

Informe

SALUD DE LAS AMÉRICAS

COSTA RICA

2002

Mayo, 2001

Índice

1. SITUACIÓN GENERAL DE SALUD Y SUS TENDENCIAS.....	5
Contexto político, socioeconómico y demográfico.....	5
<i>Aspectos políticos.....</i>	<i>5</i>
<i>Aspectos económicos.....</i>	<i>5</i>
<i>Aspectos sociales.....</i>	<i>6</i>
<i>Contexto Demográfico.....</i>	<i>7</i>
<i>Mortalidad.....</i>	<i>9</i>
<i>Morbilidad.....</i>	<i>11</i>
2. LOS PROBLEMAS DE SALUD.....	13
A) Por grupos de población.....	13
a) La salud del niño preescolar (menor de 5 años).....	13
b) La salud del niño en edad escolar y del adolescente	13
c) La salud del adulto	14
d) La salud del adulto mayor.....	16
e) Salud de la familia.....	16
f) La salud de los trabajadores.....	17
g) Los discapacitados.....	17
h) La salud de los indígenas	18
B) Por tipo de enfermedad o daño.....	18
a) Enfermedades transmitidas por vectores	18
b) Enfermedades inmunoprevenibles	20
c) Cólera y otras enfermedades infecciosas intestinales	21
d) Enfermedades crónicas transmisibles.....	22
e) Sida y otras enfermedades de transmisión sexual.....	23
f) Enfermedades nutricionales y del metabolismo.....	24
g) Enfermedades cardiovasculares	25

h) Tumores malignos	25
i) Diabetes Mellitus Tipo II.....	27
j) Accidentes y violencia.....	27
3. LA RESPUESTA DE LOS SISTEMAS DE SALUD.....	28
I. Políticas y planes nacionales de salud.	28
II. Descripción de estrategias y programas de Reforma del sector salud en el país	30
III. Organización institucional del Sistema de Salud.....	32
IV. Organización de las acciones de regulación sanitaria.....	32
a) La prestación de servicios de salud.....	32
b) La calidad del ambiente	33
V. Organización de los servicios de atención a las poblaciones.....	34
a) Promoción de la salud	34
b) Respuestas de desastres naturales.....	34
c) Programa de vacunación	35
d) Los sistemas de análisis de salud, vigilancia epidemiológica y los laboratorios de salud pública.....	35
e) Los servicios de agua potable y de alcantarillado.....	36
f) Los servicios de manejo de residuos sólidos municipales incluyendo los hospitales.....	37
g) La prevención y el control de la contaminación del aire.....	37
h) Los programas de ayuda alimentaria.....	37
VI Organización y funcionamiento de los servicios de atención a las personas.....	38
a) Los servicios ambulatorios, hospitalarios y los de urgencia.....	38
b) Los servicios auxiliares	38
c) Los servicios especializados.	39
VII. Insumos para la salud.....	39
VIII. Recursos Humanos	40
a) Existencia por tipo de recurso.....	40
b) Formación del personal de salud.....	40

c) Educación permanente de personal de salud.....	41
d) Mercado de trabajo de los profesionales en salud.....	41
IX. Investigación y tecnología en salud.....	41
X. Gasto y Financiamiento Sectorial.....	42
XI. Cooperación técnica y financiera externa en salud.....	43
a) Recursos de la ayuda al desarrollo.....	43
b) Evolución y naturaleza de la cooperación técnica no reembolsable.....	43
c) Evolución y naturaleza de la cooperación financiera reembolsable.....	43
CONCLUSIONES.....	44
REFERENCIAS.....	46
ANEXOS.....	48

SITUACIÓN GENERAL DE SALUD Y SUS TENDENCIAS

Contexto político, socioeconómico y demográfico

Aspectos políticos

Costa Rica, país de arraigada tradición democrática, cerró el siglo XX con un sistema político electoral estable, que celebra consultas transparentes cada cuatro años y un sistema de poderes que ejerce control de sus labores.

En la última década se ha evidenciado un debilitamiento del poder político y expresiones de descontento social como la movilización popular a inicios del año 2000 en contra de la privatización del Instituto Costarricense de Electricidad (ICE) y cuestionamientos al bipartidismo y la representatividad. El incremento del abstencionismo electoral en las últimas elecciones del año 1998, que alcanzó un 30%, es un indicador de la insatisfacción popular con los partidos políticos.

Es importante destacar la creación de instancias de participación social creadas en la década de los 90, como la Defensoría de los Habitantes y la Comisión Nacional del Consumidor. Otras instituciones que ejercen una importante función de control de la administración pública son la Contraloría General de la República, la Sala IV Constitucional, la Autoridad Reguladora de los Servicios Públicos y las Contralorías de Servicios de las instituciones públicas. Por otra, la modificación del Código Municipal en 1998, permitió avanzar en la descentralización aunque persiste la debilidad de la gestión local ¹.

Aspectos económicos

Durante los años 1998 y 1999 el crecimiento del PIB de Costa Rica fue de 8% ², mientras que en el 2000 fue de tan solo un 1.5%. **(gráfico 1)** Esto se explica por la caída del 11% en el valor de las exportaciones de bienes y por las fluctuaciones en el mercado de la industria electrónica de alta tecnología que afectaron las exportaciones de la empresa INTEL, situación que demuestra la vulnerabilidad de la economía costarricense.

Este leve crecimiento se atribuye a una declinación de los sectores primarios y de manufactura y a un estancamiento en la construcción. El resto de los sectores creció en promedio 4.3%. La producción agropecuaria declinó 3% por efecto de las bajas en las cotizaciones internacionales, problemas financieros de los productos y condiciones climáticas adversas.

Los salarios reales del sector formal se estancaron y el ingreso por habitante se contrajo. El desempleo aumentó levemente de 5,7% en 1997 a 6% en 1999, tanto en el área rural como en la urbana; fué mayor en mujeres (8,2%) que en hombres (4,9%). La política monetaria, la menor devaluación nominal del tipo de cambio y la reducción del ritmo de la actividad productiva contribuyeron a mantener la inflación en un 10%, pese a las presiones derivadas del aumento del precio de los combustibles.

La inversión del gobierno central se redujo alrededor del 20% en términos reales, mientras que la deuda interna bonificada del Gobierno Central ascendió al 23% del Producto Interno Bruto.

Aspectos sociales

Costa Rica ha descendido en los últimos años en la escala de desarrollo humano, del puesto 34 en 1998 al 48 en el 2000, habiendo pasado de la categoría de alto desarrollo humano a la de desarrollo humano medio. Esto se explica por una disminución del PIB per cápita y del índice de escolaridad y un estancamiento en las otras variables del Índice de Desarrollo Humano (IDH) ³.

Durante la década de 1990 se rescatan tres logros importantes: la reducción de la tasa de mortalidad infantil, la continuidad en los esfuerzos de reforma del sector salud y el repunte en varios indicadores del sector educación ⁴.

A pesar de estos logros, una quinta parte de la población costarricense (20,6%) vive en la pobreza. La distribución geográfica de la pobreza no es homogénea; las regiones Chorotega y Brunca presentan los mayores porcentajes (35,5% y 34,1% respectivamente), en contraste con la Región Central con solo 15,5%. La pobreza se ha concentrado principalmente en las regiones más rurales. (**mapa 1**) La extrema pobreza en 1999 fué de 6,7%, registrándose un aumento respecto al 5,7% de 1997; la pobreza extrema urbana se incrementó en ese período de 3,2 % a 4,5% y la rural de 7,6% a 8,5%; las regiones Brunca (14,8%) y Chorotega (13,2%) triplican los porcentajes de extrema pobreza respecto a la Región Central (4,4%).

La distribución de ingreso de los hogares se ha mantenido estable en la última década y la relación del 20% más rico versus el 20% más pobre fue de 12,6 en ese período. Sin embargo, el coeficiente de Gini basado en el ingreso familiar per cápita, presenta un leve incremento de 0.374 en 1990 a 0.400 en 1999 ⁵. No se dispone del dato para población pobre desagregado por sexo, sin embargo la mayoría de la población pobre ocupada trabaja por cuenta propia o en el servicio doméstico y la condición de asalariados es menor entre los pobres.

En 1999 el desempleo femenino alcanzó un 8,2% frente al 4,6% de desempleo masculino y el ingreso promedio de los hombres que trabajan fué un 29% más alto que el de las mujeres ⁶.

Al realizar el cálculo del coeficiente de Gini y curva de Lorenz para evaluar las diferenciales de mortalidad infantil entre provincias con datos de población acumulada de nacidos vivos y muertes acumuladas de menores de un año, los coeficientes se acercan a la situación de equidad, 0.06 en 1990-1994 y 0.04 en 1995-1999. **(gráfico 2)**

La tasa de alfabetismo fue de 95,3% en 1999; la cobertura en la educación de I y II Ciclo aumentó de 90,1% en 1990 a 91,8% en 1999 y la cobertura en educación terciaria y diversificada se incrementó de 39,5% en 1990 a 49% en 1999; no hay diferencias de cobertura según sexo. Sin embargo en el área académica hay un marcado predominio masculino en las carreras científicas y técnicas. En 1999 se registra un alto desgranamiento de las cohortes por nivel educativo, 31,2% en el nivel primario, 65,9% en el tercer ciclo y 72,4% en undécimo año, siendo más alto el porcentaje de varones que queda excluido del sistema educativo que el de mujeres ⁷.

Contexto Demográfico

Costa Rica tiene una superficie de 51.100 Km² y una población estimada para el 2000 de 3.943.204 hab.⁸, de la cual un 51,9% correspondía al área urbana. Del total de población un 50,04% eran hombres y 49,96% mujeres. La densidad de población fué de 74 habitantes por km cuadrado y la tasa de crecimiento anual disminuyó de 3,2% en 1994 a 2,6% en 1999. La esperanza de vida al nacer en 1999 fué de 76,9 años, 74,2 en hombres y 79,2 en mujeres. La estructura poblacional está constituida mayoritariamente por personas entre 15 y 64 años (65%) ⁹. Las principales tendencias demográficas del país fueron:

- Reducción de la mortalidad general, principalmente la mortalidad de los menores de cinco años, entre 1970 y 1980 y ulterior estancamiento a cifras cercanas a 4,3 por 1000 hasta 1999.
- Disminución de la tasa global de fecundidad de 5,1 en 1970 a 2,7 en 1999.
- Disminución de la tasa bruta de natalidad de 25,4 x 1000 n.v. en 1992 a 22,6 x 1000 n.v. en 2000.
- Incremento en el flujo de inmigrantes, particularmente desde 1990 ¹⁰.

- Aumento en la expectativa de vida en forma constante hasta 76,7 años en 1990 y un posterior estancamiento hasta 1999, manteniéndose una diferencia entre ambos sexos de alrededor de 5 años de mayor esperanza de vida para las mujeres.
- Disminución en la razón de dependencia demográfica en un 40% entre 1970 y 1999, al pasar de 1 a 0,6.

Como consecuencia de lo anterior se produjo una rápida transición demográfica entre 1970 y 2000, con ensanchamiento de la pirámide en las edades medias tanto en hombres como en mujeres. **(Gráfico 3)**

Costa Rica es receptora de una importante corriente migratoria, principalmente de Nicaragua. Este grupo inmigrante se incorporó a algunos de los sectores más dinámicos de la agricultura de exportación (banano, café y caña), muchas veces contratados en condiciones precarias. En las áreas urbanas se ha insertado en nichos laborales como oficios domésticos, construcción y vigilancia privada. En los años 1999 y 2000 ha incrementado de manera importante la inmigración de Colombia.

En el período 1975-1980 la tasa de nicaragüenses en Costa Rica era de 2,9 x 1000 habitantes, en tanto que en el período 1990 – 1995 esa tasa se triplicó a 9,1 x 1000. La Dirección General de Estadística y Censos estableció que en 1997 había 650.000 nicaragüenses (19% de la población total). A consecuencia del Huracán Mitch, la inmigración se incrementó súbitamente y la Organización Internacional para Migraciones (OIM) calcula que llegaron 60.000 personas. El país realizó un proceso de Amnistía Migratoria entre febrero y julio de 1999, en la cual se presentaron 152,514 solicitudes, 55% procedentes del valle central.

En julio del 2000 se realizó el IX Censo de Población y V de Vivienda. Según los primeros resultados, el país pasó de una población de 2.416.809 (censo de 1984) a un total de 3.824.593 habitantes en el año 2000. En términos relativos este cambio significó pasar de una tasa media anual de crecimiento de 2,3% entre los censos de 1973 y 1984, a una tasa de 2,9% entre 1984 y 2000; dado el descenso en la fecundidad ocurrido en el período es razonable atribuir este aumento en la tasa de crecimiento al incremento de la inmigración internacional. Por provincia, San José continúa concentrando más de un tercio de la población del país y creció una tasa media anual de 2,7% en el período intercensal. Lo que más resalta es el crecimiento relativo de la provincia de Limón (tasa media de 4,5% anual) con lo cual duplica su población en el período considerado y alcanza a representar un 8,9% de la población nacional.

Mortalidad

La tasa de mortalidad general en el periodo de 1995 -1999 fué de 3,9 por 1000 habitantes (la estandarizada según población de la OMS 5,6 x 1000 habitantes), en hombres 4,41 x 1000 habitantes (estandarizada 6,81 por 1000 habitantes) y en mujeres 3,35 por 1000 habitantes (estandarizada 4,53 por 1000 habitantes). En dicho período, las tasas estandarizadas más altas correspondieron a las provincias de Limón, Puntarenas y Alajuela (6,4 5,7 y 5,7 por 1000 habitantes) respecto a la provincia de San José (5,5 por 1000 habitantes).

