúmulo de derechos de las personas con discapacidad, que incluye a los enfermos mentales, como el derecho a la educación, al trabajo, al transporte, a los servicios de salud, etc.

- Existencia de lineamientos rectores en promoción de la salud, que incluye el componente de salud mental, para ser desarrollados en los escenarios estratégicos.

DEBILIDADES

- Falta de prioridad a la salud mental en el pasado y ausencia de Políticas Nacionales de salud mental.

- Falta de Rectoría en salud mental que conduzca, dirija, coordine, vigile y evalúe las acciones intersectoriales de salud mental en el país.

- Inexistencia de Políticas y de un Plan de Salud Mental integrador de acciones o proyectos intersectoriales de salud mental nacionales.

- Enfoque de la atención de la enfermedad y no de la salud mental.

- Falta de Políticas de Salud Mental infantil.

- Falta de coordinación intersectorial e interinstitucional de entidades nacionales públicas y ONGs que realizan acciones en salud mental, lo que genera desarticulación y duplicación de acciones.

- Acciones desarticuladas para la promoción, prevención, atención integral y rehabilitación de la Farmacodependencia

- Limitada participación de la comunidad y otras instituciones en la promoción y sostenibilidad de las acciones dirigidas a fortalecer la salud mental.

- Carencia de investigaciones epidemiológicas para determinar la magnitud de la patología y necesidades prioritarias de salud mental. También se carece de investigaciones científicas para llenar vacíos de conocimiento.

- El modelo actual para el abordaje de los trastornos mentales está centrado en el tercer nivel de atención, con ausencia de la promoción de la salud mental, acciones aisladas de prevención e insuficientes intervenciones en el área de la rehabilitación psicosocial de los enfermos mentales.

- Iniquidad y falta de acceso oportuno para la atención de los problemas de salud mental.

- Ausencia de la salud mental en el nivel primario de atención.

- Falta de capacitación y sensibilización del personal de salud para brindar una atención de calidad en salud mental, especialmente en el primer y segundo nivel.

- Concentración de los recursos materiales, humanos y financieros en el tercer nivel de atención. El 3.5% del presupuesto de salud de la CCSS está concentrado en los dos hospitales nacionales y el servicio de Psiquiatría del Hospital Calderón Guardia.

- Ausencia de presupuestos para la promoción de la salud mental

- Ausencia de programas educativos a la comunidad sobre salud mental

- Falta de decisión política para una desconcentración y descentralización de los servicios de atención de la salud mental.

- Ausencia del componente de salud mental en los planes de estudio de profesionales de la salud.

- Ausencia de programas educativos dirigidos a la población para reducir la estigmatización de la enfermedad mental

- Incumplimiento de los Decretos Ejecutivos N° 20665-S y N° 23984-S relacionados con la reestructuración de la atención psiquiátrica

- No hay programas de salud mental para grupos de riesgo o situaciones de riesgo como desastres naturales.

- Los instrumentos legales nacionales e internacionales relativos a los derechos humanos de los enfermos mentales son poco conocidos en el país y han tenido poca difusión

- No existe en el país un organismo oficial que vele y fiscalice el cumplimiento de estos derechos.

- Revisión de las normas sobre la capacidad de actuar y el proceso de insania contenidos en el Código Civil y en el Código procesal Civil

- Los procedimientos y normas del internamiento de personas por orden judicial merecen una atención y revisión especial. Es aquel internamiento producto de una orden emanada del juez, en el cual impone una medida de seguridad curativa que consiste en el internamiento en una institución

psiquiátrica de conformidad con el artículo 101 del Código penal y del artículo 388 y siguientes del Código Procesal Penal. El juez también puede ordenar el internamiento en el hospital psiquiátrico mediante la imposición de una medida cautelar (son impuestas sin los estudios médicos para determinar si esa es la mejor opción para la circunstancia que presenta esa persona).

Deficiencia en la aplicación de normas y procedimientos legales relativas a los derechos humanos señaladas por la oficina de Asesoría y Gestión Legal del Hospital Nacional Psiquiátrico de la Caja Costarricense del Seguro Social.

F. BIBLIOGRAFÍA

Bejarano, J. Alvarado, A. La investigación sobre la temática de las drogas en Costa Rica. Revisión de las últimas tres décadas, San José, C.R. IAFA, 1992

Bejarano, J.; Estudio Nacional sobre Consumo de drogas 200-2001, Instituto Alcoholismo y Farmacodependencia, 2002

Bejarano, J; San Lee L; Ugalde, F. Consumo de drogas y percepciones del riesgo derivado en estudiantes de universidades estatales de Costa Rica 1992-1996

Caja Costarricense de Seguro Social, Gerencia Médica, Gerencia de Modernización y Desarrollo, Perfil de Proyecto, *Nuevo Modelo de Atención en Salud Mental*, San José, Costa Rica, Marzo 2000

Costa Rica, Ley de Igualdad de Oportunidad para las Personas con Discapacidad (7600). Primera Edición, San José, Costa Rica 1997.

Costa Rica, Ley General de Salud. Ministerio de Salud, 1973.

Instituto Madrileño del Menor y la Familia, Atención al Maltrato desde el Ámbito Sanitario en la Comunidad de Madrid, España, abril 1999.

Instituto Mario Negri, Salud Mental en el nivel primario de Atención: Estudio en una muestra de pacientes en seis países centroamericanos, Centro Colaborador de la OMS/OPS en investigación y Capacitación en Salud Mental.

Gask, L., Croft, J., Métodos para colaborar con los servicios de atención primaria, *Avances en Psiquiatría*, vol6, n° 6, may 2001, págs. 35-42

Jiménez, F. Y Bejarano, J. Estudio nacional sobre consumo de alcohol y drogas ilícitas. San José, C.R.: Instituto de Alcoholismo y Fármaco-dependencia, 1991

Ministerio de Salud, Caja Costarricense de Seguro Social, *Protocolo de Vigilancia de la Violencia Intrafamiliar y el Abuso Sexual Extrafamiliar*, San José, Costa Rica, Año 2002

Ministerio de Salud, *Memoria Anual 2000*, San José, Costa Rica, Año 2000

Ministerio de Salud, Metodología para la Formulación de la Política Nacional de Salud 2002-2006, San José, Costa Rica, Setiembre 2002

Ministerio de Salud, *Plan Nacional de Desarrollo*, Julio 2002

OPS/OMS, CCSS, ILANUD, CNREE, Derechos Humanos de las Personas con Enfermedad Mental en el Sistema de Salud de Costa Rica, San José, Costa Rica.

Organización Mundial de la Salud, Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades, Trastornos Mentales y del Comportamiento, Madrid, España, 1996

Organización Mundial de la Salud, Informe sobre la Salud en el Mundo 2001, *Salud Mental: Nuevos Conocimientos, Nuevas Esperanzas*, Ginebra, Suiza, 2001.

Revista Latinoamericana de Derecho Médico y Medicina Legal, Vol. 5 (2), Dic. 2000, Vol. 6 (1), Junio 2001, San José, Costa Rica, Año 2001.

Rodríguez J. y Colaboradores, Base Programáticas, Programa Atención Integral a la Adolescencia. CCSS, San José, 2002.

CAPITULO XII

“VULNERABILIDAD Y PREPARATIVOS PARA DESASTRES”

XII. CAPITULO XII VULNERABILIDAD Y PREPARATIVOS PARA DESASTRES

A. RESUMEN

Costa Rica es un país que por su ubicación y por condiciones físico geográficas y geológicas, se encuentra expuesto a fenómenos naturales como, sequías, deslizamientos, huracanes, actividad volcánica y terremotos y a los fenómenos antrópicos y tecnológicos que causan emergencias y desastres

El país cuenta con legislación general y específica que permite a las instituciones tomar las medidas necesarias para la gestión y atención de los desastres y se están haciendo esfuerzos para la organización conjunta y el desarrollo de planes en la gestión del riesgo y programas en la prevención y atención de los desastres.

El sector en materia de desastres ha tenido un avance que no es despreciable. Existe en mayor o menor grado en las instituciones iniciativas para mejorar la respuesta en desastres. En el seno de la Comisión Nacional de Emergencias ha habido un impulso importante en el cual las instituciones de salud se han adherido y poco a poco se ha mejorado la respuesta.

No obstante se identifican aun vacío en la organización para la atención de los desastres, en la reducción de la vulnerabilidad de la infraestructura sanitaria que ante una gran desastres no puede limitar la respuesta en forma importante.

Se identifican cuatro áreas prioritarias a desarrollar:

La organización de la respuesta en lo que respecta a planificación, formulación de planes, suministros, equipos de apoyo, capacitación y otros.

Reducción de la vulnerabilidad al no tenerse, en una buena parte, estudios de riesgo no estructural y funcional de la infraestructura sanitaria. En lo que concierne a la seguridad interna de los hospitales y centros de salud es necesario implementar medidas para la prevención de los desastres que pudieren existir.

Las comunicaciones aunque hoy día son buenas no tenemos sistemas alternos en caso de falla de la infraestructura del país y las instituciones de salud.

Es necesario dar un mayor impulso a las oficinas o programas que en las instituciones se encargan de impulsar la prevención, mitigación y atención de desastres tanto en lo que respecta al respaldo financiero y de otros recursos como en el apoyo logístico a fin de que los programas se desarrollen con mayor solvencia.

Es necesario fortalecer la coordinación interinstitucional en los sectores de salud para mancomunar esfuerzos.

B. INTRODUCCIÓN

Costa Rica es un país que por su ubicación y por condiciones físico-geográficas y geológicas, se encuentra expuesto a fenómenos naturales como las inundaciones, sequías, deslizamientos, huracanes, actividad volcánica y terremotos.

Por la acción de los humanos, como la explotación no planificada de los bosques, ganadería intensiva, desarrollo industrial y tecnológico, se han presentado otro tipo de desastres como los grandes incendios, explosiones en industrias y derrames de sustancias tóxicas.

Estas situaciones hacen que sea necesario trabajar en la prevención, mitigación y atención de desastres, a través de la capacitación, el fortalecimiento de los niveles de atención en salud y con énfasis en el nivel local dado que es allí donde se da una primera respuesta”

Las instituciones han hecho esfuerzos para organizarse y desarrollar programas para la prevención y atención de los desastres en los diferentes niveles de atención; sin embargo se encuentra un desarrollo desigual en las diferentes regiones, por lo que será necesario establecer una nivelación en sus sistemas de preparación y respuesta

En el país existe legislación general y específica que permite a las instituciones tomar las medidas necesarias para la atención de los desastres. Es importante la participación de todos los niveles de la administración en el logro de una adecuada preparación frente a los desastres y la coordinada respuesta del sector

C. Aspectos jurídicos relevantes

1. Ley Nacional De Emergencias N° 7914.

El marco jurídico para el manejo de emergencias correspondió entre 1969 y 1999 a la normativa establecida por la Ley Nacional de Emergencias No. 4374 del 14 de agosto de 1969, la cual respondió a una serie de eventos, entre ellos, las erupciones de los volcanes Irazú (1963) y Arenal (1969). Dicha ley fundamentaba el accionar institucional en la atención de emergencias.

El desarrollo del país, la dinámica social y el aumento en la vulnerabilidad de la población plantearon la necesidad de intervenir sobre el origen del riesgo además de hacerlo solo sobre los efectos, lo cual implica la incorporación de la prevención en el desarrollo nacional. Por ello, la Asamblea Legislativa aprobó la Ley Nacional de Emergencia (No. 7914 del 13 de octubre de 1999 en la Gaceta N° 199, Alcance 78).

Por medio de esta ley se crea la “Comisión Nacional de Prevención de Riesgos y Atención de Emergencias” (C.N.E.), antes Comisión Nacional de Emergencia; como órgano de desconcentración máxima adscrito a la Presidencia de la República, con personalidad jurídica instrumental, patrimonio y presupuesto propio.

La CNE es la institución responsable de coordinar las labores preventivas en situaciones de riesgo inminente de emergencia, mitigación y respuesta a situaciones de emergencia, regula la actividad extraordinaria que el Estado debe efectuar frente a las emergencias, así como las acciones ordinarias para la prevención del riesgo, garantizando el manejo oportuno, coordinado y eficiente de los recursos humanos, técnicos, administrativos y económicos, con el propósito de resguardar la vida, la integridad física, el patrimonio de los habitantes y la conservación del orden jurídico y social.

En el ámbito del Sistema Nacional de Prevención y Atención de Emergencias establece

La responsabilidad de la CNE como entidad coordinadora.

La participación institucional obligatoria.

La colaboración de particulares y entidades privadas.

El aprovisionamiento presupuestal para prevenir situaciones de riesgo y atención de emergencias.

El punto de partida para la coordinación del Sistema Nacional de Prevención y Atención de Emergencias lo constituye la misma integración de la Junta Directiva, en la cual participan los jefes de:

Ministerio de Salud.

Ministerio de Obras Públicas y Transportes.

Ministerio de Vivienda y Asentamientos Humanos.

Instituto Mixto de Ayuda Social.
Ministerio de Ambiente y Energía.
Ministerio de Seguridad Pública.
Cruz Roja Costarricense.

Esta legislación incluye, entre otros aspectos, la potestad de imponer restricciones temporales, expropiación sin previa indemnización cuando medie declaración de emergencia, posibilidad de imposición de servidumbres para evacuación y tránsito, limitación de uso o derribo de edificaciones bajo condiciones de riesgo en zonas declaradas en emergencia y el establecimiento de resoluciones vinculantes para la prevención del riesgo y atención de emergencias.

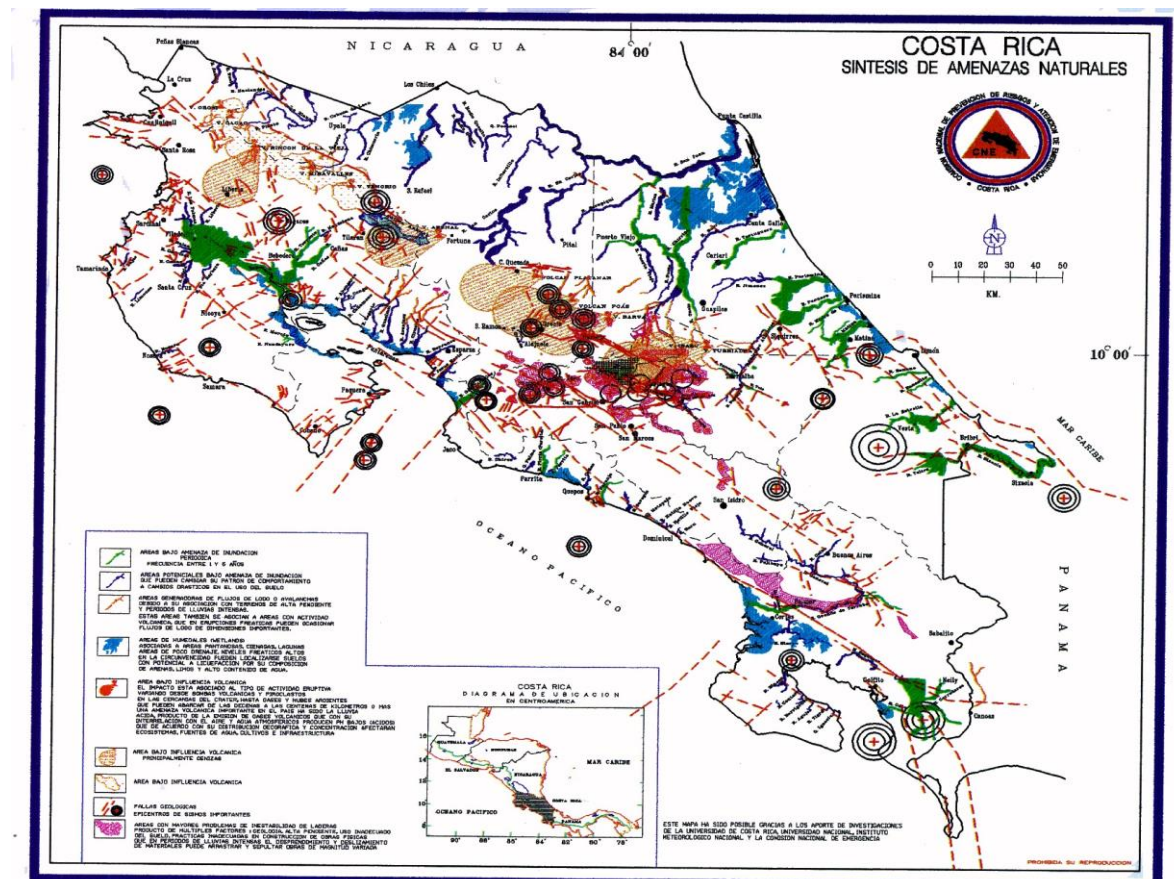
Además regula el manejo y control de los recursos económicos tanto en actividad ordinaria como en la activación del Fondo Nacional de Emergencia y donaciones o aportes extraordinarios.