De las 15.052 defunciones registradas en 1999, el 58,07% ocurrieron en personas de 65 o más años y el 57,8% en hombres. Los signos, síntomas y estados morbosos mal definidos, representaron el 1,0% del total de defunciones y el 83,4% fueron certificadas por médicos.

Al analizar la mortalidad en 1999 por los cinco grandes grupos de causas, las enfermedades del aparato circulatorio ocuparon el primer lugar (4.578 defunciones y tasa de 1,28 por 1000 habitantes), segundo lugar los tumores (3.129 defunciones y tasa de 0,87 por 1000 habitantes) y en tercer lugar las causas externas (1.798 defunciones y tasa de 0,46 por 1000 habitantes). Este último grupo de causas generó la proporción más alta de Años de Vida Potenciales Perdidos (AVPP), 26,4% en hombres y 8,8% en mujeres; el mayor riesgo de muerte en varones, en particular por accidentes de tránsito, se asocia directamente con conductas de riesgo por condiciones de género. Desde 1996 a 1999 estos grandes grupos de causas tuvieron similar comportamiento.

Al comparar las tasas de mortalidad estandarizadas según provincias en el quinquenio 95-99 por grandes grupos de causas, las enfermedades del aparato circulatorio fueron ligeramente más altas en las provincias de Limón, Alajuela y Cartago. En el caso de las enfermedades transmisibles, las mayores tasas correspondieron a las provincias de Limón (87 por 100.000 habitantes), Alajuela (76 por 100.000 habitantes) y Puntarenas (75 por 100.000 habitantes). Las provincias de Guanacaste y Puntarenas presentaron las tasas más bajas por tumores malignos y la provincia de Limón tuvo una tasa por causas externas que duplica la de las otras provincias (185 por 100.000 habitantes).

La tendencia por grandes grupos de causas mostró que la disminución más importante correspondió a las enfermedades transmisibles, 310 por 100.000 habitantes en 1970-1974 a 67 por 100.000 habitantes en 1985-1989, para luego estabilizarse en estas mismas cifras en los dos quinquenios siguientes 90-94 y 95-99. Las afecciones perinatales disminuyeron de 45 por 100.000 habitantes en el 70 -74 a 21 por 100.000 habitantes

en el 95-99 y las enfermedades del aparato circulatorio descendieron de 537 por 100.000 habitantes a 377 por 100.000 habitantes en los mismos quinquenios. Los tumores y causas externas tuvieron un leve descenso en el período 1970-1999.

Al analizar los aspectos más relevantes de la mortalidad según sexo en el quinquenio 95-99, la tasa cruda fué de 4,41 por 100.000 en hombres y 3,35 en mujeres (tasas estandarizadas de 6,81 por 100.000 y 4,53 por 100.000, respectivamente). Según grandes grupos de causas los hombres presentan tasas más altas en todos los grupos. La tasa de mortalidad por enfermedades transmisibles en hombres descendió de 163 por 100.000 en el período 1970-1974 a 40 por 100.000 en el período 95-99; en mujeres, se registró el mismo fenómeno, 147 por 100.000 a 27 por 100.000, manteniéndose el exceso de mortalidad por esta causa en hombres en todos los quinquenios. Entre 1970 y 1999 las afecciones originadas en el período perinatal mantuvieron un descenso constante, tanto en hombres como en mujeres.

Con respecto a las causas externas, se aprecia un leve descenso, más pronunciado en hombres que en mujeres; la razón de incidencia hombre: mujer se ha mantenido aproximadamente en 4:1 en el por 100.000 a 157 por 100.000, mientras que en hombres la disminución ha sido menos notoria, 282 por 100.000 a 220 por 100.000. **(tabla 1 y gráfico 4)**

La mortalidad proporcional por enfermedades transmisibles descendió de 31,7% en 1970 a 6,7% en el trienio 1997-1999; las infecciones respiratorias agudas, diarreas y la infección por VIH/SIDA representaron el 80% del total de dichas defunciones. Aproximadamente la mitad de las defunciones se debieron a enfermedades cardiovasculares y tumores. Las muertes que se originaron en el proceso reproductivo, incluyendo las perinatales y por malformaciones congénitas, fueron una proporción importante de la mortalidad tanto en el período 94-96 (6,27%) como en el 97-99 (5,8%).

Al analizar según AVPP, en el período 95-99 los hombres perdieron 203.355 AVPP y las mujeres 139.253 AVPP, aumentando un 10,7% y 6,0% respecto al período 90-94, (183.651 AVPP y 131.312 AVPP respectivamente). La mayor disminución de los AVPP en el período 1970-1999, se produjo en las enfermedades transmisibles tanto en hombres como en mujeres. Los AVPP por 1000 habitantes se incrementaron por causas externas, traumatismos y envenenamientos en hombres.

La mortalidad infantil descendió consistentemente en los últimos treinta años. En 1970 era de 61,5 por 1000 nv, en 1999 de 11,8 por 1000 nv y en el 2000 fué 10,21 por 1000 nv (11,59 por 1000 en varones y 8,76 por

1000 en mujeres)¹¹. De las 798 defunciones en menores de un año en el 2000, 463 (58,02%) correspondieron a varones. La tasa de mortalidad neonatal en 1999 fue de 8,1 por 1000 nv y la postneonatal de 3,7 por 1000 nv. Las afecciones generadas en el período perinatal representaron el 50,8% del total de la mortalidad infantil; seguidas por las anomalías congénitas, 28,5%, y las neumopatías, con 8,4%. Las enfermedades infecciosas y parasitarias produjeron el 4,9% de la mortalidad infantil¹².

Las tasas trienales entre 1996-1998 mostraron que 15 cantones de los 81 tenían tasas superiores a la media nacional. La estratificación de la mortalidad infantil por quintiles según área geográfica mostró conglomerados de cantones con tasas de mortalidad infantil superiores al 15 por 1000 nv (máxima tasa cantonal 25,8 por 1000 nv), fundamentalmente en la provincia de Limón incluyendo las áreas fronterizas con Panamá y áreas indígenas de Talamanca y zonas fronterizas de la Provincia de Alajuela con Nicaragua. En contraste los cantones correspondientes a las zonas urbanas del valle central (provincia de San José) presentaron tasas inferiores a 10,4 por 1000 nv.

La mortalidad materna mantuvo un nivel bajo; en 1995 fué de 20,2 por 100.000 nv y en 1999 de 19,0 por 100.000 nv (15 defunciones). En el trienio 96-98, las principales causas de las defunciones fueron aborto complicado y eclampsia. En el año 2000, casi todos los casos se analizaron por el Sistema de Evaluación de la Mortalidad Materna; en 1999 el 85% de los casos se clasificaron como prevenibles y el 29,6% correspondía a mujeres nicaragüenses.

Morbilidad

A pesar del esfuerzo nacional en cobertura y acceso a la atención de salud, el período 1996-2000 se caracterizó por la reemergencia como problema de salud pública de algunas enfermedades transmisibles (dengue, malaria, leptospirosis, tuberculosis, diarreas, infecciones respiratorias, sida) así como por la tendencia ascendente de la problemática de accidentes y violencia; embarazo en las adolescentes y suicidios. En los años 1999-2000 se han producido brotes de infección intrahospitalaria, tos ferina, rubéola e intoxicación alimentaria.

Entre los factores relacionados con esta situación epidemiológica, se puede señalar la debilidad de las políticas y estrategias de prevención y control de enfermedades en un contexto de transferencia de las responsabilidades programáticas del Ministerio de Salud a la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), el énfasis en el enfoque curativo individual de la demanda, el debilitamiento de la participación comunitaria en

salud y el impacto de las corrientes migratorias. Otros riesgos se configuran por la deficiente calidad del agua de consumo humano, la inadecuada infraestructura vial y las conductas y prácticas de riesgo en el nivel social asociadas a condiciones de género y estilos de vida.

Con respecto a los desastres naturales el país se encuentra en una zona de alta amenaza, habiéndose identificado zonas geográficas con mayor riesgo de sufrir inundaciones (vertientes atlántica y pacífica), cuyo impacto se vincula a situaciones de iniquidad social; además, existen atencedentes de terremotos (provincias de Cartago, Alajuela y Limón) y de erupciones volcánicas. Otras amenazas se generan como consecuencia de la acción del hombre en prácticas inadecuadas de uso del territorio, como deforestación, contaminación por desechos y alteración de cuencas hidrográficas. En los últimos años, muestran un incremento significativo las amenazas antrópicas asociadas al crecimiento de instalaciones y procesos industriales.

En el año 1999 hubo 9,59 millones de consultas externas con un promedio de 2,6 consultas por habitante; de las cuales 58,2% correspondieron a medicina general y 25,8% a especialidades. El 65,2% de las consultas correspondieron a mujeres. Las enfermedades respiratorias ocuparon el primer lugar de las consultas, seguidas por las enfermedades del sistema genitourinario, las enfermedades del sistema osteomuscular y las enfermedades hipertensivas. Las consultas de control en mujeres fueron el doble que en varones.

El total de consultas de urgencias fue de 3,05 millones para un promedio de 0,8 por habitante. Las causas más frecuentes de urgencias fueron enfermedades del sistema respiratorio (32,3%), causas externas (14,7%), embarazo, parto o puerperio (6,8%) y enfermedades infecciosas y parasitarias (5,8%). La atención de urgencias se ha incrementado de 0,38 por habitante en 1980 a 6,7 en 1996 y 8,2 en 1999. Considerando que para ser atendido en urgencias no se requiere citas ni documentos, esta situación puede estar reflejando problemas de gestión en los servicios de consulta externa para atender la demanda derivada del crecimiento de la población agravada por el flujo de inmigrantes indocumentados que por dicha razón prefieren recurrir a estos servicios.

La CCSS registró 316.461 egresos hospitalarios en 1997, de los cuales el 67,8% fueron mujeres. Las principales causas de egresos fueron embarazo, parto y puerperio, afecciones del sistema digestivo, afecciones del sistema genitourinario y causas externas.

LOS PROBLEMAS DE SALUD

A) Por grupos de población

a) La salud del niño preescolar (menor de 5 años)

En 1998 se estimó una población de 404.032 menores de 5 años, 10,7% del total de la población. Las 925 defunciones de menores de un año representaron el 6,1% del total de muertes. Las causas más frecuentes de las atenciones de urgencias de los menores de 1 año en 1997 fueron las infecciones respiratorias agudas (IRAs), (33,6%), infecciones intestinales (4,7%), asma (5,2%) y bronquitis (4,5%). Las causas de egresos fueron las mismas, con aumento de los trastornos de la duración de la gestación, IRAs, anomalías congénitas, ictericia y síndrome del niño maltratado y reducción de las infecciones intestinales y neumonías. Este grupo de edad representó el 2,5% de la población, pero produjo el 8,7% de los egresos hospitalarios ¹³.

El grupo de 1 a 4 años representó el 10% de la población total y originó el 10% de las consultas y el 5% de los egresos, cuyas causas más frecuentes fueron la infección intestinal, el asma, la bronconeumonía y la hernia inguinal. En 1998 se registraron 167 muertes, (1,1% del total de defunciones); con una tasa de mortalidad de 5,2 por 10.000. Los accidentes y violencias fueron la principal causa de muerte (1,3 por 10.000), seguidos por las anomalías congénitas, (1,0 por 10.000) y las enfermedades del sistema nervioso, la sangre y las del aparato respiratorio ¹⁴. Las atenciones de urgencias más frecuentes fueron las respiratorias agudas (35,7%) y las lesiones por causas externas (10,7%).

Del total de egresos hospitalarios de 1997, el 0,18% correspondió al diagnóstico de Síndrome del niño maltratado, siendo más alto para las niñas que para los niños. La mortalidad por homicidios y lesiones no definidas fue del 1,14% del total de las muertes de este grupo de edad.

b) La salud del niño en edad escolar y del adolescente

En 1998 la población de 5 a 9 años constituyó el 11,7% del total, la de 10 a 14 años, 10,9%, y la de 15 a 19 años, 9,8%. El grupo de 5 a 9 años registró la menor mortalidad (2,3 por 10.000), le sigue el de 10 a 14 (2,9 por 10.000), duplicándose en el de 15 a 19 (5,9 por 10.000 habitantes). Juntos, estos 3 grupos contribuyeron con el 3% de la mortalidad total. Las principales causas de muerte fueron las externas seguidas por los tumores y las enfermedades del sistema nervioso.

En el grupo de 5 a 9 años las causas más frecuentes de atención de urgencias fueron los problemas respiratorios (26,6%), las causas externas (16%), y el asma (11,3). En 1997 este grupo representó el 8% del total de las consultas y el 4 % del total de egresos hospitalarios, con ligero predominio de los hombres, a expensas de los traumatismos. El asma fue la principal causa de hospitalización, seguida de los traumatismos y las apendicitis; fue importante la reducción de las meningitis y el incremento del síndrome del niño maltratado y de las leucemias.

El grupo de 10 a 14 años es el que menos recursos de salud utilizó, 6,3% de las urgencias, 5% de las consultas y menos del 3% de los egresos hospitalarios. En 1997 las mayores causas de hospitalización en los hombres fueron los traumatismos, (16,7% de 5.414 egresos) y en las mujeres, los trastornos relacionados con el embarazo, parto y puerperio (18,1% de 4.573 egresos). De 1990 al 2000, los nacimientos de madres adolescentes crecieron casi un 25%; en las menores de 15 años dicho crecimiento fué de 65%.