2. Normativa Complementaria

Además de la Ley 7914 y el reglamento de Prevención de Riesgos y Atención de emergencias, la CNE fundamenta su accionar en otra normativa nacional según el campo de acción. (Anexo N°1)

D. Caracterización General de las Amenazas en el País

Costa Rica por su ubicación latitudinal, ístmica y por sus condiciones físico-geográficas y geológicas, se encuentra expuesta a fenómenos naturales que con frecuencia causan desastres. Estos pueden magnificarse o generar nuevas amenazas por las acciones de la sociedad sobre el medio.



1. Amenazas por Eventos Naturales

Dentro de la diversidad de *fenómenos naturales* que periódicamente afectan al país se encuentran los siguientes:

Amenazas hidrometeorológicas

Caracterizadas por eventos de alta precipitación, sequías y disturbios atmosféricos como vaguadas, depresiones tropicales o la influencia de los vientos alisios, así como la influencia indirecta de huracanes, tormentas tropicales sobre todo cuando circulan por el mar caribe.

Inundaciones

Representa el tipo de amenaza más frecuente en el país y sobre todo está determinada por dos factores principales: lluvias estacionales y la influencia de disturbios atmosféricos. Las lluvias estacionales típicas se dan en la Vertiente Pacífica y Valle Central. Estas presentan un periodo lluvioso entre los meses de mayo y noviembre. La Vertiente Atlántica presenta un patrón de lluvias de prácticamente todo el año, con menor predominio de lluvias en los meses de marzo, abril y octubre. El periodo lluvioso típico comprende los meses de mayo a setiembre y de noviembre a enero, siendo diciembre y ocasionalmente enero, con algunos episodios esporádicos en febrero; los meses más lluviosos.

Las inundaciones se producen comúnmente en áreas aledañas a cauces fluviales y depósitos de agua, naturales y artificiales, asociado a los siguientes factores climáticos y geográficos: morfología del terreno, intensidad de lluvia, tiempo de concentración, infiltración – saturación, uso de suelo y cobertura vegetal.

Históricamente las zonas de mayor impacto por inundación se ubican en: la Vertiente Caribeña en donde las cuencas hidrográficas que presentan mayor problema son las de los ríos Matina, Estrella, Sixaola y Chirripó y la Vertiente del Pacífico siendo las cuencas de los ríos Grande de Térraba, Corredores, Parrita, Grande de Tárcoles y el Tempisque las que presentan mayor problema.

Tormentas Tropicales y Huracanes.

Los huracanes y las tormentas tropicales son los fenómenos atmosféricos que más daño causan a Costa Rica, sobre todo por efecto de inundaciones y deslizamientos.

En los últimos años los huracanes Joan en 1988, César en 1996, Mitch en 1998 y Floyd 1999, han ocasionado severos daños en Costa Rica, especialmente el huracán César, el cual causó pérdidas de vidas humanas y grandes daños a la infraestructura nacional. A pesar de que los huracanes se forman en el mar Caribe afectan el litoral del Pacífico costarricense, debido a la circulación de los vientos y del movimiento de la Zona de Convergencia Intertropical hacia el país.

La distribución geográfica del impacto de los principales huracanes y tormentas tropicales que han afectado indirectamente al país, muestra que las precipitaciones normalmente han generado tres focos importantes de impacto, y cuya manifestación fue el anegamiento de grandes áreas ubicadas en las llanuras del región Brunca, principalmente las del Río Térraba, Coto-Colorado, Sierpe y Osa, las Llanuras del Río Parrita y Tárcoles y las Llanuras del Río Tempisque.

Así mismo en la mayoría de estos eventos se observan impactos focales por desbordamientos en puntos recurrentes de la vertiente Pacífica, o por derrumbes producto de la constitución litológica, básicamente por suelos de alta susceptibilidad a la remoción en masa (movimientos gravitacionales) o de poca cohesión esencialmente en condiciones de alta humedad y saturación, en áreas de alta pendiente o con procesos de erosión fuertes o avanzados. Destacan en este sentido los siguientes cantones : Acosta, Desamparados, Tarrazú, Puriscal, Grecia, Aguirre, Coto Brus, Osa, Pérez Zeledón, Montes de Oro Puntarenas (Distritos de Cóbano, Lepanto y Paquera).

Sequía

Entendida como la reducción temporal de disponibilidad de agua por debajo de los límites promedio establecidos, se presenta principalmente en la región de Guanacaste, específicamente en la cuenca del río Tempisque y en las áreas aledañas al Golfo de Nicoya, acentuada por la actividad agropecuaria, la deforestación y el Fenómeno del Niño, que también se presenta en el resto del país. Según la información publicada por el Instituto Meteorológico Nacional (IMN).

El fenómeno el niño es un ciclo oceánico-atmosférico que se desarrolla en las aguas ecuatoriales del Océano Pacífico Tropical. Consta de dos fases (un ciclo): la fase cálida, conocida popularmente como El Niño y la fase fría, conocida popularmente como La Niña. Las fases están referidas a las temperaturas superficiales y sub-superficiales del Océano Pacífico ecuatorial.

Los efectos identificados en Costa Rica para este fenómeno son variados por lo que actualmente el Instituto Meteorológico Nacional lleva a cabo varios trabajos de investigación para determinar como este fenómeno afecta las precipitaciones y otras variables meteorológicas del país.

Sin embargo, existen efectos bien definidos cuando la intensidad de la fase cálida del ENOS (El Niño Oscilación Sur) es fuerte, tal y como sucedió en 1982 y 1997: los valores acumulados de lluvia en la vertiente del Pacífico tienden a ser mucho menor que lo normal, adicionalmente cuando El Niño es de fuerte intensidad, la probabilidad de formación de tormentas tropicales o huracanes es muy baja en el mar Caribe, por consiguiente la probabilidad de un temporal en la vertiente del Pacífico costarricense es mucho menor. La ausencia o disminución de temporales, así como el aumento en la cantidad de días secos, hacen que al finalizar un año la cantidad de lluvia acumulada sea menor que la cantidad promedio.

Amenazas de Origen Geológico:

Deslizamientos:

Los deslizamientos son un fenómeno relacionado con aspectos geológicos, geomorfológicos, climáticos y antrópicos estos últimos determinados por uso inadecuado del suelo, deforestación, malas prácticas constructivas. Generalmente se manifiestan en la superficie de la corteza terrestre. Su mayor efecto es sobre los cultivos, la población y la infraestructura arquitectónica creada por el hombre.

Los más importantes se producen en: San Blas de Cartago, San Vicente de Tres Ríos, Tapezco en Santa Ana, Puriscal, Carretera Interamericana Sur, del kilómetro 109 al 125, Carretera San José – Guápiles, Alto Loaiza y Quebrada los Tanques en Orosí, Paraíso de Cartago, Peñas Blancas de Esparza, Lagunas de Arancibia Miramar entre otros. Adicionalmente existen zonas de alta recurrencia de deslizamientos menores pero que ocasionan gran afectación a las personas sobre todo por ocurrir en zonas marginales con desarrollo habitacional en condición de tugurio o bien áreas densamente pobladas, entre los puntos de mayor recurrencia se identifican: Varios lugares en Alajuelita, Los Guido de Desamparados, Linda Vista en Curridabat, Río Azul, Rositer Carballo en la Uruca, Barrio Corazón de Jesús LA Uruca, San Gabriel Aserri, Los Cipreses en Barrio México, Turrialba en comunidades como Tres Equis, Izarco, Campabadal y otros más.

Sismicidad

La actividad sísmica se debe al choque de placas (subplacas Coco-Caribe-Nazca) y a la presencia de fallas locales que se dan a lo largo del eje longitudinal de sierras y cordilleras con dirección sureste - noroeste.

Las regiones de mayor actividad sísmica se localizan principalmente en tres áreas: Área Central que se caracteriza por un sistema de fallas locales, focos superficiales y magnitudes menores a 7. En el litoral Pacífico se presentan choque de placas y eventos mayores a magnitud 7 en la escala de Richter² con intensidades XIII y X en la escala de Mercalli modificada³ y por ultimo en el Caribe del país prevalece la baja sismicidad, sin embargo se han presentado eventos de gran magnitud

² Escala de Richter. Escala utilizada para medir la cantidad de energía liberada en la fuente sísmica, es una escala logarítmica y requiere el uso de sismógrafos.

Nuestro país ha experimentado algunos eventos sísmicos importantes durante la segunda mitad del siglo XX, en que después de un periodo de inactividad desde el terremoto de Bajos del Toro en Grecia en 1955, se presenta otro evento en 1973, el terremoto de Tilarán con una magnitud de 6.5 en la escala de richter; en 1983 se presentan dos eventos importantes el terremoto de Osa Golfito y el de Pérez Zeledón, con magnitudes de 7.3 y 6.1 respectivamente; el periodo comprendido entre 1990 y 1993, es sin duda el de mayor actividad del siglo, se presentaron eventos importantes en Cóbano 1990, Puriscal 1990, Piedras Negras 1990, Limón – Telire 1991, Los Santos 1991, Naranjo 1992

y el terremoto de Pejiballe en 1993, con magnitudes en la escala de Richter de 7.0, 5.0, 5.8, 7.7, 4.8, 6.0 y 5.2 respectivamente.

Esta característica de alta sismicidad ha hecho que el país tome una serie de medidas de reducción de la vulnerabilidad dentro de las que destaca la vigencia de un código sísmico nacional, así como el reforzamiento de la mayor parte de la infraestructura hospitalaria nacional.

Vulcanismo

La cadena volcánica cuaternaria se extiende desde el centro del país (Cordillera Volcánica Central) hacia el Noroeste (Cordillera Volcánica del Guanacaste), siendo los volcanes Irazú, Poás, Arenal y Rincón de La Vieja, los que han presentado una manifiesta actividad eruptiva durante el presente siglo, causando severos daños a la infraestructura.

Los principales volcanes activos en nuestro país son:

Rincón de la Vieja: ubicado a 24 kilómetros al NE de la Ciudad de Liberia, existen referencias históricas de actividad eruptiva desde 1765, su ultima actividad se presentó en 1998, con más de 15 erupciones en 10 horas y dos más en las 13 horas subsiguientes, se observaron grandes columnas de vapor y ceniza que se elevaron varios cientos de metros, así como una serie de lahares⁴ en los ríos Penjamo y Quebradas azufrada y Azul. Asimismo la erupción de 1995 se observaron flujos piroclásticos a más de 1 Km de distancia y se reportó la caída de ceniza en la península de Santa Elena a más de 75 km de distancia en el océano pacífico. Este volcán se ha caracterizado por la erupción periódica de materiales piroclásticos, emanación de gases, actividad sísmica y lahares sobre todo en la vertiente norte del volcán afectando a la población de Dos Ríos de Upala.

Volcán Arenal: se ubica a 7 kilómetros de la fortuna de San Carlos, posee una historia geológica de más de 3 mil años, en la actualidad se le considera el más explosivo del país, ha presentado históricamente actividad de nubes ardientes y avalanchas incandescentes, flujos piroclásticos, coladas de lava y microsismos. Desde 1969 periodo de gran actividad a la fecha ha emanado en forma continua más de 100 coladas de lava, con algunos episodios de emisión de flujos piroclásticos y nubes incandescentes. Durante la actividad de 1968, generó nubes incandescentes que llegaron a dos pueblos ubicados en las faldas, lo que originó la muerte de unas 78 personas. La zona presenta un alto desarrollo turístico caracterizado por hoteles, balnearios y flujo importante de visitantes tanto nacionales como extranjeros, gran parte del área de influencia está dentro de la zona de protección del parque nacional, no obstante en caso de erupción los especialistas en vulcanología han determinado un radio de afectación en el orden de los 4.5 km a 7 km a la redonda.

Volcán Poás: se ubica en la provincia de Alajuela, a unos 30 km al Noroeste de San José, presenta una historia eruptiva desde 1828, habiendo tenido un periodo eruptivo importante entre 1994 y 1996, en el que se dan una serie de episodios desde aparición de fumarolas, evaporación de las aguas del lago, emisiones sulfurosas y ácidas, con la consecuente afectación de las comunidades ubicadas al NO del macizo volcánico, hasta la ocurrencia de miles de sismos. El peligro volcánico de acuerdo a

³ Es una escala para medir los efectos del evento, es subjetiva a partir de la percepción o de los efectos visibles del sismo, consta de doce puntos de evaluación y comparación.

⁴ Avalanchas de material de origen volcánico.

Prosser (1983) y Paniagua & Soto (1988), publicado en Paniagua 2002, serían: Corto Plazo. Lluvia ácida con pérdida de vegetación y presencia de temblores por los próximos 10 años. A mediano plazo, entre los próximos 10 a 100 años, lahares, caída fuerte de cenizas, oleadas piroclásticas y en el largo plazo erupciones explosivas, flujos piroclásticos, fuerte caída de cenizas, temblores y lahares.

Volcán Irazú: ubicado en la provincia de Cartago a 24 Km Noreste de San José, presenta mayor actividad desde 1962, en 1963 hizo una erupción que destruyó infraestructura y laderas en los alrededores, se tiene reporte de lanzamiento de bloques hasta 1 Km de distancia y la cobertura por nubes de ceniza de todo el Valle Central del País. En ese mismo año se presentaron lahares en el Río Reventado que nace en el flanco SO del volcán y afecta el Oeste de la Ciudad de Cartago, en ese evento se perdió la vida de por lo menos 20 personas, más de 300 viviendas destruidas, se estima según (Paniagua 2002) que la extensión de la caída de ceniza en los dos años posteriores a la erupción de 8.000 km². El Irazú ha presentado actividad importante desde 1994 hasta 1998, periodo en el cual se han presentado miles de sismos, deslizamientos de bloques, columnas de ceniza y gases.

El riesgo volcánico se establece, según Paniagua (2002)⁵; en corto plazo con probabilidad de lahares y depósitos piroclásticos de caída y de flujo, en el orden de decenas a cientos de años. En este caso en particular debe tenerse presente que la población vulnerable es mucho mayor dado el desarrollo productivo, industrial y turístico de la Provincia de Cartago, toda vez que en caso de presentarse lahares en el río reventado existe toda una población que se ha asentado en los Diques de protección colocados en las márgenes del Río Reventado.

Volcan Turrialba: se ubica a 34 KM de San José, presenta una historia eruptiva de por lo menos tres eventos en los últimos 3500 años (Paniagua 2002), más recientemente se presentaron eventos con actividad débil de fumarolas (1995) y un aumento de la microsismicidad asociada a la actividad del volcán en el periodo 1996.

Los peligros asociados son: flujos piroclásticos, explosiones dirigidas, avalanchas volcánicas, coladas de lava, dispersión de gases y cenizas. No obstante se deduce que los especialistas establecen como periodo de ocurrencia de estos eventos el comprendido entre los próximos dos siglos.

2. Amenazas Antropogénicas y Tecnológicas.

En la medida que la humanidad ha ido transformando la naturaleza para crear nuevos recursos, el hábitat ecológico del planeta es constantemente vulnerado por los desastres que produce el desarrollo tecnológico. Así, la expansión de las ciudades, el vertiginoso crecimiento industrial, la nueva tecnología agraria y la explotación y el uso indiscriminado de suelos y mares, como también la utilización de materiales inflamables y explosivos -nucleares- han llevado la contaminación ambiental a niveles extremadamente peligrosos, muchos accidentes tecnológicos han generado en el mundo verdaderos desastres entre ellos el escape de metilisocianato en Bhopal India 1984 o el accidente nuclear de Chernobil Ucrania 1986, nuestro país ha experimentado una serie de eventos de este tipo entre los que destacan: Incendio del poliducto (Santo Domingo de Heredia 1994), Vuelco del cisterna con gas licuado de petróleo km 103 de la carretera interamericana 1 fallecido y 5 personas con quemaduras severas (Pérez Zeledón 1995), incendio en Laboratorio (Zapote 1993), intoxicación de 30 niños en una escuela en Guadalupe de Cartago por exposición a productos de la combustión incompleta de Terbufos -plaguicida organofosforado- (Cartago 1995), incendio en bodega de plaguicidas con 19 bomberos afectados, más de 1 km de afectación por contaminación y más de 5 toneladas de desecho (Alajuela 1999), el vertido de reactivos en desuso en el Parque Nacional Braulio Carrillo (Heredia 2000), Incendio y Explosión en Planta de Alcohol en Punta Morales (2002) y el escape de cloro gas en la planta de burbujeo de cloro en Concepción de Tres Ríos, con más de 1200 afectados y por lo menos

⁵ Paniagua Pérez Sergio, “Síntesis de algunos volcanes activos y peligrosos de América Central: Prevención, Preparación y Mitigación”, Panamá, CEPREDENAC, 2002.

5 km a la redonda de afectación, asimismo merece especial mención el hallazgo de productos enterrados entre ellos cloro y residuos de plaguicidas⁶ en algunos puntos de la Zona Sur del País (2002).

Otros eventos generadores de desastre también deben ser incluidos en esta categoría y son los denominados por algunos autores como *emergencias complejas*, que incluyen eventos derivados del comportamiento humano como conflictos sociales, guerras, conmoción interna y terrorismo. Nuestro país no está exento de este tipo de eventos, si bien es cierto el clima político nacional garantiza poca probabilidad de efectos directos por guerras, también es cierto que la globalización económica genera una mayor vulnerabilidad a efectos indirectos por esta circunstancia.

Por otro lado, sí debemos tener presente que efectos indirectos del terrorismo ya se han hecho sentir en nuestro medio, después de los eventos del 11 de setiembre del 2001 en los Estados Unidos, se presentaron una serie de reportes por sospechas de ANTRAX que no solo sobrepasaron, en un primer momento nuestra capacidad de respuesta, si no que también evidenciaron la vulnerabilidad del sector salud en este sentido (*más de 400 análisis, 1 caso sospechoso que resultó negativo, pero que se detectó al momento de llegar el paquete al destinatario final, no obstante es ese momento ya muchas personas habían recibido su paquete el cual viajó en el mismo bulto*). Debe resaltarse en este sentido la gran capacidad del INCIENSA para enfrentar la situación y los esfuerzos del Ministerio de Salud con el resto de instituciones del Sistema de Atención de Emergencias, para adaptarse a la nueva condición.

Otro aspecto importante de resaltar es que en los pasados disturbios realizados por agricultores en la zona de Puerto Caldera, estos últimos amenazaron con esparcir MALATHION por medio de sistemas de pulverización, si las autoridades hacían uso de gas lacrimógeno, esto motivó la realización de un operativo especial para el control del disturbio y la activación del sistema hospitalario y el Centro Nacional de Intoxicaciones.

E. Reducción del Riesgo por Sistemas de Vigilancia y Alerta

Se dispone de sistemas de monitoreo, vigilancia y alerta en caso de eventos naturales en los que participan organizaciones como: OVSICORI, ICE-UCR, LANAME-UCR, LAOCOS-UNA, Escuela de Ciencias Geográficas- UNA, IMN. SENARA, AyA, entre otros que coordinan o administran las diferentes redes o sistemas:

- Redes de sismógrafos
- Redes de acelerógrafos
- Redes de monitoreo volcánica
- Redes pluviométricas
- Redes telemétricas (caudales y precipitación)
- Redes mareográficas
- Estado y condición del clima y el tiempo
- Sistema de Alerta para Deslizamientos

A partir de la información proveniente de los sistemas de vigilancia, se ha fortalecido el trabajo organizativo y de preparación en comunidades vulnerables en diferentes áreas del territorio nacional; también se realizan actividades de sensibilización a comunicadores que contribuyen con la divulgación de información sobre emergencias y desastres en medios de cobertura local, regional y nacional.

⁶ Al momento de la redacción del presente informe se está trabajando en la remediación por derrame de residuos en la Palmar Sur, los daños no han sido cuantificados y por más de cuatro semanas 1100 personas reciben agua por medio de cisternas y reservorios fijos con fuentes públicas, dada la probabilidad de afectación del acueducto.

1. Población en Riesgo

Población Total

Un análisis demográfico más detallado sobre la distribución de la población en el país se presenta en el capítulo 2 del área temática “Análisis Demográfico y Epidemiológico de Costa Rica”.

La población total del país, en el año 2000, ascendía de acuerdo a la Dirección Nacional de Estadísticas y Censos, a 3.938.545 habitantes, de los cuales se distribuyen según su género en, 1.984.238 de hombres y 1.954.307 de mujeres, distribución muy pareja sobre el 50%. En cuanto a la división urbana y rural, la población se distribuye en 58,5%¹ en comunidades urbanas y peri-urbanas, y 41,5% en comunidades rurales concentradas y dispersas.

Se hace un análisis de la población en riesgo, en función del saneamiento (suministro de agua potable y manejo de aguas residuales y excretas).

Saneamiento Básico

La ausencia de políticas claras refleja la problemática del deterioro de la infraestructura sanitaria en agua y saneamiento en el país, por ausencia de inversiones y gestión adecuada de los servicios, contaminación de las aguas y manejo de desechos sólidos, que se evidencian en un continuo riesgo ambiental y afectación a la salud de las personas.

Se mantiene preocupación respecto a la contaminación de cuerpos de agua superficial producida por descargas directas de aguas negras y desechos sólidos, así como de aguas residuales y desechos industriales y agropecuarias. La cobertura nacional de alcantarillados sanitarios es del 21% de la población total del país y tan solo 4% de las aguas residuales reciben algún tipo de tratamiento antes de su descarga en los cuerpos de agua. Dos de las principales cuencas del país, las de los ríos Tárcoles y Reventazón, donde se asienta casi el 70% de la población nacional, reciben las aguas residuales sin tratar de San José, Heredia, Alajuela y Cartago. En la cuenca del Tárcoles, que se constituye en el principal desaguadero del Valle Central, se estimó en 1998, que los desechos líquidos domésticos representaban el 40% de la contaminación total, seguida por los desechos líquidos industriales con un 23%, siendo el resto producto de los desechos animales y sólidos, que finalmente causan los mayores problemas de contaminación de las aguas del Golfo de Nicoya⁷.

El Laboratorio Nacional de Aguas del AyA, ha identificado un total de 2.033 acueductos operados por AyA, municipalidades, ESPH y CAAR/ASADAS a nivel nacional; sin embargo, existen algunas pequeñas comunidades que operan acueductos pero no tienen constituido el respectivo comité o asociación que lo administre. Los resultados señalan que existen 1.043 acueductos servidos con agua potable (51,3%) y 990 no potables (48,7%). La falta de cloración se concentra principalmente en los acueductos administrados por las ASADAS/CAAR (83%) y municipalidades (11%).

En función de la población atendida del país, el 24,4% de esta no recibe agua de calidad potable (ver figura 12.1). Este problema, sumado a la alta vulnerabilidad en las captaciones y contaminación de las fuentes de aguas superficiales y el deterioro de los sistemas de distribución, refleja una población en riesgo importante susceptibles a que eventos de contaminación del agua potable, como el sucedido el 17 de julio del 2001⁸ en la captación de Puente Mulas y de la planta de tratamiento de Guadalupe, administradas por el AyA, puedan generar una epidemia considerable en la población servida por estos sistemas.

En el mapa 1, se presentan fajas de población en mayor riesgo de afectación de la salud por no tener acceso a agua segura, considerando que las mismas reciben agua suministrada a través de un acueducto público. Los cantones más afectados son: Grecia, Pérez Zeledón, Santa Bárbara, San Carlos, Paraíso, Alajuela, Turrialba.

⁷ Informe del Análisis Sectorial de Agua Potable y Saneamiento de Costa Rica, Julio del 2002.

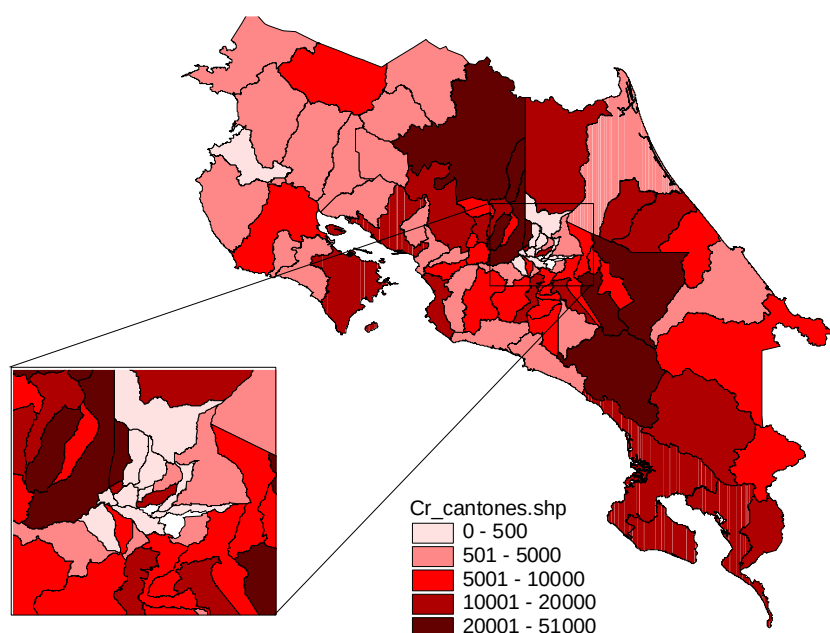
⁸ Ver informe de la Comisión Nacional del Agua convocada por el Gobierno Central como órgano asesor del Ministro de Salud en materia de aguas para evaluar el episodio de contaminación de aguas suscitado en julio del año 2001, en el Área Metropolitana de San José. (Decreto Ejecutivo N° 29826-S del 14 de Setiembre de 2001; Gaceta N° 192 del 5 de octubre de 2001).

Las tablas 1 y 2 presentan un análisis comparativo entre los cantones de mayor Índice de Desarrollo que son atendidos con acueductos que suministran agua de calidad “no potable” y aquellos de menor Índice de Desarrollo en la misma situación.

El Índice de Desarrollo Social (IDS), es un indicador elaborado por el Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica. En su última versión del año 1999, este índice surge de una combinación de 7 indicadores relacionados a: infraestructura educativa, programas de educación especial, mortalidad infantil, peso de la mortalidad en la niñez, retardo de talla, consumo de electricidad residencial y nacimientos en madres solteras.

Mapa 1

Distribución cantonal de la población servida
por acueductos rurales con calidad de agua no agua potable⁹



⁹ Informe del Laboratorio Nacional de Aguas del AyA, acueductos analizados del 01/01/00 al 17/05/02 que suministran agua “no potable”.

Tabla 1
Grupo 1 de Cantones según Índice de Desarrollo Social y
Acueductos con Agua Potable y no Potable

Grupo 1				
Cantón	Población(*)	DS	Acueductos con agua potable	Acueductos sin agua potable
Flores	13847	00	3	1
San Isidro	3536	8.5	1	3
Alvarado	5664	6.8	11	16
San Pablo	0	4.3	2	0
Palmares	7564	3.4	10	6
Escazú	6545	3.3	6	12
V. De Coronado	2253	1.0	4	1
Valverde	14191	0.3	1	11
Vega Santo Domingo	11894	0.2	4	3
Santa Bárbara	23240	9.4	7	14
Atenas	8371	8.8	9	14
Totales	97105		66	81

Nota: (*) Población atendida con acueducto público con agua de calidad “no potable”¹⁰

¹⁰ Informe del Laboratorio Nacional de Aguas del AyA, acueductos analizados del 01/01/00 al 17/05/02 que suministran agua “no potable”.

Tabla 2
Grupo 1 de Cantones según Índice de Desarrollo Social y
Acueductos con Agua Potable y no Potable

GRUPO 5					
	Cantón	Población (*)	Índice de Desarrollo Social (DS)	Acueductos con agua potable	Acueductos sin agua potable
San	Bagace	2822	4	23	7
	Pococí	4635	3.9	4	12
	Tarraz	5128	3.8	4	15
Abang	Abang	1642	3.3	4	8
	Osa	11687	3.1	4	19
	Guatus	2789	1.3	4	6
León	León	9273	0.5	4	7
	Cortés	17561	8.0	3	21
	Siquirr	12971	6.4	3	20
Corred	Corred	8334	5.4	3	12
	Coto	17027	0.9	3	19
	Sarapi	5625	8.5	2	9
Matina	Matina	13189	2.6	2	7
	Buenos	8232	7.4	2	32
	Upala	1265	2.2	1	17
La	La	508	6.4	1	1
	Los	9577	.9	8	2
	Talama		.0	0	25
Totales		13226		177	232

Nota: (*) Población atendida con acueducto público con agua de calidad “no potable”¹¹

¹¹ Informe del Laboratorio Nacional de Aguas del AyA, acueductos analizados del 01/01/00 al 17/05/02 que suministran agua “no potable”.

Al relacionar los dos grupos de cantones, los de mayor desarrollo, con los de menor desarrollo y población servida por acueductos públicos pero con agua de calidad no potable, encontramos que:

La mayoría de los cantones del grupo 1°, de mayor desarrollo, se encuentran ubicados en la zona central del país en los alrededores de San José, y de 147 acueductos funcionando 81 distribuyen agua de calidad “no potable” afectando a un porcentaje importante de la población de esos cantones.

Por el contrario, una buena parte de los 17 cantones del grupo 5° se encuentran ubicados en las zonas de fronteras. Hacen excepción a esto, los cantones León Cortés y Tarrazú, en la zona centro y Abangares en el golfo de Nicoya, de 409 acueductos funcionando 232 distribuyen agua de calidad “no potable” afectando a un porcentaje importante de la población de esos cantones.

Se nota que la mayor cantidad de población en riesgo que no recibe agua de calidad potable, se concentra en los cantones con menor índice de desarrollo y de pobreza del país, así como la mayor cantidad de acueductos que no suministran agua de calidad potable.

De esto último, se puede concluir que es necesario promover con mayor intensidad el desarrollo, aplicación y evaluación de indicadores de salud y ambiente, para la identificación de los principales grupos de población en riesgo.

La baja cobertura de redes de alcantarillado sanitario, unida al uso de agroquímicos en las áreas de recarga y producción de aguas subterráneas, es un factor de riesgo ambiental

considerable. Esta situación es crítica en la parte norte y este de la cuenca del Río Virilla, donde se asientan los acuíferos Barba y Colima, de los cuales depende el abastecimiento de aproximadamente un 20% de la población nacional, y que se han definido como la fuente de agua potable de Heredia y el Área Metropolitana de San José para los próximos 15 años.

El ritmo actual de aumento de las concentraciones de nitratos en las aguas de los acuíferos Colima indica que esta fuente se podría perder en un lapso no mayor de 15 años. Este es quizás el problema más grave en el tema del agua potable/saneamiento y gestión ambiental, porque involucra el suministro actual y futuro de un millón de personas aproximadamente.

2. *Alerta Temprana*

Los sistemas de alerta temprana, son reconocidos como instrumentos útiles para reducir la pérdida de vidas principalmente ante eventos hidrometeorológicos.

En la actualidad se dispone de una red de alerta, conformada por 93 bases de comunicación y 75 puestos de vigilancia en todo el país, que de forma complementaria dan un panorama de las condiciones meteorológicas sinópticas en las principales cuencas y algunos deslizamientos importantes.

Sistema de la Subcuenca del Río Reventado en Cartago.

Su objetivo es salvaguardar la vida de los habitantes en Los Diques en Taras-Cartago y próximas al Río Reventado. Componentes claves del proyecto fueron el establecimiento de una red de vigilancia del río mediante radiocomunicación, sistema de aviso anticipado, sirenas para alarma pública, capacitación del líderes comunitarios orientados a generar información en preparativos y atención local de emergencias, incluyendo la elaboración participativa de mapas sobre amenazas.

Los sistemas comunitarios de alerta temprana tienen como objetivo alertar a la población en caso de un fenómeno natural de proporciones tales que puede causar daños a la población.

Sistema para monitorear deslizamiento del cerro Tapezco en Santa Ana.

La evolución de la amenaza por deslizamiento de parte del Cerro Tapezco en Salitral de Santa Ana, según referencias históricas es un proceso de 50 años o más, en el que se ha dado un manejo inadecuado del suelo y un aumento en la vulnerabilidad en la subcuenca del río Uruca. El deslizamiento completo implica un posible movimiento de masa de unos 13 millones de metros cúbicos de material, que según las circunstancias podrían formar un represamiento en el río Uruca con una posterior avalancha que afectaría a la comunidad de salitral y Santa Ana, se estima que unas 10000 personas podrían ser afectadas en forma directa. Este deslizamiento en los últimos 5 años se ha caracterizado por una activación importante, con episodios en 1988 producto del huracán Mitch y en 1999, con el desprendimiento de un nuevo bloque en la parte superior del deslizamiento.