El grupo de 15 a 19 años consumió el 9% de las urgencias, 6% de las consultas y 8% de las hospitalizaciones de la CCSS. Con este grupo comenzó a registrarse un mayor consumo de servicios por parte de las mujeres; en 1997 la relación con los hombres fue de 2: 1 en urgencias; 2,8:1 en consultas y 5,6:1 en hospitalizaciones. En los tres servicios los traumatismos fueron las causas más frecuentes de atención en los hombres y las relacionadas con el embarazo, parto y puerperio en las mujeres. En el caso de los egresos, los traumatismos produjeron el 28,9% de los 4.306 egresos masculinos y el embarazo, parto y puerperio, el 80,7% de los 24.282 egresos femeninos; le siguieron las enfermedades del aparato digestivo, 18,7% en hombres y 3,2% en mujeres.

c) La salud del adulto

En 1998 la población de 20 a 59 años se estimó en 1.893.968 personas (50,3% del total); en dicho grupo se produjeron el 24,8% de las defunciones totales. La tasa de mortalidad fué de 9,3 por 10.000 en el grupo de 20-24 años y de 64 por 10.000 en el de 55-59 años. En ambos sexos, en 1998 la principal causa de muerte en el grupo de 15 a 34 años fueron las lesiones traumáticas y envenenamientos, seguidas por los tumores en los hombres y las cardiovasculares en las mujeres.

En el grupo de 35 a 49 años la principal causa de muerte en las mujeres fueron los tumores (42%), seguidos por las enfermedades cardiovasculares y las causas externas. En los varones las causas externas ocuparon el

primer lugar (34%) y las enfermedades cardiovasculares el segundo (15%). En el grupo de 50 a 69 las cardiovasculares ocuparon al primer lugar (31%) y las de causa externa el tercer lugar (11%).

El grupo de 20 a 44 años produjo el 36,8% de las atenciones de urgencia, 40% de las consultas y 50% de los egresos hospitalarios. Los traumatismos en los hombres, y las relacionadas con la reproducción en las mujeres, fueron las causas más frecuentes de demanda en todos estos servicios. De los 146.458 egresos de 1997 en este grupo, 83,4% fueron de mujeres, de los que el 67,58% estuvieron asociados al embarazo, parto y puerperio. El aborto fue responsable del 5,6% de los egresos hospitalarios de las mujeres de 15 a 19 años y del 6,5% del grupo de 20 a 24 años.

El grupo de 45 a 59 años produjo el 9,8% de las urgencias, 14% de las consultas y el 8,5% de las hospitalizaciones. En este grupo comienzan a ser importantes las enfermedades crónicas y las relacionadas con estilos de vida. De los 29.081 egresos de este grupo en 1997, 60% correspondieron a mujeres, en las que las enfermedades del sistema genitourinario (19,7%), los tumores (16,1%) y las del aparato digestivo (14,2%) ocuparon los primeros lugares. En los varones las tres primeras causas de hospitalización fueron las enfermedades del sistema digestivo (18,0%) las circulatorias (16,4%) y las causas externas (11,5%).

Con respecto a la salud reproductiva, los niveles de fecundidad han descendido en las últimas décadas; en 1999 se registró una tasa global de 2,7 con grandes diferencias entre mujeres en edad fértil de zonas urbanas y rurales (2,4 hijos y 5,3 hijos respectivamente). Las mujeres con menor nivel educativo tuvieron un promedio más alto de hijos (3,8) frente a las mujeres con mayor grado de escolaridad (2,2). Las mujeres del nivel socioeconómico más bajo tuvieron 5,2 hijos, duplicando las tasas de las mujeres del nivel más alto ¹⁵. En 1999 el número deseado de hijos fue de 2,7 y el 51,6% de las mujeres manifestó no querer más hijos ¹⁶.

Un 96% de las mujeres en unión indicaron haber usado alguna vez anticonceptivos, siendo los más frecuentes los anticonceptivos orales y el condón, representando un incremento sustancial respecto a la prevalencia de uso de 75% en 1982.

En 1999 más del 90% de los partos fueron atendidos en centros hospitalarios del sector público.

La tasa de natalidad disminuyó de 23,9 en 1995 a 22,6 en el 2000. Tres regiones tienen tasas de natalidad superiores a la media nacional: Huétar Norte, Huétar Atlántica y Brunca.

d) La salud del adulto mayor

La población de 60 años y más fue estimada en 1998 en 271.586 personas, 7,2% del total, constituyéndose en el grupo de más rápido crecimiento. Estaba compuesto por 127.075 hombres y 144.511 mujeres.

La mortalidad de los adultos mayores registró una tasa de 34,9 por 100.000 habitantes en 1998, mayor en el sexo masculino (40,1 por 100.000) que en el femenino (31,1 por 100.000). En ambos sexos las principales causas de muerte fueron las enfermedades cardiovasculares, seguidas de los tumores, las enfermedades del aparato respiratorio y las del digestivo. La quinta causa de muerte en los varones fueron las lesiones y traumatismos, y las endocrinometabólicas en las mujeres.

Este grupo generó 9,4% de la atención de las urgencias, 13,5% de las consultas externas y 13% de las hospitalizaciones de la CCSS. En 1997 produjo 1.311.885 consultas, 34% más que en 1987, lo que muestra el aumento constante de su demanda, que tiene como primeras causas a la hipertensión, la diabetes mellitus, los trastornos neuróticos, las gastroduodenitis, el enfisema y el asma. Este mismo año la CCSS registró 44.656 egresos, 8.382 más que en 1987. Las principales causas de hospitalización fueron las referidas al sistema circulatorio (21,6%), digestivo, (12,9%), genitourinario (12,5%), respiratorio (10,6%) y tumores, (10,6%). En las mujeres las primeras causas de egreso fueron las circulatorias (20,1%), digestivas, (12,0%), las enfermedades del ojo (9,9%) y los tumores (9,8%).

e) La Salud de la Familia

Datos del año 1999 mostraron que existe una tendencia al incremento de mujeres casadas o unidas, cuyo porcentaje era de 59% en 1986, 61% en 1992 y 68% en 1999. El 28% de las mujeres entre los 18 y 44 años convivía en unión libre, tendencia que era mayor en uniones de parejas más jóvenes. La edad promedio de la primera unión son los 20 años. Se observó que el 47,1% de los nacimientos inscritos figuraron con el estado civil soltera de la madre y el 2% como viudas, divorciadas o separadas; el 30% de los nacimientos fueron inscritos sin padre reconocido. De interés nacional fue la promulgación de la Ley de Paternidad que da derecho a la mujer a registrar el padre de su hijo. El Gobierno de Costa Rica ha invertido esfuerzos en promover la salud de la familia mediante programas especiales como Amor Joven y Programa de la Adolescencia.

f) Salud de los trabajadores

En 1999 la población económicamente activa (PEA) era de 1.383.452 personas, distribuida similarmente en el área urbana y rural; 66,9% eran hombres; la fuerza de trabajo se concentró en las actividades de servicios (24,6%), comercio (20,7%), agricultura(19,6%) e industria manufacturera (15,7%) . El 78,4% de las personas asalariadas estaban aseguradas por riesgos del trabajo. En ese mismo año el total de siniestros laborales registrados fue de 120.279 (87% en hombres y 13% en mujeres). Un 17% de personas aseguradas por riesgos de trabajo sufrieron un accidente y el grupo de 20 – 25 años fue el más afectado tanto en los años 92-95 como en los años 96-2000, con un promedio de 28.869 y 22.383 accidentes, respectivamente¹⁷.

En el quinquenio 1996 - 2000 la actividad económica con mayor cantidad de accidentes laborales fue la agricultura, seguida de las industrias manufactureras, mostrando ambas en el año 2000 un descenso de aproximadamente 17% y 20%, con respecto a 1996.

g) Salud de los discapacitados

En 1998 la estimación de discapacidad, incluyendo los accidentes laborales fue del 9,3% de la población nacional, similar a la prevalencia internacional de 10,0%. De las 311.359 personas con discapacidad, solamente el 29,7% fueron atendidos en los establecimientos de salud de la CCSS, 60% de los cuales provenían de la provincia de San José.

De acuerdo a datos del Centro Nacional de Rehabilitación de la CCSS, que atiende el 55,0% del total de la demanda a escala nacional, las causas más frecuentes de discapacidad en 1998 fueron defecto postural (22,0%), lumbalgia (11,5%), parálisis facial (3,6%) y fracturas (3,5%). Las lumbalgias registraron un aumento del número de afectados de 3.743 en 1996 a 5.584 en 1998; las demás causas permanecieron sin modificaciones en el período¹⁸.

Cabe destacar que el impacto de la discapacidad en la actividad económica y productiva es altamente significativo, en 1999 se otorgaron 3.741.049 días de incapacidad por enfermedad y en ese año había 3.741.049 asegurados, lo cual significa que en promedio, se otorgó un día de incapacidad a cada asegurado en el país ¹⁹. Este promedio muestra una discreta tendencia ascendente en los últimos cinco años, y un comportamiento similar se observa en los accidentes de tránsito y laborales.

h) Salud de los indígenas

La población indígena representa el 1% de la población del país y está distribuida en ocho pueblos (brunkas, cabécares, teribes, bribís, huetares, malekus, chorotegas y guaymíes), que suman una población aproximada de 40.000 personas, los más numerosos son los bribís (34%) y cabécares (26%) que residen en la Región Huetar Atlántica, especialmente en el cantón de Talamanca. En general las zonas indígenas presentan indicadores con elevadas tasas de mortalidad infantil, de natalidad y de mortalidad general en comparación con el promedio nacional, así como importantes deficiencias de vivienda y servicios básicos (agua potable y electricidad). En el año 2000 entre los cabécares el 47% de su población era analfabeta y sólo el 6% tenía escolaridad de primaria completa o más. En 1999, de las 14 defunciones infantiles que se produjeron en el cantón de Turrialba, el 29% lo fue en la población indígena, pese a que ésta representaba únicamente el 4% de la población de ese cantón. El 73% de las embarazadas no acudió al control prenatal y el 70% de los partos ocurrieron en el hogar. El 60% de sus viviendas no tenían letrinas y presentaban serias deficiencias de estructura. Estos datos muestran la persistencia de las desventajas de la población indígena.

En 1995 se tomaron medidas tendientes a extender el seguro social a estos grupos, brindando atención primaria asistencial. En octubre de 1998 se firmó un Convenio para el Desarrollo Integral del Área de Salud, entre la CCSS y la Comisión Nacional de Asuntos Indígenas²⁰, con el objeto de mejorar la atención. Pese a estos intentos, persisten barreras políticas, geográficas y culturales que dificultan la accesibilidad a los servicios por parte de esta población, dentro de un enfoque integral de desarrollo.

B) Por tipo de enfermedad o daño

a) Enfermedades transmitidas por vectores

El dengue reapareció a partir de 1993 y continuó en ascenso, siendo 1994 y 1997 años epidémicos. En 1999 se notificaron 6041 casos y 4889 en el 2000, que representó una tasa de incidencia de 434,7 por 100.000 en población expuesta al riesgo (1.128.837 habitantes). Las regiones Pacífico Central, Huetar Atlántica y Chorotega contribuyeron con el 96,2 % de los casos en el bienio 1999-2000; la región Pacífico Central concentró el 50,0 % de los casos. Desde 1995 se comenzaron a registrar casos de dengue hemorrágico, 1 en dicho año, 1 en 1996, 8 en 1997 y un aumento considerable en 1999 con 117 casos (88,9% en la Región Huetar Atlántica); en el año 2000 se registraron cinco casos. En el período 1996-2000 se registraron 6

defunciones por dengue hemorrágico. También se observó un incremento de casos de dengue clásico con manifestaciones hemorrágicas, con registros de 214 casos 1999 y 445 casos en el año 2000. Los serotipos circulantes han sido D-1 de 1993 a 1996, D-3 de 1994 a 1999, D-2 emerge en 1999 coincidiendo con el brote de dengue hemorrágico y en el año 2000 se detecta circulación simultánea de D-2 y D- 4. En 1999, el índice de infestación aérea promedio fue 5,3% y en el 2000 3,4%, con amplias variaciones según localidades. De acuerdo a la clasificación de depósitos las larvas de *Aedes aegypti* se identificaron en mayor porcentaje en los inservibles (63,1%), especialmente en depósitos artificiales como botellas, ollas y cocos y también en llantas y chatarra. Los depósitos útiles representaron el 35,8% de positividad (barriles, pilas y canoas). Es de destacar los altos índices de infestación comprobados en alcantarillas colapsadas de la ciudad de Puntarenas en el brote del 2000. Si bien se han logrado avances en la estratificación epidemiológica y en la lucha contra el vector, la presencia de depósitos atípicos difíciles de eliminar y la falta de adecuadas estrategias de participación comunitaria ha conspirado contra el adecuado control de brotes.