Por lo anterior se ha establecido una red telemétrica para medir lluvias intensas y caudal del río Uruca, un sistema de aviso anticipado para la población de Matinilla, Salitral y Santa Ana, así como con los comités comunales y las instituciones locales para la evacuación preventiva ante la posibilidad de influencia directa de inundación y flujos de lodo, conformación de un equipo local de búsqueda y rescate.

Sistema de alerta local en cuencas pequeñas y medianas.

Para desarrollar este sistema se planteó el proyecto de reducción de la vulnerabilidad de las inundaciones para lo que se consideró la alta vulnerabilidad en estas cuencas sobre todo por las inundaciones recurrentes en la zona, que aumentaron no solo por la afectación en la cuenca alta no solo por la acción humana sino también por los efectos del sismo de 1991.

Se estableció un modelo para la reducción de la vulnerabilidad a las inundaciones en las cuencas de los ríos Banano y Bananito, mediante el fortalecimiento del sistema de preparativos y vigilancia de cuencas, instalado desde 1991 y el conocimiento sobre la condición de vulnerabilidad de la región. Abarcó una población aproximada a las 177 familias y organizaciones locales del distrito de Matama, Limón, que incluyó uso de los sistemas de comunicación, uso de equipos e interpretación de datos pluviométricos, así como técnicas de rescate

3. Vigilancia de Amenazas de Origen Natural

En coordinación con instituciones del Estado así como organismos técnico-científicos integrados en los CAT respectivos, se efectuaron valoraciones técnicas de diagnóstico y vigilancia sobre condiciones de riesgo en comunidades, con la finalidad de desarrollar acciones en prevención y mitigación, establecer regulaciones por parte de las instituciones del Estado o posibles ayudas a las familias afectadas.

En coordinación con los Comités de Prevención y Atención de Emergencias y los sectores público y privado, se ha logrado mantener vigilancia permanente sobre algunos sitios propensos a deslizamientos. como: Cerro Tapezco (Santa Ana, San José), Cerro El Silencio (Lagunas de Arancibia, Puntarenas), Cerro Banderilla (Cartago), Río Claro (Golfito, Puntarenas), Peñas Blancas (Esparza, Puntarenas), Paraíso (Buenos Aires, Puntarenas), San Vicente de Tres Rios (Cartago); El Guarco (Cartago), Cerro Pasquí (Oreamuno, Cartago), Zapotal (Pérez Zeledón); ríos que presentan amenaza de inundación, entre ellos, Río Las Palmas, Tempisque (Guanacaste), Sixaola, Banano, Bananito, Chirripó, Reventazón (Limón), Terraba, Balsar, Corredores (Región Brunca), Río Parrita, Río Damas, Río Guarial, (Pacífico Central), Río Niño, Río Zapote (Upala).

4. Vigilancia de Amenazas Tecnológicas

Además de la exposición a condiciones de amenaza por eventos de origen natural, el desarrollo de la industria nacional y la red de comercio y servicios propicia el aumento en la demanda y

utilización de productos químicos y procesos que pueden resultar peligrosos para la salud y el ambiente, ha provocado un aumento en la incidencia y gravedad de los accidentes tecnológicos tales como escapes de gas, derrames de productos, explosiones o incendios. Así mismo, se debe tener presente que las consecuencias de algunos eventos de origen natural se pueden agravar cuando, como efecto secundario, ocurre un accidente con materiales peligrosos.

De acuerdo con las características de la industria química, sus procesos y el patrón de riesgo, se identificaron las siguientes categorías: refinería de petróleo e instalaciones relacionadas, fabricación de detergentes, desinfectantes y ceras, almacenamiento transporte derivados de petróleo, depósitos de solventes y otras sustancias químicas, instalaciones que utilizan cloro, formulación de agroquímicos, fabricación y almacenamiento de explosivos, industria de pintura, pegamento, almacenamiento de oxígeno y otros gases, uso de fuentes radiactivas en la industria y los hospitales.

La CNE en coordinación con la Secretaría Técnica Nacional Ambiental (SETENA) y el Ministerio de Salud, establecen restricciones y condiciones para el desarrollo de proyectos relacionados con el uso de materiales y procesos peligrosos, cuando estos presentan algún riesgo en caso de eventos naturales o generados por el ser humano. Por ejemplo, se asesora sobre proyectos de construcción de estaciones de servicio (expendio de combustibles), formuladoras de plaguicidas, plantas de tratamiento y otras relacionadas.

F. Organización nacional para la gestión del riesgo

El sistema nacional está regido por una serie de instrumentos jurídicos y de procedimientos administrativos que dan cuerpo a la estructura institucional vigente, siendo los instrumentos esenciales la Ley Nacional de Emergencia, Reglamento de Emergencias Nacionales, Plan Nacional de Emergencia y los decretos de emergencia vigentes y eventuales.

Para el desarrollo de las directrices sobre la gestión de emergencias y desastres se establece una *Área técnico operativa*. En esta área se complementan varios procesos como los administrativos, financieros y los procesos sustantivos involucrados directamente con la gestión del riesgo en prevención, mitigación, preparación, respuesta, rehabilitación, reconstrucción.

En lo que compete al Sector Salud, la coordinación en y con la CNE, se establece en el Centro de Operaciones de Emergencia (C.O.E) que es la instancia de coordinación operativa de la CNE y donde están representados el Ministerio de Salud (MS), la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) y el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (AYA).

Se establecen aquí no solo acciones de atención durante las emergencias y desastres sino también acciones de prevención y mitigación (ver anexo).

Durante la atención de los desastres, en el COE se recopila la información generada en relación con las áreas afectadas y se establecen las acciones según lo establecido en su plan de acción; las acciones se realizan a través de las Instituciones, de sus organizaciones y de los Comités Técnicos adscritos a la CNE.

Las comunidades tienen los Comités Locales de Emergencias, los Comités Cantónales en aquellas áreas de emergencias frecuentes o que concentran grandes poblaciones y los Comités Regionales, que responden a la CNE y están integrados por diversos sectores dentro de ellos y con participación muy representativa el sector salud.

Las Instituciones de salud (MS:CCSS y AYA) tienen una organización propia regionalizada y local, a través de la cual se actúa en la prevención, mitigación y atención de los desastres. Existen comités propios de cada institución en los niveles regional y local (asentados en las instalaciones distribuidas en el territorio nacional. No obstante la existencia y la funcionalidad no es homogénea en todo el territorio y está mayormente influenciado por la ocurrencia frecuente de emergencias y desastres y la participación en ellos)

Los programas de prevención, preparación y atención dirigidos hacia estos organismos responden también a la organización territorial con base en la clasificación de comunidades de alto riesgo, el último inventario correspondiente a 1997 establecía en el país 250 comunidades, número que se ha venido en incremento y así demostrado por el huracán Mitch en 1998.

La atención por institución se organiza individualmente y se coordina Inter.-institucionalmente en el Centro de Operaciones de Emergencia (COE).

Existen además Instituciones de atención pre-hospitalaria representada en su mayor parte por la Cruz Roja costarricense que interviene en la atención en escena y en menor grado El cuerpo de Bomberos.

El Centro de Operaciones de Emergencia constituye la instancia de coordinación operativa con que cuenta el Sistema Nacional de Prevención y Atención de Emergencias del país para el cumplimiento de las funciones relacionadas con en el manejo de las situaciones de emergencia y desastres.

Este Centro contempla la participación de las instituciones que tienen competencia en situaciones de emergencia y desastres que para efectos operativos se divide en tres niveles según las necesidades y características de intervención Los tres niveles son:

COE Básico
COE Pleno
COE Ampliado Anexo 1

G. ORGANIZACIÓN DEL SECTOR SALUD EN DESASTRE.

De acuerdo con la organización nacional descrita anteriormente, las instituciones del sector salud descritas en este análisis son las siguientes:

Ministerio de Salud
Caja Costarricense del Seguro Social
Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados

1. Análisis y Organización del Ministerio de Salud.

El Ministerio de Salud como ente rector de la salud de este país tiene la responsabilidad de dirigir y conducir las acciones nacionales en salud. Además debe de velar por la salud de la población y del ambiente humano; estas atribuciones y deberes se las confiere la Ley General de Salud desde 1973.

Para la gestión del riesgo en situaciones de desastres, se han establecido dos políticas nacionales de salud en los ámbitos de fortalecimiento institucional y protección al ambiente humano.

En la Política Nacional de Salud 1998-2002 en la Área de Reforma y Fortalecimiento Institucional se establece en la “Política 6 el “Fortalecimiento de las instituciones y organizaciones de salud para que atiendan de manera integrada y oportuna, las necesidades de la población en situaciones de desastre”. Además en el área de Protección y Mejoramiento al Ambiente Humano en la política 2 se menciona la “Prevención, Mitigación y respuesta a las necesidades de la población en situaciones de desastres”.

Además en el Plan Nacional de Salud 1999-2004, se establece el fortalecimiento de las instituciones y organizaciones de salud para que atiendan de manera integrada y oportuna, las necesidades de la población en situaciones de desastre, mediante el cumplimiento de los siguientes objetivos:

Planificar acciones de prevención, atención y mitigación en situaciones de desastre por parte de las organizaciones e instituciones a nivel central, regional y local.

Atender en forma planificada las situaciones de desastre, en el sector salud, que permita el uso racional de los recursos.

El Sistema Nacional de Emergencias, establece como una necesidad que las instituciones cuenten con planes, procesos y procedimientos que les permita el cumplimiento de su papel dentro del desarrollo del sistema para ser insertados en los procesos de un Centro de Operaciones de Emergencia y este a su vez en un Plan Nacional.

El análisis de contexto o diagnóstico realizado en el Ministerio de Salud en 2001¹², demostró que se deben fortalecer las propuestas de organización para la gestión del riesgo y reducción de desastres. Además, se debe considerar la necesidad de que los tres niveles de gestión de la institución identifiquen, de acuerdo a sus necesidades y experiencia, el proceso más adecuado para la gestión del riesgo.

Dentro de los hallazgos principales del análisis de la gestión del riesgo en desastres en el nivel central y regional se encontró:

Poca difusión de la información relevante al manejo institucional de las emergencias y desastres para el personal del Ministerio de Salud.

Poca priorización y empoderamiento de las políticas en este tema por parte de los funcionarios.

No se ha identificado en la estructura organizativa del Ministerio de Salud, una unidad responsable de la gestión de riesgos. Sin embargo, sí existen personas que han estado trabajando en este tema.

No se cuenta con un Plan Institucional de prevención de riesgos y atención de emergencias.

En general, poca capacitación en los temas de gestión del riesgo y prevención de desastres.

Todas las regiones del Ministerio de Salud cuentan con planes de emergencia. Sin embargo algunos de ellos se encuentran desactualizados y desconectados de una guía uniforme del nivel central. En su mayoría, no consideran el componente de riesgo por amenaza tecnológica.

Basándose en este análisis, se construye una propuesta institucional para dar cumplimiento a lo establecido en las políticas nacionales de salud.

La propuesta sugiere la creación de una oficina para la gestión del riesgo adscrita a la Dirección General de Salud y en dependencia del Despacho de la Ministra. Anexos Organigrama 1.

Esta oficina estará dentro de una estructura organizativa basada en tres niveles:

Nivel de decisión política que corresponde al Ministro y Viceministro de Salud.

Nivel ejecutivo y directivo que es la Dirección General de Salud.

Nivel Operativo correspondiente a los diferentes niveles de atención.

La propuesta se incluye la conformación de un Comité Institucional de Prevención de Riesgos y Atención de Emergencias o Dirección de Gestión en Desastres, según se establece en la ley Nacional de emergencias N° 7914 Cap. V Art. 29, el mismo fue conformado a partir de setiembre del 2002.

Actualmente, el comité está desarrollando un Plan Estratégico con el fin de establecer claramente objetivos y acciones a desarrollar, incluyendo dentro de las principales acciones la elaboración del Plan Institucional de Prevención de Riesgos y Atención de Emergencias.

Una de las actividades pendientes aún, es la definición de funciones de las direcciones de nivel central y de los niveles regionales y locales. Lo anterior, para las diferentes fases de una emergencia o desastre.

Paralelo a lo anterior y en forma permanente se esta realizando la coordinación requerida para capacitar a funcionarios del Ministerio de Salud en los temas de:

¹² Meneses Obando Grettel, Gestión del Riesgo para la Reducción de Desastres en el Ministerio de Salud. Estudio de Investigación y Diagnóstico Institucional. 2001

Prevención de Riesgos y Atención de emergencias.
Evaluación de Daños y Análisis de Necesidades.
Accidentes Químicos

Funciones Ministerio Salud

Además de las funciones que realiza cada una de las direcciones de la institución, y que se definirán mediante la participación de actores de los tres niveles, la unidad para la gestión del riesgo desarrollará acciones específicas para la reducción de la vulnerabilidad en desastres e integrará esfuerzos conducidos a implementar canales de comunicación dentro y fuera de la institución. Ésta será la encargada de:

Dar a conocer los lineamientos generales y políticos del quehacer del Ministerio como institución y como rector del Sector Salud en la atención de desastres.

Participar activamente en el COE y activar la respuesta del Ministerio de Salud de acuerdo a lo establecido.

Fortalecer la participación del Ministerio de Salud en las Comisiones Locales y Regionales de Emergencias a cargo de la CNE.

Propiciar la existencia y sostenibilidad del Comité de Emergencias Institucional.

Realizar junto con el Comité de Emergencias Institucional el inventario de los recursos humanos y materiales del Ministerio de Salud.

Coordinar con las diferentes Direcciones del Nivel Central y Regional la realización de los Planes de Emergencia propios de cada Dirección y Área.

Fortalecer y apoyar los procesos de capacitación y educación en prevención, mitigación y preparación de los diferentes niveles para casos de desastres.

Coordinar con los diferentes niveles el planeamiento de las tareas antes, durante y después de la emergencia o desastre.

Activar el Sistema de Vigilancia Epidemiológica y control de enfermedades después del desastre y mantener en actividad los programas de control. De especial importancia son los albergues temporales.

Dar seguimiento a las acciones realizadas en los diferentes niveles de atención en lo que respecta al control alimentario y del ambiente y vectores.

La mayor demanda de atención médica se presenta en las primeras 72 horas posteriores al evento. El grupo de vigilancia debe conocer constantemente cual es el estado de salud del área donde ocurrió o esta ocurriendo el evento. Sabemos que los grupos de edad más vulnerables en un escenario de desastre natural son los menores de cinco años y los mayores de 65 años. El 100% de las áreas rectoras cuenta con esos datos demográficos, pero no cuentan con un plan de vigilancia que contenga alternativas de solución para el manejo de esos grupos en cualquier tipo de desastre.

La vigilancia sanitaria de los suministros de agua, aguas residuales, disposición de excretas y basuras, así como la vigilancia de la calidad e inocuidad de alimentos, son otras actividades de importancia. Las áreas rectoras por medio de las unidades de protección al ambiente humano realizan estas funciones.

2. Análisis y Organización de la Caja Costarricense de Seguro Social.

La CCSS es la institución que tiene como función primordial la atención integral en salud de los ciudadanos. Su organización está fundamentada en 7 regiones y un nivel central, más los hospitales nacionales de III nivel. La respuesta a los desastres sigue la misma estructura organizativa. Ver anexo

En materia de desastres la CCSS ha hecho esfuerzos importantes en organización y en mitigación. Tiene un Programa Institucional de Emergencias adscrito a la Gerencia Administrativa con estructura funcional y reconocido a nivel de Junta Administrativa desde hace 3 años, con un presupuesto propio y unidad programática asignada para ejecución de presupuesto.

Se dado capacitación a las áreas en desastres , existe una organización base no bien desarrollada y la respuesta se da en base al esquema regionalizado vigente.

Por parte del Programa Institucional de Emergencias se estableció un plan estratégico que abarca las áreas de debilidad de mayor prioridad y que exponen en los siguientes reglones.

Pese al esfuerzo existen debilidades importantes para la atención de un desastre en los siguientes aspectos:

Organización.

No existe un plan de respuesta en el nivel central tanto en la funcionalidad como en los sistemas de apoyo a las áreas afectadas, por ejemplo brigadas de asistencia o equipos de apoyo.

Las regiones aunque han respondido a lo largo de todas las emergencias que han ocurrido, no tienen aun, un sistema bien estructurado para desastres mayores.

Existen planes en hospitales y clínicas sin embargo no se divulgan a los actores y en la gran mayoría de veces no han sido probados con simulacros.

Prevención.

No se tiene certeza de cuál es el estado de los hospitales de la institución en cuanto a riesgo no estructural y por lo tanto esto puede producir que los hospitales queden inhabilitados en un evento de gran magnitud. Al respecto en el plan estratégico desarrolló una consultoría para elaborar los términos de referencia para contratar el análisis de riesgo no estructural.

Los hospitales no tienen planes para desastres internos con algunas pocas excepciones

Se han realizado actividades de capacitación en diferentes áreas y se tiene en elaboración programa para capacitación horizontal.

Atención de desastes.

Carece de equipos técnicos de apoyo (médicos, ingeniería, etc.), en caso de eventos de magnitud tal que socave la capacidad de respuesta local.

En materia de suministros se tiene la establecida una lista básica de medicamentos y suministros que los hospitales tendrán en existencia mayor al consumo normal para fortalecer la respuesta local, salvo casos de agotamiento en el país, la C.C.S.S. no tendría problemas mayores en cuanto a suministros médicos. Sin embargo depende de la accesibilidad de las áreas afectadas.

Posee sistemas propios de transporte pesado para trasladar suministros siempre y cuando las vías sean accesibles.

En el rubro de comunicaciones se tiene una cobertura casi del 100% del área nacional y la vulnerabilidad está dada por la misma vulnerabilidad de los sistemas de comunicación nacionales, de la cual no existe análisis

Se pretende implementar Centros de Coordinación de Emergencias Regionales para el manejo de las emergencias para lo cual se realiza un estudio de factibilidad en la Región Pacífico Central como plan piloto.

Conclusiones

Es necesario establecer políticas en el ámbito institucional emanadas de altas jerarquías para apoyar el Plan Estratégico propuesto.

Es necesaria una participación más decidida y constante de los niveles regionales y locales en el desarrollo de los planes propuestos.

Se debe aprovechar las oportunidades que brindan las organizaciones internacionales en el apoyo al desarrollo de los países en materia de desastres.

La C.C.S.S. debe planear para futuros años proveer de recursos financieros a las unidades para mejorar sus deficiencias estructurales y no estructurales.

Es necesario fortalecer la interacción interinstitucional en la atención de desastres, sobre todo donde se interactúa en una forma más estrecha, específicamente donde están involucrados los actores del sector salud.

Dr., Daniel Quesada R Plan Estratégico para el desarrollo de la organización de CCSS en Desastres. CCSS. Gerencia Administrativa 1999.

3. Organización del Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados.

El Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (AyA), es la institución rectora en agua potable, alcantarillado sanitario y pluvial, la cual a su vez cuenta con la administración de los sistemas de abastecimiento de mayor importancia y atiende cerca del 50 % de la población urbana del país. Adicionalmente tiene la responsabilidad de brindar asesoría a los cerca de 1650 acueductos rurales que son administrados por Comités y Juntas Administradoras Comunes.

Es una institución autónoma que está dividida en seis regiones y cuenta con una estructura descentralizada, de forma tal que la administración, operación y mantenimiento de los sistemas administrados por AyA, y en buena medida el desarrollo de los mismos, se realiza en cada una de esas regiones. Sin embargo mantiene una estructura en San José (sede) que responde a las diversas necesidades en el ámbito nacional, la cual dicta las políticas y directrices, planifica y controla el funcionamiento de las regiones.

Como parte de las responsabilidades inherentes al quehacer institucional está la apropiada respuesta a las emergencias y desastres, así como los proyectos de desarrollo que permitan un continuo accionar en prevención y mitigación, que reduzca las vulnerabilidades de los sistemas.

Ante un eventual impacto de un evento adverso, el AyA dispone de una organización en la sede central, la cual se ha denominado *Comité Institucional de Emergencias de AyA* (CIE-AyA), que está conformado por:

Presidencia Ejecutiva
Gerencia General
Área de Operaciones
Área Financiera
Área Comercial
Planificación
Estudios y Proyectos

Obras Urbanas
Obras Rurales
Suministros
Prensa

En cada una de las regiones existe una organización similar, la cual responde como Centro de Coordinación de Operaciones de Emergencias, que atiende las emergencias y desastres que se producen en el área de su responsabilidad.

Adicionalmente, el Instituto cuenta en el ámbito nacional con representación en el Centro de Operaciones de Emergencia (COE) y en algunos Comités Asesores específicos de la CNE. En cada una de las regiones, los Directores de Región forman parte de los Comités Regionales de Emergencia y de igual manera se tiene representación en varios Comités Locales de Emergencia cantonal.

Por otra parte, AyA tiene un comité Técnico de Prevención y Mitigación de Desastres conocido como CT-MIDES, que está conformado por representantes de las direcciones de Operación de Sistemas, Estudios y Proyectos, Financiera, Suministros, tres regiones (una de ellas Región Metropolitana), el representante del COE y del sector hidrometeorológico ante la CNE.

Este comité tiene una mayor presencia en las acciones en prevención y mitigación, sobre todo en lo que respecta a la promoción, realización, evaluación, seguimiento y control de capacitaciones y el desarrollo de estudios de vulnerabilidad. De estas acciones se desarrollan actividades concretas que son de acatamiento obligatorio. Además de esto el Comité debe darle continuidad a las directrices y medidas que dicten las autoridades institucionales en esta materia.

En el sector de agua potable y alcantarillado es usual hablar de tres niveles de estudios de vulnerabilidad:

Estudios de primer nivel, los cuales corresponden a aquellos que pueden realizar los técnicos y profesionales que laboran en AyA, básicamente por la experiencia y conocimiento de los sistemas y del comportamiento histórico de la zona ante las amenazas, conjugado con algunos criterios propios del tema de emergencias y desastres.

Estudios de segundo nivel o especializados, que corresponden a aquellos que requieren de la intervención externa al sistema analizado, debido a que no pueden ser desarrollados por funcionarios del acueducto o alcantarillado en estudio, requiriendo la participación de personal especializado de la Institución o fuera de ella, sean estos nacionales o internacionales.

Estudios de tercer nivel o evaluación ante el impacto: Estos estudios corresponden a las evaluaciones de los estudios de niveles uno y dos ante un impacto o materialización de la amenaza estudiada.

En el AyA se dispone de estudios de vulnerabilidad física sobre todo en su principal sistema de abastecimiento y otros sistemas de los que administra en todo el país y es importante mencionar que a estos estudios de vulnerabilidad física, se adiciona el análisis de las vulnerabilidades operativas y administrativas.

En el AyA existen en forma parcial y de diverso nivel, estudios de vulnerabilidad de la infraestructura:

Para el acueducto de Orosi, que brinda cerca del 45 % del agua a la Región Metropolitana (cerca de 600.000 habitantes), se han realizado análisis de primer y segundo nivel y para algunas de las obras se ha tenido el tercer nivel. Los estudios de vulnerabilidad realizados son: sísmicos, geofísicos, hidrológicos, hidráulicos y estructurales.

En otros sistemas de abastecimiento del país administrados por AyA, se tienen estudios de vulnerabilidad de primer nivel.

No se cuenta con información sobre sistemas de abastecimiento municipal ni rural.

Los análisis de vulnerabilidad permiten actuar en dos vertientes. La primera es realizar, con los recursos existentes, los planes de emergencia y la segunda corresponde a la realización de los proyectos de mitigación, a través de inversiones específicas.

En este sentido, el AyA ha cumplido con el 95 % de las obras priorizadas en los diversos estudios de vulnerabilidad de la Región Metropolitana, específicamente lo que corresponde al acueducto Orosi mencionado anteriormente, pero en el resto de los sistemas administrados por AyA, se puede estimar que los proyectos de mitigación identificados no superan el 50%.

Además de los desastres causados por la naturaleza, existen desastres causados por el hombre, siendo uno de estos la explotación inadecuada del agua. Esto sumado a la carencia de recursos para la vigilancia y protección de las fuentes, ha permitido el aumento desmesurado de los riesgos en el recurso agua, tanto superficial como subterránea.

Además de los estudios de vulnerabilidad es muy importante contar con la estimación de la población en riesgo, para lo cual se tienen datos de la cobertura de abastecimiento de agua para consumo humano y la cobertura de disposición de excretas.

Un aspecto que debe considerarse es que el AyA, al igual que otras instituciones, es dependiente de las vías de comunicación en caso del impacto de un evento adverso, por lo que el conocimiento y relación con otros sectores es de vital importancia.

H. Gestión Post Desastre

En este sentido se coordinan las acciones de reconstrucción mayormente a cargo del Estado, contempladas en Planes Reguladores o de Solución a la Emergencia, y estos a su vez transformados en Planes de Inversión debidamente aprobados por el Poder Ejecutivo de aquellas obras físicas que deben reponerse.

Procuran mediante mecanismos administrativos de contratación de obras u otros, en una reposición de las pérdidas materiales en sectores estratégicos para la economía nacional, regional o local tales como el transporte (puentes, carreteras y caminos), la energía eléctrica, el trasiego o almacenamiento de combustible, puertos, etc, o de aspectos sociales como lo son la vivienda, el agua y la salud.

Las acciones que se desarrollan están amparadas en un Decreto de Emergencia, que facultan al estado tomar acciones preventivas que permitan romper el círculo vicioso de la reconstrucción de la vulnerabilidad y por ende invertir en desarrollo con enfoque de prevención.

Con el fin de identificar las principales debilidades y fortalezas del Sector Salud en las situaciones de desastre, se realizó un FODA. Anexos 4:

I. ANEXOS

Anexos de Saneamiento básico

Cuadro N° 1

AGUA PARA CONSUMO HUMANO: COBERTURA Y VIGILANCIA DE LA CALIDAD DEL AGUA Y ENTIDADES ADMINISTRADORAS POR POBLACIONA FINALES DEL PERIODO 2000

Administración	Cobertura de Población Total		Vigilancia de Calidad		Cobertura con Agua Potable	
			POBLACION		POBLACION	
AyA	1.795.794	6.9	1.795.794	00	1.734.737	6.6
Municipalidades	653.713	7.0	653.713	00	419.684	4.2
E.S.P.H.	180.000	.7	180.000	00	180.000	00
CAAR's	1.098.496	8.7	1.098.496	00	560.233	1
Sin información	96.590	.7	0	0	-----	---
TOTAL	3.824.593*	00	3.728.003	7.4	2.894.654	5.7

NOTAS:

- La población es calculada multiplicando el número de conexiones por el factor 4.1
- Es importante destacar que solamente el AyA, la E.S.P.H. y las municipalidades de Cartago, La Unión y Belén llevan a cabo un estricto control de calidad del agua que suministran a la población.
- Dato oficial de población total obtenido del CENSO 2000.
- *Esta información es producto de los datos obtenidos entre diciembre de 1995 y abril del 2000.

Cuadro N° 2

COBERTURA DE DISPOSICION DE EXCRETAS 1998

	Total	Conección	% conexión	In Situ	% conexión	Total	% cobertura
Cobertura	3.340.909	702.011	21,01	2.422.512	72,51	3.124.523	93,52

Nota:

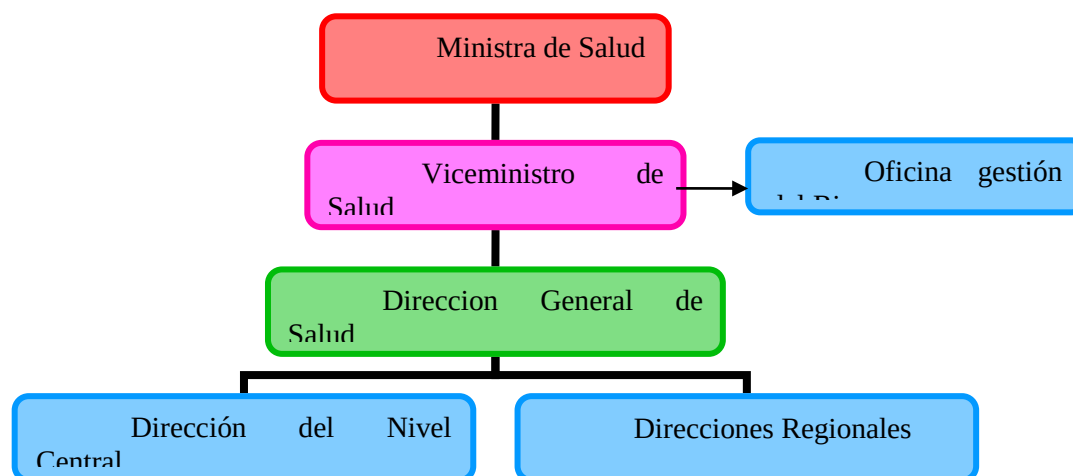
- Se estima que el 4% de los efluentes del alcantarillado tienen algún grado de tratamiento de las aguas.

Organigramas institucionales

Organigrama 1

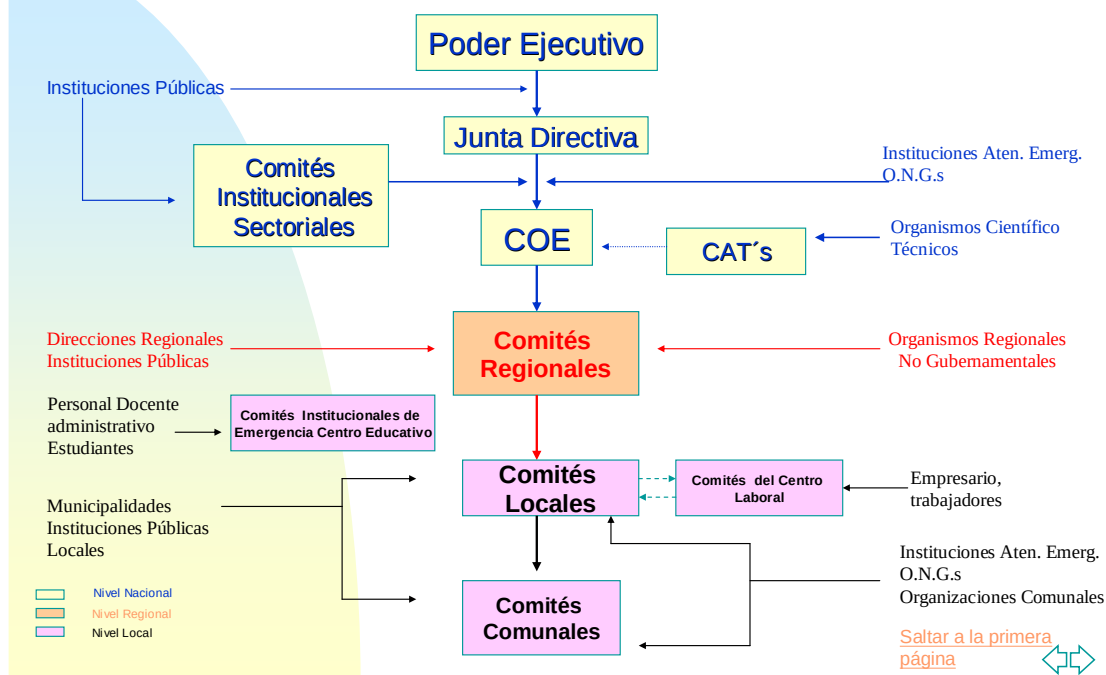
Estructura funcional Oficina para la gestión del Riesgo

Ministerio de Salud





Organigrama 2 Organización Nacional para la Gestión del Riesgo y Atención de Emergencias



COE Básico:

Constituido por las instituciones de primera respuesta, responsables de salvaguardar la vida humana, realizar labores de seguridad, atención urgente a la población y el restablecimiento inmediato de los servicios básicos interrumpidos en las áreas afectadas por la emergencia o desastre:

Benemérita Cruz Roja Costarricense	(CRC)
Benemérito Cuerpo de Bomberos de Costa Rica	(CBCR)
Ministerio de Seguridad Pública.	(MSP)
Ministerio de Obras Públicas y Transportes	(MOPT)
Ministerio de Salud	(MS)
Caja Costarricense de Seguro Social	(CCSS)
Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados	(A y A)
Policía de Tránsito	(PT)
9.1.1. Sistema de Emergencias.	(9.1.1)
Comisión Nacional de Prevención de Riesgos y Atención de Emergencias (CNE)	

COE Pleno

Constituido por las instituciones de primera respuesta e intervención mediata, responsables de las labores de atención encaminadas a la recuperación y al aseguramiento definitivo del área (s) afectada (s):

Instituciones de Primera Respuesta	(COE Básico)
Sector Agropecuario:	(S.A)
Sector Vivienda INVU – MIVHA - BANSVHI	(S.V)
Instituto Costarricense de Electricidad	(ICE)
Refinadora Costarricense de Petróleo	(RECOPE)
Organismo de Investigación Judicial	(OIJ)
Instituto Mixto de Ayuda Social	(IMAS)
Sistema de Coordinación para Desastres de las ONG.	(SICODE)

COE Ampliado

Constituido por representantes de instituciones de primera respuesta, intervención mediata e instancias que según su grado de especialidad o función pueden integrar Comités que asesoran en el nivel científico técnico a tomadores de decisiones involucrados en el manejo de una emergencia o desastre. Igual para los representantes de Sectores de Planificación Nacional que cumplen un papel importante en el manejo general de la emergencia o desastre según la magnitud e impacto de estos.