Desde 1991 reemerge **la malaria** en regiones rurales del litoral Atlántico donde antes se encontraba bajo control; este hecho coincide con el desarrollo bananero en la Región Huetar Atlántica el cual conlleva una agresiva actividad de deforestación que favorece los criaderos de *A. albimanus* y una creciente contratación de trabajadores en su mayoría indocumentados, provenientes de áreas endémicas. La malaria también aumentó en la Región Huetar Norte, simultáneamente con la migración temporal de trabajadores involucrados en el desarrollo agroindustrial (caña, cítricos, tubérculos, empacadoras). Después de 1992, año en que alcanzó el máximo número de casos (6.951, con IPA de 7,9 por 1000), la incidencia ha venido disminuyendo pero aún el número de casos autóctonos es importante. En el año 2000 se notificaron 1.879 casos (IPA 1,38 por 1000), lo cual representa una disminución de 53,0% respecto a los 3.998 casos notificados en el año 1999. Las regiones Huetar Norte y Huetar Atlántica concentraron el 67,5 % del total de casos en el año 2000; en la región Huetar Norte la transmisión ocurrió en 2 cantones (San Carlos y Los Chiles), que notificaron el 100% de los casos en 1999 y 2000. El área geográfica de riesgo fue de 35.436 km (69,5% del territorio nacional) y la población expuesta de 1.357.896 (35,2% del total). Del total de muestras positivas examinadas en el año 2000, el 99,4% correspondieron a *Plasmodium vivax* y 0,6% a *P. falciparum*. En los últimos años se ha detectado un aumento de casos de *Plasmodium falciparum* resistente a cloroquina en viajeros a zonas endémicas de América de Sur y existe un riesgo potencial de diseminación por

migración. El *Anopheles albimanus* es el vector más importante involucrado en la transmisión y *A. punctimaculata* y *A. pseudopunctipennis* fueron identificados como vectores secundarios.

Desde 1998 en la Región Huetar Norte se desarrolla un proyecto de abordaje integral de control y prevención de la malaria con pautas incluidas posteriormente en la iniciativa “Hacer retroceder el paludismo” que logró un impacto de disminución de 32% en la incidencia de malaria entre 1998 y 2000. Sin embargo, en este año aún se presentaban complicaciones operacionales derivadas de una falta de claridad en las funciones de la Caja Costarricense de Seguro Social y el Ministerio de Salud.

Los casos de **Leptospirosis** aumentaron de 6 en 1992 a 192 en el 2000, siendo el año de mayor incidencia 1999, con 283 casos notificados. En el período 1996-2000 (559 casos) las regiones más afectadas fueron la Brunca (37,2%) Pacífico Central (24,6%) y Huetar Atlántica (13,6%) contribuyendo con el 75,4% del total. El 74,0% de los casos correspondieron al sexo masculino y el 93,0% al grupo etario de 15 a 44 años²¹.

Se reconoce el subregistro de esta patología en el período anterior a 1998, en algunos brotes desde el 98 se ha relacionado la intensificación de la actividad agrícola en áreas de riesgo, el aumento de flujo de inmigrantes para la molienda de caña y el aumento de la población de roedores.

El país ha fortalecido las actividades educativas y de vigilancia epidemiológica y de atención a las personas, involucrando al personal del Ministerio de Agricultura y de salud ambiental del Ministerio de Salud, a las empresas y a los trabajadores agrícolas.

b) Enfermedades inmunoprevenibles

La incidencia de las enfermedades inmunoprevenibles ha presentado un descenso desde 1993, con excepción de la rubéola adquirida, que en 1998 y 1999 presentó un comportamiento epidémico. La disminución de estos padecimientos, se relaciona con el mantenimiento de coberturas de vacunación superiores al 80%, con variaciones según áreas geográficas, en algunas de las cuales las coberturas han sido insuficientes.

El sarampión en el período 1996-2000 presentó un comportamiento descendente. En 1996 se notificaron 24 casos, 6 confirmados por laboratorio y 18 por criterio clínico; en 1999, se registraron 23 casos, 4 confirmados por laboratorio y 19 por criterio clínico, cabe señalar que de los 4 casos confirmados por laboratorio, tres ocurrieron en adultos menores de 39 años y uno en un lactante de 9 meses de edad. En el año 2000 no se

presentaron casos de sarampión. La cobertura de la vacunación sarampión-rubéola-parotiditis (SRP), presentó un aumento del 82,1% al 99,9% en el período.

El último caso de poliomielitis en el país se registró en 1973, alcanzando la certificación de la erradicación del poliovirus salvaje en 1994. La cobertura de vacunación con tres dosis de la vacuna oral de poliovirus atenuados en menores de un año, a excepción del año 2000, ha sido superior o igual al 85% en todo el país.

En el período 1996-2000 no se registraron casos de difteria, ni de tétanos neonatal. Sin embargo, se presentaron un promedio de 23 casos anuales de tos ferina, con un rango de 11 a 29 casos, correspondiendo el menor número de ellos al año 1999. La cobertura de vacunación con 3 dosis de DPT, presentó un rango de variación del 85% al 94% durante este período. Los casos se han presentado principalmente en niños que por aspectos programáticos, no han iniciado o completado el esquema básico de tres dosis de la vacuna DPT o pentavalente, es decir, en menores de seis meses e incluso en menores de 2 meses de edad. En el mismo período se ha presentado un promedio anual de 2 casos de tétanos no neonatal, con un rango de 1 a 3.

La vacuna contra las enfermedades invasivas producidas por *Haemophilus influenzae* del tipo b (Hib) fue introducida en 1998. En el período prevacunal, de 1994 a 1997, se notificaron en promedio 16 casos anuales de meningitis por Hib, en el año 2000, en el que se alcanzó una cobertura de vacunación del 93,3%, se presentaron 2 casos.

En el período 1996-2000 se notificaron 1.387 casos de rubéola, 82,9% en 1999 (1.150 casos). Aunque desde años anteriores se observaba un desplazamiento en los grupos de edad afectados hacia los adolescentes y adultos jóvenes, este comportamiento de la enfermedad fue más evidente en el brote de rubéola ocurrido durante los años 1998-1999, en los cuáles se registró el mayor número de casos en el grupo de 15-44 años con 79% del total.

Comparando la incidencia específica por edad de rubéola en los períodos 1987-1988, 1993-1994 y 1998-1999, se confirmó la tendencia al desplazamiento de la enfermedad hacia el grupo que coincide con la edad fértil de las mujeres de 15-44 años.

c) Cólera y otras enfermedades infecciosas intestinales

Las infecciones respiratorias y diarreicas constituyen las dos primeras causas de notificación obligatoria; ambas se han incrementado entre 1995 y 1999. Las enfermedades diarreicas agudas aumentaron de una tasa

de 2903,2 por 100.000 habitantes en 1996 a 3632,9 por 100.000 en 1999. En dicho lapso las regiones de salud más afectadas fueron la Brunca, Pacífico Central y Chorotega. La tasa de mortalidad en 1999 fue de 2,76 por 100.000 para el total del país, siendo las tasas más altas las correspondientes a las provincias de Limón y Puntarenas (3,89 por 100.000 y 3,90 por 100.000 respectivamente). Las tasas de mortalidad se triplicaron de 1996 a 1998, pasando de 1 a 3 muertes por 100.000 habitantes tanto en el grupo de menores de 1 año como en el de 65 y más años; este fenómeno podría reflejar un descuido en el seguimiento de los programas de atención primaria, incluyendo la disponibilidad y uso de salas de hidratación oral (SRO). En los años 1996 y 2000 no se notifican casos de cólera.

d) Enfermedades crónicas transmisibles.

La tasa de incidencia de **tuberculosis**(TB) todas las formas se incrementó 2,2 veces entre 1990 y 1999 al pasar de 9,3 por 100.000 a 21,0 por 100.000; en el mismo lapso, la incidencia de tuberculosis pulmonar BK(+) se incrementó de 7,5 por 100.000 a 16,2 por 100.000. En 1999 las tasas de incidencia más elevadas se registraron en las áreas urbanas y rurales fuera del valle central, 29,0 por 100.000 comparado con 6,9 por 100.000 de las áreas urbanas del valle central. El rango de las tasas de incidencia según regiones fué de 9,37 por 100.000 en la Central Norte a 41, 25 por 100.000 en la Huetar Atlántica. El 65,0% de los casos correspondieron al sexo femenino y 90% a las formas pulmonares. La incidencia de meningitis tuberculosa es baja y sin variaciones en el período 1996-1999 habiéndose notificado 2 casos en el último año.

La TB es la segunda causa de muerte por enfermedad infecciosa después del SIDA, registrándose una mortalidad de 2,3 por 100.000 hab en 1999. En años recientes (1997-1999) el 20-40% de los pacientes abandonaron el tratamiento y se incrementó la quimioresistencia de las micobacterias circulantes, habiéndose identificado 42 casos con multifármaco resistencia en dicho período. La estrategia TAES se implementó desde 1998 en dos áreas piloto (Regiones Pacífico Central y Chorotega). A pesar de que Costa Rica está incluida entre los países de baja prevalencia (tasa inferior a 20,0 por 100.000) la tendencia al aumento en los años recientes, los altos porcentajes de abandono al tratamiento, y la creciente multifarmaco resistencia configuran un escenario preocupante para el futuro. Sin embargo, la CCSS ha asumido las actividades de prevención y control desde 1999 y ha encarado la reorganización del programa nacional que incluye la actualización de normas, el mejoramiento de la infraestructura diagnóstica y la expansión de las áreas de

aplicación de la estrategia TAES, que hasta el año 2000 tenía una cobertura poblacional de solamente el 10%.

La **lepra** no constituye un problema de salud pública, en 1999 había 157 casos registrados y se habían notificado 12 casos nuevos. El total de los casos se presentaron en mayores de 15 años y 76% fueron multibacilares. El área endémica comprende las regiones Pacífico Central, Huetar Norte y Huetar Atlántica.

d) Sida y otras infecciones de transmisión sexual.

Los primeros casos de SIDA conocidos en Costa Rica se dieron por la exposición a sangre contaminada en la primera mitad de los años ochenta, en personas que padecían hemofilia. A partir de 1985 se empezaron a registrar casos de transmisión sexual en hombres. En la presente década la epidemia se ha extendido a mujeres y a recién nacidos. Desde el comienzo de la epidemia hasta noviembre de 2000 se registraron en Costa Rica 2.003 casos de SIDA.

De 79 casos de SIDA notificados en 1990 se pasó a 214 en 1995 y 181 en 1999²²; de éstos, 90,5% ocurrieron en varones. (**gráfico 5**) El 61% de los casos acumulados fueron en homosexuales y bisexuales y 24% en heterosexuales, cifras que muestran la importancia de la transmisión por vía sexual. La transmisión por vía parenteral es menos importante, 2,4% de los casos se presentaron entre hemofílicos, 1% por transfusión sanguínea y 1% en usuarios de drogas intravenosas. El 1,5% de los casos tuvieron como vía de infección la perinatal.

Desde octubre de 1985 se realiza el tamizaje para VIH en el 100% de las unidades de sangre, habiéndose interrumpido esta forma de transmisión.

En abril de 1998 se aprobó la Ley General del VIH/SIDA número 7771 y su Reglamento, que define los procedimientos relacionados con el daño, así como los derechos y deberes de los pacientes viviendo con SIDA²³. Desde entonces se instituyó el tratamiento a todos los pacientes que lo requieran.

Con respecto a las demás **infecciones de transmisión sexual** se registraron 3.905 casos en 1999 con escasa variación respecto a 1996; la gonorrea y la sífilis representaron el 83,7% de los casos y sólo dos cantones, el Central de San José y el Central de Puntarenas concentraron el 30% de los casos, en dichos cantones las tasas de incidencia fueron de 26,2 por 100.000 y 317,6 por 100.000 respectivamente, lo que representó 3,4 veces y 41,8 veces más que la tasa de incidencia nacional (7,6 por 100.000)

f) Enfermedades nutricionales y del metabolismo

Desnutrición. En 1996, un 5,1% de los preescolares del país mostraban algún grado de desnutrición lo cual significó una considerable reducción comparando con el 8,6% de 1980. En la última Encuesta Nacional de Nutrición 1996, se determinó que el 0,4% de los preescolares sufría desnutrición severa, 0,4% tenía déficit agudo de peso para talla y 1,9% mostró déficit severo de talla para edad. El área rural es la que presentó el mayor porcentaje de estos desnutridos (2,5%), el resto se distribuye entre zona urbana y Gran Área Metropolitana ²⁴.

En escolares se nota un aumento progresivo de la talla desde 1981, 118.6 cm, que pasó a 120.6 cm en 1997. En 1997, 1,8% del total de escolares tenían desnutrición aguda y 8,8% moderada.

Obesidad. En preescolares el 6,2% eran obesos y en escolares el 8,4%; la mayoría se ubicaba en el área metropolitana y las niñas fueron las más afectadas.

En mujeres en edad fértil, el 45,9% en edades entre 20 y 44 años y el 75% de las mujeres entre 45 y 59 años, tenían un Índice de Masa Corporal (IMC) mayor de 25. Las mujeres del área urbana y en particular las del área metropolitana fueron las que más contribuyeron a ese alto porcentaje.

Micronutrientes. Las anemias nutricionales representan un problema moderado de salud pública, con una prevalencia de 26% en los preescolares, 27,9% en las gestantes y 18,9% en las mujeres en edad fértil ²⁵.

La magnitud de la deficiencia de hierro fue similar en las mujeres gestantes y en el preescolar, 58,5% y 58,3% respectivamente.

La deficiencia de folatos representó la segunda causa de anemias nutricionales. Esta deficiencia es mayor en las mujeres de 15 a 44 años de edad que en los niños y, para ambos grupos, la zona rural mostró una de las prevalencias más altas.

La prevalencia de la hipovitaminosis A en la población preescolar aumentó con respecto a 1981, ya que pasó de 1,8% a 8,7% en 1996. Un elevado porcentaje de preescolares (31,4%) presentó carencia “marginal” de vitamina A, lo que constituye un alto riesgo de desarrollar hipovitaminosis A.

La deficiencia de yodo no constituye un problema de salud pública en la población costarricense, el porcentaje de escolares con excreciones urinarias de yodo inferiores de 10 μ /dl, se redujo de manera

importante respecto a 1989 de 14% a 8,9% en 1996. En dicho año, la población residente en la zona rural presentó mayor riesgo de padecer desórdenes causados por deficiencia de yodo, dado que el 7,6% consumió sal para uso industrial y animal, la cual no está yodada.