El COE Básico o el COE Pleno cuentan para la realización de su trabajo con los siguientes comités e instituciones:

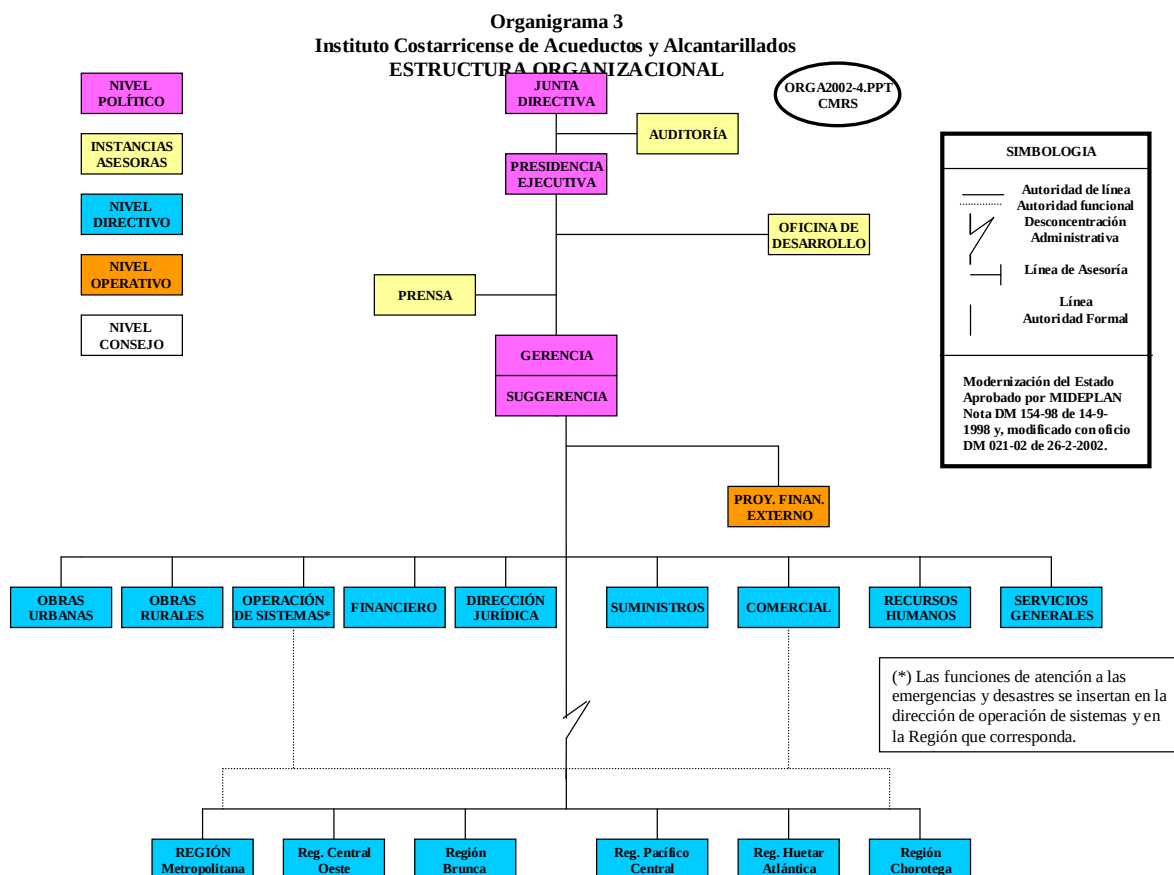
Comités Asesores Técnicos
Comités Sectoriales
Otros organismos técnico – científicos.
Instituciones del Sector Agropecuario (SEPSA – MAG – CNP – SENARA – IDA - INCOPECA – PIMA.
Instituciones del Sector Vivienda (INVU – MIVHA – BANSVHI).

Comités Asesores Técnicos:

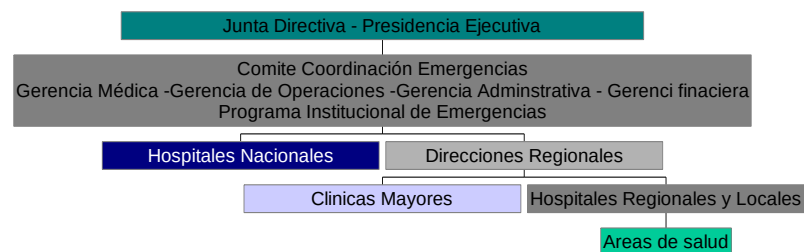
Su propósito es brindar el conocimiento técnico científico para la toma de decisiones relacionadas con la prevención mitigación y preparación ante situaciones de emergencia y desastre. Están integrados por personal técnico profesional de las instituciones representadas en el COE y especialistas en materias afines. En la actualidad los CAT están en proceso de reconfiguración y nombramiento, por lo que se incluye un listado de los principales equipos técnicos definidos por la CNE en el contexto del Sistema Nacional de Prevención y Atención de Emergencias.

Comité Asesor Técnico del Sector Salud.
Comité Asesor Técnico del Sector Agropecuario
Comité Asesor Técnico de Emergencias Aéreas
Comité Asesor Técnico de Concentraciones Masivas
Comité Asesor Técnico de Emergencias Tecnológicas
Comité Asesor Técnico de Sismología
Comité Asesor Técnico de Vulcanología
Comité Asesor Técnico de Geotécnica
Comité Asesor Técnico Hidrometeorológico
Comité Asesor Técnico de Información Pública para Emergencias.

Comité Asesor Técnico del Sector Energía
Comité Asesor Técnico Documentación e Información
Comité Asesor Técnico de Comunicaciones



Organigrama CCSS en Desastres



ANEXO 4:

FODA INTERSECTORIAL

Fortalezas:

Infraestructura de cobertura nacional.
Organización regionalizada.
Recurso humano con capacitación en materia de desastres.
Interés de las instituciones en la atención de desastres.
Sistema de Vigilancia Epidemiológica.
Existencia de estudios de vulnerabilidad.
Representación de las instituciones en el COE.
Infraestructura de cobertura nacional
Organización regionalizada
Autonomía de respuesta en casi todas sus funciones
Recurso humano con conocimiento en materia de desastres
Interés institucional en la atención de emergencias.
Sistema de Vigilancia Epidemiológica
Existen planes de contingencia
Coordinación Inter-Institucional con instituciones que participan en la atención de desastres.
Existe un programa Institucional de Mitigación y Atención a Desastres con Presupuesto, Unidad Programática, Plan Operativo Anual avalado por la Junta Directiva de la CCSS.
Existen estudios de vulnerabilidad en cuatro hospitales
Existe coordinación con la Comisión de Vigilancia Epidemiológica

Debilidades:

Falta integración y participación en los Comités Locales y Regionales
Planes Institucionales de Emergencia no consolidados.
Carencia de Planes de Emergencia Locales y Regionales en el ámbito institucional del sector salud.
Desconocimiento de los funcionarios de la organización para la atención de desastres.
Vulnerabilidad en riesgo estructural.
Alta vulnerabilidad en riesgo no estructural.
Carencia de brigadas de emergencias en los diferentes niveles de las instituciones. (AyA tiene algunos desarrollos a nivel de cantones principales pero falta su consolidación)
Inadecuada coordinación interinstitucional.
Descoordinación entre niveles de gestión
Poca disponibilidad por parte de algunos funcionarios de las instituciones, especialmente en las que la jornada laboral limita la participación
Falta de una capacitación horizontal en mitigación administración y atención de desastres.
Carencia de un Plan Institucional. (CCSS, MS)
Alta vulnerabilidad en riesgo no estructural
Carencia de planificación para el manejo de desastres tecnológicos.
Carencia de análisis y organización en riesgo no estructural, estructural y funcional.
Alta vulnerabilidad en seguridad interna.
Carencia de planes de atención de desastres internos
Falta de señalización de urgencia
Carencia de brigada de emergencias en algunos de los hospitales
No hay estudios sobre vulnerabilidad en comunicaciones.
No existe un proyecto para la identificación de grupos de riesgo.
Falta de continuidad en los programas ya avalados, debido al cambios de gobierno cada 4 años.

Oportunidades:

Posibilidad de establecer nexos cooperativos con el programa de Desastres de la Organización Panamericana de la Salud.

Interés de coordinación interinstitucional para la atención de los desastres.

Posibilidad para establecer un programa continuo de Capacitación del personal en la prevención y mitigación de los desastres.

Apoyo de las altas autoridades institucionales para el desarrollo de programas en atención de desastres.

Que por medio de este análisis sectorial situacional del Sector Salud, se pueden detectar y evaluar diagnosticar la situación actual de las instituciones para Establecer programas conjuntos con la Comisión Nacional de Emergencia y el Ministerio de Salud.

Amenazas

País con alta vulnerabilidad ante las amenazas los desastres naturales y antrópicas. y tecnológicos

Amenaza de sismos, inundaciones y erupciones volcánicas en el territorio nacional. Demandas de los Grupos de presión (comunidades, políticos, académicos, etc.) en la atención de una emergencia o desastre o en la etapa de rehabilitación.

Intervención externa sin coordinación con el sector, en el caso de emergencia o desastre.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CAPITULO IX

“VIH-SIDA”

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DE VIH/SIDA.

CONCLUSIONES	RECOMENDACIONES
Los grupos mas afectados son de los 25 a los 45 años y el número de casos se ha reducido a partir de 1998 con la introducción de los antirretrovirales (ARV).	Continuar con las medidas de atención integral del problema fortaleciendo las medidas de promoción y prevención y garantizar el suministro de la terapia antirretroviral.
La información es deficiente, debido a fallas en la notificación, cuya obligatoriedad esta en revisión.	Desarrollar un Sistema de Información Sistemizado y aprobar el decreto ejecutivo que hace obligatoria la notificación.
No se cuenta con un protocolo para la prevención del VIH/SIDA y otras ITS	Elaborar, publicar y difundir en el corto plazo, protocolos de atención para estos padecimientos.
Existe una Ley General del VIH/SIDA de 1998 pero su difusión es deficiente, se conoce poco y hay incumplimiento.	Promover su difusión, el cumplimiento y la aplicación de sanciones.
Existe un Consejo Nacional de Atención Integral al VIH/SIDA pero sin personería jurídica ni recursos, lo cual dificulta que cumpla su papel de recomendar políticas y programas de acción para todo el sector público.	Fortalecer la organización y funcionamiento del CONASIDA, modificando el Reglamento respectivo y dotándolo de recursos financieros propios.
En materia de prevención el Gobierno carece de una política definida sobre el mercadeo social del condón y tampoco se ha implementado en los servicios el tamizaje de las embarazadas.	Desarrollar políticas claras para la promoción del uso del condón y el tamizaje de las embarazadas, por parte de los servicios públicos de salud.
No existen programas preventivos específicos dirigidos a grupos de alto riesgo como los reclusos en cárceles, los que comercian con sexo, y los homosexuales, lo cual representa un riesgo alto para la población general.	Formular y desarrollar programas preventivos y de atención dirigidos a grupos de alto riesgo.
El tratamiento de los pacientes está centralizado en tres hospitales nacionales y uno regional.	Promover la desconcentración del tratamiento, garantizando la calidad y la referencia entre niveles de atención.
El gasto público en VIH/SIDA representa el 1% del gasto público total en salud y el gasto en ARV el 50% del total de VIH/SIDA (representa el 8.2% del total del gasto en medicamentos de la CCSS).	Es necesario un sistema de información que consolide la información financiera (cuenta satélite de VIH/SIDA) y analizar mecanismos para buscar la sostenibilidad financiera.
Existe una iniciativa de red de ONGs desde 1995 consolidada en el 2000, cuyo rol es muy importante para la preservar los derechos humanos de las personas viviendo con VIH/SIDA	El sector público y en particular el CONASIDA, debe promover el fortalecimiento de la red de ONGs,

CAPITULO X

“SALUD AMBIENTAL”

Conclusiones

Agua Potable y Saneamiento

Sin lugar a dudas la falta de infraestructura de los servicios de agua potable, alcantarillado y saneamiento o su deterioro, ha propiciado en ciertos sectores del país la presencia de enfermedades transmisibles tales como la fiebre tifoidea, salmonelosis, shigelosis, amebiasis, giardiasis, otras infecciones intestinales, hepatitis viral, etc.

Uno de los problemas sanitarios de mayor incidencia relacionados con la falta de servicios o sus deficiencias en la transmisión de enfermedades, son las diarreas. En 1998 se registraron 104 muertes por diarrea para una tasa de 2.82 por 100.000 habitantes, de los cuales el grupo de edad que ocupa el primer lugar es de menores de un año, con un 40.84%, le sigue el de 55 y más con una tasa de 14.89, en tercer lugar con una tasa de 2.48 los niños entre 1 a 4 años.

Las autoridades de salud mantienen preocupación respecto a la contaminación de cuerpos de agua superficial producida por descargas directas de aguas negras y desechos sólidos, así como de aguas residuales y desechos industriales y agropecuarios. Dos de las principales cuencas del país, las de los ríos Tárcoles y Reventazón, donde se asienta casi el 70% de la población nacional, reciben las aguas residuales sin tratar de San José, Heredia, Alajuela y Cartago. En la cuenca del Tárcoles, que se constituye en el principal desaguadero del Valle Central, se estimó en 1998, que los desechos líquidos domésticos representaban el 40% de la contaminación total, seguida por los desechos líquidos industriales con un 23%, siendo el resto producto de los desechos animales y sólidos, que finalmente causan los mayores problemas de contaminación de las aguas del Golfo de Nicoya^{13/}.

Otro aspecto de este tema es el aumento en el deterioro de la calidad del agua superficial cruda en las cuencas que abastecen las plantas potabilizadoras, causada por prácticas agropecuarias inapropiadas y por un desarrollo urbano mal planificado, que ya empieza a afectar la oferta de agua en las partes altas del área metropolitana especialmente.

El Laboratorio Nacional de Aguas del AyA, ha identificado un total de 2.033 acueductos operados por AyA, municipalidades, ESPH y CAAR/ASADAS en el territorio nacional; sin embargo, existen algunas pequeñas comunidades que operan acueductos pero no tienen constituido el respectivo comité o asociación que lo administre. Los resultados señalan que existen 1.043 acueductos servidos con agua potable (51,3%) y 990 no potables (48,7%). La falta de cloración se concentra principalmente en los acueductos administrados por las ASADAS/CAAR (83%) y municipalidades (11%). En función de la población atendida del país, el 24,4% de esta no recibe agua de calidad potable.

La baja cobertura de redes de alcantarillado sanitario, unida al uso de agroquímicos en las áreas de recarga y producción de aguas subterráneas, es un factor de riesgo ambiental considerable. Esta situación es crítica en la parte norte y este de la cuenca del Río Virilla, donde se asientan los acuíferos Barba y Colima, de los cuales depende el abastecimiento de aproximadamente un 20% de la población nacional, y que se han definido como la fuente de agua potable de Heredia y el Área Metropolitana de San José para los próximos 15 años.

El ritmo actual de aumento de las concentraciones de nitratos en las aguas de los acuíferos Colima indica que esta fuente se podría perder en un lapso no mayor de 15 años. Este es quizás el problema más grave en el tema del agua potable/ saneamiento y gestión ambiental, porque involucra el suministro actual y futuro de un millón de personas aproximadamente.

¹³ Informe del Análisis Sectorial de Agua Potable y Saneamiento de Costa Rica, Julio del 2002.