El promedio de flúor en niños, tanto en el nivel nacional (1,34 mg/L), como en la zona rural(1,43 mg/L), urbana (1,26 mg/L) y la metropolitana (1,31 mg/L), presenta un aporte de flúor óptimo.

g) Enfermedades cardiovasculares

Las enfermedades cardiovasculares constituyen la primera causa de muerte desde 1971. La tasa de mortalidad por este grupo de causas ha ido disminuyendo, muy gradualmente, siempre con valores más elevados entre los hombres. Sin embargo, las tasas estandarizadas de muerte por hipertensión arterial muestran valores crecientes en el tiempo, sin grandes diferencias por sexo; la cardiopatía isquémica, principal responsable de las muertes dentro de este grupo de enfermedades, sobre todo entre los hombres, incrementa la tasa de muerte hasta el quinquenio 85-89, a partir del cual tiende a disminuir manteniendo cifras parecidas en los quinquenios más recientes. En el caso de la enfermedad cerebrovascular, la mortalidad descendió en el mismo período. En 1999 el 47% de las muertes por enfermedades del aparato circulatorio fueron por enfermedad isquémica coronaria y el 19% por enfermedad cerebrovascular.

h) Tumores malignos

Los tumores malignos son la segunda causa de muerte en Costa Rica después de las enfermedades cardiovasculares. Entre 1990 y 2000 la proporción de muertes por tumores malignos osciló alrededor del 20%. Se ha observado un incremento en el número absoluto de muertes en la década al pasar de 2.239 muertes en 1990 a 3.012 en el 2000, representando este último año el 20,3% del total de las muertes. En hombres el incremento relativo entre 1990 y 2000 ha sido del 27% y en mujeres de 44%, este incremento superior en las mujeres hizo que la razón hombre/mujer en el número de muertes por tumores malignos pasara de 1:3 en 1990 a 1:2 en 1994 y 1:1 en 1998, valor en el que se ha mantenido hasta el 2000.

En consecuencia, las tasas crudas de mortalidad por este grupo de causas se incrementaron constantemente en las mujeres en los últimos 20 años, pasando de 77,1 por 100.000 (84,9 en hombres y 69,2 en mujeres) en el quinquenio 80-84, a 79,4 por 100.000 (85,8 en hombres y 72,8 en mujeres) en el 90-94 y 80,7 por 100.000

(85,8 en hombres y 75,6 en mujeres) en el 95-99. En el año 2000 la tasa cruda de mortalidad fue de 76,4 por 100.000 (81,2 en hombres y 71,5 en las mujeres). Al estandarizar las tasas por edad a la población mundial, que remueve el efecto de envejecimiento de la población, para los mismos quinquenios fue de 273 por 100.000 (157 en hombres y 117 en mujeres); 261 por 100.000 (151 en hombres y 110 en mujeres) y 253 por 100.000 (146 en hombres y 107 en mujeres), respectivamente, lo cual apunta a que el incremento de la mortalidad por cáncer en las mujeres se explica en un mayor envejecimiento de la población femenina. Esto concuerda con la mayor expectativa de vida de las mujeres respecto a los hombres que en 1999 era 79,2 y 74,2, respectivamente.

Desde 1990, las primeras causas de muerte por tumores malignos en los hombres han sido cáncer de estómago, cáncer de próstata, cáncer de pulmón, cáncer de hígado y leucemias y en mujeres, cáncer de estómago, cáncer de mama, cáncer de cuello uterino, cáncer de colon y cáncer de pulmón. Al comparar los quinquenios 90-94 y 95-99 se observó que la mortalidad por cáncer de mama, cáncer de próstata, cánceres de pulmón y colon en mujeres y por leucemias en ambos sexos aumentó. En ambos sexos la mortalidad por cáncer gástrico ha descendido, de manera más marcada en hombres. En mujeres se aprecia un leve descenso de la mortalidad por cáncer de cuello uterino.

Costa Rica cuenta desde 1980 con un registro poblacional de tumores y en la actualidad se dispone de información de incidencia de cáncer hasta 1996. En el período 90-96 la localización de cáncer más frecuente en hombres fue piel, seguida de estómago, próstata y pulmón. En mujeres las localizaciones más frecuentes fueron piel, mama, cuello del útero y estómago. Desde 1995 la incidencia de cáncer de mama superó la incidencia de cáncer de cuello uterino. Hasta 1996, el descenso de la incidencia de cáncer gástrico no era tan marcada como se observa en la mortalidad. La tendencia al descenso en la incidencia del cáncer de cuello uterino empieza a observarse a partir de 1994.

Cabe destacar el esfuerzo realizado por el país en los últimos años para mejorar las coberturas y la calidad de la citología cervico-uterina en Costa Rica. El Laboratorio Nacional de Citologías reporta un incremento de la relación del diagnóstico in situ:invasor, que ha pasado de ser 1,2 in situ por cada infiltrante en 1998 a 1,8 en 2000.

i) Diabetes Mellitus Tipo II

En 1998 la prevalencia de diabetes mellitus en Costa Rica estimada por auto-reportes en encuesta de hogares, fue de 2,2% en los hombres y 3,4% en las mujeres. La prevalencia en personas mayores de 40 años fue de 9,4% (7,6% en hombres y 11,0% en mujeres).

Entre 1990 y 1998 el número de egresos hospitalarios por DM en personas de 40 años y más en instituciones de la Caja Costarricense de Seguro Social fue de 36.852, un promedio anual de 4.094 egresos en los nueve años. La tasa de egresos hospitalarios por esta causa en el mismo grupo de edad pasó de 605, 3 por 100.000 habitantes en 1990 a 424,6 por 100.000 habitantes en 1998.

Desde 1970 alrededor del 95% de las muertes por diabetes ocurren en mayores de 40 años. Después de un descenso sostenido de la mortalidad por diabetes entre 1976 y 1982, esta se estabilizó e inició un ascenso. La tasa cruda de mortalidad en mayores de 40 años pasó de 18,5 por 100.000 en 1990 a 26,7 por 100.000 en 1999. Este comportamiento puede ser explicado por un aumento real en la incidencia y no por un incremento de la letalidad, considerando los avances en el tratamiento y la creciente cobertura y acceso a los servicios.

Respecto a la discapacidad asociada a la diabetes, la Encuesta de Hogares de 1996, reveló que el 37, 2% de los diabéticos tenían alguna limitación física. Entre las personas mayores de cuarenta años con diagnóstico de diabetes, un 26% tenía pérdida o disminución de la visión y el 5% (4.200 personas) había sufrido la amputación de un miembro.

La prevalencia de sobrepeso y obesidad, el número creciente de población mayor de 40 años y el incremento en la expectativa de vida generan en Costa Rica un escenario de aumento progresivo y de magnitud considerable en la proporción y el número absoluto de adultos afectadas por DM tipo II.

j) Accidentes y violencia

Las causas externas representaron el 11,6% del total de defunciones en 1998 y una tasa de 45,4 por 100.000 habitantes. Las tasas más elevadas se presentaron en el grupo de mayores de 60 años (143,9 por 100.000), seguidos por el de 20-29 años (58,5 por 100.000). Entre las causas más frecuentes estaban los accidentes de tránsito (37%), suicidios (13%), homicidios (13%) y ahogamientos (9%). La tasa más elevada (70,7 por 100.000) la presentó la provincia de Limón seguida por las provincias de San José y Alajuela.

La mortalidad por accidentes de tránsito se incrementó de 417 defunciones en 1996 a 583 en 1997 y 630 en 1999. Los accidentes de tránsito afectaron principalmente a los adultos y a los varones, y las víctimas más frecuentes en 1998 fueron los peatones (37%) y los motociclistas y ciclistas (19%).

Los homicidios y lesiones infligidas intencionalmente aumentaron su tendencia en los últimos años pasando de 183 muertes en 1994 a 214 en 1998. En este último año el 89% de las víctimas de homicidios fueron hombres. El 53% de las agresiones fueron producidas por arma de fuego y 33% por instrumento punzo-cortante; el 33% tuvieron como causa los problemas familiares, personales o pasionales.

En 1998 se produjeron 223 muertes por suicidio, el 90% en el sexo masculino, siendo las formas más frecuentes el ahorcamiento (40%), envenenamiento por plaguicidas (27%) y disparo con arma de fuego (24%) y en las mujeres plaguicidas y ahorcamiento (83%). El grupo de 25 a 29 años presentó la tasa más alta de suicidios, 13,0 por 100.000. En los años 1999 y 2000 se registró 84 y 110 casos de intentos de suicidios con plaguicidas, respectivamente.

Violencia Intrafamiliar. En 1999 se registraron 26 muertes de mujeres en hechos de violencia intrafamiliar ²⁶. La línea de atención gratuita “Rompamos el silencio” del Instituto Nacional de las Mujeres (INAMU) en 1999 recibió 11.346 llamadas, de las cuales el 57% correspondió a casos de mujeres entre 20 y 39 años agredidas por su cónyuge o compañero íntimo ²⁷. El reporte de casos de violencia intrafamiliar ha aumentado de manera significativa. En 1994 la Delegación de la Mujer del Ministerio de Justicia, atendió 1.763 denuncias las cuales pasaron a 5.188 casos en 1999, que representó un aumento del 194%. Las denuncias presentadas ante el Poder Judicial pasaron de 15.336 casos en 1997, a 20.996 en 1998 y a 26.437 en 1999, lo que representa un incremento del 72% en el número de casos entre 1997 y 1999²⁸.

LA RESPUESTA DE LOS SISTEMAS DE SALUD

I. Las políticas y planes nacionales de salud.

El país cuenta con un documento de Política Nacional de Salud 1998 -2002, basado en los lineamientos de política social que establece el Plan Nacional de Desarrollo Humano. La política de salud está basada en las necesidades de salud y es consecuente con la Ley General de Salud y el proceso de reforma sectorial. En materia de fortalecimiento institucional, la política nacional definió las estrategias para fortalecer la rectoría ministerial, la modernización de las instituciones, la formulación de normas, el desarrollo de los recursos

humanos, la investigación y desarrollo tecnológico y el aseguramiento del financiamiento de la salud. En su capítulo de atención a las personas define las estrategias para la vigilancia de la salud, la promoción, la prevención, la atención primaria, el tratamiento hospitalario, la atención de las discapacidades y la rehabilitación. En materia de atención al ambiente humano, se establecieron las estrategias para la protección y mejoramiento ambientales. En resumen, las políticas de salud cubren un espectro amplio relacionado con la salud integral y establecen los principios para la acción intersectorial y la producción social de la salud²⁹. Por otra parte, en correspondencia con la política antes citada, se cuenta con el Plan Nacional de Salud 1999 – 2004³⁰. Ambos instrumentos se orientan a asegurar la continuidad de los procesos de reforma sectorial iniciados formalmente en 1994, así como la dirección y rectoría sectorial en el corto y mediano plazo.

Con respecto a salud y equidad de género se destaca la institucionalización de políticas de género en el Estado y la creación del Instituto Nacional de las Mujeres (INAMU) en 1998, que significó la puesta en funcionamiento de una institución rectora de las políticas públicas para la equidad entre los géneros.

La Política Nacional de Salud 1998-2002, en el área de Reforma y Fortalecimiento Institucional señala la necesidad de fortalecer la atención integral, con equidad de género³¹. El Plan Nacional de Salud 1999-2004 incluye acciones para universalizar la cobertura de la seguridad social a las mujeres y para la aplicación y el seguimiento de las políticas nacionales de equidad de género en el contexto institucional y de los servicios de salud que brinda la CCSS³². En el Ministerio de Salud fue creada la Comisión de Género y Salud y en la CCSS funciona la Sección Salud de la Mujer del Departamento de Medicina Preventiva. El Plan Nacional para la Atención y Prevención de la Violencia Intrafamiliar (PLANOVI), creado en 1994, constituyó un esfuerzo de respuesta interinstitucional e intersectorial. Específicamente en el sector salud funciona el Consejo de Violencia Intrafamiliar, con participación del Ministerio de Salud, CCSS e INAMU. La CCSS aprobó en 1999 las Normas de Atención Integral de la Violencia Intrafamiliar desde los Servicios de Salud y la creación de su Programa de Violencia Intrafamiliar.

Las políticas de rehabilitación de las personas con discapacidad son determinadas por el Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial (CONAREE), que coordina con las instituciones del sector salud. La atención de esta población cuenta con un marco legal propio, ya que en 1997 se aprobó la Ley de Igualdad de Oportunidades para Personas con Discapacidad³³.

II. Estrategias y programas de Reforma del Sector Salud.

La reforma del sector salud en Costa Rica comenzó a principios de la década de los noventa y a partir de 1994 se institucionalizó a través del proyecto de reforma sectorial con cuatro componentes: rectoría del Ministerio de Salud, readecuación del modelo de atención, modificación del sistema de asignación de recursos y fortalecimiento de la CCSS. La reforma sectorial promovió cambios importantes en el sistema sanitario costarricense y sus principales objetivos fueron dar sostenibilidad al seguro universal de salud, mejorar el acceso equitativo a los servicios, garantizar la calidad de la atención y mejorar la eficiencia en el uso de recursos. Los cambios más significativos de la reforma se resumen en los siguientes tres ámbitos:

Rectoría y fortalecimiento institucional. En el marco de la reforma el ministerio llevó a cabo la revisión y adecuación de sus funciones, así como la reorganización estructural que fue aprobada en 1998³⁴. En una segunda etapa, el ministerio ajustó sus recursos y procesos para llevar a cabo la conducción y dirección sectoriales, así como para efectuar las funciones esenciales de salud pública que son de su competencia, tales como la regulación de servicios de salud y la vigilancia de la salud. Estos cambios trajeron aparejados la transferencia de 1.700 trabajadores a la CCSS y los programas asistenciales; además, durante esa etapa se puso énfasis en la formación y capacitación de personal. La tercera etapa se inició en el año 2000 y enfatizó el desarrollo organizacional, para lo cual se reformularon los manuales de puesto y se inició la desconcentración de funciones hacia los niveles regional y local, con el fin de transferirles recursos y facultades para el ejercicio de la rectoría. En este proceso se han presentado dificultades operacionales, debidos entre otras razones, a la incipiente construcción del liderazgo sectorial y la escasa asignación de recursos.

Readecuación del modelo de atención. La reforma propuso un modelo de atención integral a las personas que incorpora acciones de promoción de la salud, prevención y mayor participación social y una estrategia de atención primaria de salud basada en equipos básicos de atención integral de salud (EBAIS)³⁵. Los equipos están formados por un médico general, una auxiliar de enfermería y un técnico de atención primaria a la salud o ATAP, con cinco programas de atención dirigidos a los grupos poblacionales de niños, adolescentes, mujeres, adultos y ancianos, con cobertura de aproximadamente 4000 habitantes. Aunque la estrategia de EBAIS es de aplicación nacional, la reforma ha priorizado al medio rural y urbano marginal, con el fin de mejorar la disponibilidad de servicios y la equidad de acceso. Las acciones de los EBAIS son

respaldadas por equipos de apoyo ubicados en 83 áreas de salud, formados por un médico familiar, una enfermera, una trabajadora social y un odontólogo, así como por servicios de laboratorio y gabinete. La continuidad e integralidad de la atención se procura garantizar a través de una red de establecimientos de segundo y tercer nivel de atención. La CCSS había organizado 105 Juntas de Salud hasta el año 2000, formadas por representantes de los usuarios, los patronos y los trabajadores de los establecimientos de salud, con función contralora ³⁶. Si bien existieron avances significativos en la implementación del modelo de atención integral, la evaluación efectuada por el Ministerio de Salud en el año 2000 a una muestra de 203 EBAIS, demostró que aún persiste la orientación clínica individual con menoscabo de las acciones promocionales y preventivas ³⁷.

La estrategia de los EBAIS ha contribuido a reducir las inequidades en salud, ya que en las zonas del país en donde se puso en marcha esa estrategia, la proporción de población con acceso deficiente e inequitativo a los servicios de salud se redujo del 20% al 15% entre 1995 y 1998. Cabe aclarar que en 1998 solo había 425 EBAIS y esa cifra se incrementó a 670 en el año 2000 ³⁸.

Readecuación del sistema de financiamiento. La readecuación del financiamiento tiene como propósito garantizar la atención de la salud pública en un sentido amplio, lo cual implica analizar los ingresos del sector salud en su conjunto, las fuentes, los flujos financieros, los rubros de gasto y su impacto. Este análisis se postergó en Costa Rica, en parte debido a que no se dispone de una cuenta satélite de salud, pero principalmente por falta de una decisión política para analizar el financiamiento con una visión sectorial. Sin embargo, en el último lustro la CCSS ha avanzado en el mejoramiento de los mecanismos financieros del seguro de atención a la salud de las personas, como por ejemplo el mejoramiento de la recaudación para garantizar la atención de los riesgos de enfermedad y maternidad ³⁹, las nuevas modalidades de asignación de recursos para estimular la productividad de los proveedores de servicios y el seguimiento del gasto. En el año 2000 se puso en marcha en forma desconcentrada el Sistema Centralizado de Recaudación (SICERE), con el fin de incentivar el pago de las cuotas obrero patronales y reducir la evasión, la cual se calculó que era de aproximadamente el 30 %. Respecto a las nuevas modalidades de asignación de recursos, a partir de 1998 se transfieren fondos a los establecimientos y áreas de salud de la CCSS mediante los “compromisos de gestión”.

III. Organización institucional del Sistema de Salud

El sistema nacional de salud está formado por el Ministerio de Salud (MS), que desempeña la rectoría sectorial; la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), que atiende los riesgos de enfermedad y maternidad; el Instituto Nacional de Seguros (INS), que cubre los riesgos laborales y de tránsito y el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (AyA), que regula la provisión de agua de consumo humano y el manejo de aguas residuales. Además, la Ley General de Salud incluye dentro del Sistema, a la Universidad, los municipios y el sector privado. Las instituciones públicas reciben presupuesto estatal y la CCSS se financia con aportes de los patrones, obreros y Estado. El ámbito de coordinación y negociación es el Consejo Sectorial de Salud, presidido por el Ministerio de Salud

En 1999, el 11 % de la población no tenía seguro de salud y el 89 % estaba asegurada a través de nueve modalidades de aseguramiento; de estos, aproximadamente un 12 % recibía atención subsidiada por el Estado

40

Con el fin de aumentar el acceso a los servicios de salud, la CCSS inició la compra de servicios a terceros (cooperativas y hospitales privados). En el año 2000 el 10% de la población del país acudió a los servicios de atención privada, cifra que corresponde aproximadamente al porcentaje de población no asegurada.

IV. Organización de las acciones de regulación sanitaria

a) Prestación de servicios de salud

El Sistema de Regulación Sanitaria de Costa Rica, comprende tres subsistemas: regulación de servicios de salud, regulación de insumos básicos de salud y regulación ambiental. Las normas que regulan el sistema las emite el Ministerio de Salud y se ejecutan mediante tres direcciones: Servicios de Salud, Registros y Controles y Salud Ambiental.

El Ministerio de Salud cuenta con un programa nacional de habilitación y acreditación de servicios de salud públicos y privados; el propósito es garantizar a la población condiciones mínimas de infraestructura y calidad de los servicios de salud. El ejercicio profesional es regulado por los Colegios de Profesionales; en 1999 el Colegio de Médicos puso en marcha un programa de certificación profesional y otros colegios estaban por iniciarlo.

En materia de regulación de tecnología, dispositivos y equipos médicos, el Ministerio de Salud contaba con un proyecto de reglamento y los instrumentos para aplicarlo. En materia de regulación farmacéutica, el

Ministerio lleva a cabo el registro de medicamentos de patente y genéricos, así como los de libre venta. Existen dos laboratorios oficiales de control de calidad (Universidad de Costa Rica y CCSS), que apoyan la regulación y compra de medicamentos a través de estudios de bioequivalencia y biodisponibilidad. El volumen del gasto por medicamentos de la CCSS en 1997 representó el 8,4% del presupuesto total, aproximadamente 8 millones de dólares americanos.

b). La calidad del ambiente.

En Costa Rica persisten problemas de contaminación de las aguas, manejo de desechos sólidos, contaminación del aire en algunas zonas urbanas, erosión de los suelos por uso inadecuado y deterioro de su reserva boscosa.

Los mayores niveles de contaminación se presentaban en la cuenca del río Grande de Tárcoles, que constituye el principal desaguadero del Valle Central, causando enormes problemas de contaminación de las aguas del Golfo de Nicoya. En 1999⁴¹ se registró que los líquidos domésticos representaron el 40% de la contaminación de la cuenca, seguidos por los desechos líquidos industriales con 23%, varios desechos animales (16%) y varios desechos sólidos (14%). La contaminación industrial proveniente de los beneficios del café, que a inicios de los 90's era de 21%, se ha reducido a 5% en 1998.

La contaminación atmosférica en el área metropolitana de San José ha venido disminuyendo desde 1995, año en el cual alcanzó un pico de $340 \mu\text{g}/\text{m}^3$ de partículas en suspensión (el valor guía de la OMS determina un valor umbral de $100 \mu\text{g}/\text{m}^3$)⁴², asociado al ingreso masivo e incontrolado de vehículos al país a partir de 1994. La disminución de los años siguientes se debió a la introducción obligatoria de convertidores catalíticos y en menor medida, a los controles de emisión. Se estima que un 75% del total de fuentes de contaminación atmosférica proviene del sector transporte, en tanto que un 25% se deriva de la actividad industrial y la generación de energía.

Costa Rica es uno de los países con mayor uso "per-capita" de plaguicidas del continente (superando en cuatro veces la media mundial de 0,5 kg/hab.año). La comunidad y los trabajadores agrícolas están expuestos a altos riesgos, derivados del uso de estas sustancias, sobre todo los sectores productores de banano, plantas ornamentales y hortalizas. Los productos más utilizados son el paraquat, carbofurán, metamidofos y terbufos.

Las intoxicaciones agudas por plaguicidas se han incrementado, registrándose para los años 1999 y 2000 un total de 676 y 752 casos respectivamente y de estos últimos, 23% correspondieron a menores de edad ⁴³.

V. Organización de los servicios de atención a las poblaciones.

a) Promoción de la salud.

Desde 1995 el Ministerio de Salud tiene un Programa Nacional de Promoción y Protección de la Salud que impulsa la participación social y la vincula a los componentes de educación y comunicación social. Se han desarrollado programas relacionados con la creación de espacios saludables (cantones ecológicos y saludables, centros educativos promotores de salud y lugares de trabajo saludables). Costa Rica es uno de los pocos países que ha puesto en marcha un Programa Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de las Enfermedades no Transmisibles (CARMEN), para la reducción de enfermedades crónicas.

El país lanzó un programa intersectorial llamado “Hacia una agenda de la niñez más allá del año 2000” destinado al mejoramiento de la salud de niños y adolescentes, el cumplimiento de los compromisos internacionales y la defensa de sus derechos, expresados en el Código de la Niñez y la Adolescencia”, promulgado en febrero de 1998.

Desde 1998 se ha dado un impulso especial al tema del adulto mayor con la creación del Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor, presidido por la Primera Dama y la aprobación de la Ley Integral para la Persona Adulta Mayor, No. 7935, en octubre de 1999, que establece los derechos y beneficios de los mayores de 65 años.

b) Respuesta de desastres naturales

Con respecto a los desastres naturales el país se encuentra en una zona de alta vulnerabilidad ante sismos e inundaciones. En setiembre de 1999 la Asamblea Legislativa aprobó la Ley Nacional de Emergencias 7914, en la cual se ampliaron las funciones de la Comisión Nacional de Emergencias (CNE). Una de las nuevas atribuciones se dio en el campo de la “prevención de riesgo inminente de emergencia” y en la organización del territorio para la intervención con planes reguladores municipales.

El Ministerio de Salud juega un papel importante en el desarrollo de políticas, planificación y ejecución de acciones ante desastres en los diferentes niveles del Sistema de Salud para la reducción del impacto y la vulnerabilidad de la infraestructura sanitaria.

El Consejo Asesor Técnico del Sector Salud (CATSS), participa permanentemente en el Comité Operacional de Emergencia Nacional de la CNE, en los temas de prevención, mitigación, preparación, respuesta y rehabilitación ante desastres.

La CCSS y el AyA realizaron en el año 2000, estudios de vulnerabilidad estructural en las instalaciones de mayor riesgo.

c). Programa de vacunación

El Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) es ejecutado por la CCSS, mientras que las actividades de vigilancia epidemiológica e investigación de casos, es responsabilidad del Ministerio de Salud, con participación de la CCSS mediante las comisiones interinstitucionales.

A excepción de las vacunas contra *Haemophilus influenzae* del tipo b (Hib) y contra el virus de la hepatitis B (VHB), de más reciente incorporación al Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), para los demás biológicos se ha mantenido una cobertura de vacunación superior o igual a 80% en el período 1996-2000; sin embargo, los indicadores nacionales no reflejan las diferencias de cobertura en el nivel cantonal.

(Gráfico 6)

La cobertura nacional de vacunación antisarampionosa en niños de un año de edad fue del 89,3%, encontrándose que 86,4% de los cantones tenían una cobertura superior o igual al 80% y que el 43,2% presentaban una cobertura superior o igual al 95%. En lo que se refiere a la vacuna oral de poliovirus atenuados (OPV), la cobertura nacional en 1999 fue 85,5% en menores de un año con tres dosis. El 79% de los cantones tuvieron una cobertura superior o igual al 80% y el 33,3% una cobertura superior o igual al 95%.

d). Los sistemas de análisis de salud, vigilancia epidemiológica y los laboratorios de salud pública.

En el año 2000 se creó la Dirección de Epidemiología en el Ministerio de Salud que incluye las unidades de Vigilancia Epidemiológica, Análisis de Salud y Estadísticas de salud; en el mismo año, la CCSS creó la Unidad de Vigilancia Epidemiológica. Se elaboró el plan de desarrollo del sistema de vigilancia en Salud

Pública, que incorporó otros eventos de vigilancia a las Enfermedades de Notificación Obligatoria ya existentes (violencia familiar, cáncer cervicouterino y de mama y accidentes) y se crearon las comisiones interinstitucionales de Vigilancia (Ministerio de Salud, CCSS, AyA y Municipalidades) tendientes a mejorar las coordinaciones. La vigilancia y control de vectores es responsabilidad del Ministerio de Salud.

La Red de Laboratorios de Salud Pública, está conformada por 85 laboratorios de la CCSS y privados y un centro nacional de referencia (Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud, INCIENSA). Desde 1996, el INCIENSA inició un proceso de reestructuración privilegiando las funciones de vigilancia basada en laboratorio, capacitación e investigación, habiendo consolidado los laboratorios de referencia para tuberculosis, virología, enterobacterias y determinación de lípidos.