Contaminación de Cuerpos de Agua

- a. Incapacidad del MINSA para exigir y corroborar la veracidad de los Reportes Operacionales que deben presentar los entes generadores de aguas residuales de acuerdo con lo que establece la legislación vigente por la escasez de personal y de recursos materiales
- b. Inexistencia de personal profesional y de laboratorios a los que pueda recurrir el MINSA para la toma de muestras y análisis para verificar los análisis de laboratorio enviados por los entes generadores en los reportes operacionales.
- c. Falta de apoyo económico (e.g. facilidades para préstamos) al que pueda tener acceso el sector privado para la construcción de obras de conducción, tratamiento y disposición final de aguas residuales. Inexistencia de estímulos de tipo económico (e.g. excepción del pago de impuestos) por parte del estado para el sector privado que les ayude en la construcción y operación de este tipo de obras.
- d. Falta de reglamentación y necesidad de modificación de parte de la normativa existente.
- e. Contaminación de cuerpos receptores por la descarga de aguas negras sin tratamiento debido a la ausencia de obras de tratamiento en los principales sistemas de alcantarillado sanitario del país.
- f. Tarifas inadecuadas para los servicios de alcantarillado sanitario que permitan cubrir el costo del servicio incluyendo el tratamiento de las aguas negras y un porcentaje para el crecimiento futuro.
- g. Resistencia de la población beneficiaria del país al incremento en las tarifas de alcantarillado sanitario.

Desechos Domésticos

- a. Escasez de recursos humanos y materiales por parte de las municipalidades para presentar proyectos de Rellenos Sanitarios que cumpla con la normativa vigente tanto a nivel de diseño de los proyectos como posteriormente durante la operación de los rellenos.
- b. Inadecuadas tarifas para los servicios prestados por las municipalidades que permitan cubrir los costos totales de los servicios, incluyendo la disposición final de los desechos y un porcentaje para el crecimiento futuro.
- c. El manejo de los desechos sólidos en Costa Rica se volverá más crítico cada día, no solamente debido al aumento natural de la población, sino también al incremento de la producción per cápita de basura en los últimos años. El Anexo B-2 explica lo anterior.
- d. Existe una amplia resistencia de las comunidades de todo el país para la ubicación de rellenos sanitarios en las cercanías (Efecto NIMBY).
- e. Escasez de equipos (livianos y pesados) e inadecuado mantenimiento de los existentes tanto en las etapas de la recolección como de la disposición final de los desechos sólidos.
- f. En algunos cantones se ha iniciado la clasificación y selección de los desechos. No obstante los porcentajes de recolección y reciclaje continúan siendo bajos y existen en algunos casos condiciones deficientes de los sitios de almacenamiento (centros de acopio).
- g. Debido a los problemas de recolección gran cantidad de desechos sólidos son arrojados en los cauces de los cuerpos receptores y en terrenos baldíos aumentando los problemas de contaminación de aguas, de suelos, de fauna nociva y estéticos.

Desechos no domésticos

Desechos Hospitalarios

En el manejo de los desechos hospitalarios se requiere la vigilancia y control permanente por sus características, de allí la importancia de utilizar los insumos adecuados en el almacenamiento, recolección, transporte y disposición final de los desechos, para minimizar los peligros de contagio y

propagación de riesgos para el personal, usuarios y sociedad civil, que por alguna razón pudieran entrar en contacto.

Desechos Industriales

La falta de un diagnóstico del tipo de empresas que generan más accidentes con sustancias químicas peligrosas, así como la falta de control de las normas de seguridad que se aplican representan puntos críticos.

Falta de capacitación de los funcionarios de nivel local en el manejo de procesos de productos químicos peligrosos.

Contaminación Atmosférica

Contaminación Físico-Química (fuentes fijas y móviles)

La falta de recurso económico para la compra, operación, mantenimiento y manejo de datos de la red de monitoreo de la calidad del aire en el país.

Escasas campañas de sensibilización a la población sobre la problemática de la contaminación del aire.

Ausencia de laboratorios acreditados y con métodos estandarizados para la realización de análisis de la calidad del aire y mediciones en chimenea.

Falta de una Política Nacional de la Calidad del Aire que sirva de marco legal e institucional para ejercer adecuadamente la vigilancia de la calidad del aire.

No se cuenta con recurso humano en el MINSA dedicado a tiempo completo a labores de control y monitoreo de la calidad del aire.

Contaminación Sónica

La falta de un programa de mantenimiento de los sonómetros con los que cuenta el MINSA.

La distribuidora de los sonómetros a nivel nacional no tiene la potestad para certificar la calidad de los equipos (deben ser enviados a la casa matriz).

Falta la aprobación del Reglamento de Contaminación Sónica, que se encuentra impugnado.

Faltan recursos financieros, materiales, viáticos y vehículos para poder llevar inspecciones en altas horas de la noche y los fines de semana.

Ausencia de un reglamento sobre ruido que se adapte a la realidad nacional y que sirva de base legal para las mediciones.

Problemas de coordinación de criterios entre el Ministerio y las Municipalidades que se encargan de otorgar las patentes en los locales y definición de funciones a realizar por cada institución.

Salud Ocupacional

Las regulaciones aplicadas a los diferentes sectores productivos no han tenido el impacto esperado por cuanto los índices de accidentabilidad mantienen niveles importantes, lo anterior se relaciona directamente con una deficiente reglamentación que requiere ser modernizada y a la deficiente capacidad de recursos de las instituciones responsables. Por otro lado, las acciones de promoción y prevención tampoco han contribuido a reducir esos índices de manera considerable.

Las diferentes labores requeridas para tutelar la salud ocupacional por parte del Estado se dificultan por cuanto no ha sido posible establecer una adecuada coordinación e integración de las instituciones involucradas. También ha sido escasa la participación de otros actores sociales como son los gremios de empresarios y de trabajadores.

Sustancias Peligrosas (incluye agroquímicos)

- a. Falta de recursos económicos y humanos.
- b. Falta de un adecuado sistema de vigilancia epidemiológica de las intoxicaciones agudas y crónicas ocasionadas por estos productos.
- c. Falta de campañas de divulgación y prevención.
- d. Poca anuencia, en el ámbito local, a asumir las responsabilidades del control y otorgamiento de permisos de funcionamiento (no es el caso en la DPAH).
- e. Falta de seguimiento luego del otorgamiento del permiso de funcionamiento.
- f. Debilidad en la aplicación de los controles normativos (restricciones y prohibiciones) de los productos en razón de su daño a la salud humana y el ambiente.
- g. Falta de apoyo de autoridades de algunas instituciones para fortalecer la sostenibilidad de los logros del proyecto PLAGSALUD.

Inocuidad de Alimentos

- a. Personal sin entrenamiento en el manejo de alimentos.
- b. Falta de control de alimentos que asegure la inocuidad en todas las fases del proceso.
- c. No existe un registro completo de los establecimientos que procesan, manipulan y expenden alimentos.
- d. Sistema de información poco moderno y ágil.
- e. Los consumidores tienen poca o ninguna información con respecto a la calidad del producto que adquiere.

Aspectos Físico Sanitarios en Edificaciones

- a. Falta de supervisión y control en la etapa constructiva.
- b. Necesidad de actualizar y modificar los Reglamentos y Leyes referentes al tema.
- c. Mejorar la condición de los archivos de documentos (Planos constructivos).
- d. Falta una base de datos georeferenciada de los proyectos.
- e. Mejorar la capacitación de los funcionarios, especialmente del nivel local en la revisión de proyectos.
- f. Fomentar la aplicación de nuevas tecnologías constructivas.
- g. Incluir en las Universidades cursos referentes a las legislaciones vigentes.

Radiaciones

- a. Situación presupuestaria muy débil ya que no se cuenta con los insumos básicos para laborar eficientemente, en aspectos tan simples como adquisición de baterías para los equipos de medición, tinta para las impresoras, papel para fax, etc.
- b. La Unidad actual no se encuentra dentro del organigrama del Ministerio, únicamente existe por un oficio del Ministro de Salud de administración anterior, situación sumamente crítica.
- c. Las sanciones que establece el marco legal vigente, favorece el incumplimiento por parte de los usuarios de radiaciones ionizantes.

RECOMENDACIONES

Agua Potable y Saneamiento

El sector no será capaz de resolver sus problemas, sin cambios importantes en su estructura y concepción actual. El AyA debe segregarse en sus dos funciones incompatibles: la rectoría del Estado en agua potable y saneamiento y la operación de los sistemas. La primera, como función obligada del Estado, deberá permanecer en un Instituto Rector del Sector de Agua Potable y Saneamiento:

organismo planificador, financiador, asesor del Estado y de los Operadores, ejecutor de los programas en el área rural, y en el cual resida el sistema de información del SAPS. La segunda, una sociedad anónima de operación de sistemas, que lo haga en el Área Metropolitana de San José y en donde lo convenga con los titulares del servicio, en franca competencia con operadores privados locales que deberán formarse y promocionarse.

La otra opción es no efectuar reformas, sin embargo, la situación se tornará insostenible y el peso de no hacer nada será muy fuerte. Podrían sobrevenir reformas radicales que, probablemente, desembocarán en la concesión inmediata de los servicios al sector privado.

Contaminación de Cuerpos de Agua

a. Aumentar la participación del sector privado en la administración de los servicios de alcantarillado sanitario incluyendo el tratamiento de aguas negras, especialmente para el Área Metropolitana de San José, que permitan también ampliar la cobertura de las redes de alcantarillado sanitario dotadas de tratamiento final.

b. Implementar un Programa de Monitoreo de la Calidad del Agua de los Cuerpos Receptores Superficiales y Subterráneos del país. El MINSA cuenta ya con una propuesta elaborada con apoyo de la Organización Panamericana de la Salud en 1994.

c. Fortalecer el proceso de desconcentración y descentralización del MINSA a fin de promover una mayor participación del personal de los niveles regionales y locales en la atención de quejas, revisión de Reportes Operacionales y otras actividades que debe realizar el Ministerio

d. Actualizar y aplicar la reglamentación vigente sobre el control de la contaminación de cuerpos de agua. Establecer normativa sobre el establecimiento de Cánones de Vertido por descargas de Aguas Residuales y normativa para la Clasificación de Cuerpos Receptores.

e. Revisar y mejorar los programas educativos existentes que se ofrecen en todos los niveles educativos del país con énfasis en los niveles de educación primaria del país relacionados con el control de la contaminación de cuerpos de agua.

f. Aumentar la asignación de recursos al MINSA destinados al control de la contaminación de cuerpos receptores que permitan la contratación de laboratorios privados que realicen muestreos y análisis cuando el Ministerio lo estime necesario a fin de verificar los resultados de los Reportes Operacionales recibidos.

Desechos Domésticos

a. Promover la separación y el reciclaje de los desechos partiendo de la implementación de campañas de concientización para todos los usuarios iniciando en las cabeceras de todos los cantones del país.

b. Aumentar la participación del sector privado especialmente en los servicios de recolección y disposición final de los desechos sólidos.

c. Promover e implementar rellenos sanitarios regionales con el fin de eliminar los botaderos a cielo abierto en todo el país.

d. Estandarizar el uso de los equipos de recolección y disposición final en todos los municipios del país con el fin de lograr reducciones en los costos de adquisición y de mantenimiento de los equipos (repuestos existentes y en la cantidad necesaria).

e. Actualizar y aplicar la reglamentación y normas en el manejo de los desechos sólidos domésticos.

f. Diseñar nuevos programas de educación, capacitación y divulgación en el manejo de desechos sólidos y revisar los programas existentes que se ofrecen en todos los niveles de educación del país con énfasis en los niveles de educación primaria del país.

g. Ampliar los proyectos regionales de limpieza y ornato de las ciudades y cuerpos de agua bajo el concepto de ciudades limpias.

Desechos no Domésticos

Desechos Hospitalarios

Algunos centros de atención médica de la CCSS y privados, acatando las reglamentaciones del Ministerio han mejorado el manejo interno de los desechos, otros están adquiriendo tecnología apropiada para la desinfección y disminución de los desechos generados. Esta política de modernización que deben adoptar los establecimientos de salud se ve favorecida por la disposición del Ministerio de exigir contar con la Habilitación, donde deben cumplir con normas de calidad en forma integral.

Recursos Tecnológicos: Existen en el mercado los recursos tecnológicos apropiados para que en los centros de atención de salud se adopten las medidas apropiadas para un buen manejo de los desechos hospitalarios. Falta aún que los rellenos sanitarios autorizados por el MINSA establezcan sitios exclusivos para la disposición de estos desechos.

Recursos Humanos: La Dirección del Protección al Ambiente Humano (DPAH) tiene personal suficiente para ejercer la rectoría que le corresponde en esta materia. Se necesitan recursos materiales para ampliar la supervisión.

Cooperación Externa: Existe en la DPAH, la Red Panamericana de Manejo Ambiental de Residuos para Costa Rica, (REPAMAR). Posee amplia información de organizaciones nacionales e internacionales que son entes cooperadores en materia de gestión ambiental de residuos. Mantiene relaciones de coordinación con la CCSS.

Inversiones: La DPAH ha invertido recursos económicos en becas y seminarios en el extranjero, en algunos profesionales que no han aportado al resto del personal los conocimientos adquiridos.

Financiamiento y Gastos: Está el Plan Anual Operativo 2003 (PAO 2003), donde se indican los recursos humanos, financieros y materiales que se requieren para la ejecución del Programa de Vigilancia Continua y Permanente en Hospitales por parte de la DPAH.

Rectoría: El Programa de Vigilancia Continua y Permanente es el instrumento con el cual se aplicará la rectoría en el sector hospitalario público y privado del país.

Demanda, Cobertura y Servicio: Deben aplicarse la rectoría en todos los hospitales públicos y privados del país, además brindar el servicio de coordinación con la Dirección de Servicios de Salud, para otorgar la Habilitación.

Desechos Industriales

Confeccionar un reglamento de aplicación de normas de seguridad y puntos críticos de control de riesgo y capacitación del personal de nivel local en las técnicas de manejo de riesgo y control.

Recursos Humanos y Tecnológicos: Se cuenta con recurso humano especializado 2 químicos industriales, 2 ingenieros químicos y profesionales en salud ocupacional. No se cuenta con laboratorios de análisis para corroborar cumplimiento de ciertos parámetros requeridos para proteger la salud de las personas.

Cooperación Externa: No se tiene Cooperación Externa.

Financiación y Gasto: Programación para determinar la redistribución de gastos debido a las nuevas funciones que deben asumir los niveles Regional Local y Central.

Demanda y Cobertura debe determinarse de acuerdo al Diagnóstico y los planes a desarrollarse.

Contaminación Atmosférica

Contaminación Físico-Química (fuentes fijas y móviles)

a. Continuar con la coordinación del sub-objetivo 3 del Proyecto Aire Limpio San José a nivel interinstitucional.

- b. Crear y aprobar una política Nacional de Calidad del Aire y su estrategia de implementación que sirva de marco legal e institucional para ejercer adecuadamente la vigilancia de la calidad del aire.
- c. Dotar de financiamiento adecuado mediante un presupuesto a la red de monitoreo de la calidad del aire.
- d. Generar datos de la calidad del aire a través del monitoreo con las estaciones existentes mediante el plan de monitoreo conjunto de MINSA – Universidad de Costa Rica – Universidad Nacional.
- e. Desarrollar una estrategia de educación y sensibilización en materia de la calidad del aire dirigida a organizaciones de la sociedad civil, centros educativos y gobierno local en coordinación con el sub-objetivo 4 (Comunicación Social) del Proyecto Aire Limpio.
- f. Continuar con el control de emisiones a nivel industrial.
- g. Establecer campañas de conocimiento de las estaciones de monitoreo para la población.
- h. Evaluar los resultados obtenidos y fomentar la gestión de recursos económicos necesarios para ejercer el monitoreo y la vigilancia de la calidad del aire.
- i. Realizar vigilancia epidemiológica en las áreas de alto riesgo de exposición a fuentes de contaminación.
- j. Establecer mecanismos adecuados de coordinación entre el MOPT – MINAE-RECOPE en aspectos relacionados con el cambio de rutas vehiculares, cambio de paradas de los servicios de transporte público, distribución vial y mejoramiento en la calidad de los combustibles, entre otras.
- k. Establecer una coordinación con la Dirección de Vigilancia Epidemiológica del MINSA y de la CCSS para correlacionar los datos de concentraciones de contaminantes atmosféricos con enfermedades crónicas de origen respiratorio/cardiovascular y visitas a los centros de salud.