La vigilancia de las defunciones de menores de 1 año se implantó en 1996, con el nombre de Sistema Nacional de Mortalidad Infantil (SINAMI) y la de mortalidad materna en 1997. Se cuenta con normas e instrumentos para la investigación de cada muerte en cada establecimiento.

e). Los servicios de agua potable y de alcantarillado.

Costa Rica tiene una alta cobertura de servicios de agua que para 1999 fué de 97,5%. No obstante, la potabilidad del agua solo se aseguró para el 75,7% de la población. El Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (AyA) está encargado por ley de diseñar y construir los sistemas de agua y alcantarillado. El AyA tenía una cobertura del 46,9% de la población, principalmente urbana, con una potabilidad de 96,6%; los servicios municipalidades tenían una cobertura del 17% de la población y una cobertura de calidad de agua potable del 64,2%. La población atendida por los comités administradores de acueductos rurales (CAAR's) representa el 28,7% de la población total y solamente el 51% tiene acceso a agua de calidad potable⁴⁴. **(tabla 2)**

La cobertura de saneamiento en el país con conexión de alcantarillado sanitario y una solución apropiada para la disposición de excretas in-situ" alcanzaba al 96,1% de la población, mientras que la disposición de aguas residuales mediante alcantarillado sanitario y el tratamiento sanitario de esas aguas era 26% y 4% respectivamente.

Para mantener las coberturas de los servicios el AyA efectuó en el 2000 una inversión en infraestructura de agua y alcantarillado de US\$ 28 millones, especialmente dirigidos al área metropolitana⁴⁵.

f). Los servicios de manejo de residuos sólidos municipales incluyendo los hospitales.

La recolección y disposición final de los desechos sólidos está a cargo de las municipalidades. La cobertura de recolección de desechos sólidos domésticos fué de 69% en el año 2000. Treinta y ocho municipalidades (47%) de las 81 existentes en el país, utilizaron rellenos sanitarios como disposición adecuada de sus basuras y 43 (53%) depositaron sus desechos sólidos en vertederos a cielo abierto.

Los desechos hospitalarios son dispuestos en rellenos sanitarios o vertederos controlados una vez incinerados o desinfectados. Los residuos peligrosos hospitalarios, representaron un 45% del total de los desechos hospitalarios ⁴⁶. Durante el año 1999, las autoridades de salud realizaron esfuerzos para clasificar y manejar estos desechos, con base en su grado de peligrosidad para la comunidad intrahospitalaria. La CCSS invirtió US\$ 1,0 millón en programas de saneamiento básico y en la adquisición de equipo para desinfección especializada.

g). La prevención y el control de la contaminación del aire.

El Ministerio de Salud tiene responsabilidades de monitoreo y control de la contaminación atmosférica. El Proceso de Control al Ambiente Humano del Ministerio de Salud, verifica la eficiencia de la remoción de contaminantes y solicita mejoras y controles en caso necesario. Coordina una red de monitoreo de inmisión, que incluye al Ministerio del Ambiente (MINAE) y el Laboratorio de Química de la Atmósfera de la Universidad Nacional (LAQAT-UNA). El Ministerio de Obras Públicas y Transportes por medio de la Policía de Tránsito ejecuta un programa de control de las contaminaciones producidas por vehículos automotores.

Para mejorar la calidad del aire en locales cerrados existe un reglamento de construcción que hace referencia a la ventilación. El reglamento de seguridad e higiene del trabajo y el reglamento sobre lugares de reunión incluyen también orientaciones sobre ventilación para prevenir problemas de salud en las personas.

h). Los programas de ayuda alimentaria.

En Costa Rica se ejecutan tres programas de alimentación complementaria de cobertura nacional: Los Centros de Nutrición y Desarrollo Infantil (CEN/CINAI) que operan desde 1930, y atienden a la población materno-

infantil en riesgo; los Comedores Escolares, que existen desde 1912 y atienden niños preescolares, escolares y adolescentes de centros educativos públicos, y el programa de Hogares Comunitarios, creado en 1992 para atender hijos de madres trabajadoras y de escasos recursos económicos.

VI. Organización y funcionamiento de los servicios de atención a las personas

a) Servicios ambulatorios, hospitalarios y de urgencia

A finales del año 2000 la CCSS contaba con 670 EBAIS apoyados por equipos de las 83 áreas de salud. La sede del área de salud por lo general se encuentra en un establecimiento tipo clínica, donde simultáneamente suele estar la sede de algunos de los EBAIS del área. Del total de EBAIS, 120 son administrados por cooperativas a través de compromisos de gestión y por lo tanto, su personal no pertenece a la CCSS, pero llevan a cabo los mismos programas de atención. El segundo nivel de atención esta formado por 10 clínicas, 13 hospitales periféricos y 7 hospitales regionales. El tercer nivel está formado por 6 hospitales de especialidades y 3 hospitales generales de concentración nacional y alta especialización (San Juan De Dios, México y Calderón Guardia).

En el año 2000, todas las áreas de salud, clínicas y hospitales de la CCSS, firmaron compromisos de gestión, los cuales se negocian a partir de un análisis de la situación de salud y de la producción histórica del establecimiento. Los compromisos de gestión son concertados anualmente con un área administrativa del nivel central de la CCSS, la cual actúa como ente comprador y lleva a cabo la evaluación de su cumplimiento.

b) Servicios Auxiliares

La prestación de servicios de salud es apoyada por una red de laboratorios, algunos de los cuales cuentan con equipamiento de alta tecnología; el Instituto de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA) actúa como centro de referencia. En lo que se refiere al manejo de la sangre y los hemoderivados, existe una red de 25 bancos de sangre públicos y tres privados, los cuales se encuentran distribuidos estratégicamente en el país. Tanto los laboratorios como los bancos de sangre, empezaron a desarrollar programas de garantía de calidad en el 2000.

El departamento de Control de Sida cuenta con laboratorio de diagnóstico y de referencia para los laboratorios públicos y privados que diagnostican VIH y para los bancos de sangre. Se ha asegurado el control de sangre

para transfusión y se está promoviendo el tamizaje serológico de toda mujer embarazada. En abril de 1998 se aprobó la Ley sobre el VIH-SIDA número 7771 y su Reglamento, que define los derechos de los pacientes y su acceso indiscriminado al tratamiento integral. A partir de entonces los pacientes que lo requieren son tratados por el seguro social.

Las instituciones privadas se financian por el pago directo de los usuarios y no tienen mucha relación entre sí, excepto por la remisión de pacientes. Finalmente, la atención médica de los riesgos laborales y de accidentes están a cargo del INS, pero debido a que su red de servicios es limitada, frecuentemente contrata servicios con proveedores privados y con la propia CCSS.

c) Servicios especializados

Para la atención de poblaciones especiales la CCSS cuenta con el Hospital Nacional Psiquiátrico y el Hospital Dr. Roberto Chacón Paut (enfermedades mentales), el Hospital Nacional Blanco Cervantes (adulto mayor) y el Hospital Nacional de Mujeres. Los problemas de farmacodependencia son atendidos ambulatoriamente por el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia y existe un Modelo de Atención Integral a la Violencia Intrafamiliar desde 1998 en la Clínica “Dr. Jiménez Núñez” de Goicoechea (provincia de San José).

La atención de rehabilitación consiste en una oferta de red nacional de servicios de la CCSS formada por 3 hospitales nacionales especializados (Centro Nacional de Rehabilitación o CENARE, Hospital de Niños y Hospital de Geriatria Blanco Cervantes), 2 hospitales nacionales generales (San Juan De Dios y Calderón Guardia), 5 hospitales regionales y 2 periféricos.

VII Insumos para la salud

El Ministerio de Salud cuenta con una Dirección de Registros y Controles, encargada de la regulación de drogas, medicamentos, alimentos y otros productos de consumo humano. No se dispone de un inventario de equipo médico ni de las condiciones en las cuales se encuentra. El país tiene dos laboratorios de control de calidad de medicamentos y personal capacitado que realiza la vigilancia de las buenas prácticas de manufactura.

Existe una lista oficial de medicamentos, la cual es formulada por un Comité Central de Farmacoterapia, con base en el Reglamento del Formulario Terapéutico Nacional. La lista oficial de medicamentos incluye seis

categorías: medicamentos de uso general y especializados; medicamentos de uso restringido; medios de contraste para radio-diagnóstico; medicamentos de uso en odontología; medicamentos de uso por enfermeras obstetras y; medicamentos para programas de cobertura. La Caja Costarricense de Seguro Social cuenta con un laboratorio que produce algunos medicamentos genéricos y soluciones parenterales, pero más del 90% de los medicamentos los adquiere de laboratorios privados.

VIII. Recursos Humanos

a) Existencia por tipo de recurso

La información disponible en materia de recursos humanos en el país, presenta limitaciones para su homologación y recopilación al interior de las organizaciones del sector y sus sistemas de registro y control de personal y tampoco se cuenta con un registro accesible a los datos de empleo en el sector privado de la salud. La única información de alcance nacional que se dispone es la del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC).

El país ha experimentado un crecimiento nominal en prácticamente todas las categorías de personal; por ejemplo, la relación de habitantes por médico tiende a disminuir, lo que refleja el incremento de dichos profesionales.

El crecimiento porcentual desagregado por profesiones en la CCSS presenta un descenso de los médicos, de 85% en 1990 a 51,9% en 1999. Esto se explica en parte por el incremento de otras categorías profesionales vinculadas a la estrategia de los EBASIS. (**tabla 3**)

b). Formación del personal de salud

En el período 1996 – 2000 se han incorporado 15 universidades privadas a la oferta académica que representan el 27% de las 54 universidades existentes. A pesar que la Universidad de Costa Rica gradúa el mayor número de profesionales en el área de las ciencias de la salud, el crecimiento experimentado en la oferta y matrícula de universidades privadas es un fenómeno que impactará en el mediano plazo con una plétora de profesionales de la salud que no corresponde al crecimiento del empleo ⁴⁷. No existe una política para la regulación de la formación y capacitación de recurso humano en el sector salud.

c). Educación permanente de personal de salud

El Ministerio de Salud definió sus prioridades de capacitación, plasmadas en el Plan de Capacitación Institucional el cual se está ejecutando con fondos de las agencias de cooperación. La CCSS cuenta con dos instancias que ofrecen capacitación: el Centro de Desarrollo Social (CEDESO) y el Centro Nacional de Desarrollo Estratégico (CENDEISS). A partir de los compromisos de gestión los establecimientos descentralizados pueden organizar y financiar sus propias actividades de capacitación.

d). Mercado de trabajo de los profesionales en salud

En el período 1990-1999, se destaca el crecimiento porcentual de los trabajadores del sector privado, pasando de un 9,9% en 1990 a un 24% en 1999⁴⁸, crecimiento relacionado con el incremento en el número de clínicas y consultorios privados.

Tomando en cuenta los datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), el desempleo en el sector salud aumentó de 0,4% en 1998 a 1,2% en 1999.

IX. Investigación y tecnología en salud

La función rectora de la investigación en salud en Costa Rica, recae en el Ministerio de Salud, quien a través del INCIENSA publicó en el año 1997 el documento titulado “Política de investigación e innovación tecnológica en salud en Costa Rica”

La investigación Pública en salud, es desarrollada fundamentalmente a través del Instituto de Investigaciones en Salud (INISA) y el Instituto Clodomiro Picado de la Universidad de Costa Rica. La investigación en lo concerniente a la salud pública es desarrollada principalmente por la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Costa Rica, a través de dos programas: el de Políticas de Salud y el de la Gestión Local de la Interfase Ambiente y Salud, además de las tesis de maestría de los estudiantes. La Universidad Nacional por su parte, investiga temas vinculados con ambiente y salud. El Instituto Latinoamericano de Prevención y Educación en Salud (ILPES) y la Asociación Demográfica Costarricense son organismos no gubernamentales que también han venido desarrollando investigaciones en este campo.

La principal instancia en el ámbito privado es el Instituto Costarricense de Investigación Clínica (ICIC), aunque sus investigaciones son desarrolladas fundamentalmente en las instituciones públicas de prestación de servicios.

Un fenómeno que ha tomado auge en los últimos cinco años es la realización en el país de investigaciones privadas por parte de organismos extranjeros. Aún cuando los protocolos de estas investigaciones son desarrollados e inscritos en el exterior, la fase de desarrollo de la investigación, que en la mayoría de los casos incluye experimentación con seres humanos, se lleva a cabo en las instalaciones de la Caja Costarricense de Seguro Social.

La situación a este respecto ha generado una gran preocupación entre las propias autoridades de la institución, razón por la cual la Junta Directiva de la CCSS solicitó un estudio de auditoría cuyos resultados se consignan en un informe titulado: Evaluación del cumplimiento de la normativa institucional e internacional sobre investigación en seres humanos en centros asistenciales de la Caja Costarricense de Seguro Social. El tema de la investigación en esa institución se identifica como crítico en un informe de mayoría que emitió una comisión conformada por la Asamblea Legislativa.

En cuanto a la formación de recursos humanos, el país no cuenta a nivel de grado o de posgrado con programas en el área de la investigación.

X. Gasto y financiamiento sectorial.

Durante el periodo de 1996 - 2000 Costa Rica asignó en promedio el 7,8% del PIB al gasto en salud, pero el mismo disminuyó en dicho período. Incluye los gastos del Ministerio de Salud, la CCSS, el ICAA, el INS y los municipios. (**tabla 4**)

El gasto en salud tuvo una tendencia descendente en el Ministerio de Salud al igual que en el INS, se mantuvo constante en la CCSS y se incrementó en un 42% en el A y A. La disminución en el Ministerio de Salud se explica por la reducción del personal y presupuestaria en el contexto del proceso de reforma.

La composición del gasto en salud refleja que su mayor porcentaje se destina a la atención de las personas que realiza la CCSS, es decir, para cubrir los riesgos de enfermedad y maternidad, en tanto que para las funciones del Ministerio de Salud, solo se destinó el 7%.

En cuanto al ingreso del sector salud, en 1999 la CCSS aportó el 95,5% y el resto de las instituciones (Ministerio de Salud, Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA), Comisión Nacional de Drogas (CONADRO), Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), Consejo Técnico de Asistencia Médico Social (CTAMS) y Oficina de Cooperación Internacional de la Salud (OCIS), aportaron el 4,5%.

El financiamiento del seguro de la CCSS lo aportan en forma tripartita los patrones, trabajadores y el Estado (9,25%, 5,50 % y 0,25%, respectivamente).

XI. Cooperación técnica y financiera externa en salud

a). Recursos de la ayuda al desarrollo

La reducción de la cooperación hacia Costa Rica ha sido más pronunciada que en el ámbito mundial, en el lapso de 1990 a 1999 disminuyó un 17,6% mientras que la reducción mundial fue de 5,3%.

Como posibles explicaciones se incluyen:

- Disminución en el nivel global de los recursos internacionales de cooperación para el desarrollo.
- Disminución del interés geopolítico por Costa Rica en relación con la década de los años 80 que estuvo marcada por la violencia y la ausencia de gobiernos democráticos en la región.
- Marcada preferencia de los donantes por canalizar los recursos a través de las ONG's.

b) Evolución y naturaleza de la cooperación técnica no reembolsable

La cooperación técnica no reembolsable disminuyó un 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. Actualmente la cooperación más importante proviene de Taiwán y del sistema de Naciones Unidas.

c) Evolución y naturaleza de la cooperación financiera reembolsable

Dos importantes fuentes de cooperación financiera reembolsable dejaron de serlo: AID y Japón. El BID representó el 35,7 % del total de la cooperación durante el período 1990-1999 y en el año 1999 representó el 52,4%.

CONCLUSIONES

Costa Rica mantiene un nivel aceptable de desarrollo humano con avances importantes en educación, cobertura de servicios, disminución de la mortalidad infantil y eliminación y control de enfermedades inmunoprevenibles. Sin embargo, persisten brechas y desigualdades entre regiones y grupos de población, que se expresan por las diferenciales de indicadores sociales, económicos y de salud.

A partir de 1970 el país experimenta una rápida transición demográfica que unido a la reducción importante de la incidencia y mortalidad de las enfermedades transmisibles ha generado un aumento de las patologías no transmisibles. En la última década se ha observado un estancamiento en el comportamiento de las enfermedades transmisibles en general, con tendencia al incremento en el caso de diarreas, infecciones respiratorias, leptospirosis, tuberculosis y VIH/SIDA. Además, se ha observado la reemergencia de malaria en la costa Atlántica, dengue desde 1993, multifármacoresistencia a la tuberculosis e intoxicaciones por plaguicidas; existe una amenaza potencial de introducción de malaria por *p. Falciparum*.

En el ámbito de los daños no transmisibles, se evidencia una tendencia al aumento de los accidentes de tránsito, la violencia social en general y particularmente la violencia intrafamiliar, el embarazo en adolescentes y la obesidad, los cuales por su magnitud e impacto social y económico, se han convertido en importantes problemas de salud pública. El carcinoma de cuello de útero ha descendido desde 1994 producto del incremento de la cobertura y calidad de la citología cervico-uterina.

La intensificación de las corrientes inmigratorias ha generado una demanda adicional a los servicios de salud, y junto con el aumento de las migraciones internas por razones laborales, plantea el desarrollo de estrategias específicas de prevención y control, de acuerdo a la dinámica de asentamientos y flujo de circulación.

Entre los riesgos del ambiente se destacan el déficit de recolección y disposición final de desechos sólidos, más acentuado en el Area Metropolitana y otros centros urbanos, la mala calidad del agua de consumo en algunas áreas rurales y urbanas y la creciente exposición de trabajadores agrícolas a plaguicidas. Los problemas ecológicos más importantes son la contaminación de cuencas hidrográficas, la deforestación y la amenaza de inundaciones. En cuanto a las funciones rectoras del Ministerio de Salud, se destacan los avances en el proceso de habilitación, acreditación y evaluación de los establecimientos de salud y servicios públicos y privados así como en el registro y control de medicamentos, aunque es incipiente la regulación de

dispositivos y equipos médicos y la reestructuración de vigilancia en salud pública y desarrollo de políticas y estrategias de prevención y control de enfermedades y de desarrollo de recursos humanos. La función rectora de investigación y desarrollo tecnológico es la de menor grado de desarrollo.

El proceso de readecuación del modelo de atención avanza en el acceso y cobertura de los servicios, especialmente en el medio rural y zonas marginadas del medio urbano con la incorporación de equipos básicos de atención integral de salud (EBAIS).

Entre los desafíos que el país enfrenta en el campo de la salud figuran:

1. Consolidación del ejercicio de la rectoría del Ministerio de Salud y del modelo integral de atención a las personas de la CCSS, en especial las funciones de los EBAIS que deberán incorporar en sus acciones de prevención y control el enfoque poblacional.
2. Desarrollo de políticas y estrategias de prevención y control de enfermedades, así como la incorporación de acciones de promoción de la salud, adaptadas a las realidades regionales y locales.
3. Mejoramiento de la calidad de la atención y humanización de la prestación de los servicios de salud en todos los niveles.
4. Incremento de la capacidad de análisis y evaluación de salud y superación de la fragmentación de los sistemas de información, a fin de aumentar la eficiencia, utilidad y oportunidad para la toma de decisiones en todos los niveles.
5. Institucionalización de mecanismos de coordinación al interior de las instituciones y en el nivel intersectorial para el análisis, ejecución y evaluación de las estrategias de intervención, particularmente en enfermedades emergentes, accidentes, violencia, protección de alimentos y factores de riesgo de daños no transmisibles (tabaquismo, alcoholismo, drogadicción y sedentarismo).
6. Reorganización del sector institucional de agua potable y saneamiento para el desarrollo de estrategias, fundamentalmente en recolección y disposición final de desechos, calidad de agua de consumo y contaminación de cuerpos de agua.

REFERENCIAS.-

-
- ¹ Proyecto de Estado de la Nación. Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible, No.6, 1999.
 - ² CEPAL. Balance preliminar de las economías de América Latina y el Caribe, 2000
 - ³ PNUD. Informe de Desarrollo Humano. 1998, 1999 y 2000
 - ⁴ Idem, Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible, No. 6
 - ⁵ León Solís Miriam, Equidad y salud materno infantil en Costa Rica. Investigaciones en salud pública. Documentos técnicos. OPS. Marzo 2001.
 - ⁶ Idem, Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible, No. 6
 - ⁷ Idem, Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible, No. 6
 - ⁸ Programa Centroamericano de Población de la Universidad de Costa Rica/Area de Estadísticas y Censos del Ministerio de Economía. Estimaciones y Proyecciones de Población Actualizadas a 1996. Costa Rica 1975-2050. Mayo de 1998. En : <http://populi.eest.ucr.ac.cr>
 - ⁹ Ministerio de Salud. Política Nacional de Salud 1998-2002. San José, Costa Rica, 1999; p.11
 - ¹⁰ Idem, Programa Centroamericano de Población de la Universidad de Costa Rica/Area de Estadísticas y Censos del Ministerio de Economía, 1998
 - ¹¹ Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Boletín 1, Año 1. Costa Rica, marzo, 2001
 - ¹² MIDEPLAN. Sistema de indicadores sobre desarrollo sostenible, SIDES. <http://mideplan.go.cr/sides/social>. Accesado en 2001.
 - ¹³ MS/INCIENSA/CCSS/OPS-OMS. Situación de las enfermedades crónicas no transmisibles en Costa Rica. Tres Ríos, Costa Rica, febrero, 1999.
 - ¹⁴ Ministerio de Salud. Comportamiento de la mortalidad y natalidad, año 1998. San José, Costa Rica, febrero, 2000.
 - ¹⁵ CCSS. Fecundidad y formación de la familia: Encuesta nacional de salud reproductiva de 1993. San José, Costa Rica, mayo, 1994.
 - ¹⁶ Chen M et al. Salud reproductiva y migración nicaragüense en Costa Rica 1999-2000: Resultados de una Encuesta Nacional de Salud Reproductiva. PCP/INISA. San José, Costa Rica, enero, 2001.
 - ¹⁷ Informe Anual de Labores: Proceso de Riesgos del Trabajo y Salud Ocupacional del Instituto Nacional de Seguros, INS, 2000.
 - ¹⁸ Mesén M. Vinicio. Propuesta Proyecto desconcentración y mayor cobertura de la rehabilitación según nivel de atención en el ámbito nacional. Centro Nacional de Rehabilitación, CCSS. San José, Costa Rica, 2000.
 - ¹⁹ Idem, Estado de la Nación: sexto informe 1999
 - ²⁰ Sanchez A, Vega M. La población indígena costarricense dentro de la Reforma Sanitaria: El caso de la población Cabécar. Chirripó, Turrialba. Maestría en Salud Pública, UCR. Febrero, 2001.
 - ²¹ Ministerio de Salud. Dirección de Epidemiología. 2000
 - ²² Ministerio de Salud. Plan Nacional Integral de VIH/SIDA 2001-2004 (versión preliminar). San José, Costa Rica, 2001.
 - ²³ Consejo Nacional de Atención Integral del VIH-SIDA. Reglamento de la Ley General del SIDA. San José, Costa Rica, 2000.
 - ²⁴ Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Nutrición´1996: Fascículo No. 2 de Antropometría, 1997
 - ²⁵ Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Nutrición´1996: Fascículo No. 1 de Micronutrientes, 1997

-
- ²⁶ Carcedo, Ana y Sagot, Montserrat. Femicidio en Costa Rica 1990-1999. (Informe de avance). San José, C.R. diciembre 2000.
- ²⁷ Idem, Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible, No. 6
- ²⁸ Idem, Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible, No. 6
- ²⁹ Ministerio de Salud . Política Nacional de Salud, 1998 – 2002. San José, Costa Rica, 1999.
- ³⁰ Ministerio de Salud. Plan Nacional de Salud 1999 – 2004. San José Costa Rica, 2000
- ³¹ Idem, Ministerio de Salud. Política Nacional de salud 1998-2002.
- ³² Ministerio de Salud. Plan nacional de salud, 1999-2004. San José, Costa Rica, 2000
- ³³ Gobierno de la República. Ley sobre la Igualdad de Oportunidades para la Persona con Discapacidad en Costa Rica, Ley 7600, 1996.
- ³⁴ Ministerio de Planificación y Política Económica. Reestructuración del Ministerio de Salud. Costa Rica, 1998.
- ³⁵ Caja Costarricense de Seguro Social. Dirección de Modernización. Modelo Readequado de Atención. San José, Costa Rica, 1998.
- ³⁶ Caja Costarricense de Seguro Social. Reglamento de las Juntas de Salud. Costa Rica, 1999.
- ³⁷ Ministerio de Salud. Dirección de Servicios de Salud. Evaluación de EBAIS. Costa Rica, 2000.
- ³⁸ Rosero B.L. y Güell, D. Oferta y acceso a los servicios de salud de Costa Rica. Investigaciones en Salud Pública. Documento Técnico No. 13. OPS. 1999
- ³⁹ Caja Costarricense de Seguro Social. Sistema Centralizado de Recaudación (SICERE). Costa Rica, 2000.
- ⁴⁰ Idem, CCSS. Sistema Centralizado de Recaudación (SICERE). 2000.
- ⁴¹ Idem, Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible, No. 6
- ⁴² R. Alfaro. Laboratorio de Contaminantes- Programa de Estudios de la Calidad del Aire, UNA, Heredia, 2000.
- ⁴³ Ministerio de Salud. Informe del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica , 1999 y 2000.
- ⁴⁴ Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados. Laboratorio Nacional de Aguas. Informe del Programa Nacional de Mejoramiento de la Calidad del Agua para Consumo Humano. Costa Rica, 2001.
- ⁴⁵ Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados. Datos tomados del estudio tarifario presentado al ARESEP. Costa Rica, 2000.
- ⁴⁶ Idem, Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible, No. 6
- ⁴⁷ Valverde, J.M. y Trejos, M.E. Formas de contratación laboral en el Sector Salud en Costa Rica. OPS. Agosto 2000.
- ⁴⁸ Valverde, J.M. y Trejos, M.E. Formas de contratación laboral en el Sector Salud en Costa Rica. OPS. Agosto 2000.

ANEXOS

TABLAS

Tabla 1. Tasas de Mortalidad Estandarizadas por Edad

Tabla 2. Cobertura y calidad del agua para consumo humano según entidades administradoras

Tabla 3. Recursos humanos en servicios de salud según grupo ocupacional

Tabla 4. Participación en el PIB del gasto del sector salud y sus instituciones

GRAFICOS

Gráfico 1. Tendencia del crecimiento anual del producto interno bruto

Gráfico 2. Cálculo del coeficiente de Gini y curva de Lorenz para evaluar las diferencias entre provincias de la mortalidad infantil.

Gráfico 3. Población estimada por edad y sexo.

Gráfico 4. Tasas ajustadas de mortalidad según grandes grupos de causas y sexo

Gráfico 5. Tendencias de la incidencia anual registrada de SIDA según sexo y de la razón varón:mujer

Gráfico 6. Cobertura de vacunación en menores de 1 año y de 1 año de edad.

MAPA

Mapa 1. Distribución de la pobreza por regiones