Contaminación Sónica

- a. Realizar estudios actualizados sobre el nivel de contaminación sónica en la Gran Área Metropolitana y en el resto del país, esto por medio del Programa de Control de Ruido.
- b. Coordinar con el MOPT campañas de sensibilización sobre el control de la flotilla vehicular y respecto de las áreas restringidas de emisión de ruidos como escuelas, clínicas y hospitales.
- c. Dotar de equipo y capacitación en las Áreas de Salud para que se realicen mediciones preventivas en las empresas en las inspecciones que se efectúan para el otorgamiento del Permiso Sanitario de Funcionamiento.
- d. Que el MOPT realice un control más estricto sobre ruido producido por fuentes móviles (automotores).

Salud Ocupacional

El país requiere fortalecer las estrategias para hacer efectivas las regulaciones existentes en diferentes sectores productivos, identificar vacíos en la reglamentación, planificar el sector en este campo, fortalecer la promoción y prevención bajo una óptica de calidad e integralidad de las acciones, un fuerte componente de concertación y participación más amplia de los actores sociales directamente relacionados, fortalecer las comisiones y departamentos de salud ocupacional en los lugares de trabajo, fortalecer el financiamiento del MINSA, de las acciones de promoción y prevención, así como en la infraestructura y capacidad de atención de la rehabilitación y reinserción de la población trabajadora.

Sustancias Peligrosas (incluye agroquímicos)

- a. Realizar proceso de sensibilización a nivel local, regional y nacional.

- b. Fortalecer las Áreas de Salud con recurso humano capacitado, material, mecanismos e instrumentos para el control de la calidad, oportunidad y uso de la información para una vigilancia efectiva.
- c. Fortalecer los programas de seguimiento a industrias de alto riesgo.
- d. Revisar, modificar o elaborar la legislación necesaria para el adecuado control de productos peligrosos.
- e. Modificar la reglamentación existente, para que la importación de productos químicos peligrosos sea autorizada por el Ministerio de Salud.
- f. Aprobar y ejecutar normativas para la restricción, prohibición y sustitución de sustancias o productos altamente peligrosos.
- g. Diseñar y establecer mecanismos de comunicación social sobre normativas, riesgos y manipulación de productos químicos peligrosos, para la prevención de los riesgos a la salud de las personas.
- h. Establecer el cobro de los registros de productos peligrosos para fortalecer en control.
- i. Fortalecer la sostenibilidad de los logros del proyecto PLAGSALUD a través de su institucionalización.

Fauna Nociva

- a. Implementar programas de investigación que brinden los lineamientos para las medidas de intervención.
- b. Involucrar a los demás actores sociales: protectoras de animales, Colegio de Médicos Veterinarios, etc.
- c. Activar el convenio de cooperación con el Colegio de Médicos Veterinarios.
- d. Desagregar la problemática en sus distintos componentes: Insectos (vectores y no vectores), Animales de Compañía, Roedores, Aves, Moluscos Terrestres.

Aspectos Físico Sanitarios en Edificaciones

- a. Acreditación de empresas privadas que realicen las labores de revisión de proyectos constructivos, de manera que la institución pueda dedicar sus recursos al control y seguimiento y a la rectoría.
- b. Aplicación de un modelo similar al implantado para los permisos de funcionamiento.
- c. Terminar con la desconcentración de la tramitación de planos constructivos del nivel central al regional y conformar grupos interdisciplinarios en dichas zonas.

Radiaciones Ionizantes

Recursos Tecnológicos: La Unidad cuenta con el equipamiento necesario para las acciones de vigilancia, control y auditoria. La información es actualizada periódicamente, la envía el Organismo Internacional de Energía Atómica (OIEA). Se cuenta con una base de datos donada por OIEA, para las acciones de registro y en hojas electrónicas se tienen registros de operadores, instalaciones con Permiso Sanitario de Funcionamiento e ingreso de material radiactivo al país.

Recursos Humanos: La Unidad cuenta con 6 profesionales capacitados, un profesional en odontología y dos asistentes administrativos. Este personal es totalmente insuficiente por lo que se debería reforzar con al menos 3 profesionales más.

CAPITULO XI

“SALUD MENTAL”

CONCLUSIONES

1. Problemas que por su efecto y magnitud se priorizaron: Abuso Sexual, Violencia Intrafamiliar, Alcoholismo y Drogadicción, Depresión, Suicidio, Trastornos de Ansiedad y Psicósomáticos y Violencia laboral. Estos problemas tienen tendencia a incrementarse, lo cual tiene hondas repercusiones futuras en los servicios de salud así como en la productividad y por ende en el desarrollo económico y social del país.

Existe fundamentación teórica para algunos de estos problemas proveniente de investigaciones de otros países (datos de prevalencia y algunos de incidencia, descripciones clínicas y aproximaciones respecto a factores de riesgo, generalmente destructivos más que protectores). Los datos evidencian un incremento en la demanda. Salvo para el Alcoholismo y la farmacodependencia, que a través de IAFA en su departamento de Investigación, no se dispone de investigaciones nacionales que apoyen la formulación de estrategias de prevención y promoción.

2. La información estadística se encuentra dispersa, desarticulada, sistematizada una mejor que otra, en informes estadísticos (Anuarios, Boletines) que provienen de atenciones brindadas que se codifican en grupos diagnósticos. La información estadística disponible en la CCSS se nutre del reporte de atenciones provenientes de 27 hospitales y 9 clínicas que se tabulan según sexo, edad y lugar de atención en pocas categorías diagnósticas que no se han modificado desde hace más de 20 años; no permiten un conocimiento más cualitativo y diferenciado de las patologías, síndromes o cuadros englobados en dichos diagnósticos, como sí las hay en otras especialidades médicas.

3. Los servicios de salud mental son utilizados por todos los grupos de edad; se incrementa la demanda conforme se avanza en edad especialmente después de los 45 años. Excepto en el grupo de 45-59 años, en todos los grupos es mayor la demanda de consultas y hospitalizaciones en hombres que en mujeres. Después de los 45 años las diferencias por sexo en la demanda, son mínimas. Las niñas requirieron más hospitalización que los hombres en el grupo de 10 a 14. Después de los 10 años las principales causas de consulta son los trastornos depresivos- ansiosos y neuróticos.

4. La proporción de consultas por trastornos mentales y del comportamiento respecto al total, casi no ha variado en los últimos 20 años, con índices de: 3.07% en 1983, 4.27% en 1987, 3.98% en 1992 y 3.7% en 1997

5. Con la información existente no puede determinarse qué nivel de la demanda cubren los servicios de salud mental, ni cuál es la demanda real que estos servicios deben cubrir, por lo cual una investigación epidemiológica es importante.

6. Oferta de servicios: Debe reestructurarse una amplia red de servicios con mayor proyección a la comunidad; incluir la salud mental en todos los niveles de atención y un recurso humano más sensibilizado para efectuar los cambios que el país requiere para atender las necesidades de la población.

Asuntos Críticos

- No existe red comunal de apoyo (enfermedad, acciones promoción, prevención)
- Redes de apoyo de CCSS insuficiente (TX)
- Ausencia de estudios epidemiológicos sobre Salud Mental en el país
- Ausencia normas y protocolos para el abordaje en el 1º y 2º nivel.

- Ausencia de equipos de atención integral ADECUADOS suficientes y reales

- Ausencia de infraestructura adecuada para atención de problemas de alcoholismo y farmacodependencia en población infantil y adolescente.

- Ausencia de estudios sobre costo beneficio de medicamentos en enfermedad mental

- Incumplimiento de Ley 7600

- Incumplimiento de asignación del financiamiento decretado por la Ley 7962, para programas prevención de farmacodependencia y alcoholismo

- Excepto en un hospital, los servicios de psiquiatría están ausentes.

RECOMENDACIONES

Realizar un estudio epidemiológico para hacer un diagnóstico de la salud mental de la población general del país

Definir una política para reorientar los servicios existentes y sus recursos hacia un modelo comunitario, con un enfoque de promoción de la salud mental y participación social, que puede apoyarse en el nuevo modelo de atención en salud mental propuesto por la CCSS, el cual debe revisarse a luz de este análisis

Designar una comisión interinstitucional e intersectorial rectora con poder de decisión que conduzca, coordine, negocie, facilite, supervise y evalúe las acciones de salud mental

Asignar recursos para la promoción de la salud mental en el sector. La OMS recomienda un mínimo del 10% del presupuesto en salud para la promoción en salud mental

Elaborar normas y protocolos de atención para los tres niveles de atención, para el abordaje de los trastornos mentales y del comportamiento

Hacer estudio de la necesidad de recursos humanos en las diferentes áreas geográficas, para la atención de la problemática en salud mental (psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeras especializadas en salud mental, técnicos en atención primaria

Revisar contenidos curriculares de grado y postgrado de los profesionales vinculadas a la salud mental, para incluir los temas del nuevo paradigma de atención

Capacitación del personal de salud en los temas del nuevo paradigma de atención en salud mental (EBAIS), clínicas y hospitales generales.

Crear el primer nivel de atención, para la detección precoz especialmente de la depresión y el suicidio, la orientación y el manejo de casos menos complejos, como es el seguimiento de pacientes crónicos en la comunidad.

Fortalecer las redes de apoyo en la atención de la problemática en salud mental, y crearlas donde no existan, incluyendo actores sociales y comunitarios no tradicionales (iglesias, escuelas, policía local, bomberos, Cruz Rojas, grupos de autoayuda, OING, etc.)

Promover el abordaje de los problemas en salud mental en base a equipos interdisciplinarios e interinstitucionales

Implementar el “Nuevo Modelo de Atención en Salud Mental”.CCSS

Cumplir con el Decreto Ejecutivo No. 2005-S de 1991, que decreta el reconocimiento de la Psiquiatría como la quinta especialidad clínica básica, congruente con el reconocimiento que de ella hizo el Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica.

Regular con mayor precisión el internamiento involuntario, el consentimiento informado, el acceso a la información, las medidas de seguridad, las medidas de aislamiento y sujeción de los enfermos mentales.

Creación de un centro alternativo de atención psiquiátrica para pacientes con medida de seguridad curativa, adscrita a un centro penitenciario mediante un convenio tripartito : Ministerio de Salud, CCSS y Ministerio de Justicia.

Fortalecer redes de apoyo y habilitación de equipos de atención integral.

Reforzar y/ o crear alianzas estratégicas con empresas privadas para la prevención y promoción de salud mental.

Disponibilidad de medicamentos adecuados

Realizar Estudios costo- beneficio tratamientos

Crear redes de apoyo social para enfermos mentales

Dada la importancia de la infancia para promover la salud mental y estilos de vida saludable y dada la problemática que la niñez enfrenta, se hace urgente desarrollar un programa nacional de salud mental infantil, que incluya la niñez en riesgo psicosocial. En América Latina y el Caribe se calcula que 17 millones de niñas y niños de 4 a 16 años sufren de algún trastorno psiquiátrico que amerita su atención. La frecuencia de estos trastornos es de un 12-29%.

Es imperativo que el Sector Salud lleve a cabo acciones inmediatas para la prevención del suicidio, con acciones concretas para combatir la depresión y sus consecuencias.

Otorgamiento real de presupuesto para la atención de la farmacodependencia según Ley 7972.

Dar seguimiento a las acciones destinadas a salvaguardar los derechos humanos de las personas con enfermedad mental.

Crear un sistema de vigilancia epidemiológica de la salud mental, con indicadores positivos que superen el sistema de información existente.

Incluir la salud mental como un objetivo sanitario del Ministerio de Salud.

Formular una política y un plan nacional de salud mental integrador de las acciones intersectoriales.

Recomendación final

Debe visualizarse la problemática de salud mental de una manera integral con la participación de otras instituciones y sectores, compartir aspectos teóricos y articular acciones para investigar los determinantes protectores y destructivos, planificar acciones conjuntas encaminadas a modificar esas determinantes, con objetivos y metas claras a corto, mediano y largo plazo.

CAPITULO XII

“VULNERABILIDAD Y PREPARATIVOS PARA DESASTRES”

Conclusiones y Recomendaciones

Del análisis de conjunto de las tres instituciones se desprende que a pesar de identificarse esfuerzos muy importantes en reducción de vulnerabilidad y atención de desastres, hay cuatro grandes nodos críticos que es necesario intervenir aprovechando las fortalezas y las oportunidades descritas en el análisis FODA.

- La organización de la respuesta ante los desastres.
- La vulnerabilidad de las instalaciones a las amenazas.
- Las comunicaciones.
- La seguridad interna de sus instalaciones.

Al respecto se proponen las estrategias generales que mejorarán el desempeño y la respuesta del sector ante los desastres en los puntos más prioritarios al momento, y que se enmarcan dentro de las dos directrices fundamentales de Plan Nacional de salud 1999-2004:

Organización de la atención.

En las tres instituciones hay siete sub-temas fundamentales en la organización de la respuesta, en las que se hace necesario mejorar las condiciones actuales.

Es necesario implementar o reforzar (para aquellas que ya la tienen) las oficinas, unidades, programas o direcciones que se dediquen de pleno al desarrollo institucional en materia de desastres, en un nivel idealmente alto de la organización para que tenga mayor aceptación las directrices que se emanen.

Tal como lo establece la Ley de Emergencias las instituciones deben de disponer de un presupuesto para la atención de emergencias

A pesar de existir planes de atención, hay regiones y centros de salud que no los tienen o no ha sido divulgado, no están integrados regionalmente ni centralmente, lo que crea desconocimiento de las organizaciones de lo que se debe de hacer, cómo hacerlo y cuándo hacerlo, tanto en los niveles jerárquicos altos como en los niveles más operativos.

Implementar los planes institucionales, regionales y locales, que estén además integrados en un sistema de respuesta institucional los cuales deben, entre otras cosas:

- Definir claramente las funciones y niveles de toma de decisiones

- Establecer los niveles de activación y coordinación.

- Establecer los sistemas de apoyo logístico en lo referente a suministros, recursos y comunicaciones al área afectada.

- Identificar recursos disponibles para casos de emergencia o desastre

- Garantizar la permanencia de los sistemas de vigilancia sanitaria en sistemas de aprovisionamiento, disposición de residuos, manejo de albergues etc.

Es necesario que las instituciones implementen equipos de apoyo técnico de diferentes disciplinas en el sector, bien estructurados, organizados y autosuficientes que en caso de que falle la respuesta local o regional puedan brindar un apoyo inmediato

Debe establecerse sistemas de registro y procesamiento de información generada durante los desastres para efectos del manejo mismo de los desastres como para el análisis posterior.

Integrar las instituciones al COE en forma oficial de manera que el representante goce de reconocimiento funcional de las altas jerarquías.

Incorporar en la gestión institucional la fase pos desastre de la rehabilitación y reconstrucción de la infraestructura y servicios interrumpidos según corresponda a cada institución.

Prevención y mitigación.

Es necesario avanzar en el análisis de vulnerabilidad de la infraestructura sanitaria en lo referente al riesgo estructural o físico, no estructural y funcional. Hasta el momento existen análisis de riesgo estructural en 5 hospitales (H.México, H.Monseñor V.Sanabria, H. Dr.Escalante Pradilla, H.Nacional de Niños, H. Dr.Enrique Baltodano) y en sistemas de acueductos más importantes como Acueducto de Orosi y otros. No existen datos de los acueductos no administrados por AY A lo cual es una debilidad a corregir con la comunidad.

El análisis se orientaría en principios de vulnerabilidad e impacto y la prioridad de intervención, a fin de garantizar al máximo posible la permanencia y funcionalidad de los servicios que brindan las instituciones.

Como punto específico, se deben realizar análisis de vulnerabilidad de las comunicaciones y establecer acciones de prevención y mitigación mediante su mejoramiento y así garantizar las comunicaciones entre los diferentes niveles. Además deben considerarse otras líneas vitales que inciden directamente en la atención y que afectarían la buena marcha tales como transporte u otros.

La seguridad interna de las instalaciones debe ser analizada e implementar acciones de mitigación y prevención para eventuales desastres internos en especial los centros de salud. Deben existir mapas de riesgo de dichas instalaciones y planes de acción.

Es necesario fortalecer y apoyar los planes de capacitación horizontalmente para mejorar el desempeño de las unidades tanto en la prevención, administración como en la atención de los desastres.

Los hallazgos del sistema de vigilancia deben ser recogidos, analizados y difundidos periódicamente a quienes toman decisiones a fin de mantener una información actualizada de la condición sanitaria de las zonas y que sirva de apoyo en la gestión del riesgo y la atención de desastres.